



HAL
open science

Irresponsable, salope, égoïste, meurtrière? La stigmatisation de l'avortement en France : formes contemporaines et résistances

Laurine Thizy

► To cite this version:

Laurine Thizy. Irresponsable, salope, égoïste, meurtrière? La stigmatisation de l'avortement en France : formes contemporaines et résistances. Sociologie. Université Paris 8 Vincennes - Saint Denis, 2023. Français. NNT: . tel-04465513

HAL Id: tel-04465513

<https://hal.science/tel-04465513v1>

Submitted on 19 Feb 2024

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.

Thèse de doctorat en sociologie

**Irresponsable, salope, égoïste,
meurtrière ?**

**La stigmatisation de l'avortement en
France : formes contemporaines et
résistances**

Laurine THIZY

Soutenue le 10 octobre 2023
sous la direction de Dominique MEMMI

Discipline

Sociologie

École doctorale

N° 401 – Sciences sociales

Laboratoire

Centre de Recherches Sociologiques et
Politiques de Paris (CRESPPA) -
Cultures et Sociétés Urbaines (CSU)
UMR 7217

Composition du jury

Armelle ANDRO – Rapportrice
Professeure des Universités, Paris 1
Panthéon-Sorbonne

Nathalie BAJOS – Présidente
Directrice de Recherche, Inserm

Fabrice CAHEN – Examinateur
Chargé de recherche, INED

Christine DETREZ – Rapportrice
Professeure des Universités, ENS de
Lyon

Dominique MEMMI – Directrice
Directrice de recherche, CNRS

Lucile RUAULT – Examinatrice
Chargée de recherche, CNRS

Résumé

Titre : Irresponsable, salope, égoïste, meurtrière ? La stigmatisation de l'avortement en France : formes contemporaines et résistances

Résumé : Cette thèse propose d'analyser la stigmatisation de l'avortement en France comme conséquence et réaffirmation de rapports de genre asymétriques. Elle repose sur une enquête qualitative réunissant 50 entretiens semi-directifs avec des personnes ayant avorté d'une première grossesse, des observations ethnographiques dans deux centres d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) des hôpitaux publics et 15 entretiens avec des professionnelles de santé. La stigmatisation abortive dépend de facteurs structurels, liés aux évolutions de l'encadrement légal, médical et psychologique de l'IVG. Elle se décline sous différentes formes : la stigmatisation de « l'échec contraceptif », dominante, n'éclipse pas une stigmatisation liée à la sexualité récréative des femmes, au refus de maternité et à la personnification de l'embryon. Derrière les figures archétypales de l'avortée en « irresponsable », « salope », « égoïste » et « meurtrière » opèrent ainsi des normes genrées qui produisent et reproduisent des rapports de pouvoir entre les sexes. Selon les entrepreneur·ses de la morale abortive et les caractéristiques sociales des avortées, ces formes de stigmatisation s'expriment plus ou moins fortement. Les personnes enquêtées font cependant montre de leur agentivité en recourant à un ensemble de stratégies, socialement différenciées, pour faire face à la stigmatisation. Elles peuvent ainsi limiter l'auto-stigmatisation par le travail émotionnel, contourner le stigmate par le silence et le dévoilement sélectif de leur expérience, ou remettre en cause la stigmatisation, en contestant par là même l'état des rapports de genre contemporains.

Mots-clés : Avortement ; IVG ; stigmatisation ; genre ; procréation ; contraception ; sexualité ; santé ; hétérosexualité ; conjugalité ; projet parental

Abstract

Title: Irresponsible, slut, selfish, murderer ? Forms of and resistance to abortion stigma in France

Abstract: This PhD dissertation analyzes abortion stigma in France as a consequence and reaffirmation of gendered power relations. It is based on a qualitative survey involving 50 semi-structured interviews with people who have aborted their first pregnancy, ethnographic observations in two public hospital abortion centers and 15 interviews with healthcare professionals. Abortion stigma depends on structural factors, linked to changes in the legal, medical and psychological framework for abortion. It takes different forms: the dominant stigma of "contraceptive failure" does not overshadow stigmas pertaining to women's recreational sexuality, to the refusal of maternity and to a fetal personification. Behind the archetypal figures of aborting women as "irresponsibles", "sluts", "selfishs" and "murderers" operate gendered norms that produce and reproduce power relations between the sexes. These forms of stigma are expressed to a greater or lesser extent, depending on the type of abortion moral entrepreneur and the social characteristics of the women concerned. However, the people surveyed demonstrate their agentivity by resorting to a range of socially differentiated strategies of stigma management. They can limit self-stigma through emotional labor, circumvent stigma through silence and selective disclosure of their experience, or challenge stigma, thereby contesting the state of contemporary gender relations.

Keywords: abortion; abortion stigma; gender; procreation; contraception; sexuality; health; heterosexuality; conjugality

Remerciements

L'exercice veut que je signe seule les pages qui suivent, mais bien d'autres voix que la mienne ont rendu possible ce travail. Ma gratitude va d'abord à toutes celles qui m'ont confié leur histoire, avec pudeur, délicatesse, ironie ou véhémence. Si les interprétations sont miennes, j'espère laisser visible l'expérience de chacune. Merci aussi à l'ensemble des professionnel·les de santé qui m'ont ouvert les portes de leur lieu de travail, m'en ont expliqué le sens ou ont accompagné, d'une façon ou d'une autre, la concrétisation de cette enquête.

Ma formation aux sciences sociales doit beaucoup à l'exigence intellectuelle et à l'ambition théorique auxquelles Dominique Memmi m'a invitée sans relâche. Merci de cet enthousiasme pour la recherche, du souci de monter en généralité, des relectures avisées : j'ai tant appris. Toute ma reconnaissance va également au jury qui a accepté de lire et discuter mon travail. Merci à Nathalie Bajos et Armelle Andro pour leurs travaux qui ont été une inspiration tout au long de cette thèse ; merci à Christine Détrez pour ces années de réflexions partagées sur le genre, le corps, l'écriture ; merci à Fabrice Cahen et Lucile Ruault d'avoir historicisé les luttes relatives à l'avortement en France. Je me réjouis des discussions scientifiques à venir.

J'adresse aussi des remerciements chaleureux à Magali Mazuy, qui a toujours été disponible pour échanger sur mon travail. Merci à Marie Vogel sans qui je ne me serais pas engagée dans l'entreprise doctorale. Merci à Michèle Ferrand de m'avoir orientée aux premiers temps de cette enquête. Merci à Marie Mathieu pour le passage de flambeau. Merci à Raphaël Perrin d'avoir accompagné avec tant de finesse, d'esprit critique et de patience la finalisation de ce travail.

Merci à toutes les collègues et ami·es qui ont pris le temps de lire, discuter, approfondir et améliorer les réflexions présentées dans les chapitres qui suivent : Maud Arnal, Nox Aulombard, Elsa Boulet, Justine Chaput, Mona Claro, Camille Cullin, Antoine Ducoux, Aden Gaide, Mélodie Gauglin, Paul Grassin, Aurore Koechlin, Marion Maudet, Raphaël Perrin, Fred Salin, David Sanson, Cécile Thomé, Emma Tillich, Justine Vincent, Céline Zufferey. Merci à ma famille d'avoir relu avec attention et minutie les versions finales.

J'ai eu la chance, pendant toutes ces années de thèse, de bénéficier de conditions de travail de qualité, sur le plan matériel mais surtout humain. Je remercie vivement toute l'équipe de mon laboratoire, non-titulaires et titulaires, pour les séminaires, les AG, les journées du CSU, pour l'accompagnement et la convivialité à chacune de mes venues. En particulier, un très grand merci à Delphine Naudier et Célia Bense Ferreira Alves d'avoir été si attentives, présentes et soutenantes à chaque fois qu'il l'a fallu. Merci à Mireille Morvan, responsable de la scolarité à l'école doctorale Sciences sociales de Paris 8, pour sa disponibilité et son efficacité. Merci aussi à mon comité de suivi pour sa bienveillance : Sébastien Lemerle, Cédric Lomba, Séverine Sofio. À la mémoire de Marie Ménoret.

La temporalité de ma thèse a coïncidé avec celle d'Anne-Lise Dall'Agnola, de Maï Le Dû, d'Emma Tillich : merci pour toutes ces années de camaraderie, de réflexion, de rire et de confidences. Merci aussi à Anne-Sophie Giraud, Hélène Hoarau et Julie Minders, à Mathias Dambuyant. Le séminaire Corps et Sciences sociales n'aurait pas eu la même allure sans vous.

Ces remerciements sont également destinés à mon laboratoire adoptif lyonnais, le Centre Max Weber, qui m'a toujours accueillie dans ses locaux et ses séminaires, pendant mes années de monitorat à l'ENS de Lyon et d'ATER à l'Université Lyon 2 Lumière. À l'ENS de Lyon,

merci à Agnès Cavet, relectrice sans pareil, et Afifa Zenati, co-organisatrice du séminaire Re/lire les sciences sociales. Merci à Maelys Bar et Margot Giacinti, collègues en CPES, pour les conseils de classe et les après conseils de classe. Ma reconnaissance va tout spécialement à Cécile Thomé qui, depuis le premier jour de ma première année à l'ENS de Lyon, n'a cessé de me conseiller, m'écouter, m'accompagner, m'orienter, me rassurer : le chemin aurait été plus épineux sans sa douceur et son expérience. Merci aussi à Lucie Jégat, deuxième grande sœur d'ENS et de thèse, experte Zotero et Moodle, pédagogue à l'enthousiasme infatigable.

À Lyon 2, merci à l'ensemble des collègues du Master Études sur le genre et en particulier à Cécile Favre et Marion Maudet, pour leur soutien et leur confiance sans faille. Merci aux amies doctorantes, Justine Vincent avec qui j'ai partagé tant de doutes, d'épreuves et d'envolées, Nadège Draperi, Clothilde Arnaud. Je remercie chaudement l'ensemble de mes étudiant·es. Leurs élans, leurs révoltes, leur envie d'apprendre m'ont rappelé au quotidien le sens de l'enseignement et de la recherche.

Merci aussi aux collègues de l'Université Paul Valéry, en particulier Éric Gondard et Florian Lombardo, qui m'ont accueillie à Montpellier pendant une année d'ATER confinée. À l'École Centrale de Lyon, où j'enseignais cette dernière année, merci à Laure Flandrin pour sa générosité et ses préparations de cours limpides, qui ont dégagé du temps pour la rédaction. Au lycée du Parc, merci à Emmanuel Buisson-Fenet (et Hélène Buisson-Fenet !), à Marion Navarro et à toute l'équipe de colleur·ses, grâce à qui j'ai gardé une approche d'ensemble des sciences sociales, ce qui entretient l'enthousiasme.

La recherche se fait plus attrayante dans les collectifs où la discuter, la faire vivre, la partager. Merci au collectif Réséco, Maï Le Dû et Anne-Sophie Giraud, pour les journées interminables aux archives départementales d'Indre et Loire – et que l'on revienne vite à Menie Grégoire.

Entre France et Turquie, je remercie le Laboratoire Junior Corps Ordonnés, avec qui j'ai appris que le savoir est aussi une résistance : Irem Nihan Balci, Elif Can, Metin Cevizci, Joséphine Ernotte, Sinem Gunes, Léna Pamboutzoglou, Justine Vincent, Ayşe Yılmaz, Gülistan Zeren, Louve Zimmerman, et toutes les collègues sociologues de l'Université de Galatasaray qui poursuivent leur travail dans l'adversité. Mes pensées vont en particulier à Gözde Aytemur : son courage, son intelligence, sa générosité en font une amie rare. Que les ponts entre Lyon et Istanbul ne cessent de se bâtir.

Mes remerciements vont encore à toute l'équipe d'Orgasm pour les discussions riches, les relectures bienveillantes, les connaissances partagées : à Julie Ancian, Maud Arnal, Maëlys Bar, Elsa Boulet, Yaël Eched, Aden Gaide, Déborah Guy, Anne-Charlotte Millepiéd, Margaux Nève, Lucile Quéré, Virginie Rigot, Rosanna Sestito, Jun Tian.

Merci également aux chères camarades d'Éthique en Terrains Sensibles, Rim Bellamine, Margaux Boué, Justine Chaput, Juliette Congy, Pauline Mullner, Lucie Wicky, pour les réunions les plus efficaces que j'ai connues et le grand plaisir à travailler ensemble.

Merci à l'équipe Fécondité, familles, conjugalités de l'INED de m'avoir invitée à partager mes réflexions pour préparer une enquête à venir. En particulier, merci à Valentine Becquet, Elise de La Rochebrochard, Mireille Le Guen, Magali Mazuy, Arnaud Régnier-Loilier.

Merci à Pierre-André Juven pour les discussions passionnées sur l'ethnographie médicale. Merci à Laura Fortin qui, au détour d'un séminaire, a résolu le dilemme que me posait mon matériau. Merci à Romain et Ève d'avoir ouvert un terrain au hasard d'un trajet partagé. Merci à Sélim de m'avoir redonné le goût de l'enquête quand je doutais si fort. Merci à Lola, libraire, pour l'exemplaire du *Livre noir de l'avortement* offert « parce qu'un petit coup de pouce et ça

repart ». Merci à Thomas pour les réflexions philosophiques et ma peur de l'anglais surmontée. Merci au Bateau Livre d'avoir abrité ce qui s'écrit en silence.

Ce travail a aussi bénéficié des précieuses amitiés de thèse et d'avant thèse. Merci à Paula Dolci, pour les épreuves ensemble traversées, pour nos *pomodoros* studieux et la bouffe italienne de qualité. À Antoine Ducoux, pilier, soutien, relecteur, ami de tous les instants. À Marine Fauché : joie de franchir en même temps la ligne d'arrivée. À Chloé Reiser et Justine Knebelmann pour notre amitié par-dessus les mers et les océans. À David Sanson, retrouvé.

Mes pensées et ma reconnaissance vont également aux copaines de prépa, pour cette chance infinie de grandir toustes ensemble depuis les premières heures bordelaises. Merci à Fred Salin, pour la force sans cesse renouvelée, pour l'exigence et la finesse, pour tout et tellement ; merci à Paul Grassin, nos heures de discussion, l'élan et l'envie partagée de faire de la science ; merci à Kim A., bien sûr ; merci à Camille C. et Joseba ; à Mélanie et Vivien ; à Dorian et Jeanne ; à Antonin ; à Sofia, Alison et la Maison Ouverte ; à Émile ; à Lucien ; à notre constellation de BL. Avec et grâce à vous, j'ai si souvent fait semblant d'être parisienne. Merci pour l'accueil inconditionnel, merci d'être toujours là, absolument là.

Merci aussi à Mélodie Gauglin, pour la rage, le courage et l'amitié à toute épreuve, et merci à toute la team du Café Rosa pour le féminisme comme on l'aime : vivant, pailleté, radical.

Merci à Nox Aulombard, pour nos obsessions partagées, nos élans irrépessibles, nos passions communes et tout ce qu'il reste à inventer.

Ces années de thèse ont aussi été riches de création. Merci à toute la troupe d'Incidences pour l'amour de la danse, les heures de répétitions, les histoires racontées avec le corps. À Alix, qui a tout rendu possible. À Elsa, Elvire, Eva, Léna, Lucas, Mathilde, Maud, Mille, Victor, Zoé. À Matthieu de m'avoir toujours secourue dans mes errances informatiques ; à Arthur pour son œil sur les choses ; à Fanny pour nos chutes et nos renouveaux.

Merci à Kim C. pour l'amitié au premier regard, les vocaux sans fin, les en-dehors douteux, le travail acharné en partage, les gloussements qui ne planquent qu'à demi nos pudeurs.

Merci à Céline, son regard minutieux sur chacun de mes textes, les déjeuners rituels, le soutien en tout, une décennie de partage et d'amitié. Merci à Joy pour sa férocité sociologique et ses élans existentiels. Merci à Jean-Baptiste et sa famille pour les ponts entre littérature et sciences sociales.

Merci à mes amies d'enfance, Inès, Anaïs, Estelle. Merci à Camille A., l'étincelle de cette enquête.

Merci à la coloc de Saint-Just où j'ai posé mes bagages.

Merci à mes cousin·es, Matthias et Amélie, de m'avoir si généreusement hébergée, accueillie, réconfortée, déménagée chaque fois que l'ESR et les aléas de la vie m'ont faite nomade. Merci aussi à Marc et Maddy.

À la famille qui m'est si chère, à mes tantes et mes oncles, à toustes mes cousin·es : que ce lieu-là soit toujours fête et retrouvailles. Merci à ma marraine, pour sa présence, nos échanges sur le soin, sa relecture. Merci à mes parents, Bernard et Sylvie, à mon frère, Jérémy, à ma sœur, Manon ; à Clotilde et Alexandre ; à Félix qu'on verra grandir. Merci d'avoir soutenu jusqu'au bout cette chose étrange qu'est la thèse. Votre amour me porte au quotidien.

À Raphaël, enfin, merci de m'apprendre que la joie s'accorde si bien avec la paix. J'ai hâte de tout ce qui vient.

Sommaire

Liste des tableaux et des figures	13
Remarques préliminaires.....	15
INTRODUCTION GENERALE. CONCEPTUALISER LA STIGMATISATION GENREE DE L'AVORTEMENT.....	17
METHODOLOGIE. ENQUETER SUR UNE PRATIQUE SOCIALE STIGMATISEE.....	53
PARTIE I. LES DETERMINANTS STRUCTURELS DE LA STIGMATISATION DE L'AVORTEMENT EN FRANCE	99
Chapitre 1. L'encadrement légal de l'avortement.....	101
Chapitre 2. L'encadrement médical de l'avortement.....	155
Chapitre 3. L'encadrement psychologique de l'avortement	201
CONCLUSION INTERMEDIAIRE I. La persistance d'un soupçon moral sur l'IVG	241
PARTIE II. LES FORMES CONTEMPORAINES DE LA STIGMATISATION DE L'AVORTEMENT	243
Chapitre 4. Irresponsable ? Stigmatiser l'échec contraceptif	247
Chapitre 5. Salope ? Stigmatiser la sexualité récréative	293
Chapitre 6. Égoïste ? Stigmatiser le refus de maternité... ou les maternités déviantes	337
Chapitre 7. Meurtrière ? Stigmatiser « l'atteinte à la vie »	411
CONCLUSION INTERMEDIAIRE II. Une forme de stigmatisation peut en cacher une autre	459
PARTIE III. LES STRATEGIES DE GESTION DU STIGMATE PAR LES AVORTEES	463
Chapitre 8. (Ne pas) intérioriser le stigmaté	467
Chapitre 9. Esquiver le stigmaté	517
Chapitre 10. Contester le stigmaté	567
CONCLUSION INTERMEDIAIRE III. Contre les « identités spoliées », l'agentivité des femmes	601
CONCLUSION GENERALE. AVORTER, MAIS DISCRETEMENT ?	603
BIBLIOGRAPHIE	619
ANNEXES	669
TABLE DES MATIERES	689

Liste des tableaux et des figures

Liste des tableaux

Tableau 1. Présentation des centres d'IVG enquêtés	80
Tableau 2. Les formes de stigmatisation de l'avortement en France	462

Liste des figures

Figure 1. Trois affiches de la campagne gouvernementale « IVG : mon, corps, mon choix, mon droit » en 2015.	140
Figure 2. Le détournement de la campagne officielle pour l'IVG par le site catholique traditionaliste Le Salon Beige	146
Figure 3. Illustration de couverture du rapport du HCE sur les "actes sexistes" dans le suivi gynécologique et obstétrical	297
Figure 4. Captures d'écran de l'application anti-IVG Sauvez Pikachu (1 à 4)	417
Figure 5. Captures d'écran de l'application anti-IVG Sauvez Pikachu (5 à 8)	418
Figure 6. Captures d'écran de l'application anti-IVG Sauvez Pikachu (9 à 12)	419
Figure 7. Trois niveaux de stigmatisation	465
Figure 8. Schéma représentant l'analyse du secret comme restriction de l'information chez André Petitat.....	520
Figure 9. Le travail d'invisibilisation comme gestion du secret et de son dévoilement	564
Figure 10. La campagne de défense de l'IVG menée par Paye Ta Shnek en 2017	597

Remarques préliminaires

Écriture inclusive

Selon les recommandations pour une langue française non discriminante¹, cette thèse est rédigée en écriture inclusive. J'ai choisi d'utiliser autant que possible des tournures épiciènes (« les équipes de santé » ; « la personne responsable du service ») et, quand cela n'était pas possible, j'ai eu recours systématiquement au point médian unique, au singulier comme au pluriel, quelle que soit la forme du suffixe : un·e enquê·t·e / des enquê·t·e·s ; un·e acteur·ice / des acteur·ices ; un·e infirmier·e / des infirmier·es. J'ai gardé la double flexion (ceux et celles, il et elle...) pour les mots les plus brefs. Lorsque j'écris « les professionnelles de santé » et non « les professionnel·les de santé », c'est que je me réfère aux médecins et soignantes rencontrés sur mon terrain, qui étaient toutes des femmes. J'ai également féminisé les noms de profession (notamment : « la médecin », « la docteure »). Je n'ai pas modifié les citations de textes adoptant une forme d'écriture (inclusive ou non) qui diffère des choix ici présentés.

Traduction

Un certain nombre d'extraits d'articles anglophones sont écrits dans le texte en français, accompagnés d'une note de bas de page présentant la version originale en anglais. Toutes ces traductions ont été réalisées par mes soins, sans que je le précise à chaque fois.

Liste des sigles et abréviations

AL Anesthésie locale

AG Anesthésie générale

CCF Conseillère conjugale et familiale

CNRS Centre national de la recherche scientifique

DIU Dispositif intra-utérin

GIS Groupe information santé

IMG Interruption médicale de grossesse

INED Institut national d'études démographiques

INSERM Institut national de la santé et de la recherche médicale

IST Infection sexuellement transmissible

IVG Interruption volontaire de grossesse

MFPF Mouvement français pour le planning familial

MLAC Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception

MLF Mouvement de libération des femmes

MST Maladie sexuellement transmissible

PMA Procréation médicalement assistée

SA Semaines d'aménorrhées

¹ Voir notamment les recommandations « Pour un usage non discriminant de la langue française » de Christine Plante (PU de littérature française) et Yannick Chevalier (MCF de langue française) à l'Université de Lyon 2, à l'adresse <https://16.snuipp.fr/IMG/pdf/PourUneLangueNonDiscriminante.pdf>, consultée le 29/06/2023.

Introduction générale.

Conceptualiser la stigmatisation générée de l'avortement

Lyon, place des Terreaux, le 28 septembre 2018. Quelques manifestant·es sont réuni·es devant l'Hôtel de Ville pour la Journée Internationale du droit à l'avortement. Certain·es sont habillé·es de ce violet vif qui s'est imposé comme la couleur d'un mouvement féministe internationalisé¹ ou portent autour du cou le foulard vert², symbole désormais de la lutte argentine et plus largement latino-américaine pour la légalisation de l'avortement. Peu de drapeaux, si ce n'est celui du Planning Familial, peu de monde aussi, quelques dizaines de personnes tout au plus – rien à voir avec les milliers de manifestant·es des mobilisations du 8 mars pour la journée Internationale des droits des femmes ou des marches des fiertés du mois de juin ; rien à voir non plus avec les mobilisations historiques du début des années 1970 pour « l'avortement libre et gratuit ». Une personne avec un porte-voix clame sa solidarité avec celles qui avortent, en France et dans le monde : « Nous sommes toutes / Des putains d'avortées ! ». Mais le slogan n'est repris qu'avec une faible conviction par les rares personnes présentes. Le retournement du stigmate (Gruel, 1985), pour une fois, ne prend pas. D'une façon plus générale,

¹ Le violet était la couleur des suffragettes pour symboliser la dignité (Boussahba-Bravard, 2003). Voir aussi l'article de Bleuenn Robert du 22/11/2022 pour *Le Télégramme*, « Comment le violet est devenu la couleur des luttes féministes », accessible à l'adresse <https://www.letelegramme.fr/t-plus/comment-le-violet-est-devenu-la-couleur-des-luttes-feministes-6359258.php>, consulté le 12/06/2023 ou le billet de l'INA du 08/03/2023, «Le violet, c'est la couleur du féminisme, c'est important de se voir...», accessible à l'adresse <https://www.ina.fr/ina-eclairage-actu/violet-couleur-feminisme-feministe>, consultée le 12/06/2023.

² Si le violet symbolise la dignité, le vert symbolise l'espoir. L'usage du bandana vert se développe en Argentine au début des années 2000 dans les manifestations en faveur de la légalisation de l'avortement et acquiert rapidement une visibilité internationale. Voir l'article de Margaux Barbier pour l'Institut du Genre en Géopolitique du 16/06/2020, « Le foulard vert en Argentine ou quand le droit à l'avortement sort du placard », accessible à l'adresse <https://igg-geo.org/?p=1203>, consultée le 12/06/2023, ou l'article d'Anthony Vincent du 19/05/2022 pour *Madmoizelle*, « Comment le foulard vert est-il devenu un symbole de la lutte pour le droit à l'IVG, de l'Argentine aux États-Unis ? », accessible à l'adresse <https://www.madmoizelle.com/comment-le-foulard-vert-est-il-devenu-un-symbole-de-la-lutte-pour-le-droit-a-livg-de-largentine-aux-etats-unis-1382971>, consultée le 12/06/2023.

à la fin des années 2010³, dans l'Hexagone, la mobilisation pour le droit à l'avortement n'attire plus à elle qu'une poignée d'irréductibles concernés par les enjeux internationaux. En France, le combat pour l'avortement a déjà eu lieu et il est vieux de presque un demi-siècle (Pavard, 2012a ; Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012a ; Ruault, 2017a). Pourtant, personne ou presque, aujourd'hui, ne revendique son avortement en place publique. De façon paradoxale, un acte acquis à force de luttes bruyantes se pratique désormais en toute discrétion.

Le 17 janvier 1975, le vote de la loi Veil dépénalisait l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) (Serverin, 1980). Les lois successives (loi Roudy du 31 décembre 1982, loi Aubry-Guigou du 4 juillet 2001, etc.) ont depuis amélioré l'organisation des prises en charge (remboursement de l'IVG par la Sécurité Sociale, diversification des méthodes d'IVG et des professionnel·les habilité·es à la pratiquer) et assoupli les conditions d'accès à l'avortement (allongement du seuil légal d'IVG de dix semaines de grossesse en 1975 à quatorze semaines en 2022 ; suppression de l'entretien obligatoire psychosocial obligatoire, de la mention de « détresse »⁴ et du délai de réflexion entre la première demande et l'avortement), pour assurer l'accès au soin sur le territoire français. La législation française, de façon singulière⁵, prévoit aussi des sanctions contre le militantisme anti-avortement : le « délit d'entrave à l'IVG » est caractérisé par la loi Neiertz du 27 janvier 1993 et étendu à l'espace numérique en 2017. Depuis le rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes de 2013 (Bousquet et Laurant, 2013 ; Laurant, 2013), le volontarisme politique sur la question est manifeste. Il s'est traduit par de nombreuses mesures en faveur de l'accès à l'IVG pendant le quinquennat de François Hollande (2012 – 2017) et à l'occasion de la pandémie de Covid-19 entre 2020 et 2022. L'IVG est ainsi un acte de santé remarquablement ordinaire, si l'on s'en tient aux chiffres : une femme sur trois avorte au moins une fois au cours de sa vie féconde (Vilain, 2022) – avec elles, autant d'hommes concernés. Ce chiffre est stable. Depuis plusieurs décennies, le nombre d'IVG annuelles se maintient autour de 230 000 par an⁶, soit une IVG pour quatre

³ C'est-à-dire avant l'onde de choc provoquée par la révocation de l'arrêt Roe vs Wade aux États-Unis le 24 juin 2022.

⁴ L'article L. 2212-1 introduit par la loi Veil stipulait que « la femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse ». La loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes a supprimé la mention de la « situation de détresse » pour l'accès à l'IVG.

⁵ Le rapport (Battistel et Muschotti, 2020) rend compte des échanges des parlementaires avec des professionnel·les de la législation sur l'avortement aux Pays-Bas et en Espagne, qui s'étonnent de cette disposition du droit français.

⁶ Les progrès de la recension et la diversification du recueil de données ont permis de (ré)évaluer le nombre d'IVG depuis la légalisation : en croisant les données des bulletins avec d'autres données comme celles de la Statistique Annuelle des Établissements (SAE, qui recense les actes réalisés dans les hôpitaux) et du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI, établi depuis 1996), il est possible de montrer que le nombre d'avortements a légèrement baissé dans les quinze ans qui suivent la légalisation, avant de se stabiliser autour de 200 000 IVG par an (Rossier et Pirus, 2007).

naissances – ou trois, selon l'évolution de la fécondité (Mazuy, Toulemon et Baril, 2014, 2015 ; Vilain, 2019).

Dans le même temps, en dépit de cette banalité statistique⁷, l'IVG ne cesse d'être soupçonnée. Le militantisme anti-avortement n'a pas disparu. Il s'est déplacé vers Internet et s'est réinventé depuis les mobilisations de « la Manif pour Tous » en 2013, qui a donné un nouveau souffle au conservatisme familial en France (Cheynel, 2022 ; Raison du Cleuziou, 2019). Fin mai 2023 encore, le collectif les Survivants, qui rassemble depuis 2016 de jeunes militant·es anti-IVG, a fait une campagne d'affichage sur presque un tiers des vélos en libre-service parisiens : « et si vous l'aviez laissé vivre ? » lit-on sur un autocollant imitant la charte graphique des « Vélib' », pourvu d'un dessin représentant l'évolution d'un embryon, d'un fœtus, d'un bébé puis d'un enfant juché sur un vélo⁸. Malgré les mesures gouvernementales pour fournir une information fiable – campagne d'information, création d'un numéro vert et d'un site officiel sous la houlette du Ministère de la Santé depuis 2015 – la désinformation en ligne cherche encore à dissuader les femmes d'avorter⁹. Si la rhétorique assimilant le début de grossesse à un enfant déjà né décline, elle n'a pas disparu et les discours anti-avortement se sont recomposés. Désormais, ceux-là prophétisent de terribles difficultés psychologiques aux malheureuses qui cèderaient à l'avortement. Une telle conception n'est pas le propre du militantisme conservateur : elle est également partagée, quoique sous une forme euphémisée, par nombre de professionnel·les de l'avortement, qui ne cessent de souligner que l'IVG n'est « pas un acte anodin » (Mathieu, 2016 ; Perrin, 2021 ; Thizy, 2016).

⁷ À titre de comparaison, les données de santé publique estiment qu'un homme sur cinq et une femme sur six développeront un cancer au cours de leur vie (Bray et al., 2018) ou qu'une grossesse sur huit se termine en fausse-couche – ce qui porte le nombre de femmes concernées au moins une fois dans leur vie à une sur quatre (Quenby et al., 2021).

⁸ Voir l'article de Florent Hélaïne et Marianne Chenou du 25/05/2023 pour *Le Parisien*, « "Et si vous l'aviez laissé vivre ?" : des messages anti-avortement placardés sur les Vélib' de Paris », accessible à l'adresse <https://www.leparisien.fr/paris-75/des-messages-anti-avortement-placardes-sur-les-velibde-paris-25-05-2023-2LMMV2YJNFGJN2K36U4EBBJXQ.php>, consultée le 12/06/2023.

⁹ Comme en témoignent de nombreuses enquêtes journalistiques de *testing*. Voir par exemple l'enquête de Laura Motet et Samuel Laurent pour *Le Monde* du 07/12/2016 « Ivg.net, sosbebe.org, ecouteivg.org... Les sites "faux nez" des anti-IVG » (accessible à l'adresse https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2016/12/07/ivg-net-sosbebe-org-ecouteivg-org-les-sites-faux-nez-des-anti-ivg_5044556_4355770.html, consulté le 24/05/2023) ou celle de Rozenn Le Saint pour le magazine *Causette* du 31/12/2019, « Testé pour vous : dans les filets des "bonnes samaritaines" anti-IVG » (accessible à l'adresse <https://www.causette.fr/feminismes/combat/dans-les-filets-des-bonnes-samaritaines>, consulté le 24/05/2023). Voir aussi le reportage vidéo de Brut Media, qui appelle le site IVG.net (accessible à l'adresse <https://www.brut.media/fr/news/brut-a-appelle-le-numero-vert-du-site-ivg-net-ad4cb0b6-ee69-4188-8e68-e62a0f68b600>, consultée le 24/05/2023), en reprenant une technique déjà employée par une journaliste de LCI en 2016 (accessible à l'adresse <https://www.tf1info.fr/societe/delit-d-entrave-on-a-appelle-ivg-net-pro-vie-on-ne-regrette-jamais-d-avoir-un-bebe-tu-m-entends-1500213.html>, consultée le 24/05/2023) et par la députée Aurore Berger – l'histoire est racontée dans l'Obs du 08/12/2016 (accessible à l'adresse <https://www.nouvelobs.com/rue89/rue89-rue69/20161130.RUE5913/allo-ivg-net-je-veux-avorter-ou-comment-s-enerver-toute-seule.html>, consultée le 24/05/2023).

Ainsi, malgré sa fréquence et son caractère structurel, l'avortement est bien souvent présenté comme un « tabou » difficile à évoquer. Cette rhétorique de l'avortement comme tabou est investie, sur des registres extrêmement différents, par les antiavortements qui estiment ne plus pouvoir critiquer l'IVG¹⁰ mais aussi par la presse généraliste qui met en évidence l'isolement de celles qui avortent¹¹, les plus féministes appelant régulièrement à « en finir avec le tabou¹² ». Il y avait là matière à enquête.

C'est la tension entre d'une part, la fréquence statistique de l'IVG et d'autre part, le relatif silence sur l'expérience de celles qui avortent qui est à l'origine de ce travail de thèse¹³. Mon étonnement initial se présentait sous cette forme : comment expliquer qu'un acte d'une telle banalité épidémiologique, un épisode si fréquent dans la vie des femmes (mais aussi des hommes, puisqu'en dehors de la procréation médicalement assistée, la grossesse fait suite à un

¹⁰ Les antiavortements, selon une stratégie qui leur est récurrente, reprennent les éléments de langage des celles et ceux qui défendent le droit à l'avortement, et notamment le terme de *tabou*. Dans ces discours, le retournement définitionnel proposé consiste à dire que l'avortement est un « tabou » au sens anthropologique, c'est-à-dire quelque chose de sacré qui imposerait le silence et rendrait impossible sa critique. Cette idée se retrouve dans nombres de publications de sites liés au catholicisme fondamentaliste et/ou à l'ultra-droite. Par exemple, un article de François Teutsch publié le 30/09/2016 sur le média *Boulevard Voltaire* (le site créé par Robert Ménard, le maire Front National de Béziers), « IVG : l'autre dossier tabou » (accessible à l'adresse <http://www.bvoltaire.fr/francoisteutsch/ivg-lautre-dossier-tabou,285873>, consultée le 17/01/2017), « se félicite » que l'IVG soit encore en débat (à propos de la proposition de Laurence Rossignol du vote de la loi pour étendre le délit d'entrave à l'IVG aux sites internet, votée au Sénat en décembre 2016). Un article de Bernard Antony du 01/12/2016 pour *Le Salon Beige* (un des sites les plus influents des catholiques traditionnalistes) estime que « L'avortement est devenu le tabou des tabous » (accessible à l'adresse http://lesalonbeige.blogs.com/my_weblog/2016/12/lavortement-est-devenu-le-tabou-des-tabous.html, consulté le 12/06/2023) et dénonce « les fanatiques abortophiles Marisol Touraine et Laurence Rossignol » ; un autre article de Michel Janva du 15/12/2016 titre quant à lui « Le tabou majeur du politiquement correct : l'avortement », (accessible à l'adresse <http://www.lesalonbeige.fr/le-tabou-majeur-du-politiquement-correct-lavortement/>, consultée le 12/06/2023), un autre paru dans *Familles Chrétiennes* du 14/01/2015 titre « Avortement : le tabou français » (accessible à l'adresse <https://www.famillechretienne.fr/politique-societe/bioethique/avortement-le-tabou-francais-157646>, consulté le 12/06/2023), etc. La liste est longue et encore, plusieurs autres articles fustigeant le « tabou » des anti-IVG, parus notamment dans les *Correspondances Européennes* ou *l'Homme nouveau* et consultés au début de cette enquête, sont désormais introuvables – ce qui signale peut-être l'efficacité de l'extension du délit d'entrave à l'IVG.

¹¹ Voir par exemple l'article d'Emilie Brouze et Agathe Ranc pour *L'Obs* du 31/03/2021, « Tabou de l'avortement : "Une immense solitude enveloppe les femmes" », accessible à l'adresse <https://www.nouvelobs.com/le-manifeste-des-343/20210331.OBS42117/tabou-de-l-avortement-une-immense-solitude-enveloppe-les-femmes.html>, consultée le 12/06/2023. Voir aussi le reportage de Katya Maksym de 2015 pour *Télé2semaines*, « Des combats et des lois. Episode 4 / 6 : Avortement : un droit tabou et menacé » (accessible à l'adresse <https://www.programme.tv/programme/c364100-des-combats-et-des-lois/avortement-un-droit-tabou-et-menace-8221602/>, consultée le 12/06/2023).

¹² Voir par exemple le reportage de Fanny Hubert pour *Konbini* du 16/01/2015, « 40 ans après la légalisation de l'avortement, rien n'est acquis » (accessible à l'adresse <http://www.konbini.com/fr/tendances-2/quarante-ans-legalisation-avortement/>, consultée le 12/06/2023) qui constate que les femmes ne parlent pas de leur IVG et appelle à « trouver des moyens "pour libérer la parole et l'acte de l'avortement" » ou l'article de Jeannie Samnick du 25/09/2015 pour *Femme actuelle*, « #ShoutYourAbortion : le hashtag pour briser le tabou de l'avortement », (accessible à l'adresse <http://www.femmeactuelle.fr/actu/news-actu/shout-you-abortion-hashtag-pour-briser-tabou-avortement-24027>, consultée le 12/06/2023). Là aussi la liste est longue et le but n'est pas d'être exhaustive – juste de montrer la récurrence des discours sur l'IVG comme tabou.

¹³ J'avais consacré mon M2 à l'ethnographie d'un centre d'IVG (Thizy, 2016), à laquelle il manquait la parole des premières concernées : c'est ce à quoi j'essaie de remédier dans cette thèse.

rapport sexuel avec un individu produisant des spermatozoïdes), un acte de santé si ordinaire, fasse l'objet d'un tel silence, d'*aussi peu de discours*, si ce n'est en fin de soirée, chuchoté dans l'entre-soi de cuisines en désordre¹⁴ ? Tout travail de recherche ayant son évolution conceptuelle, l'objet de cette thèse ne s'est pas donné dès le début. Aux premiers temps de cette enquête, j'ai envisagé puis écarté une analyse de ce « tabou » au sens anthropologique¹⁵, avant de m'orienter vers une étude des logiques du secret et de la confiance autour de l'avortement. En suivant une dialectique bien connue de la recherche en sciences sociales (Glaser et Strauss, 1999), ce n'est qu'au fil de l'enquête de terrain et des lectures qui l'ont accompagnée que s'est construit l'objet de ma recherche.

Cette enquête de terrain a consisté principalement à donner la parole aux premières concernées (j'ai mené une cinquantaine d'entretiens semi-directifs auprès de femmes ayant avorté d'une première grossesse), à questionner les professionnel·les de l'avortement et en particulier les conseillères conjugales et familiales, à observer les prises en charge concrètes de l'IVG dans plusieurs centres des hôpitaux publiques et à réaliser une veille médiatique sur l'avortement (voir Méthodologie). C'est ce travail empirique qui m'a permis de cerner véritablement l'objet de mon travail : la stigmatisation de l'avortement en France aujourd'hui et, plus précisément, la façon dont celle-ci se structure et impacte l'expérience abortive des premières concernées. De nombreuses publications concluaient en effet à la persistance d'une forte stigmatisation de l'IVG (Brunet et Guyard-Nedelec, 2019 ; Divay, 2004 ; Mathieu, 2016 ; Mathieu et Ruault, 2014) mais aucune n'expliquait véritablement son origine et ses effets sur celles qui avortent, ne déclinait les formes qu'elle prend, les modalités par lesquelles elle s'exerce, les acteur·ices par qui elle procède.

Outre un enjeu théorique autour de la définition et l'analyse de la stigmatisation, l'ambition première de ce travail était donc de répondre à cette question empirique : aujourd'hui, en France, qu'est-il reproché à celles qui avortent ? Car mon étonnement initial était redoublé d'un étonnement secondaire : la stigmatisation porte massivement sur les femmes qui interrompent leur grossesse, et presque jamais sur les hommes qui ont provoqué cette grossesse. Les qualificatifs péjoratifs pour désigner celles qui avortent ne manquent pas – étourdie,

¹⁴ Les discussions sur l'IVG ont souvent lieu dans un entre-soi féminin, au moment de ranger un dîner ou une soirée – c'est en tout cas l'expérience que plusieurs de mes amies et moi avons eue.

¹⁵ En anthropologie, le tabou est défini comme un interdit sacré, dont la profanation entraîne une sanction. L'approche me semblait cependant trop généraliste, trop universaliste et un peu hors sol car elle ne donne pas à voir les hiérarchies sociales, ni les trajectoires des acteur·ices, ni leur agentivité. C'est la raison pour laquelle je ne me suis pas tellement appuyée sur les travaux de l'anthropologie classique sur le tabou, comme par exemple celui d'Emile Durkheim sur l'inceste ([1897] 2008), de Mary Douglas sur la souillure ([1966] 2005), de Claude Lévi-Strauss sur les structures élémentaires de la parenté ([1949] 2002) ou de Laura Lévi-Makarius sur le tabou du sang (1974). Outre que je ne suis pas anthropologue, je n'étais pas complètement convaincue de l'opérationnalité d'une analyse de la fonction anthropologique du tabou.

inconsciente, irresponsable, dévergondée, égoïste, fille facile, tueuse de bébé, meurtrière, *putain d'avortées*, pour s'en tenir aux qualifications rencontrées pendant l'enquête – mais, étrangement, ils n'ont presque pas d'équivalents masculins. La stigmatisation n'est donc pas symétrique : elle opère *a minima* selon une logique genrée.

C'est donc bien la stigmatisation *genrée* de l'avortement et la façon dont elle s'exerce sur celles qui avortent que cette thèse prend pour objet. En cela, je suis l'invitation de l'historien Cyril Olivier qui, dans un compte rendu de *L'histoire de l'avortement (XIXe-XXe siècles)* de Jean-Yves Le Naour et Catherine Valenti (2003), regrettait que ces auteur·ices aient négligé d'observer les femmes avec précision et appelait de ses vœux une « histoire des avortées » (2003, p. 301). Je voudrais ainsi proposer une *sociologie de la stigmatisation des avortées*, en considérant les femmes qui avortent comme une catégorie objectivable, au moins théoriquement. Malgré leurs différences (l'IVG concerne des femmes issues de toutes les catégories sociales – voir *infra*), celles qui ont recours à l'IVG ont en commun l'expérience d'un parcours de soin fastidieux (voir 2.2.1) et d'un acte socialement ambigu voire suspect. C'est sur la base de cette communauté d'expérience, et par commodité de langue pour éviter de pesantes périphrases, que dans ce travail, je désigne celles qui avortent par « les avortantes » ou « les avortées » (selon que l'on parle du processus d'IVG ou de l'après).

Il ne s'agit là pourtant que d'une « classe sur le papier » (Bourdieu, 1984). Les avortées ne sont « pas réellement une classe, une classe actuelle, au sens de groupe et de groupe mobilisé pour la lutte » (*ibid.*, p. 4). Il n'existe pas d'association d'avortées, pas de groupe de défense des avortées, pas de communauté d'avortées. À l'exception de quelques militantes féministes en manifestation, personne ne se reconnaît en « putain d'avortée », ni même en « avortée » *tout court*. Si la sociologie a établi de longue date que les groupes dominés et/ou stigmatisés investissent les termes même de la stigmatisation dont ils font l'objet (Bourdieu, 1980 ; Goffman, [1963] 1975), pour en faire un signe de reconnaissance et un symbole de résistance (que l'on pense à l'autodéfinition comme « trans-pédé-gouine » (Grison et Julliard, 2022), « queer » (Fayolle, 2018), « handi » (Puisseux, 2018), etc.), la stigmatisation de l'avortement, elle, n'a pas produit son propre retournement (Mercier, 2021). Cela s'explique, bien sûr, par le fait que si l'IVG est un processus, il reste ponctuel et n'engage que rarement une définition de soi sur le long terme. Mais cela tient aussi et surtout à la dilution de la catégorie d'« avortée » dans d'autres : les « femmes », les « mères », les « jeunes », les « féministes » etc. Pourtant, si l'on se rappelle les travaux pionniers d'Erving Goffman, sa définition du stigmate engage bien quelque chose de l'identité, « virtuelle » ou « réelle » ([1963] 1975) :

Le caractère attribué à l'individu, nous le lui imputons de façon potentiellement rétrospective, c'est-à-dire par une caractérisation « en puissance », qui compose une *identité sociale virtuelle*.

Quant à la catégorie et aux attributs dont on pourrait prouver qu'il les possède en fait, ils forment son *identité sociale réelle*.

Tout le temps que l'inconnu est en notre présence, des signes peuvent se manifester montrant qu'il possède un attribut qui le rend différent des autres membres de la catégorie de personnes qui lui est ouverte, et aussi moins attrayant, qui, à l'extrême, fait de lui quelqu'un d'intégralement mauvais, ou dangereux, ou sans caractère. [...] Un tel attribut constitue un stigmaté, surtout si le discrédit qu'il entraîne est très large. [...] Il représente un désaccord particulier entre les identités sociales *virtuelle* ou *réelle* (Goffman, [1963] 1975, p. 12).

Avoir avorté, c'est ainsi présenter un attribut susceptible de dégrader une identité sociale supposée, en raison d'un désajustement entre des attentes normatives et les faits. Une telle définition de l'identité et du stigmaté appelle une importante discussion préliminaire. L'objectif de cette introduction est de poser les bases conceptuelles de l'analyse de la stigmatisation abortive. Pour cela, il faut mettre en évidence les riches apports des travaux français sur l'avortement en France, malgré l'absence d'un travail systématique sur la stigmatisation (1). Cet angle mort français est étonnant si l'on considère qu'à l'échelle internationale, les travaux sur l'*abortion stigma* ne cessent de se multiplier (2). Une discussion critique de cette littérature permettra ainsi de poser le cadre conceptuel de cette recherche (3), d'en présenter les questions de recherche (4) et l'organisation générale (5).

1. Les apports de la sociologie française de l'avortement

Pour comprendre comment la sociologie française s'est intéressée à l'avortement – et en quoi la stigmatisation abortive n'a pas vraiment été appréhendée en tant que telle – il faut parcourir une littérature française nettement dominée par les analyses socio-démographiques d'une part et par le renouveau des études de genre sur la procréation d'autre part.

La mise en évidence du « paradoxe de l'avortement » dans les enquêtes socio-démographiques

Pour encadrer la pratique de l'avortement, le premier enjeu de la puissance publique a été d'assurer la recension systématique des « interruptions de grossesse » et d'en finir avec le « chiffre noir » de l'avortement clandestin, dont les estimations servaient davantage un objectif politique qu'elles ne traduisaient une réalité démographique¹⁶. La dépénalisation de

¹⁶ Dénombrer les avortements est un enjeu de longue date, d'abord investi par les natalistes de la fin du XIX^e siècle et de la première moitié du XX^e qui voient dans l'avortement la cause principale de la dénatalité (Cahen, 2016). Clandestin, l'avortement ne peut être qu'estimé (Dupâquier, 1986). Une première enquête exploratoire est menée par le Docteur Sutter entre 1945 et 1949 après la création de l'INED. Les réticences des hôpitaux parisiens à partager des informations sur les avortements volontaires ou spontanés traduisent la difficulté à évaluer le phénomène (Sutter, 1947, 1950). Si le nombre d'avortements annuels pour la première moitié du XX^e siècle se situerait entre 400 et 500 000 (Cahen, 2011, p. 106), l'INED avance en 1966 le chiffre, méthodologiquement

l'avortement en 1975 a rendu à la fois possible et nécessaire l'appréhension de l'IVG comme phénomène démographique, à une époque où la démographie, comme science au service de la puissance publique, reposait sur un postulat nataliste (Andro, 2016 ; Boulet, 2020 ; Lenoir, 1995 ; Locoh, Hecht et Andro, 2003). C'est la raison pour laquelle la loi Veil instaure les Bulletins d'Interruption de Grossesse (les BIG) : un système qui permet de compter les avortements¹⁷ (Blayo, 1977, 1985, 1995 ; Rossier et Pirus, 2007), tout en obtenant un profil socio-démographique détaillé des femmes qui avortent. Au fil des ans, ces bulletins ont cependant fait l'objet d'une importante critique. Longs à remplir, faiblement exploités, devenus redondants avec d'autres systèmes de recension, ils sont dénoncés par les médecins, et certains parmi eux insistent sur la dimension stigmatisante d'un tel « fichage » des femmes (Rossier, Toulemon et Prioux, 2009). Il est vrai qu'un tel suivi de l'IVG, d'entrée de jeu, la désignait comme une « déviance légale » (Divay, 2004). Ainsi les BIG sont-ils aujourd'hui remplacés par d'autres types de données issues de la statistique hospitalière¹⁸ et de l'assurance maladie¹⁹, au prix d'une perte d'information importante sur le profil socio-démographique des avortées²⁰.

Quoiqu'il en soit, ces données régulières produites depuis la loi Veil ont permis de se figurer les évolutions de la démographie de l'avortement et de sa prise en charge, grâce aux publications régulières de la DREES depuis le début des années 2000 (Thomson et Le Corre,

controversé, de 250 000 (Ined, 1966) en extrapolant le nombre de décès des suites d'un avortement clandestin. À la même époque, la juriste A.-M. Dourlen-Rollier les estime plutôt à 800 000 par an tandis que le « manifeste des 343 » paru en 1971 évoque même un million (Rossier et Pirus, 2007).

¹⁷ La question du comptage effectif des avortements a longtemps posé problème. Cette difficulté se poursuit après la légalisation : en raison des délais nécessaires à l'organisation de la prise en charge légale et médicalisée, la totalité des avortements n'est pas immédiatement réalisée à l'hôpital. Les pratiques clandestines persistent quelques temps après le vote de la loi Veil (Ruault, 2017). Par ailleurs, les BIG ne sont pas toujours remplis ou correctement transmis. Les avortements peuvent ne pas être déclarés par manque de temps (Rossier et Pirus, 2007), ou être déclarés comme des fausses couches. L'intérêt est une meilleure rémunération, les fausses couches étant davantage payées que les IVG, et/ou une minimisation du nombre d'IVG réalisées. Dans les deux cas, de telles pratiques entraînent une sous-estimation des IVG (Blayo, 1995).

¹⁸ Si les Statistiques Annuelles des Etablissements (SAE) ont pu être utilisées jusqu'en 2013 pour compléter les données hospitalières des BIG, la principale source d'information depuis 1996 est le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui répertorie exhaustivement les IVG réalisées à l'hôpital public ou en clinique.

¹⁹ Afin de compter également les IVG réalisées en ville auprès des médecins (depuis 2001) ou sages-femmes conventionné·es (depuis 2016), les données hospitalières sont complétées par les chiffres du remboursement de l'IVG par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (depuis 2005) et les régimes spéciaux (depuis 2010) (Mazuy, Toulemon et Baril, 2014, 2015).

²⁰ Les BIG comportaient des informations médicales et socio-démographiques très détaillées. On y trouvait d'une part des données comme la nature de l'interruption de grossesse (volontaire ou médicale), le nombre de semaines de grossesses au moment de l'avortement, le lieu et la date de l'intervention, le type d'établissement où a lieu la prise en charge, le déroulé concret de l'intervention (technique utilisée, anesthésie, éventuelles complications, durée d'hospitalisation), d'autres part des informations sur les femmes elles-mêmes : lieu de résidence, âge, nationalité, lieu de naissance, statut marital et cohabitation, activité, activité du conjoint, nombre, issue et date des grossesses antérieures (Blayo, 1997 ; Rossier et Pirus, 2007). Le questionnaire a été simplifié une première fois en 2004 et 2005 et, désormais, les données produites annuellement ne renseignent plus sur la profession des personnes qui avortent, leur situation conjugale, leur lieu de naissance et de résidence, la profession de leur éventuel conjoint, les circonstances de la grossesse et de son interruption.

2000 ; Vilain, 2004, 2006, 2008a, 2008b, 2012, 2015, 2016, 2016, 2017, 2018, 2019 ; Vilain et al., 2020). Elles sont complétées par des enquêtes ponctuelles qui détaillent davantage les caractéristiques socio-démographiques des avortées et leurs trajectoires génésiques. L'IVG concerne ainsi toutes les catégories sociales (Bajos et al., 2006), avec une légère surreprésentation des femmes sans revenu, sans emploi et d'origine étrangère (Vilain, 2011).

Outre des disparités géographiques²¹, la principale variation du taux d'avortement est liée à l'âge. Si les mineures ont focalisé l'attention (Moisy, 2011), l'avortement se concentre surtout chez les 20-34 ans, avec des évolutions depuis 2019. Avant 2019, la tranche des 20-24 ans était celle avec le taux de recours à l'IVG le plus élevé (au-delà de 25 %), par rapport aux 25-29 ans et aux 30-34 ans. Depuis 2019, cette tendance s'inverse. Le taux d'IVG diminue chez les moins de 25 ans alors qu'il augmente chez les plus de 25 ans (Vilain, 2022), indépendamment du niveau de diplôme (Vilain, 2011). Ces évolutions dans le recours à l'IVG rendent compte d'une transformation du rapport à la procréation : tel est le principal apport des enquêtes socio-démographiques.

Au début des années 2000 s'est en effet ouvert à l'INED et à l'Inserm – après deux décennies de quasi-absence de travaux sur l'avortement²² – un questionnement de grande envergure pour accompagner la loi Aubry-Guigou de 2001²³. Une enquête qualitative portant sur les « grossesses non prévues », coordonnée par Nathalie Bajos et Michèle Ferrand, jette les bases d'une enquête quantitative, l'Enquête de Cohorte sur la Contraception (COCON)²⁴, qui éclaire les décisions d'interrompre ou poursuivre une grossesse non-prévue (Bajos et Ferrand, 2002) mais aussi l'organisation du système de soin (Bajos et al., 2003 ; Lelong, Moreau et Kaminski, 2005). En 2007, la DREES réalise une enquête exclusivement consacrée à l'IVG, menée à la

²¹ Dans le sud de la France et les territoires ultramarins, le taux d'IVG est plus élevé, en particulier en Guadeloupe et Guyane où il dépasse les 40% (Vilain, 2022).

²² À l'exception du « Que sais-je » de Michèle Ferrand et Maryse Jaspard, *L'interruption volontaire de grossesse*, (Presses Universitaires de France, 1987).

²³ « Les résultats de cette recherche et les problèmes qu'elle a soulevés, notamment en ce qui concerne le délai légal de recours à l'IVG mais aussi en ce qui concerne l'offre contraceptive en France, ont très directement influé sur les modifications législatives intervenues en 2001 (allongement de deux semaines du délai légal, suppression de l'autorisation parentale pour les mineures). Elle ouvre la voie à une approche beaucoup plus fine de ces questions prenant mieux en compte le désir d'autonomie et le respect des décisions des femmes. » (Andro, 2004, p. 178-179).

²⁴ L'enquête porte sur les pratiques contraceptives, le processus de décision face à une grossesse non prévue, l'accès au système de santé pour une IVG, et les effets sur la santé de la contraception et de l'avortement. Elle a été réalisée entre 2000 et 2004 auprès de 2863 femmes âgées de 18 à 44 ans vivant en France. La première vague de questions portait sur les caractéristiques sociodémographiques, les circonstances du premier rapport sexuel, la biographie contraceptive et génésique, le dernier rapport sexuel, les effets sur la santé des méthodes de contraception et les antécédents médicaux et gynécologiques, ainsi que sur les opinions et connaissances dans le domaine de la contraception. Un module spécifique portait sur la description détaillée de la dernière grossesse et de l'accès au système de soins lors de la dernière IVG. Les vagues suivantes se concentraient sur les changements intervenus depuis le dernier passage du questionnaire, notamment en ce qui concerne la situation affective et professionnelle, la vie génésique, les contraceptions utilisées, ainsi que les raisons des éventuels changements. Les interviews duraient alors une vingtaine de minutes en moyenne, soit moitié moins de temps que lors de la première vague.

fois auprès de femmes (13 000), de praticien·nes (1300) et d'établissements de santé (200) (Vilain, Collet et Moisy, 2011) et dont les résultats sont publiés dans un numéro thématique de *Revue Française des Affaires Sociales*²⁵ (2011). Cette enquête, qui a plus de quinze ans, est la dernière en date sur l'IVG dont les données ont été exploitées de façon systématique.

De nombreuses sources statistiques restent à exploiter, puisque plusieurs enquêtes menées depuis par l'INED comportent des volets sur l'avortement. Alors que cette thématique était jusque-là absente des enquêtes sur la sexualité²⁶, l'enquête Contexte de la Sexualité en France²⁷ (CSF) a par exemple inclus des questions sur les grossesses non-prévues. Pourtant, dans la synthèse de cette recherche, *Enquête sur la sexualité en France* (Bozon et Bajos, 2008), seul un chapitre s'intéresse directement aux pratiques contraceptives, dans la mesure où elles s'articulent aux pratiques préventives (Beltzer et Bajos, 2008) et aucun texte n'analyse explicitement les grossesses non prévues et leurs éventuelles interruptions. De même, les résultats de l'enquête Fécondité – Contraception – Dysfonctions sexuelles²⁸ (Fecond) relatifs à l'IVG sont encore en cours d'analyse²⁹. Mais ces enquêtes en population générale sur la fécondité posent des problèmes méthodologiques de sous-déclaration (Moreau, Bajos et Bouyer, 2004 ; Régnier-Loilier, 2005).

Le résultat majeur de ces travaux est la mise en évidence du « paradoxe de l'avortement » (Bajos et al., 2014), qui permet d'élucider les raisons de la stabilité du taux d'avortement malgré une meilleure couverture contraceptive (Bajos, Moreau, et al., 2004). Tout en étant moins

²⁵ L'enquête de la DRESS fournit également des informations sur l'organisation de la prise en charge des IVG (Collet, 2011), le profil socio-démographique des avortées (Moisy, 2011 ; Vilain, 2011) et les trajectoires contraceptives (Moreau, Desfrères et Bajos, 2011).

²⁶ L'analyse de la sexualité s'intéresse désormais davantage aux biographies affectives et sexuelles. En comparaison, l'enquête Analyse des Comportements Sexuels en France, ACSF) menée en 1992 en pleine épidémie de sida (Leridon et Bozon, 1993), ne comportait pas de questions sur les grossesses non prévues. Le questionnaire a été passé par téléphone auprès de 20 055 hommes et femmes âgées de 18 à 69 ans (au 1er janvier 1992) (Leridon et Bozon, 1993).

²⁷ L'enquête CSF a été initiée par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales (ANRS) et menée en partenariat avec l'Ined et l'Inserm. Au total, 6824 femmes et 5540 hommes (soit 12364 personnes) entre 18 et 69 ans ont été interrogé·es par téléphone.

²⁸ L'enquête Fecond, menée par l'Ined et l'Inserm, est réalisée en plusieurs vagues entre 2009 et 2013. Elle s'intéresse à la santé sexuelle et reproductive dans une perspective biographique. Elle vise en particulier à analyser la socialisation à la contraception, les normes et représentations de la parentalité et de la procréation, les pratiques contraceptives et les échecs de contraception. Contrairement à l'enquête Cocon, elle s'adresse aux femmes et aux hommes. L'enquête a été menée par téléphone auprès d'un échantillon aléatoire représentatif de femmes et d'hommes (n=8645), âgés de 15 à 49 ans et vivant en France métropolitaine. La durée de passation moyenne du questionnaire était de 41 minutes. Le questionnaire comportait 13 chapitres : « Caractéristiques sociodémographiques » ; « Education sexuelle et initiation à la contraception », « Fertilité et intentions de fécondité », « Biographie génésique », « Prise en charge de l'infertilité », « Contraception vie entière », « Biographie contraceptive », « Iers rapports sexuels et les suivants », « Sexualité », « Normes et représentations », « Santé », « Suivi médical », « Adresse et droit d'accès ».

²⁹ Les thèses en cours de Justine Chaput « Avorter hors du délai légal d'IVG en France : conditions d'accès et recours à l'IMG » et de Raphaël Perrin « Sociologie du travail d'avortement » fourniront une première analyse de ces données.

fréquentes, les grossesses non prévues sont désormais plus souvent avortées. L'avènement de la *norme contraceptive française* (Bajos et Ferrand, 2005), féminine et médicalisée (Le Guen et al., 2017), centrée notamment sur la pilule (Roux, 2020), a contribué à transformer la *norme procréative*, c'est-à-dire les conditions idéales de la maternité (Bajos et Ferrand, 2006a).

Les travaux sur l'avortement ne mettent pas seulement en évidence les difficultés concrètes des femmes avec la contraception (Bajos et al., 2006 ; Bajos et Ferrand, 2001 ; Mazuy, Toulemon et Baril, 2014, 2015 ; Moreau et al., 2010 ; Moreau, Desfrères et Bajos, 2011 ; Schoub-Thieblemont et Nadjafizadeh, 2018) et leurs recompositions depuis la « crise de la pilule » (Bajos et al., 2012 ; Bajos, Rouzaud-Cornabas et Panjo, 2014 ; Le Guen, Agius, et al., 2020 ; Le Guen, Rouzaud-Cornabas, et al., 2020 ; Rahib, Le Guen et Lydié, 2017 ; Rouzaud-Cornabas, 2019, p. 20). Ils montrent aussi que l'enjeu se situe bien dans les normes sociales qui encadrent la venue au monde d'un nouvel être humain. La « maternité désirée et planifiée » s'impose désormais comme le modèle légitime d'entrée en maternité, fondé sur la disponibilité à l'enfant (Bloch et Buisson, 1999 ; Garcia, 2011b ; Gojard, 2010). Dans le cas contraire, l'IVG devient plus fréquente³⁰, ce qui diminue d'autant les autres refus d'être mère que sont l'abandon d'enfant³¹ voire le néonaticide (Ancian, 2018). De nombreux travaux permettent ainsi de comprendre comme se construit la décision de poursuivre ou non une grossesse (Cèbe et Philippe, 2002 ; Donati, Cèbe et Bajos, 2002 ; Mathieu, 2016 ; Régnier-Loilier et Perron, 2016), dans un contexte normatif où le « projet parental » (Boltanski, 2004) impose aux couples d'être « prêts ensemble » (Mazuy, 2006, 2009). La compréhension du « paradoxe de l'avortement » est ainsi indispensable à la mise en évidence du caractère structurel de l'IVG dans les trajectoires génésiques des femmes.

Depuis le premier numéro consacré à l'avortement paru dans la *Revue Française de sociologie*³², ces analyses ont ainsi construit une première « sociologie de l'avortement » (Isambert, 1982) qui s'attache à révéler les normes encadrant l'IVG, pour comprendre le

³⁰ Si 4 grossesses non prévues sur 10 étaient avortées au lendemain de la loi Veil, aujourd'hui c'est plutôt 6 voire 7 grossesses non prévues sur dix qui conduisent à une IVG (Bajos et al., 2004).

³¹ L'abandon d'enfant, organisé en France par la pratique de l'accouchement sous le secret (ou « accouchement sous X »), ne concerne aujourd'hui que quelques milliers de femmes, la plupart très jeunes, et n'ayant pas pu avorter dans les délais impartis (Ensellem, 2015 ; Villeneuve-Gokalp, 2011).

³² La première enquête qualitative accorde une attention spécifique au dispositif législatif et médical encadrant l'IVG, et aux tensions normatives encadrant la régulation de l'avortement. Elle a été réalisée au début des années 1980 par un groupe d'une douzaine de sociologues réunies autour d'un même questionnaire sur « la reproduction de la vie humaine » (Ladrière, 1982a, p. 351). Le numéro de la *Revue Française de Sociologie* dans lequel les résultats sont publiés propose de considérer l'avortement comme une « pratique sociale » et s'attache à mettre en évidence le contrôle social qui s'exerce sur les femmes (Ferrand-Picard, 1982 ; Horellou-Lafarge, 1982), notamment par l'intermédiaire des conseillères conjugales (Devreux, 1982). En plus d'un cadrage historique (Devreux et Ferrand-Picard, 1982) et quantitatif (Lamy, 1982), la réflexion proposée met à jour les normes et valeurs qui régissent la procréation (Novaes, 1982) et les représentations maternelles des femmes qui avortent (Houel et Lhomond, 1982).

contrôle social qui s'exerce sur le corps des femmes (Bajos et Ferrand, 2011) – notamment via les médecins, lieutenants de la « biopolitique déléguée » (Memmi, 2003).

L'analyse renouvelée du travail procréatif dans les études sur le genre

Ce contrôle sur le corps des femmes, ou plutôt l'appropriation par les hommes du temps consacré par les femmes à la procréation (et plus généralement à l'espace domestique), est l'objet d'un autre corpus, plus théoricien et moins démographique : celui du féminisme matérialiste. Ces travaux ont été développés à partir des années 1970 par des chercheuses comme Christine Delphy (Delphy, [1970] 2008, [1988] 2013), Nicole-Claude Mathieu (1977) et Paola Tabet (1998), qui ont très tôt envisagé la procréation comme une appropriation du corps et du travail de la classe des femmes par la classe des hommes. Directement inspiré du matérialisme historique et de la théorie de l'exploitation de Marx, le féminisme matérialiste a permis de penser l'ensemble des tâches associées à la création et à l'élevage des nouveaux êtres humains comme un *travail*, réalisé gratuitement par les femmes au bénéfice des hommes. Dans cette perspective, l'espace privé est le lieu de l'oppression domestique, qui est sanctionnée par l'institution du mariage organisant l'exploitation de la force reproductive des femmes (Delphy, [1970] 2008, [1988] 2013). Colette Guillaumin, pour souligner que la condition des femmes ressemble moins à celle des ouvriers vendant librement leur force de travail qu'à celle des esclaves pour qui l'appropriation concerne la totalité du corps, parle de *sexage* pour décrire cette exploitation (Guillaumin, [1978] 2016). Dans un tel rapport de force où la procréation est l'objet d'une lutte de pouvoir, la maternité, loin d'être « naturelle », est le produit de ces rapports de force assignant les femmes à l'espace domestique. La possibilité de l'avortement, dès lors, devient une contestation des rapports de pouvoir en place (Mathieu, 1977).

Cette perspective matérialiste se renouvelle à la faveur du développement des études sur le genre en France au tournant du millénaire. La requalification de la « domination masculine » (Bajos et Ferrand, 2004 ; Bourdieu, 1990) et des « rapports sociaux de sexe » (Guionnet et Neveu, 2004 ; Kergoat, 2005, 2017) en « rapports de genre » (Clair, 2015), de même que l'importation des *Gender Studies* en France, ont permis de penser les rapports entre les sexes comme système produisant une bicatégorisation de l'humanité en deux moitiés complémentaires et inégales (Bereni et al., [2016] 2019 ; Delphy, [1970] 2008)³³. Le genre est alors pensé moins comme une identité que comme un *processus*, qui produit et actualise en

³³ Il manque probablement au manuel d'*Introduction aux études sur le genre*, même actualisé, un chapitre consacré exclusivement au corps féminin procréateur (Bereni et al., [2016] 2019) ; mais plusieurs entrées de *l'Encyclopédie du genre* de Juliette Rennes et Catherine Achin (Rennes et Achin, 2016) concernent la procréation.

permanence la division et la hiérarchie entre les sexes, dénaturisant de fait le rapport à la procréation (Détrez, 2015 ; Touraille, 2011). C'est cet essor des études de genre qui permet de repenser les tâches relatives à la (non-)procréation comme un *travail*. Si Geneviève Cresson parle de la contraception comme d'un « travail domestique de santé » (dès 1995), c'est au cours des années 2010 que de jeunes chercheuses proposent une actualisation du concept.

En 2017, Marie Mathieu et Lucile Ruault coordonnent ainsi un numéro de *Recherches sociologiques et anthropologiques* consacré à cette question et définissent le *travail procréatif* comme « la multitude de tâches que des femmes accomplissent au quotidien pour faire ou ne pas faire d'enfants » (Mathieu et Ruault, 2017, §1). Contraception (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017), avortement (Azcué et Mathieu, 2017 ; Thizy, 2021), procréation médicalement assistée (Debest et Hertzog, 2017 ; Hertzog, 2014, 2016), grossesse (Boulet, 2020), accouchement (Quagliariello et Ruault, 2017), éducation des enfants (Landour et Odier, 2017) relèvent ainsi du « travail procréatif » assigné aux femmes. L'appréhender comme tel permet de dénaturiser des compétences procréatives apprises tout en rendant visible la multiplicité des tâches quotidiennes principalement réalisées par les femmes.

L'absence d'un travail systématique sur la stigmatisation de l'avortement en France

Dans ces différents travaux, la stigmatisation abortive peut être mentionnée, mais elle est un résultat plutôt qu'un objet d'étude à part entière. Marie Mathieu conclut par exemple sa thèse par l'affirmation que la stigmatisation est « un mode de contrôle ordinaire des naissances qui pèse toujours sur les vies des femmes » (2016, p. 300). Nathalie Bajos et Michèle Ferrand constatent aussi que « la situation actuelle peut ainsi apparaître comme paradoxale : entre la reconnaissance d'un droit et la stigmatisation relative d'un usage fréquent » (2011, p. 44). Mais ces travaux ne spécifient pas véritablement ce qu'est la stigmatisation : en quoi elle consiste, par qui elle s'exprime, comment elle s'explique, à qui elle est destinée.

Le principal apport sur la stigmatisation vient de Sophie Divay qui, dans deux articles successifs, propose d'envisager l'avortement comme une « déviance légale » (2003, 2004). Dans une perspective interactionniste revendiquée, elle montre que les avortantes, exposées au jugement de leur entourage et du personnel médical, adoptent des « positionnements moraux » (2003, p. 212) variables pour faire face à une « décision stigmatisante » (*ibid.*, p. 211), la principale étant de considérer l'IVG comme un « mal nécessaire » (*ibid.*, p. 212). La sociologue étudie ensuite les « rapports culpabilisés à une déviance morale » (2004, p. 203) pour mettre en évidence les « stratégies de neutralisation » (Sykes et Matza, 1957) du stigmate des avortantes :

stratégie de « désignation par contraste » qui permet de « ne pas se montrer anti-conformiste, tout en orientant [...] la stigmatisation vers plus déviant que soi » (2004, p. 204) ; « déni de responsabilité » qui consiste à refuser d'être tenue pour responsable de la situation et « réaménagement des principes moraux » (*ibid.*, p. 205). Toutes ces stratégies permettent de « se mettre à l'abri de la culpabilité et de la honte » (*ibid.*, p. 206) et fournissent un cadre conceptuel précieux pour étudier le rapport individuel à la stigmatisation.

Cependant, outre que son enquête est déjà ancienne – elle date de la fin des années 1990 – le recueil de données présente des limites liées non pas à la rigueur ethnographique mais à la position d'observation choisie. La sociologue a en effet enquêté depuis la posture de conseillère conjugale et familiale dans un Planning Familial, à une époque où l'entretien psychosocial avec ces professionnelles était indispensable pour accéder à l'IVG. Or, analyser l'expérience de la déviance depuis un poste d'observation professionnel pose question : difficile de saisir les critiques ou les résistances opposées au fort contrôle social de l'IVG quand les avortantes sont captives d'une institution, même militante. En suivant ce qu'Anne-Marie Devreux appelle « l'effet inductif de l'institution » (1982), les avortantes se trouvent structurellement incitées par le dispositif à se justifier – et ce même si l'enquêtrice, à double casquette, dit explicitement que ce n'est pas l'objectif de l'entretien. Pour saisir des discours moins contraints, il paraît alors nécessaire d'échanger avec les femmes en-dehors du moment de l'IVG (voir Méthodologie).

Les bases d'une analyse de la stigmatisation sont aussi avancées par Marie Mathieu dans ses recherches sur l'avortement, d'abord dans un article co-écrit avec Lucile Ruault sur la stigmatisation exercée par l'institution médicale (2014) puis dans le chapitre 3 de sa thèse, consacré aux femmes ayant avorté plusieurs fois. Les « IVG itératives » y sont considérées comme un « cas d'école » de la stigmatisation, et plus exactement de ce que je nomme, dans ce travail, *l'auto-stigmatisation* (voir Chapitre 8). Les pluri-avortées souscrivent à l'idée que l'avortement doit rester exceptionnel et se culpabilisent plus ou moins de leur échec contraceptif. Mais dans cette thèse, l'étude de la stigmatisation se limite à l'intériorisation de la culpabilisation contraceptive, alors que l'auto-stigmatisation peut prendre d'autres formes. La révélation et le silence sur l'IVG ne sont pas non plus thématiques, ni les pratiques de dissimulation, ni les autres déterminants des émotions ressenties pendant l'IVG.

Enfin, le travail de Luc Boltanski sur la « sociologie de l'engendrement » (Boltanski, 2004), traduit en anglais en 2013 et discuté à l'échelle internationale (Kimport, 2014 ; Millar, 2014 ; Ross, 2016), relève d'une vaste entreprise théorique autour de l'avortement. Le sociologue distingue d'abord quatre propriétés anthropologiques de l'avortement : l'avortement serait une possibilité partout connue, quelle que soit la méthode employée (1) ; l'avortement susciterait une réprobation générale, quoiqu'à un niveau variable (2) ; pourtant, dans les faits, sa pratique

serait largement tolérée tant qu'elle reste « officieuse », rattachée au monde privé des femmes (3) ; ce qui se traduirait par une faible représentation de l'avortement (4). Luc Boltanski propose ensuite une analyse de l'avortement basée sur la distinction entre les « êtres engendrés par la chair » et ceux « engendrés par la parole ». Produire un nouvel être humain comme tel suppose une singularisation qui s'effectue par la parole : le « fœtus » est ainsi « adopté » ou « confirmé » par celle qui l'accueille ; un fœtus non confirmé par la parole (que Boltanski qualifie de « fœtus tumoral » en opposition au « fœtus authentique ») est avorté parce qu'il n'a pas été singularisé. L'auteur montre pourtant la contradiction entre d'une part la nécessité d'opérer ce tri entre les êtres « non-différenciés » engendrés par la chair et les êtres « différenciés » engendrés par la parole, et d'autre part l'impossibilité *a priori* de distinguer ces deux êtres – pourquoi les êtres engendrés par la chair auraient-ils à subir un sort qui serait intolérable à ceux engendrés par la parole ? De cette contradiction dans la « grammaire de l'engendrement » naissent des « arrangements », autrement dit des modes de régulation historiques de l'engendrement. Une telle approche fournit un cadre conceptuel ambitieux autour du choix d'avorter et prend au sérieux l'idée que l'étude de l'avortement relève d'une « sociologie de la norme » (*ibid.*, p. 41) attentive aux décalages entre « officiel » et « officieux ». Elle ouvre ainsi une réflexion importante sur les discours et les représentations autour de l'avortement, c'est-à-dire sur la façon dont celui-ci est dit et tu et, implicitement, sur la stigmatisation à l'œuvre.

Mais comme le soulignent les recensions critiques de l'ouvrage parues dans le numéro 15 de *Travail, Genre et Société*, une telle analyse généralise probablement trop ces propriétés « universelles ». La Chine ou le Japon, où l'avortement est relativement accepté, constituent des contre-exemples à l'idée d'une réprobation universelle de l'avortement (Akrich, 2006 ; Bajos et Ferrand, 2006b ; Bateman, 2006 ; Gardey, 2006). S'intéresser à la « réprobation » de l'avortement³⁴ et à son absence de représentation – dit autrement : à sa stigmatisation – doit ainsi passer par un examen empirique serré, comme le fait par exemple Clémentine Rossier lorsque qu'elle montre que l'avortement, interdit au Burkina-Faso, y est un « secret connu de tous » (Rossier, 2006, 2007).

Tous ces travaux ouvrent de riches perspectives pour étudier la stigmatisation abortive, mais ne constituent pas un cadre théorique unifié. Ce constat invite à porter le regard vers la littérature internationale qui, depuis une quinzaine d'année, s'emploie à théoriser l'*abortion stigma*.

³⁴ Quelques enquêtes sur les « valeurs » des Français·es permettent de mesurer l'acceptation sociale de l'IVG (Bréchon, Gonthier et Astor, 2019 ; Bréchon et Tchernia, 2009) mesurée grâce aux données de la *European Values Study* (1981, 1990, 1999, 2008 et 2018).

2. Une littérature internationale croissante sur l'abortion *stigma*

Depuis la fin des années 2000, la littérature anglophone (et dans une moindre mesure hispanophone et lusophone) a identifié le manque de travaux sur la stigmatisation de l'avortement et entrepris d'y remédier. Comme en France, jusqu'à cette date, la recherche sur l'avortement s'était essentiellement concentrée sur la « fabrique de la décision » (*decision making*) (Frederico et al., 2018 ; Pereira, Pires et Canavarro, 2019 ; Rice et al., 2017). Mais le développement d'enquêtes sur la stigmatisation dans le champ de la santé et de la sexualité a changé la donne, en proposant un cadre analytique pour conceptualiser le stigmaté lié au VIH, à la maladie mentale ou à l'orientation sexuelle (Cockrill et Hessini, 2014) – parfois sous la forme d'un *gendered stigma* (Antin, 2015 ; Marsh, Kamuya et Molyneux, 2011 ; Robillard, 2010). Depuis une quinzaine d'année, ces propositions conceptuelles sont massivement transposées à l'avortement. Ces travaux portent sur les États-Unis, la Grande-Bretagne, mais aussi plusieurs pays d'Amérique Latine, d'Afrique, d'Asie, ce qui atteste de la forte diffusion de *l'abortion stigma* comme concept. J'en propose ici un panorama succinct – le contenu de ces travaux sera développé tout au long de mon analyse.

Les travaux sur *l'abortion stigma* appliquent à l'analyse de l'avortement le cadre conceptuel proposé notamment par Erving Goffman et Howard Becker. La stigmatisation est envisagée comme le résultat d'un *processus social* venant sanctionner un écart à la norme. Transgresser une norme expose à des jugements de valeur et des réactions d'hostilité, c'est-à-dire à être « stigmatisé·e » (pour employer la terminologie de Goffman) ou être « étiqueté·e » comme « déviant·e » (pour employer la terminologie de Becker). Becker, dans sa célèbre typologie de la déviance, montre qu'il ne suffit pas de transgresser la norme pour être considéré comme déviant·e : encore faut-il être perçu·e comme tel·le (Becker, [1963] 2012, p. 43). Il est donc possible d'être « secrètement déviant·e », si la transgression de la norme demeure inconnue. Cette distinction entre une stigmatisation effective et potentielle rejoint la distinction opérée par Goffman entre le « discrédité » et le « discréditable » (Goffman, [1963] 1975). Erving Goffman montre en effet que le stigmaté, défini comme « un attribut qui jette un discrédit profond » ([1963] 1975, p. 13), n'existe pas en soi mais se définit en interaction.

Certains attributs stigmatisables mais pas directement visibles peuvent donc faire l'objet d'un contrôle par les individus, qui négocient en situation la façon dont ils sont perçus : tant que le stigmaté demeure caché, l'individu est discréditable. Il n'est discrédité qu'à partir du moment où le stigmaté, connu, suscite des sanctions sociales effectives. En ce sens, en dehors

de l'intervention médicale pour interrompre la grossesse, les avortées sont davantage discréditables que discréditées puisqu'il leur est possible de cacher à la fois le début de grossesse et son interruption. La question de la dissimulation (*concealment*) ou de la révélation (*disclosure*) de l'avortement est ainsi centrale dans la littérature sur *l'abortion stigma*, sans s'y résumer (Astbury-Ward, Parry et Carnwell, 2012 ; Major et Gramzow, 1999 ; Shellenberg et al., 2011).

Outre plusieurs articles de cadrage qui permettent de conceptualiser *l'abortion stigma* (Cockrill et Hessini, 2014 ; Hanschmidt et al., 2016 ; Kumar, Hessini et Mitchell, 2009 ; Millar, 2020 ; Norris et al., 2011), plusieurs travaux mettent en évidence la production structurelle de la stigmatisation, en s'intéressant d'abord au cadre légal et au dispositif effectif de prise en charge de l'avortement. La loi peut en effet s'avérer stigmatisante (Abrams, 2015), en limitant l'accès à l'avortement (Weitz et Kimport, 2015). En Europe, c'est par exemple le cas en Pologne (Cullen et Korolczuk, 2019). Mais l'accès à l'IVG ne dépend pas seulement de la législation en vigueur. Il est également lié aux pratiques médicales et à l'organisation du système de santé (Brunet et Guyard-Nedelec, 2019), tant les représentations des médecins (Rehnström Loi et al., 2015) peuvent contribuer à stigmatiser les avortantes (Baba et al., 2020 ; Lamas, 2014 ; Makleff, Labandera, et al., 2019)

Les organisations confessionnelles et le niveau de pratique religieuse déterminent également la stigmatisation structurelle, comme aux États-Unis, où les réseaux évangélistes sont très implantés (Husain et Kelly, 2017), mais aussi au Mexique, où le catholicisme est fervent (McMurtrie et al., 2012 ; Sorhaindo et al., 2014), et plus généralement dans l'Amérique Latine catholique (Johnson, 2017, 2018). Les productions culturelles (films, livres, séries, œuvre d'art, etc.), les médias (presse écrite, radio, etc.) et les réseaux sociaux (Facebook, Instagram, TikTok, etc.) jouent aussi un rôle important dans les représentations de l'avortement (Sisson et Kimport, 2016 ; Whaley et Brandt, 2018), qu'il s'agisse de mettre en scène l'embryon comme autonome (Petchesky, 1986 ; Wise, 2018), d'accentuer les difficultés liées à l'IVG (Herold et Sisson, 2019 ; Purcell, Hilton et McDaid, 2014) ou au contraire de déstigmatiser (Duggan, 2022 ; Kissling, 2018 ; Kosenko, Winderman et Pugh, 2019). Tous ces éléments façonnent l'opinion publique et plusieurs travaux montrent comment le positionnement face à l'avortement dépend de variables sociologiques lourdes comme l'âge, la pratique religieuse et le genre (Adamczyk, Kim et Dillon, 2020 ; Casey et al., 2019 ; Levandowski et al., 2012 ; Patev, Hood et Hall, 2019).

Mais plutôt qu'identifier *l'origine* de la stigmatisation, une grande part de la littérature s'intéresse à ses *conséquences* pour celles qui avortent – mais aussi pour leurs proches (Cockrill et al., 2013 ; Cowan, 2017) et pour les professionnel·les de santé (voir *infra*). La circulation de

la parole autour de l'avortement s'avère difficile (Major et Gramzow, 1999 ; Shellenberg et al., 2011) tant la « peur du jugement » et de « l'auto-jugement » maintient le secret (Hanschmidt et al., 2016). En ce sens, la stigmatisation est vécue à la fois au niveau *interpersonnel* (dans l'interaction avec d'autres) et *intrapersonnel* (elle est intériorisée) (Astbury-Ward, Parry et Carnwell, 2012 ; Cockrill et Nack, 2013 ; Shellenberg et Tsui, 2012 ; Thomas, Norris et Gallo, 2017).

L'enjeu n'est pas seulement de taire et cacher son avortement ou d'en parler. Il est aussi question de la façon dont la stigmatisation, réelle ou redoutée, peut entraver l'accès au soin (Chor et al., 2019 ; Deeqa, Diamond-Smith et Njunguru, 2018 ; Makleff, Wilkins, et al., 2019 ; O'Donnell, O'Carroll et Toole, 2018), en faisant renoncer à une prise en charge des complications post-opératoires (Harris, 2012 ; Seewald et al., 2019) voire renoncer à l'avortement, en particulier pour les plus précaires (Gelman et al., 2017). La santé physique des femmes n'est pas la seule en cause. Il est aussi question de leur santé psychique et émotionnelle. Si la « dépression post avortement » ou l'idée d'un « syndrome post-IVG » (voir chapitre 7) sont dans l'ensemble contestés (Gomez, 2018 ; Lee, 2002, 2003, 2004 ; Millar, 2020 ; Norris et al., 2011), les effets émotionnels de l'avortement dépendent de l'intensité de la stigmatisation ressentie (O'Donnell, O'Carroll et Toole, 2018) et de l'accès effectif à l'avortement³⁵ (voir 7.1).

D'autres travaux, plutôt que pointer les entraves, mettent au contraire en évidence les conditions qui facilitent l'expérience abortive, qu'il s'agisse de changer les discours dominants (Baird et Millar, 2019 ; Purcell et al., 2020), choisir ses conditions d'avortement (Altshuler et al., 2017 ; Lewis, 2018 ; Mavuso et Macleod, 2019), ou d'être soutenue dans sa décision (Crowley, High et Thomas, 2019). La capacité des femmes à se distancer des discours qui les stigmatisent et à légitimer leur IVG est également mise en avant (Becker, 2019 ; Kimport, 2019).

Bien souvent, cette littérature, produite par des équipes mixtes associant chercheur·ses en sciences sociales et médecins, a des objectifs de santé publique affichés (Hessini, 2014 ; Hussein et Ferguson, 2019), dans une perspective qui est celle de la santé sexuelle et reproductive, appuyée sur la rhétorique de droits humains incluant des droits sexuels et reproductifs (Giami, 2016). La visée normative est extrêmement claire : « comprendre l'*abortion stigma* permettra d'implémenter des stratégies pour le réduire, avec des effets directs

³⁵ Une enquête quantitative longitudinale menée au Royaume-Uni depuis 2014 (Harris et al., 2014) auprès de femmes ayant demandé un avortement, les unes l'ayant obtenu et les autres ayant été contraintes de poursuivre leur grossesse en raison du dépassement des délais, montre que l'IVG n'accroît pas le risque de stress post-traumatique (Biggs et al., 2016) et que la santé psychique des femmes est meilleure quand il leur a été possible d'avorter (Biggs, Brown et Foster, 2020). Une moindre stigmatisation durant la période pré-abortive permettrait par ailleurs de réduire les inquiétudes vis-à-vis de l'avortement (Steinberg et al., 2016).

sur l'amélioration de la santé et de l'accès au soin des personnes stigmatisées³⁶ » (Norris et al., 2011, p. 3-4). Plusieurs papiers appellent explicitement à la réduction de la stigmatisation (Hessini, 2014 ; Kumar, 2013 ; Rice et al., 2017), voire à sa disparition (Cockrill, 2014)³⁷ et inventent des dispositifs publics pour limiter l'expérience du stigmate (Cockrill et Biggs, 2018).

Étudier la stigmatisation pour la combattre impose dès lors de se doter d'outils de mesure et d'évaluation de l'action publique. À cette fin, une « échelle de la stigmatisation abortive au niveau individuel » (*Individual Level Abortion Stigma Scale (ILAS Scale)*) a été imaginée par un groupe de chercheuses états-uniennes³⁸ au début des années 2010 pour standardiser « une mesure de la stigmatisation ressentie »³⁹ (Cockrill et Hessini, 2014). Elle est explicitement présentée comme un instrument d'action publique (Shellenberg, Hessini et Levandowski, 2014). Cette échelle pour mesurer le stigmate individuel de l'avortement est largement diffusée outre-Atlantique : elle a été reprise dans plusieurs travaux à l'échelle internationale (Belfrage, Ramírez et Sorhaindo, 2020 ; Sorhaindo et al., 2016) et adaptée aux professionnel·les de santé (Harris et al., 2011 ; Martin, Debbink, Hassinger, Youatt, Eagen-Torkko, et al., 2014 ; Martin, Debbink, Hassinger, Youatt et Harris, 2014 ; Martin et al., 2018).

Cette perspective de santé publique pose cependant plus de problèmes qu'elle n'en résout et, dans cette abondante littérature internationale qui théorise l'*abortion stigma*, tout n'est pas à prendre. Il est donc nécessaire de dégager les apports et les limites de ces différents travaux pour bâtir le cadre conceptuel de ce travail.

³⁶ "Understanding abortion stigma will inform strategies to reduce it, which has direct implications for improving access to care and better health for those stigmatized".

³⁷ Le réseau « International Network for the Reduction of Abortion Discrimination and Stigma » (InRoads), qui se constitue lors de la rencontre de Bellagio du 19 juin 2012, se définit ainsi comme un « réseau mondial de défenseur·ses, d'universitaires, de prestataires de soins de santé et de donateur·ices ayant pour objectif commun de faire évoluer le débat sur l'avortement et de créer un monde sans stigmatisation de l'avortement » (a "global network of advocates, scholars, health providers, and donors with the shared goal of shifting the conversation on abortion and creating a world free of abortion stigma"). En finir avec la stigmatisation de l'avortement (« End abortion stigma ») est même le titre de leur page internet [inroads \(endabortionstigma.org\)](http://inroads(endabortionstigma.org)).

³⁸ Les chercheuses ayant porté le projet (Kate Cockrill, Ushma D. Upadhyay et Diana Greene Foster) appartiennent à *Advancing New Standards in Reproductive Health*, rattaché au *Bixby Center for Global Reproductive Health*, à l'Université de Californie, San Francisco.

³⁹ Après une discussion théorique des aspects du stigmate et de sa gestion (Cockrill et Nack, 2013) sont inventoriés les facteurs sociaux pouvant caractériser la stigmatisation expérimentée (Cockrill et al., 2013). Pour rendre compte de cet « *individual-level abortion stigma* » (ILAS), un modèle à quatre facteurs est proposé : la peur du jugement (« *worries about judgment* »), l'isolement (« *isolation* »), auto-culpabilisation (« *self-judgment* ») et la condamnation de l'avortement par la communauté d'appartenance (« *community condemnation* ») permettent de mesurer la stigmatisation ressentie. Là encore, la religion est déterminante : l'indice de stigmatisation s'avère plus élevé chez les personnes croyantes que chez les athées – les variations selon d'autres critères (comme l'âge, la race, l'éducation, le fait d'être mère ou non) étant moins sensibles.

3. Cadre conceptuel : la stigmatisation de l'avortement comme conséquence et actualisation de rapports de pouvoir

La transposition de l'*abortion stigma* en français pose un problème linguistique qui reflète en réalité une tension dans le concept lui-même. Traduire par « stigmaté lié à l'avortement » reviendrait en effet à considérer l'*abortion stigma* comme une chose possédée par les personnes stigmatisées, c'est-à-dire à en faire *attribut* ou une caractéristique individuelle. À l'inverse, opter plutôt pour « stigmatisation de l'avortement », c'est mettre l'accent sur les *processus* qui fabriquent, en interaction, des identités stigmatisées. Cette tension, déjà présente chez Erving Goffman (qui oscillait entre stigmaté-comme-attribut et stigmaté-comme-processus), est un enjeu majeur de la conceptualisation de l'*abortion stigma* (Millar, 2020). En mettant en évidence les apories du stigmaté-comme-attribut, je voudrais proposer un cadre théorique qui envisage la stigmatisation comme un processus, inscrit dans des hiérarchies sociales qu'il contribue en même temps à performer.

L'aporie d'une conception du stigmaté comme ressenti individuel

Pour commencer, l'ensemble des travaux qui s'appuient sur l'*Individual Level Abortion Stigma Scale* – cet indice de la stigmatisation individuelle (Cockrill et al., 2013) – pose d'importants problèmes conceptuels. La stigmatisation y est en totalité appréhendée comme un ressenti subjectif : il ne s'agit pas de stigmatisation *effective* ni même *intériorisée*, mais bien d'un « sentiment de stigmatisation » dont il serait possible, grâce à des régressions linéaires, de donner un indicateur chiffré synthétique. En ramenant le stigmaté d'une dimension *inter-individuelle* à une dimension *intra-individuelle*, l'analyse proposée dans ces travaux ne s'intéresse plus à l'interaction ni à la façon dont celle-ci contribue à définir une situation ou assigner des rôles. Son objectif, normatif et sanitaire, est de réduire l'impact de l'avortement, en limitant une stigmatisation jugée néfaste d'un point de vue pragmatique et idéologique. L'analyse du stigmaté avec l'*ILAS Scale* relève d'une thérapie sociale, menée au nom du droit à la santé sexuelle et reproductive.

La méthode est sans conteste celle du *New Public Management* (Bruno et Didier, 2013 ; Lascoumes et Le Galès, 2004 ; Musselin et Bezes, 2015) : fixer des objectifs chiffrés pour l'action publique ; implémenter des dispositifs ; en évaluer l'efficacité grâce à des indicateurs.

Outre que l'échelle proposée ne permet pas les comparaisons inter-individuelles⁴⁰, se donner pour but de réduire voire d'éradiquer la stigmatisation *ressentie* conduit à imaginer des dispositifs visant à transformer le rapport *émotionnel* des femmes à leur avortement – comme des groupes de parole ou des cercles de lecture (Belfrage, Ramírez et Sorhaindo, 2020 ; Cockrill et Biggs, 2018). Ce faisant, ces analyses font reposer sur les premières concernées la responsabilité de ce qu'elles ressentent : chaque femme se voit confier le soin de revoir, grâce au partage de récits, sa perception d'elle-même. Ainsi, plutôt que prendre le problème à la racine – qui stigmatise, comment, et pourquoi ? – on traite le *symptôme*, en exigeant des femmes un travail émotionnel individuel ou collectif pour « mieux vivre » ledit problème. La dépolitisation des solutions proposées vient de la dépolitisation du questionnement lui-même, en écartant toute analyse de la domination et des structures de pouvoir qui produisent et conditionnent la stigmatisation. La rhétorique de « l'*empowerment* » employée révèle alors plus qu'elle ne masque l'importance de la psychologisation et de l'individualisation à l'œuvre – et à cela s'ajoute que les dispositifs imaginés ont une efficacité discutable⁴¹ et parfois nulle (Sackeim et al., 2022). La stigmatisation peut donc difficilement se résumer à un ressenti subjectif ; mais la concevoir comme un attribut pose également question.

L'aporie d'une conception du stigmaté comme attribut

Dans leur papier conceptuel fondateur de 2009⁴², « Conceptualising abortion stigma », Anuradha Kumar, Leila Hessini (chercheuses états-uniennes à l'IPAS⁴³) et Ellen Mitchell (philosophe et épidémiologiste néerlandaise) reprennent à leur compte la définition du stigmaté d'Erving Goffman comme attribut social dévalorisant ([1963] 1975). Elles envisagent ainsi l'*abortion stigma* comme « un attribut négatif assigné aux femmes cherchant à interrompre une grossesse, les marquant, intérieurement ou extérieurement, comme inférieures aux idéaux de la féminité⁴⁴ » (2009, p. 628). Elles reprennent aussi une définition de la stigmatisation proposée pour l'analyse de la santé mentale, qui la décrit comme un processus qui consiste à étiqueter,

⁴⁰ Chaque femme répond individuellement au questionnaire, parfois avant et après avoir été exposée à un dispositif de déstigmatisation, mais la comparaison entre elles n'est pas possible.

⁴¹ Par exemple, la diminution de la stigmatisation *déclarée* peut être la conséquence de l'existence du dispositif lui-même plutôt que de son contenu – selon la logique bien connue de l'expérience Hawthorne. Il n'est pas exclu non-plus que les femmes prenant part aux dispositifs choisissent de diminuer leur score de stigmatisation ressentie moins par conviction que pour plaire aux enquêtrices qui y consacrent du temps et de l'énergie, etc.

⁴² L'article, en juin 2023, était cité 778 fois d'après Google Scholar.

⁴³ L'Ipas est une ONG internationale qui milite en faveur de l'accès à l'avortement et à la contraception dans le monde. En plus de produire des connaissances théoriques et pratiques, son action consiste à informer les femmes sur les moyens d'obtenir un avortement légal et dans de bonnes conditions sanitaires en Afrique, Asie et Amérique Latine et faire du plaidoyer auprès de différents acteurs. Voir son site <https://www.ipas.org/>.

⁴⁴ "A negative attribute ascribed to women who seek to terminate a pregnancy that marks them, internally or externally, as inferior to ideals of womanhood".

stéréotyper, séparer, dégrader, pour, enfin, discriminer (Link et Phelan, 2001). Une telle conception du stigmatisme-comme-attribut porte déjà en elle la possibilité d'une analyse du stigmatisme-comme-processus. Contre l'idée d'un stigmatisme « universel », les autrices proposent de comprendre comment des inégalités et des rapports de pouvoir locaux contribuent non seulement à produire, mais aussi à perpétuer voire normaliser le stigmatisme. L'article analyse également les stratégies déployées par les avortées pour se prémunir de la stigmatisation (notamment par la dissimulation), et propose une typologie des différents niveaux auxquels elle se produit, allant des discours ordinaires et médicaux aux relations inter voire intrapersonnelles, en passant par les structures politiques et gouvernementales, les institutions et des groupes d'appartenances⁴⁵.

En plus d'identifier les *niveaux* de la stigmatisation, ce premier article en questionne également les *causes* : l'avortement serait stigmatisé car il transgresse l'idée que la sexualité des femmes est prioritairement reproductive. Si l'épistémologie féministe n'est pas explicitement mobilisée (la bibliographie est surtout orientée vers l'analyse du stigmatisme et les politiques de santé publique), ces premiers résultats invitent pourtant (sans le revendiquer) à concevoir le stigmatisme au prisme des rapports de genre.

Un deuxième article central⁴⁶, publié en 2011 par une équipe internationale pour « reconceptualiser » l'*abortion stigma* (Norris et al., 2011), approfondit ces perspectives. L'analyse de la stigmatisation ne concerne plus les seules avortantes/ées : elle est étendue aux différent-es acteur-ices qui les accompagnent et/ou soutiennent (partenaires, acteur-ices de santé, défenseur·ses de l'avortement...). Les causes de la stigmatisation sont affinées. Outre la sexualité, quatre autres formes de stigmatisation de l'avortement sont identifiées : l'attribution d'une personnalité humaine au fœtus ; les restrictions légales ; l'idée que l'avortement blesse les femmes ; le recours instrumental à la stigmatisation par les groupes opposés à l'avortement. Il est possible d'objecter que les restrictions légales à l'avortement, de même que les mobilisations des antiavortements, ne constituent pas *en elles-mêmes* des formes de la stigmatisation, mais plutôt un facteur aggravant : elles ne sont pas une *cause* mais un *moyen*.

L'intérêt d'une sociologie de l'*abortion stigma* qui se dégage de cette littérature réside toutefois dans cette invitation à identifier les formes de la stigmatisation (Abrams, 2015 ; Kumar, Hessini et Mitchell, 2009 ; Norris et al., 2011), les instances par lesquelles elle procède (Mathieu et Ruault, 2014), les normes sur lesquelles elle repose (Adamczyk, Kim et Dillon,

⁴⁵ Cette façon d'analyser un facteur à différentes échelles est très caractéristique des modes d'analyse de la santé publique : par exemple, la célèbre typologie des déterminants de santé de Dahlgren et Whitehead – même si elle n'est pas citée dans le papier de Kumar, Hessini et Mitchell – propose elle aussi une analyse à différentes échelles, de l'individu au groupe jusqu'au cadre légal et politique (Dahlgren et Whitehead, 1991).

⁴⁶ Cité 444 fois en juin 2023 selon GoogleScholar.

2020 ; Patev, Hood et Hall, 2019), les conséquences effectives qu'elle a sur ceux et celles qui la subissent et les stratégies de résistance et/ou de contestation qu'elle suscite, qu'il s'agisse de taire l'avortement, de le révéler ou de le revendiquer. Rien de tout cela n'a été systématiquement étudié dans la sociologie française et en ce sens, l'ambition de ce travail est de reposer les bases conceptuelles d'une telle analyse, à partir d'un terrain français et d'une relecture raisonnée et critique de la littérature anglo-saxonne.

Reste que concevoir le stigmaté lié à l'avortement comme un *attribut* qui serait possédé par les avortées, c'est courir le risque de le réifier, d'en faire une chose qui existerait indépendamment d'assignations normatives. Or, comme le souligne Erica Millar (2020), chercheuse féministe australienne spécialiste de l'avortement, la stigmatisation n'est pas un problème de croyances justes ou fausses, bonnes ou mauvaises, qui mèneraient un groupe ou un individu A à stigmatiser un groupe ou un individu B. Ce dont il est question, c'est fondamentalement de rapports de pouvoir socialement produits – et en particulier, mais pas seulement, de rapports de genre. Dès lors, le *stigma* traduit moins une propriété attribuée aux individus ou une composante de leur identité que le résultat de rapports sociaux de domination qui assignent structurellement à une position dans l'espace social. Pour penser la stigmatisation de l'avortement, il faut donc en refuser une vision psychologisante, individualisante ou réifiée et l'envisager comme un processus socio-historique. Pour le dire autrement, il est plus pertinent de traduire *stigma* par *stigmatisation* plutôt que *stigmaté*.

La stigmatisation est une forme de pouvoir classificatoire qui fonctionne en marquant les individus comme différents de la norme et ainsi reproduit et légitime des inégalités sociales structurelles. Les catégories du stigmaté se forment en amont des interactions sociales et ont un rôle et une fonction sociale spécifiques. Remarquer comme dans certains travaux que les normes socioculturelles, relatives notamment à la féminité et à la maternité, sont à l'origine de la stigmatisation de l'avortement, revient à souligner implicitement l'importance de réfléchir à la production socio-historique de la stigmatisation.⁴⁷ (Millar, 2020, p. 6)

C'est ce à quoi s'emploient les nouveaux travaux sur la stigmatisation et c'est la proposition conceptuelle la plus heuristique.

⁴⁷ "Stigma is a classificatory form of power that works by marking individuals as different to the norm and, through this differentiation, it reproduces and legitimises modes of social and structural inequality. Stigma categories are formed in advance of social encounters and have a specific social role and function. By noting that socio-cultural norms, such as those pertaining to femininity and motherhood, are the source of abortion stigma, scholars implicitly foreground the importance of thinking about the socio-historical production of stigma".

Construire la stigmatisation comme un processus qui performe les hiérarchies sociales

Goffman invitait déjà à concevoir le stigmate de façon *relationnelle*, en l'appréhendant moins comme une caractéristique d'un individu que comme un rapport social : « le mot de stigmate servira à désigner un attribut qui jette un discrédit profond, mais il faut bien voir qu'en réalité c'est en termes de relation et non d'attributs qu'il convient de parler » ([1963] 1975, p. 13). Il voulait dire par là qu'un attribut ne prend son sens que dans un contexte et un milieu social spécifique, raison pour laquelle un même attribut peut être parfois stigmatisant, parfois non. Goffman souligne que l'attribut ne devient stigmatisant que parce qu'il est mis en relation avec un *stéréotype* (*ibid.*, p. 14), de sorte que si l'avortement est stigmatisant, c'est parce qu'il renvoie à une identité féminine stéréotypée et dévalorisée. Cette perspective a le mérite d'obliger à penser de façon relationnelle la production de figures archétypales féminines comme « l'irresponsable », la « salope », « l'égoïste », la « meurtrière ». Mais elle ne rend pas apparente les rapports de pouvoir. Pourtant, il fait peu de doute que la définition des « normaux » proposée par Goffman est en réalité une définition des *dominants*. Goffman s'inclut lui-même – et son lecteur avec lui – dans cette catégorie : « [Un individu qui] possède un stigmate [a] une différence fâcheuse d'avec ce à quoi nous nous attendions. Quant à nous, ceux qui ne divergent pas négativement de ces attentes particulières, je nous appellerai les normaux » (*ibid.*, p. 15) .

Qui est donc inclus dans ce « nous les normaux » répétés à l'envi (p. 25, p. 31, etc.) ? Pour le savoir, il faut regarder, par contraste, qui sont les « stigmatisés ». La liste est longue : « sclérosé » ou « aveugle » (p. 21), « infirme » (p.22 et 29), « défiguré » (p. 24), « délinquant » (p. 26), « unijambiste » (p. 27), « chômeur » (p. 29), « divorcés » (p. 35), mais aussi le « Noir », « l'immigrant », la femme exerçant un métier considéré comme masculin (p. 25), etc. Les « normaux » de Goffman ne sont ni plus ni moins que les hommes, blancs, états-uniens, hétérosexuels, mariés, en bonne santé, actifs, prospères, éduqués : c'est-à-dire les dominants à tous points de vue. Le cadre conceptuel proposé, s'il met en évidence la production sociale du stigmate, est pensé depuis la posture d'un Erving Goffman socialisé comme un sociologue états-unien des années soixante, appartenant à une élite intellectuelle encore peu encline à la réflexivité sur elle-même. L'analyse est menée à partir des catégories d'entendement du chercheur, et ce alors même qu'il invite à considérer les rapports sociaux qui sous-tendent la stigmatisation : « nous bâtissons une théorie, une idéologie du stigmate, qui sert parfois à rationaliser une animosité fondée sur d'autres différences, de classe, par exemple » (Goffman, [1963] 1975, p. 15). La stigmatisation liée à la couleur de peau (p. 25) est par exemple prise

pour acquise dans *Stigmaté*, sans être véritablement remise en perspective avec l'histoire coloniale et raciale américaine.

Or, c'est précisément dans la critique du travail de Goffman et dans la nécessité d'historiciser les normes dominantes que s'est construite une nouvelle sociologie de la stigmatisation attentive aux rapports de pouvoir. La perspective théorique la plus enthousiasmante et robuste vient ainsi de travaux contemporains autour de la stigmatisation, notamment de la séropositivité (Parker et Aggleton, 2003), de la santé mentale (Holley, Stromwall et Bashor, 2012), du handicap (Cefai, 2017), des rapports de race (Tyler, 2018 ; Tyler et Slater, 2018). Dans un article fondateur⁴⁸, Richard Parker et Peter Aggleton, respectivement sociologues à l'Université de Columbia aux États-Unis et à l'Université Nationale Australienne (*Australian National University*), mobilisent ainsi Michel Foucault, Pierre Bourdieu et Antonio Gramsci pour relire un vaste corpus de travaux appuyés sur la sociologie du stigmaté goffmanienne. Ils commencent par montrer les impasses théoriques et pratiques d'une conceptualisation du stigmaté comme attribut individuel, qui pousse à croire que la stigmatisation serait un problème de croyances ou d'éducation, pouvant disparaître avec un peu de pédagogie, avant de reproblématiser la stigmatisation comme une lutte matérielle mais surtout symbolique pour le maintien d'une position dominante. Ces auteurs ont contribué à faire connaître les approches foucaaldiennes et bourdieusiennes outre-Atlantique et mis en avant que l'approche interactionniste, pour être convaincante, doit s'accompagner d'une approche structurelle.

Si Michel Foucault ne s'est pas intéressé directement à la stigmatisation, sa pensée permet de comprendre qu'une autorité n'a pas nécessairement besoin de s'imposer par la coercition physique pour s'aliéner le contrôle des corps. L'étude de la « microphysique du pouvoir » dans *Surveiller et Punir* montre par exemple comment « la discipline majore les forces du corps (en termes économiques d'utilité) et diminue ces mêmes forces (en termes politiques d'obéissance) » (1993, p. 140) par un ensemble de « technologies du pouvoir » relatives à la gestion du temps, de l'espace, à la capacité de surveiller et de sanctionner.

L'assujettissement n'est pas obtenu par les seuls instruments soit de la violence soit de l'idéologie [...] ; il peut être calculé, organisé, techniquement réfléchi, il peut être subtil, ne faire usage ni des armes ni de la terreur, et pourtant rester de l'ordre physique. C'est-à-dire qu'il peut y avoir un « savoir » du corps qui n'est pas exactement la science de son fonctionnement, et une maîtrise de ses forces qui est plus que la capacité de les vaincre : ce savoir et cette maîtrise constituent ce qu'on pourrait appeler la technologie politique du corps (*ibid.*, p. 31).

Ces différentes technologies du pouvoir exercent sur les individus un contrôle social qui se décline, parce qu'elles produisent des catégorisations appuyées sur un régime de savoir (qui est

⁴⁸ Cité 3428 fois en juillet 2023.

aussi un régime de pouvoir). La définition de la folie, par exemple, ne relève pas d'une vérité immuable sur le monde mais de l'évolution de connaissances qui, en décidant qui est fou et qui ne l'est pas, produisent en fait de l'exclusion (Foucault, 1976). Dès lors,

la stigmatisation fonctionne, littéralement, à l'intersection entre culture, pouvoir et différence – et ce n'est qu'en explorant la relation entre ces différentes catégories qu'il devient possible de comprendre la stigmatisation non pas simplement comme un phénomène isolé, ou des expressions d'attitudes individuelles ou de valeurs culturelles, mais comme un élément central de la constitution de l'ordre social⁴⁹ (Parker et Aggleton, 2003, p. 17).

S'agissent d'avortement, la stigmatisation prend place dans un certain état de la connaissance scientifique et médicale sur la grossesse et l'embryon, mais aussi au sein d'un ordre social où les femmes, en tant que groupe, sont dominées. Pour mieux comprendre comment cette domination peut s'exercer, bien souvent sans grande résistance ni opposition majeure (dit autrement, pour comprendre comment et sur qui agissent les technologies du pouvoir), il est nécessaire d'en revenir aux socialisations différenciées qui produisent et perpétuent les hiérarchies sociales tout en les naturalisant, c'est-à-dire à une sociologie critique bourdieusienne. Dans cette perspective, l'avortement prend place dans une trajectoire sociale et ses représentations reflètent et performant l'inscription individuelle dans des hiérarchies. La stigmatisation abortive contribue de la sorte à réaffirmer des classements sociaux, au moyen de la *violence symbolique*, cette capacité des dominant-es à imposer et légitimer leurs façons de dire, de penser et d'agir.

La violence symbolique est cette coercition qui ne s'institue que par l'intermédiaire de l'adhésion que le dominé ne peut manquer d'accorder au dominant (donc à la domination) lorsqu'il ne dispose, pour le penser et pour se penser [...] que d'instruments de connaissance qu'il a avec lui et qui, n'étant que la forme incorporée de la structure de la relation de domination, font apparaître cette relation comme naturelle ; ou, en d'autres termes, lorsque les schèmes qu'il met en œuvre pour se percevoir et s'apprécier [...] sont le produit de l'incorporation des classements, ainsi naturalisés, dont son être social est le produit (Bourdieu, 1997, p. 204).

La violence symbolique permet ainsi de comprendre comment s'imposent des représentations dominantes de l'avortement et plus généralement de la procréation. Dès lors, pour saisir ce qui se joue dans l'assignation à une « identité dégradée » décrite par Erving Goffman (l'avortée en « irresponsable », en « salope », en « égoïste », etc.), il devient nécessaire de présenter finement le positionnement social de celles qui avortent mais aussi de

⁴⁹ "Stigma and stigmatization function, quite literally, at the point of intersection between culture, power and difference – and it is only by exploring the relationship between these different categories that it becomes possible to understand stigma and stigmatization not merely as an isolated phenomenon, or expressions of individual attitudes or of culturale values, but as central to the constitution of the social order".

ceux et celles qui les stigmatisent. La sociologie bourdieusienne opère un puissant décalage conceptuel :

La stigmatisation et la discrimination n'opèrent donc pas simplement par rapport à la différence [...], mais plus clairement encore par rapport aux inégalités sociales et culturelles. [...] La stigmatisation [...] s'inscrit dans des luttes de pouvoir complexes qui sont au cœur de la vie sociale. Plus concrètement encore, la stigmatisation est déployée par des acteurs sociaux concrets et identifiables qui cherchent à légitimer leur propre statut dominant dans les structures existantes d'inégalité sociale (Parker et Aggleton, 2003, p. 18)⁵⁰.

L'analyse interactionniste de l'*abortion stigma* ne peut donc s'abstraire des rapports sociaux et des inégalités sociales dans lesquels elle s'inscrit (Kumar, 2013). À la suite de plusieurs articles sur l'avortement (Beynon-Jones, 2017 ; Hoggart, 2015, 2017 ; Millar, 2020), c'est cette perspective analytique qui servira de boussole à l'ensemble de ce travail. La stigmatisation abortive y sera envisagée, autant que possible, comme un *processus social*, inscrit dans des rapports de pouvoir pluriels, historiquement construits :

Redéfinir la stigmatisation de l'avortement comme un processus social conduit à détourner l'analyse de la façon dont les dominant·es [*powerful*] étiquètent les dominé·es [*powerless*] (et des croyances et attributs qui déterminent les étiquettes employées). Au contraire, il s'agit de se focaliser sur les forces politiques et socio-historiques qui produisent les catégories stigmatisantes, et la fonction sociale de ces catégories⁵¹ (Millar, 2020, p. 6).

La stigmatisation de l'avortement doit ainsi être problématisée à l'intérieur même des rapports de pouvoir qui la gouvernent (Unnithan et De Zordo, 2018), et en particulier des rapports de genre. C'est à ce niveau de l'analyse du stigmate que les apports du féminisme matérialiste français, présentés plus haut, s'avèrent particulièrement heuristiques. Ils permettent par exemple de comprendre que les inégalités genrées au sein du couple ne sont pas la conséquence de choix individuels, mais s'inscrivent plus généralement dans des inégalités structurelles entre classes de sexe, relatives en particulier à la sexualité et à la procréation.

La configuration de ces rapports de genre n'est cependant pas homogène : elle s'articule à d'autres rapports de pouvoir liés à l'âge, à la classe sociale, à la racialisation. Le rapport à la parentalité varie par exemple selon les classes sociales (Geay et Humeau, 2016), de même que l'âge à la maternité (Daguet, 2019). Les personnes racisées font l'objet d'une surveillance procréative particulière qui traduit une domination spécifique : tandis que la maternité des

⁵⁰ "Stigma and discrimination therefore operate not merely in relation to difference [...] but even more clearly in relation to social and cultural inequalities. [...] Stigmatization [...] is part of complex struggles for power that lie at the heart of social life. Put even more concretely, stigma is deployed by concrete and identifiable social actors seeking to legitimize their own dominant statut within existing structures of social inequality".

⁵¹ "Redefining abortion stigma as a social process turns attention away from the act whereby the powerful label the powerless (and the beliefs and attributes that form the labels they use); instead, attention is turned to the socio-historical and political forces that produce stigmatising categories and the social function that these categories serve".

femmes blanches est encouragée, celle des femmes non-blanches peut être entravée et limitée de force (Paris, 2020a, 2020b ; Vergès, 2017) ; leur sexualité est à la fois davantage passée sous silence et plus fortement naturalisée, voire exotisée (Collins, 2002 ; Hill Collins, 2016 ; hooks, [1981] 2015). L'analyse des rapports de genre doit ainsi rester attentive aux autres formes de domination. La perspective du féminisme intersectionnel, importée en France depuis le milieu des années 2000 (Jaunait et Chauvin, 2012), a permis de penser ensemble la production et l'articulation de plusieurs rapports de pouvoir. Comme l'a montré Kimberley Crenshaw (2005) à propos de l'intersection entre racisme et patriarcat, les dominations ne s'additionnent pas. Elles doivent au contraire être pensées de façon consubstantielle, dans leur commune généalogie, pour éviter ce qu'Adrienne Rich (1979) a nommé le « solipsisme blanc », qui consiste à ne penser les rapports de genre que depuis une position blanche dominante.

Le cadre théorique de cette enquête amène ainsi à analyser la stigmatisation en considérant qu'elle est produite *dans, par* mais aussi *pour* l'actualisation des hiérarchies sociales.

4. Questions de recherche : quelles expériences différenciées de la stigmatisation de l'avortement en France ?

Puisque la stigmatisation de l'avortement n'a rien d'un invariant culturel qui se présenterait partout et toujours de la même façon, puisqu'elle ne flotte pas en apesanteur sociale, puisque l'assignation à une identité dégradée n'est pas automatique, il faut en questionner en profondeur les mécanismes. Pour cela, je propose d'en étudier les déterminants structurels, de montrer comment l'assignation à des identités stigmatisées s'inscrit dans des normes genrées, d'identifier les entrepreneur·ses de morale (Becker, [1963] 2012) en matière d'avortement et la stigmatisation différenciée selon les catégories d'avortées, pour enfin analyser les résistances individuelles et collectives au stigmaté.

Comprendre les spécificités structurelles de l'abortion stigma en France

Au terme de mon mémoire de Master 2, dans lequel j'ai réalisé l'ethnographie d'un centre d'orthogénie (le CIVG1, dans ce qui suit), j'avais été très frappée de la focalisation des professionnel·les de santé sur la problématique contraceptive, qui – avec les enjeux psychiques – dominait très largement l'approche de l'IVG. Or, cette forme spécifique de stigmatisation de l'IVG, une stigmatisation de la contraception quand elle échoue, est peu mentionnée par la

littérature internationale de cadrage du concept. Kumar, Hessini et Mitchell (2009) ou Millar (2020) n'évoquent pas cette dimension et Norris et ses collègues (2011) n'en font qu'une composante du premier motif de stigmatisation identifié : la violation d'un « idéal » de féminité (l'usage d'une contraception fiable est identifié comme condition d'un avortement socialement acceptable tandis que l'absence de contraception, à plus forte raison en cas d'avortement répété, est identifiée comme un motif parmi d'autre du « mauvais avortement »⁵² (Norris et al., 2011, p.51)). En dehors des articles de cadrage conceptuel, les travaux internationaux sur l'articulation entre contraception et avortement sont plutôt rares (Beynon-Jones, 2013a ; De Zordo, 2018 ; Rice et al., 2017). Cette rareté – ou cette occultation – relative de l'enjeu contraceptif signale une spécificité française relativement à l'avortement et pose question : comment expliquer que l'échec contraceptif soit peu analysé comme une raison de la stigmatisation à l'échelle internationale, alors qu'en France, *a minima* parmi les professionnel·les de santé, tout est pensé pour comprendre cet échec et empêcher sa réitération ?

Ce constat préliminaire, qui confirme que la stigmatisation abortive se configure toujours de façon particulière, selon des normes qui se structurent sur le temps long, invite à questionner les déterminants structurels de la stigmatisation de l'avortement en France. La condamnation de l'avortement – ou au contraire son acceptation – est en effet le produit de compromis historiques qui varient selon les contextes, les lieux, les époques. Le premier objectif de ce travail est ainsi de mettre en évidence les spécificités françaises dans l'encadrement légal et médical de l'IVG et la façon dont les représentations publiques de l'avortement – et leurs évolutions – ont transformé les modalités de cette pratique. Cette première dimension du questionnement permettra de prendre la mesure des déterminants structurels (légaux, médicaux, psychologiques) de la stigmatisation abortive.

Mettre au jour la dynamique des normes de genre au principe d'identités féminines stigmatisées

Mais cette stigmatisation structurelle n'est pas monolithique : elle repose sur une diversité de normes et d'argumentaires. Pour en prendre la juste mesure, il faut donc décrypter dans le détail les différentes causes de la stigmatisation abortive puisque, selon les époques et les caractéristiques sociales des femmes, les reproches qui leur sont adressés varient. Comme le

⁵² "'Good abortion' are those judged to be more socially acceptable, characterized by one or more of the following: A fetus with major malformations, a pregnancy that occurred despite a reliable method of contraception, a first-time abortion, an abortion in the case of rape or incest, a very young woman, or a contrite woman who is in a monogamous relationship. 'Bad abortions', in contrast, occur at later gestational ages and are had by "selfish" women who have had multiple previous abortions without using contraception".

suggèrent les travaux sur l'*abortion stigma*, la stigmatisation de l'avortement a plusieurs formes. L'enjeu est d'identifier lesquelles et de rendre compte, en France, de leur dynamique historique. En montrant comment sont associés à l'avortement plusieurs stéréotypes féminins – les avortées en « irresponsables », « salopes », « égoïstes », « meurtrières » – l'enjeu est de mettre au jour de puissantes normes de genre, historiquement et localement construites, qui assignent les femmes en tant que classe de sexe à un ensemble de rôles sociaux relatifs à la procréation. Les figures archétypales stigmatisées de l'avortée recouvrent en effet un ensemble de logiques sociales genrées, relatives à la contraception, à la sexualité, à la maternité et la conjugalité, aux représentations de la grossesse.

La stigmatisation dont les femmes font l'objet n'est pas forcément liée à l'avortement du fœtus ; elle peut être associée à une grossesse non-voulue, dont l'avortement est le signe. La stigmatisation peut ainsi être liée à un sentiment de honte relatif aux pratiques sexuelles, à l'échec à se contracepter efficacement, ou à une confiance mal placée dans un partenaire décevant. L'avortement peut être envisagé comme un des nombreux « mauvais choix » relatifs à la sexualité, à la contraception, au choix du partenaire⁵³ (Norris et al., 2011, p. 6).

Le deuxième objectif de ce travail est donc d'identifier les *formes* de la stigmatisation. Mais ces formes de stigmatisation, de même que les normes qui les sous-tendent, ne peuvent s'abstraire des relations sociales dans lesquelles elles s'actualisent :

La déviance – au sens adopté ici d'action publiquement disqualifiée – est toujours le résultat des initiatives d'autrui. Avant qu'un acte quelconque puisse être considéré comme déviant et qu'une catégorie quelconque d'individus puisse être traitée et étiquetée comme étrangère à la collectivité pour avoir commis cet acte, il faut que quelqu'un ait instauré la norme qui définit l'acte comme déviant. [...] Une fois qu'une norme existe, il faut qu'elle soit appliquée à des individus déterminés avant que la catégorie abstraite de déviants que crée cette norme puisse se peupler (Becker, [1963] 2012, p. 186)

Il faut donc porter le regard à la fois sur les entrepreneur·ses de morale et sur les catégories d'avortées ciblées par chaque forme de stigmatisation.

Identifier les entrepreneur·ses de la morale abortive

Privilégier une analyse en termes de stigmatisation à une analyse en termes de déviance suppose un déplacement du regard : l'écart à la norme devient moins une propriété des personnes « déviantes » que le résultat d'un processus qui les désignent comme déviantes. Le travail d'Howard Becker permet de comprendre comment se produit cet « étiquetage » et

⁵³ "The stigmatization women experience may not be rooted in the act of aborting a fetus; stigma may instead be associated with having conceived an unwanted pregnancy, of which abortion is a marker. Stigma may be associated with feelings of shame about sexual practices, failure to contracept effectively, or misplaced faith in a partner who disappoints. Abortion can be seen here as one of several "bad choices" about sex, contraception, or partner".

d'identifier les « entrepreneur·ses de morale » puisque « les normes sont le produit de l'initiative de certains individus » ([1963] 2012, p. 171). Analyser la stigmatisation de l'avortement suppose ainsi d'identifier les agent·es du contrôle social et la façon dont ceux et celles-là font la promotion de certaines normes, pour en disqualifier d'autres. Pour le dire autrement, les rapports de domination (de genre, mais pas seulement) n'existent pas en dehors des réseaux d'acteur·ices qui les imposent et les subissent.

Il faut donc se demander quelles sont les catégories d'acteur·ices qui façonnent la morale abortive, mais aussi à quels types de rhétoriques (dé)stigmatisantes ces groupes en appellent ; car les différentes formes de stigmatisation ne sont pas mobilisées de la même façon selon qui en fait la promotion. Quel est donc le rôle des professionnel·les de santé ? des mobilisations pro et anti-avortement ? des institutions conjugale et familiale ? de l'école ? des médias ? de la production culturelle ? de la religion ? En stigmatisant d'une façon ou d'une autre celles qui avortent, quelle sorte de position de pouvoir chacune de ces instances reconduit-elle ?

Il ne s'agit pas seulement d'identifier *qui* stigmatise et *pour quelle raison*. Il faut aussi identifier comment procède cette stigmatisation, par quoi elle se traduit concrètement, c'est-à-dire, en des termes foucauldien·es, par quelles « technologies de pouvoir » elle procède : s'agit-il de discours – et le cas échéant, quels discours, énoncés dans quels contextes, à destination de qui ? S'agit-il de comportements non-verbaux – et le cas échéant, par quoi se traduisent-ils ? S'agit-il d'une certaine façon d'organiser l'espace et le temps ? Dit autrement, en quoi cela consiste, *concrètement*, de « stigmatiser un comportement », c'est-à-dire de signifier à quelqu'un·e son inadéquation à la norme dominante ?

Dans la société française contemporaine, ce contrôle social doit également être envisagé comme un *auto-contrôle*. Norbert Elias a montré comment le « processus de civilisation » consiste en une intériorisation normative chaque fois plus grande qui impose aux individus de devenir leur propre garde-fou, par la maîtrise émotionnelle (Elias, [1939a] 2003, [1939b] 2003). Les comportements sont donc régulés par des contraintes externes comme internes, et il faudra prêter une attention particulière à ce travail sur soi, qui relève de ce qu'Arlie Hochschild a nommé le « travail émotionnel », c'est-à-dire « l'acte par lequel on essaie de changer le degré ou la qualité d'une émotion ou d'un sentiment » (2003, p. 32). Ce rapport à l'auto-contrôle est en lui-même situé socialement (Brossard, 2014 ; Darmon, 2008) et invite à prêter également attention aux catégories sociales sur qui s'exerce l'(auto)-stigmatisation.

Saisir les variations de la stigmatisation selon les caractéristiques sociales des femmes

Si les différentes formes de stigmatisation varient selon les entrepreneur·ses de morale, elles s'appliquent aussi de façon différenciée à des catégories d'avortées distinctes, que ces catégories soient objectivables sociologiquement ou qu'elles soient construites et performées dans le discours des entrepreneur·ses de morale.

Outre que la stigmatisation concerne les femmes bien davantage que leur(s) partenaire(s) sexuel(s), *l'intensité* et les *raisons* de la stigmatisation abortive se déclinent selon d'autres propriétés sociales de celles qui avortent. Il faudra ainsi questionner les effets de l'âge, du capital culturel, scolaire, économique, mais aussi de l'appartenance de race sur l'exposition au stigmaté. Outre ces déterminants structurels, le degré et la forme de stigmatisation dépendent également d'autres facteurs : les pratiques contraceptives réelles ou supposées ; les relations sexuelles et affectives ; la situation par rapport au logement et à l'emploi ; le nombre d'IVG. Qu'en est-il par exemple – selon les milieux dans lesquels elles évoluent – de la stigmatisation d'une jeune fille de dix-sept ans, musulmane pratiquante, en couple depuis trois ans, qui prend la pilule et doit cacher sa grossesse à sa mère⁵⁴ ? d'une femme blanche de classe supérieure en début de trentaine, en couple non-cohabitant avec un jeune homme noir migrant, qui hésite longuement à avorter⁵⁵ ? d'une jeune comédienne de 25 ans qui n'utilise pas de contraception, a des rapports sexuels avec plusieurs partenaires et estime qu'être enceinte était une expérience « cool⁵⁶ » ? À partir de portraits détaillés⁵⁷ qui rendent compte de façon précise et dynamique des trajectoires des avortées, il s'agira de montrer finement comment peuvent s'articuler les différentes formes de stigmatisation.

Rendre compte de l'agentivité des avortées face à la stigmatisation

Enfin, un tel questionnement sur la stigmatisation genrée de l'avortement ne doit pas occulter l'agentivité, individuelle et collective, de celles qui avortent. En revenant à une analyse davantage interactionniste, il faudra se demander non plus comment la stigmatisation s'exerce sur les avortées, mais étudier ce qu'elles en font, de façon à la fois intime et politique. Selon

⁵⁴ Voir le portrait de Cynthia (17 ans, lycéenne, IVG à 17 ans en 2017) à la section 9.2.1.

⁵⁵ Voir le portrait de Juliette (31 ans, productrice de documentaire à mi-temps, IVG à 30 ans en 2017) à la section 6.3.3.

⁵⁶ Voir les témoignages de Romane (25 ans, comédienne au RSA, IVG à 24 ans en 2017) notamment aux sections 8.1.3, 8.3.1, 10.1.3.

⁵⁷ Ces portraits sont présentés en encadrés et pensés pour être lus de façon autonome pour incarner davantage le propos. L'essentiel de l'analyse est menée en dehors des encadrés.

leur trajectoire sociale et les ressources dont elles disposent, est-ce que les avortées souscrivent à la stigmatisation, s'en protègent ou la remettent en cause ? Quelles « techniques de neutralisation » (Sykes et Matza, 1957) déploient-elles face aux différentes formes de stigmatisation ? Pour le comprendre, il faut considérer que la stigmatisation n'est pas seulement *avérée* (Cowan, 2017) : elle est aussi *anticipée* et *intériorisée* (Cockrill et Nack, 2013, p. 974). Cela impose d'étudier sociologiquement le travail émotionnel déployé par les enquêtées face à l'auto-stigmatisation, mais aussi les prises de parole et les pratiques de dissimulation autour de l'IVG. À qui les avortantes/ées parlent de leur IVG, dans quel contexte, pour en dire quoi, dans quel but ? Quels sont les effets de ces prises de parole ? Le silence sur l'avortement est-il une façon de se protéger du stigmaté... ou l'effet d'une silenciation plus générale des expériences procréatives des femmes ? À quelle(s) condition(s) une contestation de la stigmatisation est-elle possible ?

*

Pour résumer, les questions que je propose de traiter sont les suivantes : quelles sont les normes genrées sur lesquelles repose la stigmatisation de l'avortement – et qui sont révélées par elle ? Qu'est-ce que ces normes traduisent des rapports de domination, notamment de genre, dans lesquelles elles se forment ? Comment, par qui, par quoi la stigmatisation de l'avortement s'exprime-t-elle et en quoi consiste-t-elle concrètement ? Comment les avortées, selon les ressources sociales différenciées dont elles disposent, font-elles face à la stigmatisation – est-ce qu'elles l'intériorisent, l'évitent ou la contestent ? Et enfin, quels enjeux identitaires se déploient dans cette expérience du stigmaté ?

5. Organisation de la thèse

Le chapitre préliminaire revient sur les conditions de cette enquête, la co-construction du travail de terrain et de l'objet, la posture adoptée en interaction, afin de dégager les enjeux méthodologiques plus généraux d'une enquête sur la stigmatisation qui court toujours le risque de réifier son objet (chapitre 0).

La première partie est consacrée aux déterminants structurels de la stigmatisation de l'avortement en France, en droit et en pratique : l'objectif est de comprendre comment l'état actuel de la législation et la réalité des prises en charge signifient ou non aux femmes leur légitimité à interrompre une grossesse.

Le chapitre 1 propose un parcours dans l'histoire politique et sociale récente de l'avortement, pour dégager les principales rhétoriques et dispositifs législatifs qui ont contribué à (dé)stigmatiser cet acte : si l'IVG est désormais présentée comme un droit des femmes, elle n'a

jamais cessé de faire l'objet de contestations plus ou moins véhémentes, qui ont suivi différentes logiques.

Le chapitre 2 est consacré à l'accès effectif à l'IVG et aux parcours de soin. En croisant les pratiques observées dans les centres publics d'IVG et les récits des avortantes, je montrerai que les prises en charge stigmatisantes – voire violentes – n'ont pas disparu, bien qu'elles se raréfient. Les revendications des professionnel·les de l'orthogénie⁵⁸ de proposer un accompagnement « sans jugement » et « sans culpabilisation » se heurtent au postulat que l'IVG est un acte « à part » et « toujours difficile ».

Je montrerai ainsi dans le chapitre 3 combien la psychologisation à l'œuvre dans les centres enquêtés, portée par les conseillères conjugales et familiales et relayée par l'ensemble des équipes de santé, contribue paradoxalement à maintenir le soupçon sur l'IVG en le présentant comme un acte douloureux « par nature », que seule une mise en récit existentielle serait susceptible de contrecarrer.

Dans la deuxième partie, je déploierai les différentes formes que prend la stigmatisation en France. Le caractère moralement répréhensible de l'IVG varie en effet selon le temps et l'espace, mais aussi selon les catégories d'avortées considérées. Dans les quatre chapitres qui composent cette partie, j'identifierai à chaque fois une figure féminine archétypale de l'avortée pour mettre au jour les rapports de pouvoir – notamment genrés – qui les sous-tendent, mais aussi les catégories d'avortées concernées par chacune de ces formes et les entrepreneur·ses de morale qui en font la promotion.

La première de ces figures est celle de « l'irresponsable ». Elle renvoie à l'idée que celles qui avortent ne se seraient pas assez investies dans la prévention des grossesses non prévues et repose sur une stigmatisation de « l'échec contraceptif » féminin, très caractéristique de la stigmatisation de l'avortement en France. Cette forme de stigmatisation ne peut se comprendre que relativement aux spécificités de la norme contraceptive française, centrée sur des dispositifs médicalisés (pilule et DIU) à destination du corps des femmes, qui occulte à la fois la sexualité pénétrative et la fertilité masculine (chapitre 4).

L'attention à la sexualité permet d'identifier une deuxième figure archétypale : celle de l'avortée en « salope » qui rechercherait sa propre jouissance à tout prix. Cette forme de stigmatisation repose sur une délégitimation de la sexualité récréative des femmes. Je montrerai que celle-ci, sous sa forme explicite, a très largement décliné en France, tant les avortées, hétérosexuelles et très souvent en couple, sont par ailleurs dominantes dans le régime de la sexualité. Mais cette forme de stigmatisation se maintient en sourdine, dans le soupçon implicite

⁵⁸ Le nom donné à la réalisation des avortements.

que la recherche de plaisir a pris le pas sur la prévention sexuelle. Elle contribue à rejouer la hiérarchie entre une sexualité masculine récréative présentée comme évidente et naturelle et une sexualité féminine dominée par les pratiques préventives et soumise aux désirs et plaisirs masculins, au nom de l'harmonie conjugale (chapitre 5).

Un troisième archétype est celui de la femme « égoïste » ; il se présente avec davantage d'ambiguïtés. Est « égoïste » celle qui refuse de s'astreindre à la maternité et privilégie sa propre indépendance... mais aussi celle qui enfanterait dans de mauvaises conditions, sans se soucier du bien-être anticipé de l'enfant, sans la maturité affective ou la sécurité matérielle pour devenir mère, ou en imposant une paternité à un homme qui n'en veut pas. La figure de l'avortée en « égoïste » est ainsi en tension avec toutes les déclinaisons de la « mauvaise mère ». Pour en prendre la mesure, le chapitre 6 est consacré aux injonctions contradictoires du paradigme de la « maternité programmée et désirée », qui prend les femmes en tenaille tout en épargnant leurs partenaires. La stigmatisation du « refus de maternité » est ainsi en concurrence avec la stigmatisation des « maternités déviantes ».

Enfin, la figure de celle qui avorte en « meurtrière » n'a pas disparu. Si elle fait désormais l'objet d'une censure publique, cette forme de stigmatisation, qui repose sur l'idée qu'avorter revient à « attenter à la vie », ne cesse de se recomposer, à la fois dans le militantisme anti-avortement et dans les représentations médicales. Les technologies de visibilisation de l'embryon *in utero*, et notamment la généralisation de l'échographie et du monitoring dans le suivi des grossesses ordinaires, ont construit le fœtus comme objet de la médecine en le dissociant du corps de la personne enceinte, et par là renforcé l'idée que l'IVG revient à mettre un terme à « une vie » – si ce n'est « un bébé » ou « un enfant » (chapitre 7).

Face à la stigmatisation et aux différentes formes qu'elle peut prendre, les femmes ont des marges de manœuvre et font montre d'une autonomie réelle. La dernière partie, en suivant une approche davantage interactionniste, est consacrée aux effets de la stigmatisation sur les avortées et aux stratégies que celles-ci déploient pour s'en prémunir. À partir de travaux sur la stigmatisation qui distinguent entre la stigmatisation *intériorisée*, *redoutée* et *avérée* (Herek, 2009 ; Shellenberg et Tsui, 2012), j'étudie la façon dont les avortées composent avec les différentes formes de stigmatisation de l'avortement.

La stigmatisation intériorisée, que je nomme auto-stigmatisation, fonctionne de façon homologique avec la stigmatisation redoutée et avérée. Pourtant, ce décalque reste imparfait car les femmes, selon leurs appartenances sociales et leur trajectoire de vie, peuvent avoir les ressources pour mettre à distance des identités stigmatisées dans lesquelles elles refusent de se reconnaître. Le chapitre 8 est ainsi consacré à l'analyse des émotions des avortées – honte, culpabilité, colère, soulagement, etc. – dans ce qu'elles révèlent de leur rapport au stigmaté. Je

montre que ces émotions doivent être pensées de façon dynamique et évolutive, tant les femmes, face à l'auto-stigmatisation, déploient un important *travail émotionnel* pour maintenir une image valorisante d'elles-mêmes.

Mais, si les femmes *s'auto-stigmatisent*, elles refusent bien souvent de *se laisser stigmatiser* pour leur IVG. C'est la raison pour laquelle elles mettent en place de très efficaces stratégies de contournement, qui en passent par le maintien du secret autour de l'avortement, sa révélation sélective à des personnes de confiance, et des pratiques de dissimulation de la grossesse et de son interruption. Toutes ces tâches pour s'épargner la stigmatisation constituent un *travail d'invisibilisation* qui alourdit le travail abortif. Et ce travail n'est pas seulement une façon d'esquiver le stigmate : c'est aussi la conséquence d'une silenciation imposée, qui pousse les avortées à se faire discrètes (chapitre 9).

Le dernier chapitre enfin remet en cause cette façon de penser les récits d'avortement sur le mode du *coming-out*, en montrant qu'une telle appréhension de la circulation de la parole autour de l'avortement contribue en fait à performer l'idée qu'il s'agit d'un acte stigmatisé, ne pouvant être dévoilé que dans un entre-soi sécurisant. Remettre en cause la stigmatisation abortive suppose d'avoir au préalable politisé les rapports de genre qui la produisent, à l'échelle individuelle ou collective. Il faut alors questionner la place de l'avortement dans le féminisme contemporain et la façon dont l'expérience abortive peut constituer une porte d'entrée vers une conscientisation – voire une contestation en acte – de l'asymétrie des rapports de genre.

Méthodologie. Enquêter sur une pratique sociale stigmatisée

Tout texte sociologique s'apparente [...] à une rationalisation du processus de la recherche. Il en détermine ex-post la question de départ, qui est rarement celle que le chercheur se posait effectivement au début de sa recherche, et il fournit d'emblée à ses lecteurs les clés nécessaires à une construction rigoureuse de l'objet sociologique qui va être étudié, lors même que ces éléments étaient pour la plupart indisponibles à l'auteur lui-même au moment où il commença son enquête.

Cyril Lemieux, 2012, « 18 – L'écriture sociologique », dans *L'enquête sociologique*, Presses Universitaires de France, p. 386.

L'élaboration d'un travail de thèse en passe par de nombreuses phases, qui sont parfois largement discontinues. La construction de l'objet telle que je l'ai présentée en introduction n'a pas précédé l'enquête de terrain : elle lui a été consubstantielle, en suivant ce processus itératif entre terrain et théorie si caractéristique de l'épistémologie des sciences sociales (Glaser et Strauss, 1995 ; Lemieux, 2012 ; Olivier de Sardan, 1995 ; Schwartz, 1993). Le retour ici proposé sur l'enquête empirique a pour but d'objectiver les conditions de possibilité, les vertus heuristiques et les limites méthodologiques d'une recherche qui, avant de se donner à lire comme une proposition pour une analyse de la stigmatisation genrée de l'avortement en France, se présentait d'abord comme un questionnement sur la prise de parole, le secret et la confiance autour de l'IVG.

Ces allers-retours entre l'enquête empirique et la conceptualisation de l'objet ne flottent pas en apesanteur sociale, dans un espace qui serait strictement celui de la pensée. Ils se forment dans et par la chercheuse en tant qu'être incarné, sensible, réflexif, partie prenante des relations sociales qu'elle entend décrire (Papinot, 2014). La « théorie ancrée » (Glaser et Strauss, 1999) doit donc rendre visible par qui elle procède, non seulement parce que les propriétés sociales de la personne qui enquête impactent la collecte du matériau empirique (Fournier, 2006 ; Monjaret, Pugeault et Collectif, 2014 ; Naudier et Simonet, 2011), mais encore parce que toute démarche scientifique prend racine dans une subjectivité qu'il faut discipliner et mettre à distance pour faire science (Bourdieu et Wacquant, 1992). Or, cette mise à distance elle-même

doit procéder au sein d'un cadre épistémologique, puisqu'il est impossible de séparer méthode et théorie. Le cadre de cette enquête est féministe : la théorisation « [s'organise] autour du genre, conçu comme un rapport social ou de pouvoir » (Clair, 2016a, p. 70) et s'inscrit « dans une histoire et une pratique, celles de la lutte de femmes pour obtenir une place et une légitimité dans la communauté des savants » (*ibid.*, p. 69).

L'objectivation de ma posture de terrain, voire la mobilisation ponctuelle d'une auto-socio-analyse (Scarfò Ghellab, 2015), sont donc nécessaires à l'élucidation des conditions de production de cette recherche. C'est bien comme jeune femme blanche, âgée entre 26 et 28 ans au moment de l'enquête, hétérosexuelle, très fortement dotée en capital scolaire et culturel, socialisée au féminisme, que j'ai mené l'enquête entre 2017 et 2019. Tout en cherchant à éviter « l'exhibitionnisme érudit » (Olivier de Sardan, 2000, p. 419) ou le « narcissisme narratif » (Ouattara, 2004, p. 14) qui ne sont pas gages de la qualité ethnographique, je prendrai pour acquis que la neutralité de la personne qui enquête est un idéal – voire une chimère – théorique jamais vérifié empiriquement (Legrave, 1996). En prêtant attention à mon propre positionnement en interaction et à ma place dans les rapports sociaux, je suivrai ainsi la proposition de l'épistémologue féministe Sandra Harding pour une « objectivité forte » (Harding, 1992), dont Isabelle Clair a montré les implications pour la pratique de l'enquête (2016a). L'enjeu d'une telle réflexivité est bien de produire une connaissance meilleure (Bizeul, 1998), plus attentive à ses propres biais : « l'ethnographe aujourd'hui [...] dispose de tout un capital de conscience et de réflexion critico-méthodologique, et [...] en l'incorporant à son travail, il peut espérer en rendre la conduite plus instruite et plus conséquente » (Schwartz, 1993, p. 265).

Le regard ici proposé est un regard rétrospectif sur une enquête de terrain menée à distance de l'écriture (plus de trois ans). Mon objectif n'est pas seulement de présenter mon dispositif d'enquête, en montrant autant que possible la cohérence et la pertinence relativement à l'objet. C'est aussi d'en faire l'examen critique et d'en dégager des enseignements constructifs, dans ce que l'enquête empirique dit à la fois de la pratique du terrain et de l'objet lui-même.

En 2016, je formulais les premières pistes de cette enquête. Arrivée au terme de mon mémoire de Master 2, qui portait sur la prise en charge de l'avortement dans un service spécialisé de l'hôpital public, il m'était apparu que l'expérience des premières concernées manquait à mon travail, et plus généralement à la littérature en sciences sociales. Depuis l'enquête dirigée par Nathalie Bajos et Michèle Ferrand (2002), seule la thèse de Marie Mathieu (2016), en France, s'était attachée à donner la parole aux femmes, pour rendre compte de leurs choix procréatifs et de leur autonomie. Mais ces travaux laissaient dans l'ombre une dimension de l'expérience abortive qui m'avait interpellée : le régime de silence autour de l'avortement,

qui m'a menée à construire les premiers temps de cette enquête autour de la circulation de la parole et du secret autour de l'IVG (voir Chapitre 9). L'enjeu méthodologique était d'emblée central : comment « faire dire l'avortement » (Ouédraogo, 2016) quand il est habituellement tu ? Ce paradoxe constitutif de mon objet imposait de concevoir un dispositif d'enquête susceptible de le résoudre au moins partiellement.

J'ai rapidement abandonné l'idée d'une enquête quantitative, tant les limites méthodologiques de cette perspective étaient apparentes. Outre que les grandes enquêtes socio-démographiques ne comportaient pas de volet sur le rapport à la parole et au secret qu'il aurait été possible d'exploiter de façon systématique¹, les enquêtes sur la procréation en population générale souffrent d'une sous-déclaration régulière de l'IVG², que la définition d'une grossesse non-prévue soit floue (Régnier-Loilier, 2005) ou que l'avortement soit intentionnellement passé sous silence. Les problèmes méthodologiques rencontrés par les approches quantitatives se présentaient ainsi comme l'objet même de mon enquête : qu'est-ce qui explique que les femmes disent ou taisent leur expérience abortive, selon leur trajectoire sociale et le contexte d'énonciation ? Seule une enquête qualitative fine pouvait donc mettre en évidence les façons de vivre et de composer avec l'expérience de l'avortement.

C'est la raison pour laquelle le matériau principal de cette enquête se compose de cinquante entretiens semi-directifs menés auprès de femmes ayant avorté d'une première grossesse (0.1). Mais la difficulté à diversifier mon échantillon, et la volonté de remonter à une compréhension plus structurelle de la stigmatisation de l'avortement, m'ont fait revenir aux conditions de prise en charge médicale, pour mieux comprendre comment une catégorie d'actrices, les conseillères conjugales et familiales, contribuent à mettre en discours l'expérience abortive. J'ai alors réalisé un deuxième stage dans un petit centre d'IVG et j'ai mené des entretiens dans différents lieux réalisant des avortements, avant de compléter mon analyse par de l'ethnographie en ligne sur les autres entrepreneurs de normes (0.2). Ces différentes dimensions de l'enquête ont soulevé des enjeux éthiques sur lesquels il faudra revenir (0.3).

¹ J'ai pu participer, au sein de l'unité « Fécondité, familles, conjugalités » à la construction du volet « IVG » de la prochaine enquête de l'INED portant sur la fécondité : avec toute la prudence méthodologique dont il faut s'armer, cette enquête donnera des pistes sur la circulation de la parole autour de l'IVG.

² La sous-déclaration des IVG dans l'enquête Cocon, calculée en comparaison avec les données de la statistique hospitalière, est par exemple estimée à 40% (Moreau, Bajos et Bouyer, 2004).

0.1 Saisir l'expérience des premières concernées par la stigmatisation : 50 entretiens semi-directifs avec des avortées

L'entretien constitue une des principales méthodes de l'enquête sociologique (Beaud, 1996) ; sa légitimité n'est plus à démontrer et de nombreux articles et manuels en explicitent les ficelles (Beaud et Weber, 2010 ; Blanchet et Gotman, 2010 ; Bruneteaux et Lanzarini, 1998 ; Combessie, 2007 ; Kaufmann, 2011). Dans le cadre de mon questionnement, une telle méthode permettait d'accéder à l'expérience subjective des femmes, aux situations où elles ont été (ou du moins se sont senties) culpabilisées, aux marges de manœuvre dont elles disposent. C'est la raison pour laquelle c'est le premier dispositif que j'ai investi. Je reviendrai ici sur le choix de construction du corpus (0.1.1), le recrutement des personnes enquêtées (0.1.2) et le déroulé des entretiens (0.1.3).

0.1.1 Choix préliminaires à l'enquête

Les personnes rencontrées sont nées dans l'ensemble entre la fin des années 1970 et le début des années 2000. Elles ont avorté entre une et quatre fois, à un âge compris entre 15 et 40 ans, entre le début des années 2000 et 2019, et l'entretien a eu lieu à distance de quelques jours à plusieurs années de l'IVG (voir Annexe A). Ces situations plurielles sont la conséquence de choix préliminaires à l'enquête. À la suite de Marie Mathieu (2016), j'anticipais d'importantes difficultés à trouver des enquêtées. J'ai donc privilégié un recrutement large, de façon à diversifier les trajectoires et les situations sociales, en ne fixant que deux conditions d'inclusion à l'enquête : 1/ avoir soi-même avorté pour témoigner d'une expérience personnelle et 2/ avoir avorté d'une *première* grossesse.

Interroger les femmes et pas leurs partenaires

La stigmatisation de l'avortement et le silence qui l'entoure ne concernent pas uniquement celles qui avortent, mais aussi leur entourage et celles et ceux qui les font avorter (Norris et al., 2011). Enquêter exclusivement sur l'expérience des personnes ayant avorté (qui, pour la totalité de mon échantillon, se définissaient à ma connaissance comme femme au moment de l'enquête) est donc un choix méthodologique à part entière. La question d'une enquête mixte, qui aurait inclus les partenaires ou ex-partenaires des personnes enquêtées, voire des hommes volontaires pour témoigner indépendamment, s'est posée dans les premiers temps ce travail : si l'expérience

de l'avortement des femmes est peu connue, celle des hommes l'est encore moins³ (Cresson, 2006).

La question de l'exclusion du point de vue masculin m'a presque toujours été posée quand j'ai présenté ma recherche en cours à l'occasion d'événements scientifiques, parfois par crainte que l'expérience masculine ne soit niée, le plus souvent pour déplorer que la focalisation sur les femmes ne réaffirme le caractère genré du travail procréatif. En ne m'intéressant qu'à la parole et au vécu des femmes, ne risquais-je pas, en effet, de renouveler l'assignation des femmes à la gestion de la contraception et à la maternité et de renaturaliser leurs compétences contraceptives ? Cette question, importante, n'est pas spécifique à mon enquête : quel que soit le sujet considéré, utiliser une catégorie de sens commun (comme celle « d'homme » ou de « femme »), et bâtir à partir d'elle des critères d'inclusion ou d'exclusion, c'est risquer d'invisibiliser les logiques sociales de construction de cette catégorie, voire de performer les présupposés qu'elle charrie.

De nombreux arguments justifient pourtant de ne m'intéresser, dans cette enquête, qu'à l'expérience des avortées. Ce sont d'abord elles les premières concernées : elles qui vivent, dans leur corps, l'expérience de la grossesse et de son interruption, dans ce qu'elle a d'irréductiblement matériel ; elles aussi dont la parole et l'expérience ont été peu étudiées, voire mises sous silence. Il y avait donc un enjeu scientifique et politique à commencer par enquêter auprès d'elles seules. Par ailleurs, en l'état contemporain des rapports de genre, la très grande majorité du travail contraceptif et abortif est réalisé par les femmes, ce qui justifie une enquête spécifique. Enfin, une enquête auprès des couples⁴ ou des hommes est un sujet en soi⁵, qui aurait nécessité un dispositif d'enquête à part entière⁶. Geneviève Cresson comme Léa

³ Sur le terrain hospitalier, les professionnelles de santé rencontrées, principalement les psychologues et les conseillères conjugales, m'ont plusieurs fois fait remarquer que la place des hommes dans l'IVG est trop peu considérée. Deux conseillères conjugales m'ont invitée à lire le livre de Michel Hermenjat, *Cet enfant qui m'a manqué : parole d'homme face à l'avortement*, 2012, Lyon, Éd. Première partie. Si les professionnelles s'inquiètent de la place des hommes, c'est en effet d'un point de vue psychologique, au nom de leur rapport à une paternité empêchée et douloureuse à vivre, plutôt que dans leur responsabilité contraceptive ou sexuelle. Une telle préoccupation est très symptomatique de la psychologisation à l'œuvre dans les centres d'IVG (voir chapitre 3), et si elle vise les femmes d'abord et leur rapport à la maternité, elle existe aussi, quoique de façon ponctuelle, dans le rapport des hommes à la paternité.

⁴ À la manière de l'ouvrage *Être comme tout le monde. Employées et ouvriers dans la France contemporaine* (Masclat et al., 2020), qui interroge les dynamiques de couple dans les classes populaires.

⁵ Léa Terzibachian (masterante en études sur le genre à l'EUR Gender and sexuality studies (GSST) EHESS-INED) réalise actuellement son enquête de Master 2 sur les hommes et l'avortement. Voir « L'avortement dans les parcours procréatifs masculins, un levier pour modifier les pratiques contraceptives ? », communication au séminaire du laboratoire junior Genre et Contraception le 08/06/2023.

⁶ Je m'en suis rendu compte en réalisant un premier entretien exploratoire avec l'ex-compagnon d'une avortée, avec qui elle était restée en bons termes : alors que j'avais passé, la veille, plus de deux heures à échanger avec Camille (22 ans, enseignante, IVG à 18 ans en 2012) sur son expérience intime difficile de l'avortement, son ex-partenaire n'avait presque rien à en dire d'un point de vue personnel : c'était pour lui un problème qu'il avait fallu régler, et l'échange que nous avons eu a principalement tourné autour de la législation sur l'avortement en France et dans le monde.

Terzibachian, qui se sont intéressées à la question, ont rencontré d'importantes difficultés méthodologiques dans le recrutement de leurs enquêtés⁷. Il était ainsi prioritaire de commencer par l'expérience des premières concernées.

Se focaliser sur l'interruption d'une première grossesse

Le deuxième choix a consisté à limiter cette enquête aux femmes n'ayant pas encore d'enfant au moment de l'IVG. Celles-ci constituent en effet une nouvelle catégorie historique. Au moment du vote de la loi Veil, l'avortement était davantage une technique pour limiter la taille des familles que pour repousser ou éviter l'entrée en maternité : « la décision d'avoir un enfant n'a pas du tout les mêmes implications quand il s'agit de devenir parent pour la première fois, que lorsqu'il s'agit d'agrandir une famille » (Mazuy, 2009, p. 32). Ainsi, en 1976, à peine plus d'un quart de celles qui avortent (28%) n'ont pas enfant (Lamy, 1982) ; en 2005, il s'agit d'un peu moins de la moitié (45,3%) (Rossier, Toulemon et Prioux, 2009).

À cela s'ajoutait que les avortées nullipares (n'ayant jamais accouché) me semblaient plus exposées à la stigmatisation, puisque celles-ci ne peuvent faire valoir une expérience déjà existante de la maternité, ni le soin prioritaire à apporter aux enfants déjà là : « de nombreuses femmes de notre enquête rationalisaient leurs avortements en mettant en avant les besoins des enfants déjà existants⁸ » (Cockrill et Nack, 2013, p. 983). Au terme de cette enquête, ce choix initial me semble la conséquence de ma lecture des travaux français, largement consacrés à la fabrication du choix d'avorter et aux normes de maternité. S'il me paraît toujours heuristique pour analyser la stigmatisation contemporaine de l'avortement, puisque les jeunes femmes sont davantage exposées à la stigmatisation sexuelle (voir chapitre 4) et contraceptive (voir chapitre 5), il a pour conséquence que le recrutement s'est focalisé sur les jeunes femmes.

Ne pas fixer de distance temporelle minimale ou maximale entre l'IVG et l'entretien

Enfin, à la différence de Marie Mathieu (2016) qui avait fixé comme condition de recrutement d'avoir avorté dans les cinq dernières années, je n'ai pas fixé de distance temporelle minimale ni maximale entre l'IVG et l'entretien. Parfois, les personnes rencontrées avaient avorté quelques jours plus tôt ; d'autres fois, plusieurs années auparavant – quatre personnes, entre l'IVG et l'entretien, étaient devenues mères ou s'apprêtaient à l'être. De telles différences

⁷ Échec de la technique par flyers et même de la médiation par les médecins pour la première, qui a fini par réaliser ses entretiens dans le centre d'IVG, à un moment où les compagnons des avortantes sont captifs (Cresson, 2006) ; recrutement auprès d'utilisateurs de contraception thermique, avec un profil sociologique et un rapport au travail contraceptif très spécifique pour la seconde (Terzibachian, 2023).

⁸ "Many women in our study rationalized their abortions as meeting the needs of existing children".

entre l'expérience et le récit qui en est fait constituent un enjeu méthodologique important, puisque la perception de la stigmatisation et l'éventuelle charge émotionnelle associée à l'IVG varient au fil du temps (Avalos, 1999 ; Goodwin, 2007 ; Trybulski, 2005).

Romane (25 ans, comédienne au RSA, IVG à 24 ans en 2017), qui avorte six mois avant notre entretien, a par exemple en projet d'écrire un spectacle autour de la non-procréation. Tout au long de notre échange, elle ne cesse de mettre son IVG en récit comme une expérience corporelle « cool », intéressante et instructive : parce qu'elle veut en faire une proposition artistique, elle esthétise son expérience. Pourtant, lorsque ses ami-es et colocataires finissent par se joindre à la conversation alors que la soirée avance, elles lui rappellent « à quel point [elle] était mal », et Romane l'admet en riant : « je viens de passer trois heures à dire que c'était super, vous me cassez mon truc, là... ». À l'inverse, Férouze (42 ans, aide-soignante, IVG à 26 en 2003 et 30 ans en 2007), qui ne s'était pas tellement culpabilisée d'avoir avorté, change de regard sur ses IVG des années après, lorsqu'elle perd son premier fils quelques semaines avant le terme de sa grossesse (voir 7.2.2). La façon de se représenter l'avortement s'actualise en permanence selon les expériences ultérieures, qui en transforment le sens.

D'une façon générale, plus la distance à l'IVG s'allonge, plus le biais de mémoire et de reconstruction de l'expérience *a posteriori* s'affirme, et la précision factuelle s'estompe. Cela rend délicate la comparaison entre des récits produits « à chaud », et d'autres distanciés. Pour autant, il était intéressant d'avoir à la fois des enquêtées dont l'expérience est récente – pour témoigner des prises en charge contemporaines – et d'autres dont l'IVG est plus ancienne pour en discuter l'impact éventuel sur la trajectoire biographique (voir 10.2.2).

0.1.2 Qui accepte de raconter son expérience de l'IVG et pourquoi ?

Le corpus constitué au cours de cette enquête qualitative n'est pas représentatif et n'a pas vocation à l'être (Beaud, 1996). Malgré mes tentatives pour diversifier l'échantillon et interroger des femmes de tout milieu social, y compris les plus précaires, il s'avère que les jeunes femmes rencontrées sont très largement issues des classes moyennes et supérieures (pour 36 d'entre elles) et, lorsqu'elles sont originaires des classes populaires (pour 14 d'entre elles), elles sont très souvent en ascension sociale scolaire (9 sur 14) (voir Annexe A).

Un tel recrutement ne doit rien au hasard : accepter de parler d'une pratique très souvent passée sous silence témoigne de dispositions sociales à participer à une enquête sociologique, en particulier sur l'avortement. En rendant compte, dans ce qui suit, de la construction de mon échantillon d'entretiens, je n'entends donc pas seulement objectiver le dispositif d'enquête : je voudrais aussi mettre en évidence ce qu'il commence à dire de l'objet lui-même.

Mode de recrutement et caractéristiques sociales des enquêtées

À l'exception d'un entretien réalisé dans un centre d'IVG, j'ai fait le choix de ne pas réaliser d'entretien sociologique au moment de la prise en charge, entre les murs de l'hôpital. Les démarches d'IVG sont en effet longues et souvent pesantes, et je ne voulais pas alourdir encore le travail abortif (voir 2.2.1). Par ailleurs, j'aurais risqué ce faisant de me laisser encliquer (Olivier de Sardan, 1995) dans un rôle de professionnelle de l'IVG, et donc de saisir avant tout le discours présenté à l'institution dont les femmes sont captives⁹.

À l'inverse, des entretiens menés en dehors et à distance de la prise en charge permettaient l'émergence d'un discours critique plus marqué, une formulation plus aisée des éventuels écarts aux normes sexuelles, contraceptives, conjugales, procréatives, une verbalisation des éventuels mauvais traitements vécus lors de la prise en charge, ce qui était nécessaire à une étude de la stigmatisation attentive à l'agentivité et aux résistances des femmes. Pour recruter des enquêtées, j'ai donc fait circuler, en ligne et dans différents lieux de prise en charge, un flyer expliquant la démarche d'enquête et le profil recherché (voir Annexe B1). J'y présentais l'entretien de la façon la plus neutre possible, comme un lieu d'échange confidentiel et bienveillant sur l'expérience de l'avortement et en particulier sur les personnes auprès de qui il était ou non possible de parler d'IVG. Cela a donné lieu à trois filières de recrutement (voir Annexe B2) : par « boule de neige » (10 entretiens) ; via le site « j'ai avorté et je vais bien merci » (21 entretiens) ; par les professionnel·les de santé (19 entretiens).

- **Le recrutement par boule de neige**

Les relations interpersonnelles constituent la première ressource pour « faire dire » l'avortement (Ouédraogo, 2016). Le flyer de recrutement a ainsi été partagé sur ma page Facebook¹⁰, où il a été repartagé par plusieurs contacts. Les premiers entretiens ont été obtenus dans mon réseau personnel et ce mode de recrutement par connaissance interposé s'est poursuivi au fil de l'enquête par « boule de neige » dans les contacts des enquêtées ; toutefois, si elles étaient nombreuses à connaître des personnes ayant avorté, elles n'ont pas toujours accepté de me donner leur contact, et je ne l'ai pas systématiquement demandé. Ce mode de recrutement, s'il avait pour effet de limiter, au moins au début, la diversification sociale de mon

⁹ En réalité, cela n'a pas été le cas pour le seul entretien mené dans ces conditions, avec Fleur (19 ans, danseuse, IVG à 19 ans en 2019) : le fait d'être une pièce située à un autre étage que le service d'IVG, l'absence de blouse, la proximité en âge, ma proposition immédiate de tutoiement mutuel, m'ont très rapidement sorti d'un rôle médical, pour entrer plutôt dans un rôle d'étudiante et de pair, et Fleur m'a finalement partagé ses pratiques contraceptives moins légitimes (absence de préservatif), contrairement à son discours devant les professionnelles de santé (voir 9.2.3).

¹⁰ En 2016 – 2017, Instagram n'avait pas encore l'importance d'aujourd'hui et Facebook restait, pour ma tranche d'âge et celles au-dessus, le principal réseau social.

échantillon, a toutefois permis des entretiens très approfondis, y compris auprès de femmes ayant vécu des violences médicales importantes (voir 2.2.2) : Nolwenn (27 ans, préparatrice en pharmacie, IVG à 19 ans en 2010), par exemple, n'aurait probablement pas participé à l'enquête si elle n'avait pas été convaincue par une connaissance commune garante de mon sérieux.

- **Le recrutement sur le site « J'ai avorté et je vais bien merci »**

Les technologies de la communication ont été la deuxième ressource pour « faire dire » l'avortement : mon flyer de recrutement a également été mis en ligne sur le site « J'ai avorté et je vais bien merci » après un échange avec une de ses fondatrices. Ce site a, depuis, été supprimé, mais au début de mon travail, entre 2016 et 2018, il apparaissait dans les premières positions sur Google pour des recherches répondant aux mots-clés « IVG » « avortement » « témoignage avortement » « témoignage IVG ». Pour diversifier le recrutement, j'avais également cherché, en vain, à faire partager mon flyer par le site *ivg.net* – notoire pour son travail souterrain de dissuasion (voir 1.3 et 7.1.2) – et par de nombreuses pages Facebook traitement d'avortement ou plus généralement destinées à un public féminin¹¹. Je n'ai pas eu de réponse à mes sollicitations ou celle-ci a finalement été négative, ce qui témoigne d'une certaine méfiance envers la démarche sociologique, en dehors d'espace acquis *a priori* à la défense de l'IVG.

Le recrutement est ainsi passé, pour 21 enquêtées, par un site revendiquant une position pro-avortement : son objectif explicite est de le déstigmatiser en proposant un autre discours que celui du drame ou du traumatisme psychique (voir Chapitre 10). Le biais de recrutement est réel, mais limité. Si une part des personnes rencontrées via ce site présentait un discours militant et une volonté de « briser le tabou », c'était très loin d'être le cas pour toutes et ce discours militant pouvait aussi être porté par des enquêtées recrutées autrement. « J'ai avorté et je vais bien merci » m'a aussi amenée à rencontrer des femmes dont l'expérience a été particulièrement douloureuse, comme Maïssa (37 ans, designeuse, IVG à 37 ans en 2018) (voir 8.4.3). C'est la raison pour laquelle l'orientation du site me semble avoir eu un effet limité sur le discours tenu en entretien. En réalité, mon flyer a surtout interpellé celles qui recherchaient des témoignages et la dimension politique du discours est relativement secondaire : de nombreuses enquêtées ne se rappelaient pas où elles ont trouvé mon flyer¹² et n'avaient pas prêté attention au message politique.

¹¹ J'avais ainsi contacté le journal *Madmoizelle*, les pages suivantes : « IVG : vous hésitez ? Venez en parler » ; « Paye ton IVG » ; « Chaire Unesco Santé Sexuelle & Droits humains », « Entre filles », « Kif's : Kiné, Intimité, Féminité et santé sexuelle » ; « Ma Santé sexuelle » ; « Conseils de filles ».

¹² Le mémoire de fin d'études de sage-femme de Domitille Rupin que j'avais encadré et qui portait sur l'impact des sites anti-IVG sur le choix des femmes montraient que celles-ci se souvenaient difficilement des sites visités et peinaient à en distinguer les orientations (Rupin, 2018).

- **Le recrutement par les professionnelles de l'IVG**

Enfin, les 19 autres enquêtées ont été recrutées via les professionnelles de l'avortement. Mon flyer était rendu disponible dans la salle d'attente de la section du Planning Familial du département enquêté et du département voisin, dans des centres d'IVG et chez des professionnelles réalisant des avortements. J'avais pour cela sollicité les actrices locales du Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (le Revho), dont le but est d'améliorer l'accès à l'IVG. Sur la recommandation de sa responsable, un mail présentant mon enquête et mon flyer a été envoyé à l'ensemble des professionnelles du réseau local. Les 500 flyers imprimés ont tous été distribués à des centres d'IVG, des services de gynécologie intégrant l'activité d'avortement et des médecins réalisant des IVG.

Selon les lieux de prise en charge, toutefois, le flyer était présenté de façon diverse : certains centres l'ont imprimé au format A3 et affiché dans leur salle d'attente, d'autres en ont simplement posé une pile au milieu d'autres prospectus sur la santé sexuelle et reproductive et les violences conjugales. Les professionnel·les avec qui j'ai pu échanger directement par mail ou par téléphone glissaient pour leur part le flyer dans le dossier des avortantes, voire leur présentaient directement l'enquête en donnant des gages de mon sérieux ou de l'intérêt d'une telle étude. C'est sans conteste ce dernier procédé qui a le mieux fonctionné, car je bénéficiais alors de la transivité de la confiance des femmes envers les professionnelles de santé.

Un tel mode de recrutement a les inconvénients de ses avantages : d'un côté, il écarte plus systématiquement les femmes dont la prise en charge s'est faite par des professionnel·les moins investi·es dans l'IVG, ou qui ont été victimes de maltraitances médicales¹³ ; de l'autre, il favorise une surreprésentation de celles qui sont satisfaites de l'accueil reçu, voire s'en sentent redevables¹⁴ – c'est-à-dire de celles ayant l'expérience de la stigmatisation médicale la plus réduite. Cela étant, comme le nombre de professionnel·les rencontré·es dans le parcours de soin est très important, une partie de la prise en charge peut bien se passer sans présumer de l'ensemble du parcours (voir Chapitre 2).

Cependant, même la présence d'un intermédiaire de confiance – connaissance en commun, autre enquêtée, professionnelle de santé – ne suffit pas à décider les femmes à échanger avec la

¹³ En disant cela, je n'affirme pas que la coopération des médecins à mon dispositif d'enquête constitue un certificat de bonne moralité permettant de présumer de prises en charge abortives non-stigmatisantes et non-violentes. Il est tout à fait possible que des professionnel·les de santé ayant bien voulu m'aider dans mon enquête puissent être par ailleurs maltraitant·es ; les observations menées dans les centres de l'IVG en témoignent. Néanmoins, les médecins qui acceptent de présenter l'enquête à leurs patientes n'ont pas envers l'IVG de franche hostilité et se mobilisent plus que d'autres pour cet acte de santé, ce qui fait un premier biais de recrutement. Je postule par ailleurs que des femmes qui auraient reçu mon flyer des mains d'un·e praticien·ne maltraitant·e auraient refusé de participer à l'enquête, en l'associant à la mauvaise expérience médicale.

¹⁴ Celles qui, comme Marine (19 ans, aide de vie, IVG à 19 ans en 2018), envisagent la participation à l'enquête comme une façon de remercier une médecin très accompagnante.

sociologue. L'acceptation de l'entretien, qui supposait bien souvent de réaliser volontairement la démarche de me contacter (par mail ou téléphone¹⁵), répond aussi à d'autres logiques.

Pourquoi rencontrer la sociologue ? Les dispositions au récit de soi sociologique

La surreprésentation des personnes de classes moyennes et supérieures dans mon corpus pose la question du consentement des personnes à l'enquête en sciences sociales : « Pourquoi accepte-t-on d'être enquêté ? » demandait Florence Bouillon à propos d'une enquête ethnographique dans des squats (2005). En m'inspirant de la pratique de Cécile Thomé¹⁶ (2019, p. 95), j'ai systématiquement conclu les entretiens en posant cette question aux personnes rencontrées (« Qu'est-ce qui t'as donné envie de te participer à l'enquête ? », voir Annexe D). Quatre raisons idéales-typiques se dégagent de mon corpus, qui sont intéressantes à analyser parce qu'elles dessinent déjà des rapports différenciés à la stigmatisation : trouver une écoute sur une expérience peu partagée ; être utile ; remettre en cause le « tabou » de l'IVG ; à quoi s'ajoute une appétence particulière pour la santé sexuelle et reproductive, rarement objectivée mais bien réelle.

- **Trouver une écoute**

Plusieurs femmes ont envisagé l'espace de parole proposé comme l'occasion de revenir sur une expérience présentée comme difficile. Pour celles-ci, minoritaires, l'entretien pouvait être assimilé à un échange thérapeutique, selon une logique de psychologisation décrite par Eva Illouz (2006, p. 17). Les enquêtées qui affirment avoir accepté l'entretien « pour elle[s]-même[s], pour aider à mettre en sens » (Tiphany, 35 ans, psychologue, IVG à 35 ans en 2017) ou « pour se faire du bien et en faire quelque chose de positif » (Nina, 32 ans, travailleuse sociale, IVG à 32 ans en 2017) s'avèrent être des habituées, par leur socialisation professionnelle ou leur propre trajectoire de santé mentale, à la fréquentation des psychologues. L'assimilation entre consultation psychologique et entretien sociologique est parfois explicite : « c'est marrant parce que vous ressemblez beaucoup à ma psychologue du travail ! [...] sur la façon d'interroger les relations » me dit par exemple Nina. Ces enquêtées présentent une disposition forte au récit réflexif sur soi – et l'enjeu devient de reprendre de la directivité sur

¹⁵ Les trois quarts des femmes rencontrées m'ont contactées elles-mêmes après avoir eu connaissance de mon flyer, bien souvent par message sur mon téléphone, plus rarement par mail, exceptionnellement par appel vocal, le quart restant ayant répondu à une sollicitation de ma part (voir Annexe C1).

¹⁶ Cécile Thomé identifiait quatre raisons d'accepter un entretien sur la contraception et la sexualité : témoigner ; rendre service ; parler de sa sexualité ; revendiquer des pratiques alternatives.

l'entretien auprès de personnes familières d'un monologue psychologique par association d'idées.

D'une façon moins marquée, mais qui suit la même logique thérapeutique, plusieurs enquêtées voient dans l'entretien l'occasion d'expulser un trop plein émotionnel : « franchement j'avais besoin de parler à quelqu'un de ça, sur le moment, parce que je me sentais vraiment vraiment mal » me dit Nora (19 ans, étudiante en communication, IVG à 19 ans en 2017), qui me contacte après une nuit blanche où elle a essayé en vain de joindre des ami·es au téléphone. Anissa (22 ans, étudiante en école de commerce, IVG à 19 ans en 2014) y voit l'occasion de faire le récit complet de son IVG (« même si j'ai raconté à des personnes, c'est jamais avec autant de détails ») et d'exprimer son mal-être ; elle aurait voulu consulter une psychologue mais y a renoncé, de peur que les relevés de Sécurité sociale ne la trahisse auprès de sa mère, qu'elle n'a pas informée de son avortement. L'entretien sociologique joue alors une fonction de substitut à l'échange avec un·e professionnel·le du psychisme, comme pour Noéline (20 ans, serveuse, IVG à 20 ans en 2018) : « je me suis toujours dit que ça me ferait du bien d'en parler, mais que je me sentais pas prête à aller voir un psy ou quoi... ».

Selon une logique largement identifiée en sciences sociales (Beaud et Weber, 2010), j'étais ainsi perçue comme une « étrangère amicale », a *friendly stranger* selon l'expression de Astbury-Ward, Parry et Carnwell, (2012, p. 3142) – Georg Simmel voyait déjà dans « l'étranger » une « forme sociologique » caractérisée à la fois par sa proximité géographique et son extériorité au groupe d'origine (Rammstedt, 1994). Cette forme de neutralité, permise par la distance au cercle d'appartenance quotidien, favorisait la confiance et offrait un temps de retour sur l'expérience, souvent accueilli avec gratitude.

Une telle prise de parole était parfois perçue comme une opportunité qui permet la clôture ou le dépassement d'un épisode vécu difficilement : « Y'a deux ans encore, j'aurais pas pu parler de ça, alors merci » me confie Alison (24 ans, doctorante en sciences expérimentales, IVG à 21 ans en 2014) sur le pas de sa porte, au moment de dire au revoir ou encore Carole (38 ans, avocate, IVG à 27 ans en 2007 et 36 ans en 2016) : « ça aurait été il y a trois mois, j'aurais pas été capable » ; à l'inverse, une jeune femme avec qui l'entretien était programmé a annulé au dernier moment en s'excusant : « je pensais pouvoir en parler mais pour l'instant je me sens pas capable ». Pour ces femmes dont l'expérience abortive a été émotionnellement douloureuse, parler est l'occasion de se sentir mieux.

- **Être utile à la jeune étudiante ou à la science**

Néanmoins, pour nombre de personnes rencontrées, la participation à l'enquête relève d'une « envie d'aider » qui se décline à différentes échelles.

Il peut s'agir d'une forme de camaraderie scolaire qui procède selon une logique de contre-don : « j'ai accepté... Je sais ce que c'est ! [rire] Moi, j'ai pas fait de thèse, mais j'ai fait des mémoires, du coup je sais que... c'est important d'avoir les retombées » m'explique Imane (29 ans, hôtesse de l'air, IVG à 29 ans en 2018) qui a fait des études d'infirmière avant de se reconverter. Comme elle, de nombreuses autres qui ont dû, au cours de leur trajectoire scolaire, réaliser des entretiens pour un mémoire de fin d'études en sciences sociales ou en santé, et « compatissent » ou estiment qu'il faut « se serrer les coudes », pour reprendre des expressions entendues¹⁷. Accepter d'être enquêtée est ainsi une façon de solder la dette symbolique envers ses propres enquêtés.

Plus rarement, la science est présentée comme un objectif légitime en soi, comme le remarque avec malice Elisabeth (25 ans, service civique dans une association culturelle, deux IVG à 21 ans en 2014 et une à 25 ans en 2018) : « franchement, si ça peut... mon avortement, servir à la recherche, super [...], c'est un acte utile ! [...] Ça aura une transcendance dans l'histoire, l'avortement, tu parles ! Je vais faire avancer la science, tu comprends ! ». Mais pour évoquer cette contribution aux avancées scientifiques, il faut, comme Elisabeth, être fille d'un chercheur au CNRS et avoir toutes les dispositions à ironiser sur la recherche académique. La principale raison avancée, qui traverse la majorité des entretiens à un degré plus ou moins marqué, reste ainsi « d'aider les autres femmes » pour sortir de l'isolement voire, dans une formulation plus politique, de « briser le tabou ».

- **Contester la stigmatisation**

Ainsi, celles qui ont trouvé du réconfort (et mon flyer d'enquête) en lisant des témoignages en ligne sont heureuses, à leur tour, de se dire que leur parole servira à d'autres, et plaident pour la sororité. Le contre-don, ici, n'opère pas au passé, par reconnaissance envers de précédents enquêtés, mais au futur : il est pensé comme une façon de réconforter les autres femmes, de leur être utile (voir Chapitre 10).

Parfois, la volonté de participer à l'enquête se fait plus politique. Elle peut naître d'une lassitude ou d'une insurrection face aux discours dominants. Ainsi une jeune femme – avec qui l'entretien n'a finalement pas pu se réaliser – étudiante en littérature, me contacte avec colère :

Suite à une discussion complètement ahurissante sur "les réseaux sociaux" concernant les positions d'une certaine candidate sur l'avortement, j'ai été amenée à retrouver ce merveilleux

¹⁷ Deux étudiantes en sciences sociales – que je ne connaissais pas personnellement – y ont vu l'occasion d'inverser les rôles, voire une dimension utilitaire : « J'avais un peu envie de voir comment on se sent quand on est interrogée... [...] J'ai l'impression qu'en fait, ça aide beaucoup pour la pratique, d'être capable de se rendre compte de ce qu'il se passe dans la situation inverse » (Mélanie, 26 ans, étudiante en sciences sociales, IVG à 21 ans en 2013).

site qu'est jevaisbienmerci et à y lire votre appel à témoignages. Si toutefois le délai n'était pas dépassé pour cette recherche, je serais heureuse de pouvoir témoigner/répondre à vos questions.

Celles qui revendiquent d'en « finir avec le tabou », plus proches des milieux féministes, peuvent ainsi me contacter dans le but explicite de contester la stigmatisation, en me considérant comme un intermédiaire pour améliorer les droits des femmes.

- **Une appétence préalable pour les questions de santé sexuelle et reproductive**

Enfin, et quoique celle-ci ne soit presque jamais mentionnée, sauf par Margot (31 ans, psychologue et sexologue, IVG à 27 ans en 2016), la participation à l'enquête repose aussi sur une appétence préalable pour les questions de santé sexuelle et reproductive. En considérant les métiers des personnes rencontrées (ou par approximation, ceux auxquels leurs études les destinent), il apparaît nettement qu'au sein de mon corpus, les étudiantes ou les professionnelles de la communication, de l'enseignement, du soin, de l'administration publique et de l'action sociale, notamment culturelle, sont surreprésentées par rapport à la répartition des femmes dans ces secteurs d'activité en population en générale (voir annexe B3). Cette surreprésentation est encore plus frappante si l'on considère que plusieurs personnes que j'ai comptabilisées dans d'autres secteurs d'activité ont eu une formation initiale dans un métier de la santé ou de l'enseignement avant de s'en détourner¹⁸, se sont investies dans des associations pour l'éducation à la santé sexuelle et reproductive¹⁹ ou fréquentent des étudiantes en sciences sociales²⁰. La plupart sont aussi fortement voire très fortement dotées en capital scolaire, y compris celles issus de milieux moins favorisés, qui se distinguent par leur sérieux et leur engagement, comme Marine (19 ans, aide de vie, IVG à 19 ans en 2018), qui est fille d'un ouvrier et d'enseignante. Qu'elles en soient conscientes ou non, les avortées rencontrées ont ainsi des dispositions préalables à s'intéresser à l'avortement et à se sentir autorisées à le mettre en récit.

Ces différentes raisons de participer à l'entretien peuvent se combiner entre elles et commencent à construire les axes de l'analyse qui sera menée dans les derniers chapitres : les raisons de refuser le silence sur l'IVG, et d'en sortir en participant à l'entretien, reposent sur des logiques qui peuvent être contradictoires, allant du constat d'importantes difficultés

¹⁸ Imane (29 ans, hôtesse de l'air, IVG à 29 ans en 2018), que j'ai comptabilisée dans la catégorie « Transport », a par exemple réussi le concours d'une école d'infirmière avant de s'en détourner pour travailler dans le transport aérien. Ony (31 ans, employée dans la restauration collective, IVG à 31 ans en 2018), que j'ai comptabilisée dans la catégorie « Hôtellerie », a fait des études de sciences sociales mais ne trouvait pas d'emploi dans ce secteur d'activité.

¹⁹ Noémie (24 ans, étudiante en école d'architecture, IVG à 22 ans en 2015), que j'ai comptabilisée dans le secteur de la construction, a participé au lycée à une association d'éducation à la santé sexuelle.

²⁰ La colocataire de Marlène (20 ans, serveuse, IVG à 20 ans en 2018) est étudiante en sciences sociales, c'est elle qui a trouvé mon annonce et l'a incitée à participer à l'entretien.

émotionnelles à se remettre de l'IVG à la volonté de dénoncer les discours qui en font un acte traumatique pour les femmes : ces aspects seront discutés aux chapitres 3, 7, 8, 9 et 10.

Les témoignages d'avortées sur lesquels repose cette enquête sont donc principalement le fait de jeunes femmes éduquées et favorisées, socialisées au soin, à l'enseignement, à l'art, à l'aide sociale, ayant pour nombre d'entre elles une expérience préliminaire de la psychothérapie. La majorité est blanche, mais les neuf enquêtées (que je perçois comme) racisées relèvent du même profil sociologique. Le consentement à l'entretien repose ainsi sur des dispositions au *récit de soi*, à l'*implication scolaire* et à l'*altruisme*. Toutes ces conditions de possibilité de l'entretien laissent entrevoir les précautions méthodologiques qu'il faut prendre avec ces témoignages et, en creux, les conditions de la non-participation à l'enquête.

Ce que montre et ce que cache le recrutement des enquêtées

Il ne faudra pas perdre de vue, dans ce qui suit, que ces caractéristiques sociales des personnes rencontrées ont un effet très net sur le discours qui est tenu : par exemple, ce que j'analyse, au chapitre 8, comme un très faible recours à des stratégies de « désignation par contraste » (Divay, 2004), qui consiste stigmatiser « pire que soi » pour limiter sa propre stigmatisation, n'est peut-être qu'un effet du recrutement qui fait prendre la parole à celles qui sont les plus enclines à remettre en cause la stigmatisation et à ne pas diviser cette grande catégories des « autres femmes à qui ça arrive » dont elles se sentent solidaires. Il en va de même pour la multiplication d'exemples où l'avortement est l'occasion d'une politisation plus générale des rapports de genre (voir chapitre 10). Les femmes rencontrées, assez fortement dotées en capitaux, notamment culturels, peuvent davantage que les autres mettre la stigmatisation à distance. Cela suggère que celles qui acceptent de témoigner sont peut-être les moins concernées par la stigmatisation de l'avortement – et ce paradoxe n'est pas propre à mon enquête²¹.

D'un autre côté, celles qui parlent de leur avortement sont aussi celles qui estiment avoir quelque chose à en dire. J'ai ainsi constaté que l'immense majorité se définissait comme en couple au moment de l'IVG et, très souvent, l'entretien est au fond l'occasion d'une mise en sens de la relation amoureuse – cet effet est renforcé par ma grille d'entretien, dont une partie était consacrée à la trajectoires affective et sexuelle (voir Annexe D). Comme il n'existe pas de statistiques qui donne le pourcentage d'avortantes *se considérant* en couple, y compris non-

²¹ Un article paru sur un dispositif imaginé au Mexique pour déstigmatiser l'avortement (des cercles de lectures) met en évidence les difficultés à trouver des volontaires. Malgré la diversification des modalités de recrutement, les participantes se sont avérées être issues des classes moyennes éduquées, qui témoignent d'une moindre stigmatisation abortive (Belfrage, Ramírez et Sorhaindo, 2020).

cohabitant²², il m'est impossible de comparer avec la population générale pour discuter une éventuelle surreprésentation. Mais je n'exclus pas que celles dont le parcours amoureux a été plus conflictuel ou chaotique que les autres, ou plus généralement celles avec une l'expérience de l'IVG plus douloureuse émotionnellement, soient surreprésentées dans mon corpus : celles-ci ont une propension à la parole plus grande et sont aussi plus susceptibles de lire des témoignages en ligne sur l'avortement – et donc d'y trouver mon flyer. À l'inverse, il est possible que celles qui ne souhaitent pas participer à l'entretien aient eu de l'IVG une expérience banale, trop anecdotique pour mériter d'être mise en discours. Cet argument est défendu par Erika Millar (2020, p. 4) : s'il peut être difficile de trouver des personnes disposées à raconter leur IVG, ce n'est pas forcément parce que la stigmatisation, paralysante, empêcherait toute mise en récit. Cela peut aussi être, plus simplement, parce que les personnes concernées n'ont rien à en dire, estiment que leur expérience ne vaut pas la peine qu'on s'y attarde, ou y voient trop peu d'enjeux personnels ou politiques pour donner de leur temps à une enquête sans contrepartie.

Ces effets jouent en sens contraire mais permettent d'imaginer, derrière celles qui acceptent de prendre le temps de parler de leur IVG à une sociologue, toutes celles qui n'en parlent pas : celles qui n'ont pas la disponibilité – matérielle, émotionnelle, affective – pour participer à l'entretien (pouvoir partager gratuitement plusieurs heures de son temps libre reste un privilège moins accessible aux étudiantes qui travaillent en parallèle, à celles qui s'occupent d'un proche ou d'un enfant, à celles qui vivent des violences conjugales, etc.) ; celles qui ne se sentent pas légitimes à participer à une enquête scientifique ; celles qui n'ont pas d'intérêt particulier pour les questions liées au corps, à la sexualité, à la parentalité, aux rôles de genre en général ; celles, très majoritaires, qui préfèrent consacrer leur temps libre à autre chose qu'un opaque entretien sociologique, à plus forte raison lorsqu'elles sortent de démarches d'IVG déjà très chronophages. De même que je n'ai pas de grandes bourgeoises ou de cadres avec de hautes responsabilités dans mon corpus d'entretiens²³, je n'ai pas d'avortées très défavorisées : pas de femmes migrantes, sans logement, ou dans des situations de dépendance forte à un conjoint violent. Si les observations en centre d'IVG permettent d'avoir accès à une population plus diversifiée, le cadre institutionnel dans lequel la parole est sollicitée – les entretiens pré-IVG que j'ai observés, voir *infra* – rend les comparaisons difficiles. Il faudra donc garder à l'esprit

²² Les données disponibles, notamment celles de l'enquête de la DREES en 2011, se basent sur une définition du couple par la cohabitation qui diffère trop des situations de mon échantillon (relations souvent non-cohabitantes) pour que la comparaison soit pertinente.

²³ C'est aussi un effet de l'âge moyen des avortées : elles sont encore en études ou en début de carrière.

que l'analyse proposée concerne probablement à la fois les personnes les *moins stigmatisées* et les *plus disposées à s'auto-analyser et se montrer empathiques* envers les autres avortées.

0.1.3 (Faire) parler d'un sujet « tabou » : le « script amical » de l'entretien

Reste que parler et faire parler de l'IVG suppose de créer les conditions de ce dialogue. En revenant sur la conduite des entretiens, je voudrais dégager les enjeux de ce qui est apparu non pas comme un « script sexuel caché » (Clair, 2016c), mais bien comme un « script amical » latent.

Cadre et déroulé des entretiens

Les entretiens ont été menés entre octobre 2016 et février 2020, avant la généralisation de la visio-conférence durant la crise sanitaire. Ils ont duré entre une heure et quart et quatre heures, en moyenne une heure trois-quarts. Ponctuellement, j'ai pu être invitée à rester boire un verre après, et l'échange se poursuivait de façon informelle, parfois avec les colocataires, jamais avec le conjoint dont le retour (ou l'attente au domicile) marquait plutôt la fin de l'échange. Les femmes rencontrées résident partout en France, avec une concentration autour de la zone où a été menée par ailleurs l'enquête auprès des professionnel·les de santé (voir 0.2). Une très grande majorité réside dans une grande ville ou une ville moyenne ; très peu habitent en zone rurale (voir Annexe C3).

- **Les effets du cadre de l'entretien sur le discours des avortées**

Un peu plus de la moitié des entretiens ont été menés de visu, dans un lieu tranquille et non institutionnel (à l'exception d'un entretien mené dans une salle à l'hôpital). Je laissais le choix du lieu en proposant toujours l'alternative entre un entretien au domicile privé ou un lieu public (café, bar, parc...), en précisant que l'important était d'avoir un espace au calme, où la personne se sente à l'aise pour parler²⁴ (voir Annexe C2). Un peu moins de la moitié des entretiens a eu lieu par visioconférence, exceptionnellement par téléphone et une seule fois par échanges de mail successifs. La visio-conférence²⁵ n'était proposée que si je ne pouvais pas faire le

²⁴ De nombreuses enquêtées étant étudiantes dans des grandes villes, avec des ressources financières limitées, elles étaient nombreuses à ne pas vivre seules mais en colocation et/ou en couple, ce qui ne désigne pas le domicile comme le lieu le plus adéquat pour un échange confidentiel. Par ailleurs, je ne voulais pas m'imposer chez elles sans y avoir été invitée.

²⁵ J'ai rapidement renoncé à utiliser Skype, qui était en 2017 la principale plateforme de visioconférence disponible et imposait d'enregistrer le contact, pour privilégier l'envoi d'un lien JitsiMeet qu'il suffisait de suivre pour accéder à la visio-conférence. Cela permettait de garantir davantage d'anonymat.

déplacement²⁶. Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des personnes et retranscrits intégralement.

Que faut-il retenir de ce dispositif ? Depuis la fin de mon enquête, les entretiens à distance se sont généralisés et la littérature méthodologique commence à faire le point sur la façon dont la dématérialisation de l'enquête de terrain impacte la production des données²⁷. Dans le cadre de ma recherche, le recours à la visio-conférence m'a permis d'avoir accès à des personnes éloignées géographiquement et à des prises en charge dans d'autres régions françaises. À l'exception de quelques bugs informatiques parfois pénibles, qui ont pu hacher la fluidité de l'échange, la visio-conférence permet de réaliser des entretiens approfondis, quoiqu'un peu plus courts que les entretiens de visu. Elle laisse le choix à la personne du lieu où elle se trouve, préserve l'intimité du domicile, permet davantage de flexibilité sur le jour et l'horaire de l'entretien (Caiata Zufferey et Aceti, 2022). Enfin, de même que l'entretien par téléphone, elle crée une distance qui, sur des questions intimes, peut s'avérer une ressource plutôt qu'une entrave²⁸ (Héas et Régnier, 2022 ; Milon, 2022) : il est parfois plus facile de se confier sans avoir en face la personne en chair et en os, et la distance physique peut favoriser la distance émotionnelle à ce qui est mis en récit.

La principale limite de la visio-conférence est qu'elle prive de la dimension informelle du début et de la fin de l'entretien et de l'accès plus large au cadre de vie (Beaud, 1996). La conversation, une fois raccrochée, empêche les ajouts de dernière minute qui sont souvent précieux – quoique plusieurs personnes aient complété ensuite leur propos par mail. Si la vidéo donne relativement accès à l'hexis corporelle de la personne, elle prive largement du reste de son environnement et du hors champ. Lors de mon entretien avec Mélanie (26 ans, étudiante en sciences sociales, IVG à 21 ans en 2013), je me suis par exemple aperçue après un quart d'heure d'échange que son compagnon était probablement depuis le début dans la même pièce qu'elle, ce qui a pu être déstabilisant. L'interaction se jouait sur des bases que j'ignorais, alors même que je la questionnais depuis plusieurs minutes sur la genèse de sa relation de couple :

Mélanie : Maintenant, on habite ensemble, mais à l'époque, on va dire, c'était plus... Enfin, il était plus ou moins installé, déjà [sourire]. Je le vois faire la tête à côté-là [rire], genre « ouais, j'étais quand même déjà un peu installé » ! [rire]

²⁶ Je bénéficiais alors de l'abonnement illimité proposé par la SNCF pour les moins de 28 ans, ce qui m'a permis de réaliser de nombreux entretiens de visu en dehors de ma ville de résidence.

²⁷ Voir en particulier les articles réunis dans le numéro 45 de *Socio-Anthropologie* « Enquêter à distance, le nouvel Eldorado ? » paru en 2022. Voir aussi (Boukala et Cercelet, 2020 ; Cornillet et Datchary, 2020 ; Hoang et al., 2021 ; Lévy-Guillain, Sponton et Wicky, 2022).

²⁸ À ce titre, les trois entretiens réalisés par appel vocal étaient en fait des visio-conférences où l'enquêtée n'a pas pu – ou pas voulu – activer sa caméra. Les impossibilités techniques invoquées (manque de bande passante, caméra qui ne marche pas) peuvent masquer une volonté non formulée de ne pas montrer son visage. J'ai ainsi réalisé deux de ces entretiens avec ma propre caméra allumée, qui permettait à la personne rencontrée de me voir... sans être vue.

Laurine : Il est à côté du coup ! Bonjour du coup ! [rire]

Le compagnon [hors champ] : Bonjour.

Laurine : Je sais pas comment tu t'appelles [rire], mais bon, si t'as envie d'intervenir ou de rajouter des choses hein, n'hésite pas.

Mélanie : Il s'appelle Léo.

Laurine : Bonjour Léo.

Léo [hors champ] : Je sais pas si j'aurais des choses plus intéressantes à dire qu'elle.

Laurine : D'accord, bon, du coup, comment ça s'est passé, comment vous avez réagi quand vous vous êtes aperçus de cette grossesse ? Tout de suite vous avez envisagé la possibilité de cette IVG ?

Prise au dépourvu, j'ai spontanément réorienté la conduite d'entretien pour intégrer son compagnon, qui cependant ne s'est jamais joint au champ de la caméra ni à la conversation, et n'est plus intervenu par la suite, estimant que le discours revenait à Mélanie. Cette anecdote pointe du doigt l'enjeu méthodologique de tenir compte du hors champ dans l'entretien en visioconférence, puisqu'il inclut la possibilité que la personne avec qui l'on échange se trouve dans une situation d'énonciation plus contrainte qu'elle n'y paraît, sans qu'elle ne le mentionne. Je me suis demandé, sans pouvoir répondre à cette question, si d'autres enquêtées avaient pu avoir leur compagnon (ou leurs parents, ou leur colocataire) à portée d'oreille sans que le sache et, le cas échéant, dans quelle mesure cela a pu impacter leur discours (en adoucissant leur narration amoureuse, en passant certains détails sous silence, etc.).

- **Le déroulé de l'entretien**

À la manière de Siân Beynon-Jones (2017, p. 229), sociologue britannique qui enquête sur l'avortement, j'ouvrais l'entretien non pas sur un questionnement relatif à la décision d'avortement, ce qui aurait pu être perçu comme une demande de justification potentiellement culpabilisante, mais plutôt sur le contexte de la grossesse et les circonstances de sa découverte²⁹. Cette formulation relativement évasive permettait de laisser les personnes rencontrées enclencher leur narration sur ce qui, dans ce contexte, leur paraissait important (la relation de couple ; le rapport à la contraception ; l'envie ou non d'être mère), et je pouvais ensuite m'appuyer sur leur récit pour déplier les différents aspects de leur expérience³⁰.

²⁹ « Lors des entretiens, j'ai essayé d'éviter de suggérer que l'avortement devait être justifié en demandant aux femmes de me parler de leurs expériences plutôt que de leur demander "pourquoi" elles avaient décidé d'avorter. J'ai commencé par une question très ouverte (Pouvez-vous me parler un peu de ce qui s'est passé lorsque vous avez pensé pour la première fois que vous étiez enceinte ?) ». Ma traduction de "In interviews, I tried to avoid suggesting that abortion needed to be justified by asking women to tell me about their experiences rather than asking "why" they had decided on abortion. I began with a very openended question (Can you tell me a bit about what happened when you first thought you might be pregnant?)".

³⁰ Mon questionnaire était pensé pour fonctionner non pas comme un enchaînement linéaire de questions, mais plutôt comme des « boîtes thématiques » reliées entre elles par plusieurs connecteurs dans un espace en trois dimensions, ce qui me permettait de circuler d'une « boîte » l'une à l'autre selon les opportunités. Le guide d'entretien joint en Annexe D se présente sous forme linéaire, avec des connexions entre thématiques, mais la construction de ce guide s'est faite par carte mentale.

Selon une logique qui consiste à partir du plus factuel pour remonter vers l'intime, je commençais en général par poser des questions sur les premières personnes mises au courant de l'IVG et sur le parcours de soin, avant de chercher plus largement à reconstruire les trajectoires contraceptives, amoureuses et sexuelles, l'environnement amical et familial de la personne, les représentations de l'IVG avant et après l'IVG, en gardant pour la fin l'expérience émotionnelle plus intime (voir Annexe D). J'ai fait le choix de ne jamais poser de question explicite sur les représentations de la grossesse pour éviter une humanisation *a priori* de l'embryon ; en particulier, alors même que j'ai découvert que plusieurs femmes ont des pratiques de deuil explicites après leur IVG (voir 8.4.3), je n'ai pas intégré cette question de façon systématique à mon questionnaire³¹ ; ces pratiques sont donc peut-être sous représentées.

Vertus et limites du script amical de l'entretien

L'entretien sociologique est une forme d'interaction aux contours flous (Beaud, 1996). Selon une logique qui consiste à ramener une situation originale vers une situation connue pour tenter d'en percevoir les implicites, l'entretien est mis en sens par les personnes rencontrées au prisme de leurs propres représentations de la situation et du parallèle fait avec des contextes comparables. Isabelle Clair a ainsi mis en évidence le « script sexuel caché » de l'entretien comme tête-à-tête intime, en particulier lorsque les personnes sont de sexes opposés et leur hétérosexualité postulée (Clair, 2016c). Dans ma situation, toutefois, l'échange avait lieu en non-mixité, qui bien souvent ne se limitait pas à l'appartenance de genre : elle pouvait aussi concerner l'âge, l'orientation sexuelle, la couleur de peau, le niveau d'études, le milieu social d'origine, les centres d'intérêt.

C'est la raison pour laquelle, si l'entretien sociologique pouvait parfois être perçu comme un échange avec une thérapeute ou une étrangère bienveillante, il n'était jamais pris pour une rencontre sexuelle ou amoureuse. La plupart du temps, l'interaction se rapprochait d'une conversation entre amies ou camarades, au point que l'échange suivait un « script amical » plus ou moins explicite, renforcé lorsque la mise en relation se faisait via des connaissances communes. Le tutoiement d'emblée a été très majoritaire (41 entretiens sur 50). Si les premiers échanges écrits pouvaient se faire au vouvoiement, il était très spontanément abandonné dans le passage de l'écrit à l'oral, en général de façon tacite, parfois sur mon invitation ou celle de la personne rencontrée. Les entretiens en présentiel se terminaient presque toujours par une bise, qui n'avait presque jamais eu lieu au début de l'entretien. Ce script amical était encore

³¹ Ce guide a évolué et été complété au fil des premiers entretiens avant de se stabiliser. Je n'ai pas pu systématiquement poser toutes les questions.

accentué par les lieux de l'échange (au domicile, dans des cafés et des bars), les thématiques intimes abordées (conjugalité, sexualité, rapport à la parentalité) et, à n'en pas douter, il a grandement fluidifié les interactions avec les personnes rencontrées. Il m'arrivait par ailleurs de mobiliser, ponctuellement, ma propre expérience intime de l'hétérosexualité (relations conjugales, expériences contraceptives voire sexuelles) pour faciliter la prise de parole intime.

Avec Justine Vincent et Mélodie Gauglin, nous avons plaidé pour l'objectivation de cette façon semble-t-il commune, mais passée sous silence, qu'ont les enquêteur·ices en sciences sociales de « se raconter sur le terrain ». Nous avons analysé les effets que peut avoir ce « récit de soi » des chercheur·ses sur le recueil de données et l'analyse du matériau (Thizy, Gauglin et Vincent, 2021), en identifiant quatre vertus de cette mobilisation ponctuelle de récits personnels : *créer un registre discursif commun* (par exemple, raconter un rendez-vous gynécologique personnel pour montrer qu'il est possible de faire ce type de récit à une inconnue) ; *contester d'autres interprétations de la situation d'enquête* (par exemple, raconter une expérience amoureuse, pour éviter d'être perçue comme une professionnelle du psychisme qui ne sortirait pas de son rôle) ; *égaliser la relation d'enquête* ou, au moins, en limiter l'asymétrie (par exemple, en acceptant de répondre aux questions retournées) ; *informer sur nos a priori sur l'objet* (par exemple, ma propre façon d'interroger les femmes sur leur envie d'avoir ou non des enfants, au début de l'enquête, était teintée par ma fréquentation préalable des conseillères conjugales dans les centres d'IVG).

Plutôt que répéter le détail de cette contribution méthodologique collective, je préfère ici déplier les enjeux et les limites de ce « script amical » latent dans mes entretiens. Je reviendrai sur deux aspects importants : la fréquence du recours à l'humour et à l'ironie dans les entretiens ; le risque d'invisibiliser ce qui échappe au « script amical ».

- **Rire de l'avortement : mise à distance des normes de genre ou morale de classe ?**

Si pendant cette enquête, il m'est arrivé plusieurs fois d'être émue par des récits faits les larmes aux yeux, voire entrecoupés de sanglots, j'ai aussi, contre toute attente, souvent ri. À de nombreuses reprises, les procédés ironiques employés par les enquêtées pour faire le récit de leurs expériences m'ont interpellée. Pour cela, je voudrais suivre l'invitation de Gwénaëlle Mainsant à « prendre le rire au sérieux » (Mainsant, 2008), puisque le rire reflète et performe des dispositions socialement construites (Flandrin, 2021).

En entretien, le recours à des procédés ironiques ou intensificateurs s'avère très révélateur de la stigmatisation de l'avortement et de sa mise à distance. Hélène (28 ans, étudiante sage-femme, IVG à 23 ans en 2011) décrit par exemple les limites de sa capacité à parler ouvertement de son IVG avec une scène évocatrice : « Voilà, je peux pas dire que c'était évoqué entre la

poire et le fromage au repas de Noël quoi, mais c'était quand même là, donc ça a pas été un souci ». Ce faisant, elle identifie, tout en la tournant en dérision, l'injonction au silence qui accompagne l'IVG (voir 9.1.2). Romane (25 ans, comédienne au RSA, IVG à 24 ans en 2017), pour sa part, me raconte en riant les circonstances de sa grossesse, en mettant l'accent sur sa liberté sexuelle (elle a alors deux amants réguliers, et ils n'utilisent pas de préservatifs) : « j'me prenais du sperme dans tous les sens, c'est pas étonnant qu'au final... ». De cette manière, elle caricature, pour le dédramatiser, son écart à la norme contraceptive (voir chapitre 4) mais aussi à la sexualité conjugale, monogame, pudique (voir chapitre 5). Tiphany (35 ans, psychologue, IVG à 35 ans en 2017), quant à elle, ironise auprès de son partenaire sexuel le jour de son IVG : « je fonctionne beaucoup à l'humour, et je l'ai prévenu au cours de la journée, et quand j'ai expulsé, je lui ai dit "La poule a pondu, je répète, la poule a pondu !" [rire] ». En animalisant ainsi la grossesse, elle la déshumanise, et s'épargne du même coup la stigmatisation fondée sur l'assimilation de l'embryon à un enfant déjà né (voir chapitre 7).

Les exemples ne manquent pas, ils émaillent les chapitres qui suivent et tous ont pour effet de contrer la stigmatisation en identifiant et ridiculisant dans un même mouvement les normes implicites sur lesquelles elle repose. Cela rend compte d'ores et déjà de l'agentivité des enquêtées, étudiée dans la troisième partie. Mais *ce dont* les avortées rient ne doit pas masquer *avec qui* elles rient, ou ne rient pas (car il arrive aussi que des blagues malvenues d'hommes de leur entourage passent mal – voir 9.2.3). Il s'avère ainsi que les entretiens où l'humour est mobilisé (du moins, où je l'identifie comme tel) sont aussi ceux que j'ai réalisés avec les personnes dont je me sentais subjectivement, et dont j'étais très objectivement, la plus proche socialement. Il s'agissait toujours de femmes blanches, de ma tranche d'âge, hétérosexuelles, très fortement dotées en capital culturel mais relativement peu dotées en capital économique, au positionnement féministe plus ou moins conscient et explicite ; dit autrement, de personnes avec une socialisation très proche de la mienne, avec qui je partageais un ensemble de normes implicites, préalable nécessaire pour rire de leur détournement (Flandrin, 2021).

Or, la sociologie de la socialisation a montré depuis Pierre Bourdieu que la réflexivité et la distance au rôle, qui seules permettent l'ironie, peuvent se penser comme un ethos de classe, une caractéristique des dominant-es (Bourdieu, 2002 ; Darmon, 2015). Bernard Lahire et l'équipe réunit autour de lui dans *Enfances de classe* ont mis en évidence que l'apprentissage précoce de l'humour est caractéristique des familles de classe moyenne et supérieure (Lahire, 2019). Rire de son IVG, c'est donc non seulement disposer, au préalable, de la socialisation de classe supérieure nécessaire à la mise à distance de l'écart à la norme, mais c'est aussi performer en situation une morale de classe pro-IVG et partant, resignifier une appartenance commune – de la même façon que les attitudes gay-friendly relèvent d'une morale de classe de la

bourgeoisie culturelle et d'une stratégie de distinction (Tissot, 2018). L'enjeu méthodologique est que ces postures « IVG-friendly », parce qu'elles poussent à une narration déstigmatisante de l'IVG, peuvent mener à en minimiser (comme pour Romane plus haut) les éventuelles difficultés émotionnelles. Mais ces difficultés émotionnelles sont intéressantes sociologiquement, parce qu'elles sont le symptôme de la stigmatisation intériorisée (voir chapitre 8). Les passer sous silence ou en minorer l'importance peut donc restreindre une partie de l'analyse.

- **Le risque de minorer des différences sociales réelles**

Par ailleurs, il ne faut pas céder non plus à l'illusion d'un script amical toujours fonctionnel. Par exemple, si j'ai longuement questionné les personnes rencontrées sur leur expérience intime, il a été très rare que réciproquement, je sois interrogée à mon tour sur mon éventuelle expérience personnelle de l'IVG ou mes expériences sexuelles (les questions s'arrêtaient à la contraception et à la conjugalité). L'entretien n'est jamais symétrique comme le sont les relations amicales³² et toute posture savante demeure une posture de pouvoir (Clair, 2016a, p. 72).

Se focaliser sur les proximités réelles – de genre, d'âge, d'orientation sexuelle – présente également le risque de postuler une communauté de pratiques là où il y a peut-être divergence, en ne dépliant pas, ou pas assez, les « etcetera », pour paraphraser la formule des ethnométhodologues (Coulon, 2014), c'est-à-dire en ne faisant pas verbaliser les implicites. Cela peut occulter ce que la chercheuse *ne partage pas* avec les personnes enquêtées, par exemple : la couleur de peau. Dans l'article avec Justine Vincent et Mélodie Gauglin, nous avons ainsi beaucoup insisté sur la dimension genrée du récit de soi, en laissant de côté, faute de place, la dimension raciale. Mais il importe de « chausser les lunettes de la race », si je transpose la formule qu'Isabelle Clair applique au genre (Clair, 2015), pour questionner des postulats implicites à la recherche.

Par exemple, lors de mon entretien avec Imane (29 ans, hôtesse de l'air, IVG à 29 ans en 2018), qui est une jeune femme franco-marocaine, musulmane pratiquante se qualifiant elle-même de « très pieuse », j'ai eu l'occasion de conscientiser mes propres postulats de jeune femme blanche sur les pratiques sexuelles et contraceptives :

Laurine : Et c'est les hommes eux-mêmes qui spontanément se retiraient, ou c'était quelque chose de discuté ?

³² Comme le rappelle Jean-Pierre Olivier de Sardan, « le chercheur originaire du milieu où il enquête, ou qui fait partie d'une même communauté linguistique (ou culturelle au sens très large) que ceux auxquels il s'intéresse, est toujours, parce qu'il est devenu à l'issue d'un long parcours scolaire un chercheur en sciences sociales, un intellectuel qui s'est extrait de son groupe ou de sa culture d'origine, et qui occupe une position nettement distincte de celles de ses "compatriotes" » (Olivier de Sardan, 2000, p. 430).

Imane : Ouais, enfin, la question se posait même pas, parce qu'on était sur la même longueur d'onde de ce côté-là. Pas de bébés, comme ça, non non non, on était tous consentants.

[...]

Laurine : Je reviens sur ce truc de pas éjaculer, justement, à l'intérieur, c'est une pratique.... Moi, ça me surprend, parce que je l'ai très peu, en entretien... Le garçon responsable en fait, c'est-à-dire qui se dit « Il y a une possibilité de grossesse, donc moi-même, je me retire »... Et du coup, c'est des choses où ça s'est fait tacitement, ou il y a vraiment eu un truc où on s'est dit « bon, tu te retires... » ? Ça a été formulé ?

Imane : Avec les autres vous voulez dire ? Euh... Attendez que je réfléchisse... Non, même pas, je pense pas. C'était naturel en fait.

Laurine : C'était des gens religieux aussi ?

Imane : Non, religieux non. Musulmans... Pas forcément religieux, mais bon, oui, de confession musulmane, même s'ils n'étaient pas très pratiquants. [...] Mais je pense aussi que nous, ils doivent s'en soucier, parce qu'ils savent que déjà, nous, on prend pas trop la pilule, ça se fait pas trop, parce que les familles le voient, si la fille prend la pilule. Donc, du coup, ça veut dire que l'on a des relations hors mariage. Ça, ça passe pas.

Que le retrait puisse être un script sexuel et contraceptif *suffisamment commun et partagé* par un groupe social pour se constituer comme une *évidence implicite*, plutôt que comme une technique risquée et marginale (Thomé, 2022a), ne m'était simplement pas venu à l'esprit avant cet échange, tant j'ai moi-même intériorisé la norme contraceptive pilulocentrée dominante en France³³ (Roux, 2020). Les différences d'appartenances raciales et/ou religieuses ne sont devenues saillantes que dans la révélation de pratiques différenciées, qui ont révélé mes prénotions. À l'inverse, une propriété sociale partagée n'appelle pas ou moins de questionnements, mais incite à la vigilance méthodologique : enquêter sur un terrain familier en s'en distançant trop peu (Bajard, 2013 ; Beaud et Weber, 2010 ; Gouirir, 1998 ; Ouattara, 2004 ; Sanson, 2023), c'est risquer des erreurs d'interprétation sur des implicites peut-être non-partagés. Le « script amical » latent peut ainsi conduire à postuler des comportements plutôt que les interroger.

*

Les entretiens menés constituent le principal matériau de cette enquête : ils permettent d'accéder à la stigmatisation redoutée ou effective, de prendre la mesure du contrôle social – en particulier médical et psychologique – autour de l'IVG, et d'étudier les stratégies de résistance et de contournement des premières concernées. Ils ont pu être ponctuellement

³³ Après cet entretien, j'avais échangé avec Lamia Yousfi qui préparait alors une thèse sur le rapport à l'avortement des femmes issues de l'immigration maghrébine, dont le travail n'a à ma connaissance pas été publié : elle suggérait que le retrait est en effet une pratique très commune pour les personnes musulmanes françaises. En l'absence de statistiques publiques intégrant une dimension ethno-raciale, il est cependant impossible de mettre cela en évidence de façon quantitative dans les enquêtes sur la contraception...

complétés par d'autres sources : échanges de mails³⁴, partage d'écrits intimes³⁵. Mais ils ne sont pas suffisants. D'une part, d'un point de vue méthodologique, l'échantillon d'entretiens, assez homogène socialement, m'a poussée à vouloir accéder à d'autres catégories de la population, notamment les classes populaires. D'autre part, d'un point de vue plus théorique, se focaliser sur les seules expériences individuelles faisait courir le risque de perdre de vue la dimension structurelle de la stigmatisation abortive (Millar, 2020, p. 6), en se concentrant sur les conséquences du stigmate plutôt que sur ses causes. C'est la raison pour laquelle une enquête auprès des entrepreneur·ses de morale, et en particulier auprès des professionnel·les de santé, m'a également paru nécessaire.

0.2 Enquêter auprès des entrepreneur·ses de morale

Les professionnel·les de santé sont loin d'être les seul·es entrepreneur·ses de la morale abortive : les médias, l'industrie culturelle, le lobbying anti-avortement internationalisé, la politique de santé publique, le militantisme féministe, l'éducation à la sexualité, les familles sont autant d'acteur·ices qui façonnent les représentations et l'accès à l'IVG. Ne pouvant pas mener une enquête ethnographique approfondie sur tous les fronts, j'ai choisi de me concentrer prioritairement sur l'institution médicale (0.2.1), à laquelle celles qui avortent sont systématiquement confrontées³⁶, en accordant une attention particulière au travail des conseillères conjugales (0.2.2). J'ai complété cette enquête de terrain par des investigations en ligne sur l'organisation des réseaux anti-IVG et les programmes de santé publique (0.2.3).

0.2.1 Observer la prise en charge de l'IVG dans des centres d'orthogénie des hôpitaux publics

La prise en charge de l'IVG sur le territoire français est très diversifiée : il est possible d'avorter par méthode médicamenteuse ou par aspiration dans des établissements hospitaliers publics ou privés (dans des services généralistes de gynécologie ou dans des services spécialisés

³⁴ Maïssa (37 ans, designeuse, IVG à 37 ans en 2018) me fait suivre l'échange de mails qu'elle a eu avec sa psychologue ; Adélaïde (27 ans, chargée de mission dans l'environnement, IVG à 26 ans en 2017) ou Céline (34 ans, commerciale, IVG à 32 ans en 2015) ajoutent des précisions après l'entretien ; etc.

³⁵ Coline (22 ans, enseignante, IVG à 22 ans en 2016) me photographie des extraits de son journal intime ; Romane (25 ans, comédienne au RSA, IVG à 24 ans en 2017) me partage le document de son projet de spectacle sur l'IVG ; Amélie (38 ans, sans emploi, IVG à 24 ans en 2003) m'envoie les liens des blogs sur lesquels elle a raconté son IVG ; etc.

³⁶ Ce choix est aussi la conséquence de ma formation en sociologie, qui s'est largement construite sur de l'ethnographie médicale. En troisième année de licence, j'avais enquêté sur le travail de clowns hospitaliers dans un service d'oncologie pédiatrique ; en master 1, j'étudiais le rapport au corps et au soin des soignant·es d'un service de réanimation chirurgicale et en master 2, j'ai réalisé l'ethnographie du CIVG1. J'avais donc toutes les dispositions, appétences et compétences pour orienter mon enquête vers les structurelles hospitalières.

d'orthogénie), et seulement par méthode médicamenteuse avant 7 semaines de grossesse (9 semaines d'aménorrhées) auprès de médecins ou de sages-femmes conventionnés ou dans des centres de planification et d'éducation familiale³⁷. Je me suis focalisée sur des services spécialisés des hôpitaux publics en laissant de côté les cliniques privées, de même que les médecins et sages-femmes conventionnés³⁸. Après l'ethnographie d'un premier centre d'IVG en 2016, pendant mon master 2, je suis retournée enquêter auprès des professionnel·les de santé en 2019.

Présentation des services ethnographiés

Les deux services d'IVG ethnographiés en 2016 et 2019 se ressemblent : ce sont des services spécialisés, avec du personnel volontaire. Rattachés administrativement à un service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital public, ils sont dans les faits géographiquement isolés du reste de l'hôpital et les équipes, en totalité féminines, sont très autonomes dans leur fonctionnement. L'accueil est réalisé par des secrétaires présentes toute la semaine et exerçant dans le service depuis plusieurs années. Les conseillères conjugales et familiales, salariées de l'hôpital à temps partiel ou plein, sont très intégrées aux équipes de santé et présentes chaque jour. Elles reçoivent toutes les usagères, même si l'entretien est légalement facultatif pour les personnes majeures. En dehors des médecins qui réalisent des vacations par demi-journées, l'orthogénie constitue l'essentiel ou la totalité de l'activité du personnel de santé (sage-femme, infirmières, secrétaires, aides-soignantes). Ces centres d'IVG – ni structures associatives militantes, ni services mixtes de gynécologie – font bien partie des lieux de soin « à part » : l'IVG y est l'activité exclusive, couplée ou non à la planification familiale. Aux murs des salles d'attentes et parmi les prospectus, l'information porte sur les différents modes de contraception et la prévention des violences conjugales, jamais sur la grossesse ou la maternité, comme c'est le cas dans les services gynécologiques mixtes. Les enfants sont interdits, pour éviter de renvoyer les avortantes à la maternité.

Dans les deux situations, j'occupais un rôle de stagiaire avec une convention cosignée par l'hôpital et l'université. Le dispositif d'enquête a un peu varié entre le CIVG1 et le CIVG2,

³⁷ Ces différentes modalités du travail abortif font l'objet de la thèse en cours de Raphaël Perrin, « Les professionnels de la médecine face au travail d'avortement. Enquête sociologique sur des gynécologues, des médecins généralistes et des sages-femmes », Paris 1 sous la direction d'Anne Paillet et Maud Gelly.

³⁸ Avec la diversification de l'activité, les cliniques privées ne réalisent presque plus d'avortements. L'accès aux services de gynécologie est plus complexe car les rapports de pouvoir y sont plus tendus, les IVG étant souvent délégués aux internes qui les pratiquent parfois à contre-cœur. Il est aussi moins rentable pour l'enquête puisque l'IVG n'est qu'une partie de cette activité. Il en va de même pour les médecins et sages-femmes conventionnés : les IVG sont trop ponctuelles pour justifier la présence continue d'un·e sociologue. J'ai donc arbitré entre la « pertinence sociale » et la « pertinence pratique » de ces différents terrains possibles (Arborio et Fournier, 2008).

parce que l'objet de mon enquête avait changé. Au CIVG1, je participais principalement aux entretiens pré-IVG de la conseillère conjugale, mais j'étais considérée comme la stagiaire du service et j'accompagnais régulièrement quelques usagères dans l'ensemble des consultations pré-IVG (conseillère, médecin, infirmières). Au CIVG2, j'étais explicitement la stagiaire des conseillères conjugales, et je n'ai assisté qu'aux entretiens menés par elles : je voulais alors saisir le « gouvernement par la parole » (Memmi, 2003) à l'œuvre dans cet espace. Je propose de récapituler et de comparer l'organisation de ces services dans le tableau 1.

Un dispositif intermédiaire, mis en place au printemps 2019, au CIVG3, a par ailleurs été un échec. J'avais obtenu, via la sage-femme et conseillère conjugale du centre d'orthogénie, de passer du temps dans le service et de pouvoir réaliser des entretiens sur place, dans une salle à part. Cela n'a plutôt pas fonctionné : les usagères étaient surtout des mères de famille qui revenaient avorter dans leur maternité d'accouchement, alors que je m'intéressais aux nullipares qui fréquentaient plutôt, est-il apparu, le centre de planification familial du centre-ville. Par ailleurs les femmes, prises par l'urgence et la multiplicité des rendez-vous, n'avaient ni le temps ni l'envie de rencontrer une sociologue en pleines démarches d'avortement. Mon isolement géographique enfin, dans une pièce à part, à l'étage supérieur, constituait un obstacle supplémentaire et décourageait les femmes de monter jusqu'à moi. Je n'ai réalisé qu'un seul entretien avec une avortante (Fleur, 19 ans, danseuse, IVG à 19 ans en 2019), en plus de celui avec Delphine (sage-femme et CCF, 39 ans, CIVG3), grâce à qui j'avais eu accès au service, et j'ai assez vite renoncé à ce terrain.

Tableau 1. Présentation des centres d'IVG enquêtés

	Centre 1 (enquêté en 2016)	Centre 2 (enquêté en 2019)
Taille du centre (nombre d'IVG annuelles)	Gros centre, réalisant plus de 1000 IVG par an	Centre moyen, réalisant entre 250 et 1000 IVG par an
Composition de l'équipe		
Médecins (vacations)	5 → mêmes jours que moi : Dr Armana, 57 ans + Dr June, 33 ans	2 → Julie, 33 ans + Marie-Christine, 55 ans
Infirmières	3 → Mireille, 51 ans + Barbara, 40 ans + Denise, 60 ans	0
Sages-femmes	0	1 → Florence, 41 ans
Aides-soignantes	2 → mêmes jours que moi : Josiane, 55 ans	0
Conseillères conjugales et familiales (CCF)	2 → mêmes jours que moi : Odile, 59 ans	2 → Catherine, 58 ans + Maryse, 51 ans
Secrétaires	2	1 → Guillemette, 43 ans
Organisation des soins		
Pré IVG	Consultation pré-IVG avec passage systématique devant une CCF, un médecin et une infirmière pour la contraception.	Consultation pré-IVG avec passage systématique devant une CCF, un médecin et la sage-femme pour la contraception.
IVG	Réalisation des IVG 5 matinées par semaine.	Réalisation des IVG 3 matinées par semaine.
Post IVG	RDV trois semaines après, avec si besoin consultation avec une CCF (sous réserve de sa disponibilité).	RDV trois semaines après, avec si besoin consultation avec une CCF (créneaux dédiés).
Réalisation des IVG		
Intervention	Dans le service, qui dispose d'un plateau technique.	Dans le service de chirurgie ambulatoire de l'hôpital, au bloc opératoire, par les médecins du service.
Post intervention	Les CCF rendent visite aux femmes en post opératoire dans les chambres du service.	Les CCF rendent visite aux femmes en post opératoire dans les chambres de la chirurgie ambulatoire.
Méthodes proposées	Médicamenteuse Instrumentale sous anesthésie locale (AL) <i>Les anesthésies générales, qui supposent un bloc opératoire ne sont pas réalisées dans ce service.</i>	Médicamenteuse Instrumentale sous anesthésie locale (AL) ou générale (AG), au choix de l'usagère
Choix de la méthode par les femmes	Pas de choix. Médicamenteuse en dessous de 7 SA Instrumentale sous AL entre 7 et 12 SA. Réorientation vers d'autres centres qui font les AG entre 12 et 14 SA.	Au choix des femmes. Médicamenteuse en dessous de 9 SA (possibilité d'attendre pour obtenir une IVG instrumentale). Instrumentale sous AG ou AL entre 9 et 14 SA.
Temporalité du terrain et nombre de demi-journées	Janvier – mars 2016 8 demi-journées	Mai – septembre 2019 18 demi-journées
Nombre de consultations observées	38 consultations pré-IVG avec une CCF + 7 consultations avec médecin puis 7 avec les infirmières	61 consultations pré-IVG avec 2 CCF + une vingtaine de visites en chambre post-IVG

L'intégration aux équipes de santé

Toute enquête par observation directe étant au moins partiellement participante (Arborio et Fournier, 2008, 2008 ; Chapoulie, 2000 ; Peretz, 1998), elle crée une perturbation dans l'ordinaire de ce qui est observé – à moins que la personne qui enquête soit incognito (Dargère, 2012 ; Peneff, 1992, 2009, 2011), ce qui n'était pas mon cas. Ce « paradoxe de l'observateur » (pour reprendre l'expression d'Olivier Schwartz) fait que les sociologues analysent toujours des situations que leur seule présence modifie :

Puisqu'il n'y a pas d'observation neutre et que les « données » ne sont jamais dissociables des dynamiques à l'œuvre dans la recherche elle-même, il n'y a donc pas d'autre voie pour les comprendre que de suivre réflexivement ce qui se joue dans la relation du sociologue à ses enquêtés, d'identifier les rôles qu'on lui attribue, et de rapporter ce qu'on lui dit ou ce qu'on lui montre de la place momentanée qu'il occupe dans le jeu d'interaction suscité par sa présence (Schwartz, 1993, p. 274).

D'une façon générale, mon acceptation sur le terrain a été facile et cette aisance révèle de nombreuses propriétés du terrain.

- **De « l'étudiante » à la « prof » : les effets d'un changement de statut sur le terrain**

L'accès aux deux centres a été possible grâce à l'autorisation des cheffes de services et, au CIVG1 et CIVG2, il a été relativement aisé. Je bénéficiais de mon statut d'étudiante, qui me permettait d'être stagiaire : à la fois identifiée et inoffensive. Avec les médecins cheffes de service, auprès de qui se négociait l'accès au terrain, j'ai fait valoir, comme Muriel Darmon avant moi (Darmon, 2005), le prestige universitaire et mon sérieux scolaire, en mettant en avant ma qualité de normalienne et mon activité d'enseignement à l'ENS de Lyon pendant mon contrat doctoral.

Auprès des équipes soignantes, au quotidien, la mise en scène de ce bagage n'était pas utile, voire encombrante. Les conseillères conjugales sont très habituées à former leurs propres stagiaires et j'étais considérée peu ou prou comme l'une d'elles (même si la priorité était donnée aux « vraies » stagiaires dans la venue dans le service, ce qui a pu contraindre mes jours de présence). Ce rôle était confortable, il m'autorisait à poser des questions et à m'étonner avec une naïveté plus ou moins sincère de telle ou telle pratique. Il s'est toutefois recomposé au cours de mon enquête au CIVG2 : en 2019, je n'avais plus 25 ans comme en 2016, mais déjà 28, et entre le début (en mai) et la fin (en octobre) de mon terrain, je suis passée d'un contrat doctoral à un poste d'Attachée Temporaire d'Enseignement et de Recherche à temps plein à l'université.

Cela m'a fait changer de statut aux yeux de l'équipe, qui me posait régulièrement des questions sur moi et l'université (voir *infra*). J'étais alors considérée beaucoup moins comme une étudiante et beaucoup plus comme une « prof de fac » : « t'es pas n'importe qui en fait hein,

t'es brillante » m'a dit par exemple Maryse (CCF, 51 ans, CIVG2) en apprenant l'obtention du poste fin juin. D'observatrice, je suis devenue davantage collaboratrice : si mon avis était, dès le départ, presque toujours sollicité (voir *infra*), il s'est mis à être pris davantage en considération. Ce changement a pu créer une peur de « mal faire » devant moi et a pu me valoir occasionnellement des réassignations un peu étonnantes à mon statut d'étudiante³⁹. Dans le même temps, je devenais pourtant une ressource au sein de l'équipe, au point qu'un jour, Florence (sage-femme, 41 ans, CIVG2), qui envisageait d'autres perspectives de carrière, m'a demandé si j'avais des contacts pour postuler au service médical de l'université.

- **Entre-soi féminin, homogénéité sociale et rythme lent en orthogénie**

D'une façon générale, les équipes ont fait preuve envers moi de beaucoup d'attention et de douceur, en valorisant ma présence, en me posant des questions personnelles, en vérifiant si je me sentais bien, en se montrant chaleureuses et disponibles, surtout au CIVG2 qui était plus petit et où j'ai passé plus de temps. Il ne faut pas y voir l'effet d'une gentillesse individuelle : de telles dispositions à l'accueil sont très révélatrices du travail en orthogénie. Outre l'habitude d'accueillir des stagiaires⁴⁰, quatre variables qui se conjuguent et révèlent d'ores et déjà les caractéristiques de la prise en charge de l'IVG : l'entre-soi féminin ; la lenteur des services ; l'homogénéité sociale des équipes de santé ; l'attention au bien-être comme ethos professionnel.

La non-mixité de genre est très évidente dans les centres d'IVG : à l'exception d'un médecin sur le départ pour la retraite (croisé une fois au CIVG1) et d'un jeune externe en médecine (croisé une fois au CIVG2 : il était rattaché à la gynécologie et n'a passé que deux jours dans le service), je n'ai rencontré que des femmes dans les centres d'IVG, toutes blanches, de classe moyenne et supérieure, en couple hétérosexuel, mères (ou grand-mères) d'un ou plusieurs enfants. Or, un tel recrutement des professionnelles est la conséquence directe de rapports de force genrés, qui produisent à la fois la stigmatisation de la prise en charge des IVG et

³⁹ Par exemple, cet extrait de mon carnet de terrain de septembre 2019 : « Pendant l'échange après l'IVG, Maryse s'enquiert auprès de la jeune femme de la pause de son stérilet au bloc, avant de se tourner vers moi et de m'expliquer avec pédagogie : « tu vois, on peut aussi poser les stérilets au bloc ». Je ne comprends pas pourquoi elle fait ça, depuis le temps, je sais bien qu'on pose les stérilets au bloc ! Elle s'adresse à moi comme si c'était mon premier jour de terrain. Pourquoi ? Hypothèse 1 : je ne l'avais pas vue depuis dix jours, elle a peut-être oublié ce qu'elle m'a déjà dit (?). Hypothèse 2 : c'est une façon, dans cette salle très exiguë [la dame s'apprêtait à partir, Maryse l'a interceptée sur le départ et l'échange a lieu dans une pièce minuscule et pas dans sa chambre d'hospitalisation, ce qui rend l'interaction étrange], de me remettre dans mon rôle de « stagiaire qui est là pour apprendre », soit pour justifier ma présence aux yeux de la dame, soit pour se rassurer elle-même et se montrer aux yeux de la patiente comme professionnelle en train de former son étudiante. Toujours est-il que cela recrée une hiérarchie qui me va bien (ce rôle de la stagiaire est confortable) [...] alors évidemment, j'ai fait « Ah tiens ! » comme si je découvrais qu'on pose les stérilets au bloc... ».

⁴⁰ Qui n'est pas gage d'un accueil chaleureux : dans le service de réanimation chirurgicale que j'avais enquêté en M1, le turn-over rapide faisait au contraire que les équipes posaient peu de questions personnelles aux stagiaires, vite arrivés et vite partis,

l'assignation des femmes au travail procréatif et domestique (voir 2.1.3). Ils ont pour effet d'importantes dispositions au *care* des équipes (Thizy, 2016, 2023).

À cela s'ajoute la lenteur structurelle des services d'orthogénie : non seulement la diversification des modes d'accès à l'IVG a diminué l'activité des centres d'orthogénie, mais en plus, toutes les matinées ou presque, des personnes ne venaient pas à un rendez-vous pris. Cela s'explique par les changements d'avis sur l'IVG ou la mise en concurrence des services pour accéder plus vite au soin et a pour effet que le rythme de travail, très entrecoupé, laisse particulièrement le temps aux discussions de couloir qui occupent, dans mes notes de terrain, une place importante⁴¹. J'estime qu'en moyenne, entre un tiers et la moitié du temps de travail dans une matinée en orthogénie n'est pas consacré aux consultations, mais plutôt aux échanges professionnels comme personnels au sein de l'équipe (certains jours, c'est même les trois quarts du temps). Quelques exemples extraits de mon journal de terrain⁴² :

Juin 2019. La première patiente de 9h a annulé (c'est très souvent le cas), nous avons deux consultations prévues dans la matinée + la visite au bloc de la jeune femme rencontrée la semaine précédente. En attendant la suivante, il faut faire la conversation : je raconte mon week-end [...]. Maryse me parle de son fils qui attend les résultats de son bac français.

Juillet 2019. La matinée a été particulièrement lente : une seule femme, deux autres ont annulé. [...]. Ça donne une matinée de trois heures très très vide, on a dû travailler peut-être 15 minutes et le reste du temps, on papote on papote.

Une telle quantité de temps laissée libre entre les consultations a pour effet que les conversations sont à la fois d'ordre professionnel et personnel : elles alternent sans transition entre échanges d'information à propos des avortantes et récit de la vie privée (les activités du week-end ou des vacances ; les résultats scolaires des enfants ; les soucis du conjoint au travail ; les mérites du marché local ; l'entretien du jardin ; le shopping ; les travaux de la maison ; etc.). Je note en juillet 2019 : « au cours de ces longues matinées, on parle énormément de soi et je ne fais pas exception ». Si j'avais en tête la remarque d'Isabelle Clair (« ce qui est raconté à propos des espaces privés des enquêté-e-s, principaux espaces de leur vie personnelle, ne devrait pas être *a priori* écarté au prétexte qu'il serait à première vue hors-sujet », 2016a, p.

⁴¹ Je notais tout, tout le temps, y compris ce qui ne concernait pas les consultations que j'observais. Cela était facilité par une pratique de l'écriture manuscrite très répandue dans le service : les dossiers des avortantes, notamment les observations des conseillères à destination des médecins, sont remplis à la main et systématiquement les conseillères redoublent ce premier bilan par des notes plus personnelles et tournées vers l'analyse psychologique dans leur propre cahier de suivi. Mes prises de notes incessantes ne surprenaient donc personne et elles étaient très bien accueillies, voire valorisées.

⁴² Si Florence Weber conseille de censurer son journal de terrain, qui comporte bien souvent des analyses hâtives ou inabouties (Weber, 1991), j'ai laissé évidentes, ici, mes formulations spontanées et peu académiques, plutôt que les policer, car elles disent quelque chose de l'impératif de faire la conversation face à l'ennui au travail – et parfois de ma propre lassitude à devoir performer ce type de discours.

78), j'ai mis du temps à comprendre l'importance de cette porosité entre espace professionnel et personnel (Beaud et Weber, 2010).

Septembre 2019. À prendre ces notes, je me rends compte qu'en réalité, leurs discours et jugements de valeurs privés sur le monde s'articulent toujours aux situations des patientes et réciproquement. C'est très difficile d'isoler le privé du professionnel, car un cas de patiente les amène entre elles vers un discours intime, et à l'inverse un discours intime peut les faire revenir sur le discours d'une patiente. La distinction que j'essaie de faire ici est purement analytique, dans les faits tout se mêle.

Le fait que, dans les centres d'IVG (surtout le 2), j'ai passé une part importante de mon temps à parler de tout sauf d'IVG est un résultat important : cela montre d'ores et déjà combien l'avortement s'inscrit plus généralement dans des enjeux conjugaux, familiaux, domestiques, et combien les professionnelles abordent leur pratique dans la continuité de leur propre expérience personnelle (voir 2.1.3, 3.2.2 et 4.1.3). Cela explique aussi que les relations entre les équipes débordent largement le seul centre d'IVG. Le lien affinitaire se construit dans les temps morts du travail et certaines se fréquentent aussi en dehors du CIVG – elles connaissent toutes de nom, si ce n'est personnellement, les conjoints et les enfants de leurs collègues. Mais ces liens affinitaires doivent aussi beaucoup à la proximité sociale entre les différentes professionnelles et à la conviction partagée de la nécessité d'être dans « l'écoute » et « l'attention à l'autre » (voir 3.1).

Ces caractéristiques du terrain ont fait qu'il n'a pas été difficile pour moi de m'y intégrer : fille d'un cadre en entreprise ayant connu le déclassement en fin de carrière et d'une professeure des écoles, petite-fille d'un médecin et d'une institutrice, élevée dans un village de campagne loin de tout centre urbain, aînée d'une fratrie de trois, en couple hétérosexuel, je bénéficiais de toutes les dispositions sociales pour être à l'aise et fournir moi aussi, à moindre coût, ces récits personnels de familles blanches de classe moyenne-supérieure, investies dans le soin et l'éducation des enfants, assez à l'aise pour être propriétaires et partir en vacances, mais inquiètes d'être déclassées. Et il m'est apparu que ces récits font la cohésion des équipes (voir 3.2.2).

0.2.2 Comprendre le travail des conseillères conjugales et familiales

L'essentiel de mon enquête s'est concentré sur les conseillères conjugales et familiales. Au CIVG2, les temps morts de l'activité m'ont laissé le temps de mener avec Catherine (CCF, 58 ans, CIVG2) et Maryse (CCF, 51 ans, CIVG2) nombre d'entretiens informels (Bruneteaux et Lanzarini, 1998) qui permettent de reconstituer leurs parcours, que j'ai complété avec des entretiens auprès de conseillères exerçant dans d'autres structures. La comparaison des discours

sur leur travail et de l'observation du travail permet de prendre la mesure des décalages entre pratiques et représentations subjectives.

L'observation en situation

Le travail des conseillères ne se limite pas aux entretiens pré (et plus rarement post) IVG : elles rendent aussi visite aux femmes dans leur chambre le jour de l'IVG, échangent avec leurs collègues, etc. Mais l'essentiel de leur travail reste ces entretiens. Pendant leurs échanges avec les usagères (et parfois leur accompagnant·e), je me tenais à l'écart de l'échange et n'intervenais jamais⁴³. Je pouvais facilement prendre des notes de façon très extensive : je notais autant que possible les termes exacts de l'échange et, quand j'avais le temps, je décrivais l'hexis corporelle des avortantes et ce qu'elle me semblait révéler. Après chaque entretien, je débriefais avec les conseillères sur l'échange. Elles me partageaient spontanément leur avis et sollicitaient le mien en retour. Les conseillères ont été très accueillantes avec moi : « ta présence est très agréable, c'est vraiment sympa de t'avoir, et puis tu vois les patientes ça ne les dérange pas, enfin peut-être qu'elles n'osent pas dire non, mais une fois installée elles parlent et elles t'oublient, ça perturbe pas l'échange » me dit par exemple Maryse (CCF, 51 ans, CIVG2) après plusieurs mois de terrain.

Avec Catherine (CCF, 58 ans, CIVG2), j'ai vécu, au milieu de mon enquête, une mise à l'épreuve et une inversion temporaire des rôles : celle-ci m'a proposé à plusieurs reprises de mener l'entretien pré-IVG à sa place, pour me voir faire. Si j'ai d'abord refusé, il a fini par être difficile de m'y soustraire.

Juillet 2019. Catherine me propose de mener l'entretien « si j'ai envie » : « je propose à toutes mes stagiaires mais elles refusent » « si tu te le sens ». Je suis prise au dépourvu : elle me tend le dossier dans la petite salle qui sert d'accueil, on n'en a pas discuté avant, elle ne m'a pas briefé, et je sens qu'elle a très envie de me voir faire. Je commence par accepter car elle insiste, puis je me rappelle que je ne sais pas lire les dossiers médicaux, et je lui propose de faire cela la semaine suivante. Mais dès la patiente suivante, Catherine me re-propose, ou plutôt, elle me met directement le dossier entre les mains, dans le couloir qui mène à la salle d'attente.

Réaliser moi-même l'entretien pré-IVG me plaçait dans une situation délicate à tenir : je savais que je devais être suffisamment proche du script ordinaire de la conseillère, qui commençait toujours en postulant que l'IVG est difficile, tout en me refusant par principe à une telle dramatisation. Par chance, j'avais déjà mené la majorité de mes propres entretiens et

⁴³ La disposition de l'espace a eu toute son importance : Odile (CCF, 59 ans, CIVG1) ou Catherine (CCF, 58 ans, CIVG2) avaient de grands bureaux d'angle qui occupaient le centre de la pièce, ce qui me permettait de me mettre dans un coin et de me faire facilement oublier pendant l'échange avec la conseillère. Maryse (CCF, 51 ans, CIVG2), en revanche, avait un petit bureau logé dans un angle de la pièce ; elle recevait les femmes et leur éventuel·le accompagnant·e sur des chaises placées au centre de la pièce, sans la séparation d'un bureau. J'étais intégrée à ce cercle et il était plus difficile ainsi de passer inaperçue.

bénéficiais de cette expérience. L'extrait de terrain suivant raconte la scène et permet en même temps de présenter le script habituel d'un entretien pré-IVG :

En m'installant au bureau, je liste mentalement les choses à dire et faire : accueillir, expliquer le principe de l'entretien et la matinée de consultation, expliquer le rôle de l'entretien (j'essaie de me mouler à la façon de faire de Catherine, en estompant le côté psy, je ne suis pas formée et je déteste ce discours préliminaire sur « l'IVG c'est difficile »), proposer la méthode d'IVG, parler de la contraception, du couple, de comment on se sent, expliquer l'hospitalisation, remplir le dossier. C'est moi qui serre la main et me présente, je m'installe derrière le bureau à la place de la patronne.

C'est une jeune femme de 22 ans, accompagnée par une amie. Elle nous demande si sa copine peut l'accompagner, Catherine tranche : « plutôt toute seule ». Je commence en lui demandant comment elle a découvert sa grossesse (c'est ma question réflexe, la première que je pose en entretien). Elle n'a aucun symptôme sauf le retard de règles, elle a fait un test, et une échographie de datation la veille. Je lui demande si elle en a parlé autour d'elle : juste à ses amis, elle ne veut pas en parler à ses parents. Elle fait une remarque comme quoi avant d'avoir un enfant, il faut d'abord qu'elle s'occupe d'elle et c'est déjà bien. Elle est en couple depuis 5 mois avec un jeune homme en formation pour conduire des bus. Pas de contraception, elle en veut une. Elle a pris la pilule mais ne la supportait pas, et l'implant lui donnait des règles en continu. Catherine intervient à ce moment-là pour réfléchir à une autre contraception après l'IVG : soit une autre pilule soit un stérilet, mais le stérilet lui fait peur. Je demande ensuite à la jeune femme comment elle va, si son copain la soutient. Elle a déjà eu une autre IVG, dans une autre ville. Je présente ensuite le parcours, le déroulé de la prise en charge, la suite du protocole.

Lors du debriefing, Catherine me dit que j'ai pensé à tout, mais que je me suis trop rapidement « raccrochée au dossier », même si ensuite en remplissant je revenais à elle, en demandant comment elle allait. Elle conclut d'un : « Pas mal pour une première fois ».

Une telle inversion des rôles a encore lieu la semaine suivante, imposée dans les mêmes circonstances (me mettre le dossier entre les mains devant l'usagère, sans me demander mon avis avant, ou plutôt en refusant d'en tenir compte), et là encore Catherine intervient et complète mes propos. Mais je passe cette fois l'épreuve avec succès :

À la fin de l'entretien, Catherine me fait beaucoup de compliments, avec son ton toujours un peu rude : « Je t'ai trouvée très bien, très contenante, très douce » « En fait, tu es faite pour ces métiers d'écoute ! » « Je me suis mise à la place de cette dame, j'aurais aimé t'avoir en face » « C'était vraiment très bien ».

Après cela, Catherine ne m'a plus jamais proposé/imposé de faire un entretien à sa place : je l'avais convaincue et avais ainsi légitimé ma présence. Mes difficultés à refuser de prendre son rôle, alors que de toute évidence je n'accueillais pas la proposition avec enthousiasme, appellent plusieurs commentaires. Tout d'abord, Catherine me témoignait, ce faisant, d'une grande confiance, qu'il était difficile de décevoir. L'enjeu pour elle n'était pas seulement de restaurer une relation verticale entre tutrice et stagiaire. En m'évaluant de la sorte, Catherine s'assurait aussi de la pertinence de mes observations et vérifiais que j'avais bien compris son rôle. De mon côté, cette situation m'a obligée, assez tôt dans mon terrain, à objectiver le déroulé complet

d'un entretien pré-IVG, pour en suivre correctement le script. Cela a finalement permis de légitimer durablement ma place dans le service, en me valant une forme de respect de la part des conseillères.

Mais cette situation me semble surtout mettre en évidence la forme de directivité *sous couvert de laisser le choix* de cette conseillère conjugale : le discours de Catherine donne l'impression de me laisser libre de refuser alors que tout, dans son attitude, pousse à accepter. Que j'ai moi-même préféré mener l'entretien plutôt qu'insister pour m'y soustraire me semble rendre compte des difficultés, pour toutes les avortantes, d'échapper à des injonctions institutionnelles qui se donnent moins à voir dans les discours que dans les attitudes. Si avec toutes les ressources dont je disposais, je ne me suis pas sentie en mesure de dire non, il est possible d'imaginer en comparaison la difficulté, pour une femme qui attend son IVG de l'institution, de se soustraire à des injonctions (choix de la méthode d'IVG, contraception post-IVG, présence ou non d'un accompagnant, etc.).

Des entretiens complémentaires

L'enquête auprès des professionnelles de santé s'est accompagnée d'une quinzaine d'entretiens complémentaires, avec certaines professionnelles des centres enquêtés et d'autres exerçant dans d'autres structures. J'ai intégré à ce travail des entretiens avec différentes professionnelles (médecins, infirmières, aides-soignantes) et des entretiens plus spécifiques avec des conseillères conjugales et familiales (voir Annexe E), qui permettent de saisir les représentations que les professionnelles se font de leur travail.

0.2.3 Accéder en ligne aux autres entrepreneur·ses de morale

Pour mieux comprendre comment se configure la stigmatisation de l'avortement, et en particulier par qui elle procède, j'ai ainsi mené des recherches des entrepreneur·ses de morale que sont les institutions publiques et surtout des sites visant à dissuader les femmes d'avorter. « Internet n'est pas hors de nos vies, il fait partie de nos pratiques quotidiennes. Les deux mondes communiquent. La plupart des phénomènes que nous étudions se déroulent à la fois en ligne et hors ligne et il faut adapter nos méthodes d'enquête à cette réalité » écrit Anaïs Martin (2017) dans un billet. Si les articles méthodologiques pour pratiquer en conscience la « netnographie » (l'ethnographie en ligne) se multiplient (Brecqueville et Brecqueville, 2021 ; Kozinets, 2019 ; Mbambe Bebey, 2017 ; Whalen, 2018), cette partie de mon enquête ne relève pas d'une analyse systématique des réseaux en ligne, comme ont pu le faire des collègues sur des communautés masculinistes (Dupré et Carayol, 2020 ; Ging, 2019) ou d'extrême-droite

(Gimenez et Voirol, 2017 ; Jammet et Guidi, 2017). Une telle ethnographie en ligne supposerait une (passionnante) enquête à part entière, pour comprendre en profondeur les réseaux et les modes d'action des antiavortements, en même temps qu'elle présenterait les limites méthodologiques propres à toute enquête « virtuel » (Berry, 2012 ; Cardon, Cointet et Venturini, 2014 ; Héas et Régnier, 2022)

Je me suis plutôt attachée, à partir d'analyses de contenu ponctuelles et des enquêtes journalistiques et scientifiques déjà disponibles, à rendre compte du déplacement de la rhétorique anti-avortement en France, à partir des principaux organes qui s'en font le relais (le site Ivg.net ; le site des Survivants et tous ceux qui en émanent ; la fondation Jérôme Lejeune et les Marches pour la Vie ; les réseaux catholiques comme Alliance Vita – voir 1.3.3 et 7.1). L'objectif principal était d'en montrer l'impact sur les avortantes/ées.

0.3 Posture d'enquête et enjeux éthiques

Transformer « la vie des autres en terrain » (Clair, 2016a, p. 69) pose question et oblige les sociologues à « une responsabilité, éthique et déontologique, indissociable du travail réflexif » (*ibid.*, p. 72). À partir de l'épistémologie du positionnement (*standpoint theory*), Isabelle Clair a déplié les enjeux méthodologiques d'une posture de terrain « féministe », c'est-à-dire attentive à ne pas invisibiliser des asymétries structurelles entre classes de sexe et à identifier la posture de pouvoir de la personne qui enquête (Clair, 2016a). En l'absence d'un cadre éthique officiel (0.3.1), j'ai construit en situation un positionnement déontologique que j'ai voulu attentif aux rapports de genre et à d'autres relations de pouvoir dans l'enquête (0.3.2). Ce positionnement a été mis à l'épreuve face aux (récits de) violences vécues par les avortantes/ées (0.3.3).

0.3.1 L'absence d'un cadre éthique officiel

À la rentrée 2018, une demande de stage réalisée au CIVG5 n'a pas abouti, malgré le soutien de l'équipe d'orthogénie. La cheffe de service, professeure des universités et praticienne hospitalière en gynécologie-obstétrique, contactée en octobre 2018, ne m'a finalement pas laissée enquêter, alors même que j'avais rencontré les équipes infirmières à deux reprises, qu'elles m'avaient présenté le service et se montraient très enthousiastes à l'idée que j'y réalise un stage. Sans être *a priori* hostile à ma recherche, la praticienne m'a d'abord renvoyée à la loi

Jardé⁴⁴ en me demandant des autorisations qui ne concernent normalement que la recherche biomédicale. J'ai plaidé que la recherche en sciences sociales n'était pas concernée, ce qui me dispensait d'un avis émis par le Comité de Protection des Personnes (CPP) de l'Agence Régionale de Santé locale. Malgré la confirmation de ce point par la direction de la recherche de l'hôpital, dont l'avis a été sollicité, une autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a continué à être exigée, alors que je ne stockais aucune donnée nominale. Mon dernier mail, qui expliquait en détail ma méthodologie, est finalement resté sans réponse (voir l'intégralité de la correspondance en Annexe F).

Penser les « ratés » de terrain est souvent éclairant sur l'objet (Bizeul, 2007 ; Stavo-Debaugé, Roca i Escoda et Hummel, 2017 ; Verdrager, 2017). Cette négociation échouée traduit ici les réticences médicales à laisser facilement les chercheur·ses en sciences sociales accéder à leurs patient·es (Derbez, 2010). Mais elle pose des questions plus générales⁴⁵ : sur le plan stratégique, comment présenter avec succès une enquête de sciences sociales aux professionnel·les de santé, étant entendu que nos méthodologies divergent (le raisonnement itératif empirique est très éloigné des modèles hypothético-déductif et expérimentaux de la recherche biomédicale) ? Sur le plan éthique, faut-il que les institutions de sciences humaines et sociales se dotent de commissions spécifiques ? Si oui, quelle(s) forme(s) peuvent-elles et doivent-elles prendre, et si non, comment se positionner en l'absence d'un cadre préétabli ?

À la différence d'autres pays occidentaux comme les États-Unis ou le Canada (Larouche, 2019), l'encadrement administratif de l'éthique en France est limité (McKenzie, 2019) mais en cours d'institutionnalisation⁴⁶, non sans débat. Nombre de chercheurs·ses redoutent en effet une « bureaucratisation de la vertu » (Jacob et Riles, 2007), qui se traduirait par un trop fort interventionnisme dans leur protocole d'enquête, un alourdissement des démarches administratives, une mauvaise compréhension du régime épistémologique sur lequel reposent

⁴⁴ Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. C'est cette loi qui fixe les conditions de la recherche sur la personne humaine dans le but de développer des connaissances biologiques ou médicales. Elle distingue les recherches dites interventionnelles et non interventionnelles selon le niveau de risque et le degré d'implication des participant·es.

⁴⁵ Avec une équipe de jeunes chercheuses, nous avons organisé un colloque international sur ces questions, « Ethique en Terrains Sensibles », qui s'est tenu sur le Campus Condorcet en décembre 2021. Les réflexions proposées dans le cadre de ce colloque font l'objet d'une publication en cours.

⁴⁶ Cette institutionnalisation est accélérée par l'internationalisation de la recherche (qui rend nécessaire, pour certaines enquêtes à l'étranger, de présenter une validation éthique du dispositif d'enquête pour accéder au terrain) et l'attention nouvelle à ces questions. La promulgation, en 2016, du Règlement Général à la Protection des Données (RGPD), a donné un cadre commun à la protection des données personnelles à l'échelle de l'Union Européenne. En France, la Loi Informatique et Liberté (1978) a été modifiée en 2018 pour s'adapter à cette législation commune. Plusieurs institutions, comme le CNRS, l'université Paris-Saclay, l'Inserm, développent peu à peu des comités d'éthiques inspirés de ceux outre-Atlantique. Certaines formations universitaires intègrent peu à peu des modules explicitement consacrés à une formation à l'éthique. L'Association Française de Sociologie, depuis la fin des années 2000, a engagé une réflexion autour de pratiques d'enquête déontologiques (Clair, 2016 ; Vassy et Keller, 2008).

les sciences sociales (Gagnon, 2010). Le risque est bien celui d'une protocolisation de l'éthique inefficace voire contre-productive, qui pousserait à la censure (Siméant-Germanos, 2022). Il est pourtant possible, comme le suggèrent plusieurs chercheurs·ses anglo-saxon, de (re)penser le fonctionnement de comités d'éthique adaptés aux méthodologies et à l'épistémologie des sciences sociales, en intégrant notamment le raisonnement itératif propre à l'ethnographie (Garrard et Dawson, 2005 ; Tolich et Fitzgerald, 2006).

Cette réflexion appelle un débat collectif plus vaste et je dégagerai ici les seuls enseignements de mon terrain. Sur le plan institutionnel, disposer d'une accréditation éthique formelle, quelle qu'elle soit, aurait rendu ma demande au CIVG5 plus susceptible d'être acceptée, en réduisant les craintes de la hiérarchie hospitalière. Sur le plan méthodologique, disposer d'un espace institutionnalisé où réfléchir aux implications éthiques de mon enquête m'aurait permis de systématiser ma réflexion et partager mes questionnements, relatifs non seulement aux observations hospitalières, mais aussi aux entretiens. En ce sens, penser collectivement une « éthique des pratiques de recherche » plutôt qu'une « éthique des protocoles », pour reprendre l'expression de Julie Henry (2018), me semble un enjeu important. Pour éviter une dépossession hiérarchique de ce questionnement et la multiplication des instances de contrôle de la recherche, de tels espaces de réflexion pourraient par exemple être organisés à l'échelle des laboratoires de recherche. En leur absence, les choix dans la posture d'enquête sont laissés à l'arbitrage individuel, construit pour ma part dans le souci de ne pas renouveler la stigmatisation abortive.

0.3.2 Fabriquer une posture éthique féministe en situation : choix et limites

Toute enquête de terrain comporte une part de « cynisme » (Schwartz, 2012) qui tient au fait que la production de données sert la personne qui enquête avant de servir les personnes enquêtées. Ne pas accepter cette asymétrie consubstantielle à la recherche reviendrait à renoncer à l'entreprise de connaissance des sciences sociales. Mais ce *cynisme irréductible* peut et même doit être limité au maximum, pour – *a minima* – ne pas nuire aux personnes auprès de qui l'on enquête et – si possible – leur bénéficié aussi. J'ai ainsi eu à cœur d'obtenir, autant que faire se peut, le consentement des enquêtées, tout en déculpabilisant celles qui s'auto-stigmatisaient et en garantissant l'anonymat.

S'assurer du consentement à l'enquête

- **En entretien**

L'acceptation de l'entretien, de même que l'enregistrement, était négociée en amont de l'entretien et à l'oral : ce dispositif n'a jamais posé problème et, durant l'enquête, je ne l'ai pas formalisé davantage. *A posteriori*, cependant, j'estime qu'il aurait été bienvenu non pas de faire remplir un formulaire écrit de consentement, mais plutôt de donner aux personnes acceptant un entretien un document expliquant ce que j'allais faire de l'enregistrement et comment j'allais utiliser les données. Si je fournissais cette explication à l'oral en début d'entretien (voir Annexe D), formaliser cela par écrit aurait pu être un moyen d'offrir plus de transparence et permettre aux personnes rencontrées d'y revenir après coup.

- **Dans les centres d'IVG**

L'acceptation de ma présence dans les centres d'IVG ne concernait pas seulement les professionnelles, mais aussi les usagères du système de santé. Il n'a pas été difficile de négocier ma présence pendant les consultations. Il est arrivé une seule fois, au CIVG1, qu'une femme refuse et jamais au CIVG2 – mais les usagères avaient alors beaucoup moins d'espace pour dire non. Au CIVG1, Odile (CCF, 59 ans, CIVG1) avait à cœur de laisser véritablement le choix de ma présence : elle demandait l'accord des femmes dans son bureau, tandis que j'attendais dans la salle d'attente où elle venait me chercher après acceptation. Au CIVG2, j'avais proposé de fonctionner comme au CIVG1, mais les conseillères préféraient me laisser me présenter moi-même. J'étais directement présente dans leur bureau et j'allais chercher les usagères avec elles, et parfois même seule. C'était moi qui me présentais, de la façon la plus douce et souriante possible, mais de façon plutôt évasive : « Laurine, je suis doctorante en sociologie, j'accompagne les conseillères dans leur travail, et si vous êtes d'accord, j'assiste à l'entretien avec elles ». Sur le chemin du bureau, j'expliquais que je prenais des notes confidentielles. Cette façon de me présenter comme membre légitime de l'institution rendait bien plus difficile un refus en face-à-face qu'avec une intermédiaire. Le consentement demandé est donc plus formel qu'autre chose : ma présence était une contrainte institutionnelle supplémentaire dans un dispositif déjà très étroitement encadrant et souvent opaque. Les avortantes, captives du dispositif, n'avaient en réalité que peu de marge pour s'opposer à ma présence et je constituais un témoin de plus devant qui exposer une intimité.

Je crois toutefois que ma présence pouvait être rassurante, surtout pour les plus jeunes dont j'étais très proche en âge – le reste de l'équipe étant plus âgée et intimidante. J'étais plutôt perçue comme une ressource disponible et accessible, sollicitée dans le couloir pour répondre à des questions, et je discutais régulièrement avec les personnes assises en salle d'attente

(notamment de la fréquence de l'IVG), ce que les professionnelles ne faisaient pas. Dans les quelques interactions directes avec les jeunes femmes, j'ai ainsi surtout cherché à partager les connaissances que j'avais pu acquérir.

Déculpabiliser les personnes rencontrées

Il en a été de même en entretien. Comme le rappelle Isabelle Clair, « la réflexivité doit permettre d'examiner ce qui motive le "sujet" de connaissance, ses partialités, ses engagements, sa position sociale, comme celui-ci examine son "objet" » (Clair, 2016a, p. 81). Si j'ai consacré plusieurs années de travail à une enquête sur la stigmatisation de l'avortement, c'est bien parce que, en tant que jeune femme entrée dans la sexualité plus de trente ans après le vote de la loi Veil, sa persistance m'apparaissait comme un anachronisme. Sans jamais revendiquer ouvertement, en interaction, ma socialisation et mon engagement féministes, ceux-ci étaient lisibles dans mon positionnement. Au cours des entretiens, j'ai souvent cherché à déculpabiliser les femmes, en particulier en matière de contraception, en rappelant la fréquence statistique de l'IVG, qui concerne une femme sur trois au cours de sa vie (Vilain, 2022), mais aussi le travail que demande la prévention des grossesses, voire l'existence de la fertilité des hommes. Ce faisant, « j'ai essayé de produire une interaction de recherche soutenante qui ne reconduise pas les "difficultés" de l'avortement⁴⁷ » (Beynon-Jones, 2017, p. 229).

Ainsi j'ai pu parfois être identifiée – voir placée dans ce rôle avant même le début de l'entretien – comme « passeuse de savoir » autour d'un sujet silencieux. Les personnes rencontrées étant souvent curieuses de savoir « ce qu'en disent les autres », il m'est arrivé de faire le récit de situations comparables dont j'avais eu connaissance, pour servir de contrepoint à ce qui m'était raconté ou simplement montrer que la situation décrite était partagée par d'autres. Outre le souci de rassurer, j'avais ainsi à cœur de donner à voir une communauté d'expérience, tout en préservant l'anonymat de chacune.

Assurer la confidentialité : des choix d'anonymisation qui laissent apparents les rapports de force

Cette préservation de l'anonymat a consisté à ne jamais noter le patronyme des avortées (je notais en revanche celui des professionnelles de santé) et à anonymiser tous les prénoms dès la retranscription. J'ai fait le choix de ne pas présenter dans le tableau récapitulatif (voir Annexe A) la structure détaillée des fratries ni du réseau d'amies des avortées et, s'agissant des professionnelles de santé, je suis restée évasive sur l'âge et le nombre de leurs enfants.

⁴⁷ "I tried to produce a supportive research encounter that did not replicate the "troubling" of abortion".

Ponctuellement, il m'est arrivé de remplacer la profession des enquêtées ou d'une de leur parent par une profession aux propriétés sociales équivalentes, de ne pas donner l'année exacte de naissance – c'est par exemple ce qu'a fait Emmanuelle Zolesio dans son enquête auprès des chirurgiennes, étant donné le nombre limitée de femmes dans cette spécialité au moment de son enquête et le fort réseau d'interconnaissance (Zolesio, 2012).

Pour anonymiser les prénoms, j'ai utilisé l'outil proposé par Baptiste Coulmont sur son blog⁴⁸, qui donne des prénoms ayant le même profil de réussite au bac. Cela permettait de conserver en partie ce que le prénom comporte de propriétés sociales. Cette « anonymisation située » a les avantages identifiés par Baptiste Coulmont : elle place les personnes rencontrées au centre du récit, les considère comme actrices, rend compte de leur logique d'action, mais elle comporte un risque d'infantilisation (Coulmont, 2017). Fallait-il alors ajouter un nom de famille, comme ont pu le faire Elsa Boulet (2020) ou Aden Gaide (2020) ?

La posture qui consiste à traiter par principe toutes les personnes enquêtées à égalité, sans familiarité dans l'écriture, me semble pleinement défendable et j'ai hésité à l'adopter. Il me semble pourtant qu'elle a l'inconvénient majeur d'écraser les rapports de force et de masquer la proximité réelle aux enquêtés pendant l'enquête. J'ai ainsi fait le choix de laisser systématiquement la situation d'enquête trancher : quand l'interaction a eu lieu en utilisant nos prénoms respectifs, je n'ai gardé que les prénoms (c'est le cas pour toutes les avortées) ; quand elle s'est jouée sur un registre davantage professionnel, sans tutoiement, j'ai gardé les noms de famille. Ce choix me permet de donner à voir quelque chose de la relation d'enquête, et en particulier les hiérarchies réelles qui traversent le monde social⁴⁹. J'ai fait également le choix, comme Charlotte Debest (Debest, 2014), de laisser mon prénom (et éventuellement mon nom), dans la présentation des extraits d'entretien, plutôt que de me masquer derrière l'expression de « la sociologue » ou « l'enquêtrice ». Tout en symétrisant le traitement accordé aux enquêtées et à moi-même, cela me paraissait une façon de rappeler que le statut de la personne qui enquête n'efface jamais ses autres appartenances sociales.

0.3.3 Nommer les violences : une posture intenable

Cette posture d'enquête attentive à protéger l'anonymat, à ne pas renouveler le stigmat, voire à déculpabiliser, s'est trouvée mise en tension face aux récits et aux situations de violence *non-nommées comme telles* : était-il de mon devoir, dans une perspective féministe, de nommer

⁴⁸ Accessible à l'adresse <https://coulmont.com/bac/>, consultée le 28/06/2023.

⁴⁹ Ainsi, les médecins anonymisés par leur nom (Docteur Voltaire ou Armana par exemple) sont des médecins avec qui j'ai réalisé des entretiens, sans les fréquenter dans les centres d'IVG. À l'inverse, les médecins appelées par leur prénom (comme Julie, au CIVG2) étaient plus proches de moi.

les violences quand elles ne l'étaient pas ou devais-je taire mon indignation et ne pas imposer aux personnes rencontrées ma propre lecture de leur expérience, puisque la caractérisation de la violence est toujours subjective ?

Des récits de violences non-nommées comme telles

Accueillir la tristesse, la colère, les désillusions amoureuses, les récits de violence était une condition pour mener l'enquête. J'y étais émotionnellement préparée et, en suivant le conseil que m'avait donné Michèle Ferrand aux premiers temps de mon terrain, j'avais toujours des mouchoirs sur moi pour accompagner des larmes éventuelles. Entendre des histoires difficiles ou douloureuses, quelles qu'elles soient, s'est avéré bien moins complexe que me positionner face à des récits de situations qui m'apparaissaient comme violentes mais n'étaient pas problématisées comme telles, puisque partagées *sur le ton de la conversation*, sans rage, sans insurrection, sans critique – douloureusement toujours.

Ce dilemme s'est posé notamment pour des récits de violences passibles de sanctions pénales : pénétrations vaginales sans consentement, entrave à l'IVG, maltraitances physiques, agressions sexuelles. Nolwenn (27 ans, préparatrice en pharmacie, IVG à 19 ans en 2010), par exemple, a vécu des violences verbales et un curetage si violent qu'elle en est restée stérile (voir 2.2.2). Le plus difficile n'a pas été d'entendre les horreurs qu'elle a subies, mais qu'elle m'en fasse le récit sans colère, sans rancune, sans envie d'obtenir réparation, d'une façon à la fois calme et terriblement résignée. Fallait-il – parce que j'étais, moi, scandalisée – lui dire à quel point ce qu'elle avait vécu était intolérable et souligner qu'elle pouvait exiger justice ? J'ai choisi d'adapter l'expression de mes émotions en miroir aux siennes, en abondant dans son sens lorsqu'elle disait que c'était difficile, mais sans m'insurger ni lui suggérer de porter plainte. La gynécologue qui la suivait depuis s'en était déjà chargée, tout comme sa mère, huissière de justice ; Nolwenn avait les ressources sociales pour une action en justice (son père par ailleurs est gendarme), mais elle avait refusé ces propositions d'accompagnement. J'ai estimé qu'il ne me revenait pas de lui imposer mon récit et n'ai donc pas nommé la violence comme telle.

Ce dilemme a été reconduit dans plusieurs situations : Ophélie (19 ans, étudiante en DUT, IVG à 18 ans et demi en 2018) ou Inès (27 ans, ingénieure, IVG à 20 ans en 2010 et 26 ans en 2016) qui racontent leur malaise face à une pénétration par une sonde gynécologique sans avoir été prévenues ; Chloé (28 ans, journaliste, IVG à 19 ans en 2010) ou Elisabeth (25 ans, service civique dans une association culturelle, deux IVG à 21 ans en 2014 et une à 25 ans en 2018) qui racontent des relations sexuelles dont elles n'avaient pas envie ; etc. Face à ces situations, je n'ai jamais suggéré des mots comme : absence de consentement ; agression sexuelle ; viol – quand bien même les situations décrites pouvaient tomber sous le coup de la loi. J'ai à chaque

fois étalonné mon niveau d'indignation sur celui que manifestaient les premières concernées, en approuvant leur difficulté, mais sans en proposer une grille de lecture alternative.

Cette posture, adoptée sur le coup, m'a questionnée ; mais rétrospectivement, il me semble toujours intenable, même au nom du féminisme, d'apposer (et d'imposer) le terme de « violences » à la place de celles qui les vivent. Pierre Bourdieu écrivait :

L'ordre institué tend toujours à apparaître, même aux plus défavorisés, comme allant de soi, nécessaire, évident, plus nécessaire, plus évident en tout cas, qu'on ne pourrait le croire du point de vue de ceux qui, n'ayant pas été formés dans des conditions aussi impitoyables, ne peuvent que les trouver spontanément insupportables et révoltantes (Bourdieu, 1997, p. 207).

Mon rôle, je crois, n'était pas d'exiger une « prise de conscience ». Cela aurait relevé de ce que Gérard Mauger a nommé « l'optimisme populiste, [qui] confond le rapport intellectuel (c'est-à-dire scolastique) aux conditions dominées et le rapport dominé à cette condition » (Mauger, 2002, p. 54-55). En ce sens, il y a une violence à imposer la catégorisation de violence depuis une confortable posture intellectuelle. Ces situations rendent compte, quoiqu'il en soit, de l'ordinaire des violences de genre (Gautier, 2018), du *continuum* dans lequel elles s'inscrivent (Kelly et Tillous, 2019) et de la difficulté à les appréhender comme telles, étant donné leur banalité statistique (Hamel et al., 2016).

Des situations de violences non-nommées comme telles

Enfin, les situations les plus inconfortables ont certainement eu lieu dans les centres d'orthogénie, quand j'accompagnais les conseillères conjugales. J'ai été témoin de leur forte imposition émotionnelle et du malaise parfois brutal que cela suscitait chez les avortantes, sans pouvoir intervenir, ni les raccompagner en salle d'attente⁵⁰ pour leur exprimer un point de vue alternatif – voire présenter des excuses auxquelles elles me semblaient avoir droit. Assister à ce type d'échange, être structurellement associée à la violence institutionnelle et même la renforcer par ma présence et ma passivité a été le moins évident (voir 3.3.2 ou 6.3.2). Si à la fin de mon terrain, j'avais suffisamment acquis la confiance des professionnelles pour émettre quelques critiques, ou *a minima* un avis divergeant (que les professionnelles prenaient d'ailleurs en considération), je ne pouvais pas frontalement remettre en cause leur directivité et les postulats qui sous-tendent leurs pratiques (voir 3.1.2), au risque d'un conflit qui aurait pu mettre en péril l'accès au terrain. Comme Raphaël Perrin sur son propre terrain en orthogénie, ce sont bien ces situations où s'exerce l'autorité médicale et psychologique qui m'ont demandé le plus de travail émotionnel (Perrin, 2023a). Pour le dire avec les mots d'Isabelle Clair, ce positionnement

⁵⁰ Puisqu'après les entretiens pré-IVG, je restais avec les conseillères pour débriefier.

impliquait de « renoncer à sauver qui que ce soit, où que ce soit, et particulièrement sur un terrain d'enquête » (2016a, p. 77).

Bilan 0 : les difficultés n'étaient pas celles auxquelles je m'attendais

La « difficulté » d'un terrain n'est jamais donnée en soi ni consubstantielle à l'objet. Elle est toujours relative aux dispositions sociales de la personne qui enquête et à la configuration locale des interactions. Si quelques travaux internationaux pointaient le risque que la stigmatisation de l'avortement s'étende aux chercheur·ses (Millar, 2020 ; Norris et al., 2011, p. 6), j'ai été moi-même très peu exposée et j'ai rarement ressenti le besoin de masquer l'objet de ma thèse. Cela tient d'abord aux milieux (jeunes, de gauche, féministes) dans lesquels j'évolue, où l'annonce de mon sujet de recherche suscitait souvent de l'enthousiasme (« ah trop intéressant ») voire de franches félicitations (« c'est hyper nécessaire ! »). Mais j'ai également parlé de ma thèse dans des espaces où les réactions étaient plus difficiles à anticiper, ou anticipées comme hostiles (covoiturages ; événements familiaux liés aux fêtes catholiques ; etc.). Dans ces situations, je n'ai pourtant jamais fait face à de l'agressivité : tout au plus à l'expression de la compassion (« ouh, ça doit pas être simple ») ou des moues préoccupées et soupçonneuses (« pourquoi avoir choisi un sujet si lourd ? »). Ces réactions sont symptomatiques : de la volonté de normaliser l'avortement dans les milieux « IVG-friendly » au présupposé qu'il est toujours un terrible drame, c'est tout l'éventail de la (dé)stigmatisation contemporaine de l'avortement qui se donne à voir. Quoiqu'il en soit, les difficultés n'étaient pas là où je les attendais : le plus violent reste la violence qui n'est pas pensée comme telle, parce qu'en masquant les rapports de pouvoir, elle étouffe l'agentivité (voir Partie III).

Il doit être relativement commun, au terme d'une enquête au long cours, de vouloir la recommencer depuis le début, fort·e des clés de lecture désormais acquises. C'est une illusion rétrospective qui fait oublier que la connaissance se construit chemin faisant : une fois l'objet compris et en profondeur étudié, il devient facile d'identifier là où l'enquête aurait pu mieux fonctionner, ce qu'il aurait fallu faire, les pistes qu'il ne fallait pas suivre. Pour ma part, j'aurais gagné du temps en disposant d'une certification éthique ; j'aurais eu une plus large vision de mon sujet en approfondissant l'ethnographie en ligne des réseaux anti-avortement ; j'aurais probablement pu diversifier davantage mon échantillon en systématisant le recrutement par boule de neige et en demandant très explicitement à davantage de professionnel·les de santé de présenter mon enquête à leurs patientes. Mais en définitive, si les relatives difficultés de recrutement rencontrées tiennent en partie à l'objet de ma recherche, elles relèvent aussi d'une

propriété commune à toute enquête par entretiens – qui exige une disponibilité gratuite – et par observation – qui suppose de négocier en permanence sa place sur le terrain.

Mieux savoir comment mener l'enquête n'est donc pas seulement mieux connaître mon objet. C'est aussi, plus simplement, le métier de sociologue qui rentre, et signale le glissement d'une posture d'étudiante à une posture de chercheuse. Aussi imparfait soit-il, le matériau recueilli sert toutefois l'objectif que je me fixe ici : rendre compte de l'existence contemporaine de la stigmatisation de l'avortement en France, de sa production, des formes qu'elle prend *concrètement* pour les personnes qui avortent et de ce qu'elle engendre comme stratégies de contournement et de contestation.

Partie I. Les déterminants structurels de la stigmatisation de l'avortement en France

Pour comprendre comment se configure la stigmatisation de l'avortement en France aujourd'hui, il est nécessaire de retracer la dynamique historique de sa légalisation et de sa mise en pratique. Selon les pays, les argumentaires qui ont menés à l'autorisation de l'avortement ne sont pas les mêmes : ils engagent des représentations différenciées de l'avortement et, par-là, des formes de stigmatisation contrastées. Aux États-Unis (Luker, 1985) ou en Australie (Millar, 2017), par exemple, l'autorisation de l'avortement s'est faite au nom du respect de la vie privée (l'État n'a pas à intervenir dans les décisions intimes des citoyen·nes), là où, en France, c'est un argument pragmatique et sanitaire qui l'a emporté. La remise en perspective proposée au chapitre 1 a ainsi pour but d'historiciser les répertoires argumentatifs déployés autour de l'avortement tout au long du XX^e siècle et au début du XIX^e, pour comprendre la façon dont se sont structurées les formes contemporaines de stigmatisation analysées dans la partie II.

Mais il ne suffit pas de s'attacher à l'histoire politico-légale de l'avortement ni aux mobilisations sociales pour appréhender la stigmatisation contemporaine structurelle de l'IVG. Il faut encore, pour reprendre la catégorisation de la juriste Dominique Thouvenin, distinguer la « normativité juridique », qui met en balance le droit des femmes à disposer de leur corps et les considérations sur le statut des fœtus anténataux, de la « normativité médicale », c'est-à-dire l'ensemble des jugements de valeur des professionnel·les de santé qui acceptent – ou non – de réaliser les IVG et fait que « les femmes se sont retrouvées confrontées aux conceptions professionnelles médicales en matière de reproduction humaine, ainsi qu'à des principes déontologiques constitutifs de la légitimité médicale selon lesquels le médecin s'engage à ne pas tuer » (Brunet et Guyard-Nedelec, 2019, p. 12).

Les représentations médicales de l'avortement conditionnent de façon très étroite l'expérience abortive contemporaine : en Italie ou en Afrique du Sud (Cockrill et Hessini,

2014), par exemple, la législation permet l'accès à l'avortement mais en pratique, peu de professionnel·les acceptent de réaliser l'acte, ou alors au prix d'une forte culpabilisation des femmes. La stigmatisation structurelle de l'avortement en France ne peut donc s'appréhender en dehors des conditions effectives de réalisation des IVG. Les chapitres 2 et 3 sont ainsi consacrés à sa prise en charge concrète aujourd'hui, en se focalisant respectivement sur l'accès réel au soin et sur le discours psychologique qui l'accompagne.

Chapitre 1. L'encadrement légal de l'avortement

« La plupart d'entre vous le sentent, qui savent qu'on ne peut empêcher les avortements clandestins et qu'on ne peut non plus appliquer la loi pénale à toutes les femmes qui seraient passibles de ses rigueurs. Pourquoi donc ne pas continuer à fermer les yeux ? Parce que la situation actuelle est mauvaise. Je dirai même qu'elle est déplorable et dramatique. »

Discours de Simone Veil à l'Assemblée Nationale, 26 novembre 1974

Le 26 novembre 1974, Simone Veil prononce son célèbre discours en faveur la dépenalisation de l'avortement. Elle y défend avec pragmatisme la nécessité pour l'État de restaurer son autorité sur la société. La mise sous contrôle médical d'une pratique jusque-là interdite – mais impossible à sanctionner – semble la meilleure voie. Face à la montée des revendications et aux avortements illégaux pratiqués ouvertement par le Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception depuis 1973, face au problème sanitaire que posent de plus longue date les conséquences funestes des avortements clandestins, la Ministre de la Santé l'affirme avec autant de précautions que de fermeté : « les pouvoirs publics ne peuvent plus éluder leurs responsabilités¹ ». Si elle est convaincue du droit des femmes à décider pour elles-mêmes, Simone Veil met l'accent sur leur détresse et sur la possibilité pour l'État de mieux prévenir l'avortement en l'autorisant. Faire passer la loi sur l'avortement supposait en effet, devant une Assemblée Nationale en quasi-totalité masculine et adhérant plus ou moins vigoureusement au « respect de la vie » de la morale catholique, de stratégiquement contourner les positions des féministes (considérées comme) radicales (Le Naour et Valenti, 2003, p. 266).

Plus de quarante ans plus tard, le 1^{er} juillet 2018 – un an après son décès – l'ancienne Ministre est inhumée au Panthéon avec son conjoint. Elle est alors présentée comme une figure de la Résistance, de la construction européenne et du droit des femmes. Alors qu'elle a toujours gardé ses distances avec les militantes féministes, lui préférant la défense de l'égalité entre les hommes et les femmes², Simone Veil s'impose dans la mémoire collective comme une icône féministe, mère du droit à l'avortement. Comme le résume l'historienne Michèle Perrot dans une interview au journal *Le Monde*, « Simone Veil s'est distinguée en portant au niveau de

¹ Discours de Simone Veil à l'Assemblée Nationale, disponible en intégralité sur son site officiel à l'adresse <https://www2.assemblee-nationale.fr/decouvrir-l-assemblee/histoire/grands-discours-parlementaires/simone-veil-26-novembre-1974>, consulté le 20/07/2021.

² « Œuvrant pour l'égalité, Simone Veil refusait l'étiquette féministe », Julie Carini pour *Le Monde*, 1^{er} juillet 2018.

l'État le mouvement de libération des femmes, né dans les années 1970. Sa panthéonisation est le couronnement de ce mouvement d'émancipation : Simone Veil a écrit une page très importante de l'histoire des femmes françaises³. Dans la rue et en ligne, les témoignages de reconnaissance fleurissent, qui font de la Ministre et de « sa » loi un symbole de l'émancipation des femmes⁴ – et ce alors même qu'il est remis en cause par des attaques conservatrices.

Comment rendre compte de cette séquence historique qui fait émerger l'avortement comme droit des femmes, sans jamais cesser d'être controversé ? L'objectif de ce chapitre est d'*historiciser la stigmatisation de l'avortement* en France, à travers l'histoire des luttes pour l'avortement libre et gratuit, des oppositions auxquelles elles se heurtent, et des compromis juridiques pour faire advenir l'accès à l'avortement. Cette histoire est désormais relativement connue, puisqu'elle a fait l'objet de nombreux travaux en histoire⁵ et en science politique⁶. La relecture que j'en propose ici se donne pour but de dégager les acteur·ices et les rhétoriques qui ont participé à définir l'encadrement légal de l'IVG aujourd'hui – les restrictions légales contribuant à stigmatiser l'avortement (Norris et al., 2011). Ainsi il ne s'agit pas de renouveler le débat qui voudrait trancher si « les lois Veil sur la contraception et l'avortement sont [ou non] des réformes féministes » (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 88), mais de rendre compte des registres normatifs qui se sont déployés autour de l'avortement et des rapports de force qui les sous-tendent.

Considérer que le stigmaté est relationnel, inscrit dans des processus historiques, et produit localement, suppose en effet de lire la stigmatisation au prisme des rapports de pouvoir qui structurent au long cours le gouvernement des corps, en particulier féminins. Dans une perspective plus foucauldienne que goffmanienne, il est donc nécessaire de poser le cadre global du contrôle social de l'avortement aujourd'hui, qui est à la fois une conséquence et un déterminant de la stigmatisation de l'IVG (Weitz et Kimport, 2015). Au nom de quoi l'avortement, en France, a-t-il été défendu ou réprimé ?

Si dans la première moitié du XX^e siècle la dénonciation de l'avortement s'appuie principalement sur de fortes inquiétudes natalistes, la donne change avec le baby-boom et la montée des revendications en faveur du contrôle des naissances. Après la légalisation de la

³ « La panthéonisation de Simone Veil est, à tous points de vue, une exception », Anne Chemin pour *Le Monde*, 1^{er} juillet 2018.

⁴ Voir par exemple l'article du Monde du 1^{er} Juillet 2018 de Charlotte Chabas, « Dans les rues, "Merci Simone" s'affiche, "parce qu'on doit tous beaucoup" à Simone Veil ».

⁵ Comme ceux notamment de Michelle Zancarini-Fournel (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012 ; Zancarini-Fournel, 2002, 2003), Michelle Perrot (Duby et Perrot, 2002), Françoise Thébaud (1986, 1991, 2005, 2007, 2014), Fabrice Cahen (2011, 2015, 2016, 2016, 2019 ; Cahen et Capuano, 2011), Bibia Pavard (2009b, 2012c, 2012b, 2012a ; Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012).

⁶ Comme les travaux récents de Lucile Ruault (Ruault, 2016, 2017a, 2017b ; Ruault, Porée et Fillieule, 2018) et Alice Romerio (2019).

contraception en 1967, la rhétorique évolue encore : tandis que la loi sur la contraception, présentée comme un remède à l'avortement, tarde à être appliquée, l'avortement libre et gratuit est revendiqué par le mouvement des femmes émergent, et critiqué par les catholiques conservateurs. La loi Veil, en autorisant l'avortement sous contrôle médical étroit, est un compromis : il faut attendre le troisième millénaire pour que la rhétorique du droit des femmes soit reprise par la puissance publique, la pandémie de Covid-19 ayant accéléré la réforme de l'accès au soin. Cette affirmation du droit à l'avortement est pourtant loin d'être consensuelle, les opposants à l'IVG renouvelant sans cesse leur répertoire d'action.

1.1 L'avortement comme problème moral et démographique : de la loi contre la « propagande anticonceptionnelle » de 1920 à la loi « relative à la régulation des naissances » de 1967

Comment comprendre la traque de « l'avortement criminel » qui se déploie en particulier dans la première moitié du XX^e siècle ? Comme l'écrivait Émile Durkheim dans *La Division du Travail*, « il ne faut pas dire qu'un acte froisse la conscience commune parce qu'il est criminel, mais qu'il est criminel parce qu'il froisse la conscience commune. Nous ne le réprouvons pas parce qu'il est un crime, il est un crime parce que nous le réprouvons⁷ ». Le parcours dans l'histoire de la répression de l'avortement que je proposerai ici vise ainsi à faire émerger ce qui a successivement « froissé la conscience commune », en mettant en avant les principales rhétoriques au principe de la condamnation de l'avortement, les acteurs·ices qui les relaient et les contestations qu'elles entraînent. En France, la répression de l'avortement, au-delà d'enjeux moraux, est en effet indissociable du contrôle de l'État sur les corps, appréhendé dans une perspective de gestion des populations.

1.1.1 La condamnation de l'avortement au nom du péril démographique

Une baisse précoce de la natalité en France

La France entame sa transition démographique presque un siècle avant ses voisins européens. Dès la fin du XVIII^e siècle, la natalité s'infléchit, tandis que la mortalité commence

⁷ Page 82 de [l'édition électronique](http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/division_du_travail/division_travail.html_et_consulté_le_20/07/2021) du Tome 1, proposée par l'Université du Québec à Chicoutimi, accessible à l'adresse http://classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/division_du_travail/division_travail.html_et_consulté_le_20/07/2021.

à décroître, quoique lentement et faiblement. Les démographes estiment qu'entre 1800 et 1914, la fécondité française baisse de 40 %, voire de 55 % en considérant l'intervalle 1750 – 1940 (Bardet et Dupâquier, 1986, p. 6). Le nombre d'enfant par femme passe de 5 en moyenne au début du XVIII^e siècle à 2,5 au début du XX^e siècle (Régnier-Loilier et Leridon, 2007, p. 1). Tandis que les pays frontaliers poursuivent leur croissance démographique, la population française stagne durablement⁸.

Cette baisse de la natalité en France est volontaire. Elle s'explique à la fois par des pratiques contraceptives précoces et par le recours à l'avortement clandestin, voire à l'infanticide. Comme l'écrit Philippe Ariès, « le développement de la contraception crève les yeux » (1978) : la limitation des naissances observée dès le XVIII^e siècle est imputable *aux comportements procréateurs des couples*, différenciés selon les catégories sociales. Les travaux en démographie historique attestent de ce passage d'une natalité « naturelle » à une natalité « contrôlée ». Si la réduction de la période de vie reproductive est patente chez les générations du tournant entre le XIX^e et le XX^e siècle, quel que soit le niveau d'éducation des femmes (Bourguignon et al., 2019), la baisse de la fécondité n'est pas seulement due à l'élévation de l'âge au mariage⁹. Elle s'explique par des transformations des pratiques sexuelles qui relèvent bien d'une « fécondité dirigée » et intentionnelle (Brée, 2016).

Les raisons de cette « première révolution contraceptive » (Leridon, 1987) mise en évidence par les démographes ont été discutées par les historien·nes de la sensibilité, notamment dans les travaux de Philippe Ariès et Jean-Louis Flandrin¹⁰ : l'attention nouvelle à l'enfant va de pair

⁸ « En 1700, Louis XIV régnait sur 20 millions de sujets, soit approximativement 21 % de la population de l'Europe (sans la Russie); en 1801, le Premier Consul dénombrait 40 millions de citoyens français [...] en 1914, le nombre des Français de naissance ou de naturalisation ayant leur résidence habituelle en métropole s'élevait à 38,5 millions ; en y ajoutant les Alsaciens-Lorrains, alors sous domination allemande, nous trouvons tout juste 41,5 millions de personnes [...] la France n'occupait plus que le quatrième rang pour l'importance de la population, derrière l'Allemagne (68 millions), l'Empire austro-hongrois (51 millions) et le Royaume-Uni (45 millions). En 1940 enfin, les Français n'étaient que 41 millions et ne représentaient plus que 10,8 % de la population européenne. En cent quarante ans, le poids démographique relatif de la France s'était donc réduit de 46 %. » (Bardet et Dupâquier, 1986, p. 3)

⁹ Le mariage tardif, décrit comme « l'arme contraceptive de l'Europe classique » par Pierre Chaunu (Chaunu, [1966] 1993), réduit la période de fertilité. Ainsi « le retard de l'âge au mariage et la fréquence du célibat semblent avoir amputé la fécondité potentielle de 31 % environ dans la France du XVIII^e siècle. Au contraire, la Révolution française a provoqué à la fois un abaissement de l'âge au mariage, du moins pour les femmes, et une réduction du célibat définitif. » (Bardet et Dupâquier, 1986, p. 5)

¹⁰ Jean-Pierre Bardet et Jacques Dupâquier (Bardet et Dupâquier, 1986) discutent les travaux de ces historiens et rappellent leurs principales hypothèses. Philippe Ariès met en avant la place nouvelle de l'enfant au sein de la famille (Ariès, [1960] 2014) et l'avènement d'un modèle conjugal fondé sur l'amour romantique, accompagné d'un bouleversement mental qui permet de penser la dissociation entre sexualité et reproduction par l'action sur le corps (Ariès, [1948] 1971). Jean-Louis Flandrin approfondit cette réflexion et avance pour sa part des explications liées aux transformations de la conjugalité mais surtout de la sexualité depuis le Haut Moyen-Âge : il analyse par exemple les injonctions chrétiennes à la continence à partir de sources ecclésiastiques (Flandrin, 1983), s'intéresse à la sexualité pré-nuptiale et montre que le couple ne devient le lieu de l'érotisme qu'à partir du tournant entre le XVII^e et le XIX^e siècle (Flandrin, 1986). Pour un bilan plus général sur l'histoire des sexualités en France, voir (Chaperon, 2002).

avec la réduction de leur nombre, les mentalités se transforment. Le corps est pensé comme domesticable et les pratiques sexuelles s'en trouvent bouleversées. Les moyens mis en œuvre pour maîtriser la fécondité découlent directement de cette volonté de réduire les naissances : « toute population qui veut réduire sa descendance réussit largement à le faire : le problème des moyens est subordonné à celui des fins » (Bardet et Dupâquier, 1986, p. 11).

La technique dominante semble être le coït interrompu (en termes contemporains : le retrait). D'abord adoptée parmi les classes aisées, elle se diffuse ensuite dans les campagnes et les banlieues ouvrières de façon durable et malgré son interdiction par l'Église. La prévalence d'autres méthodes est peu connue (Régnier-Loilier, 2007, p. 18 et suivantes). Le recours à l'abstinence ponctuelle ou périodique fait débat, d'autant que la compréhension du cycle menstruel féminin n'est pas établie avant les années 1930¹¹. L'abstinence contraceptive n'a eu semble-t-il que peu de relais en France à la même époque (van de Walle, 2005, p. 3-4). Le préservatif (en boyaux ou vessies d'animaux puis en caoutchouc), utilisé dès le XVIII^e siècle pour limiter la transmission des maladies vénériennes dans les milieux de la prostitution n'a été utilisé de façon contraceptive que marginalement (van de Walle, 2005). Les plantes abortives, les éponges spermicides, les suppositoires vaginaux ou les pessaires, utilisés depuis l'Antiquité¹² (Himes, 1934 ; McLaren, 1996), étaient probablement employés, sans qu'il soit vraiment possible d'établir la fréquence de ces pratiques dans France du XIX^e siècle. La pratique de la douche vaginale, quant à elle, semble plutôt répandue – les bidets, invention française, se diffusent des villes aux campagnes en particulier à cette fin (Csergo et Guerrand, 2009).

Ces pratiques contraceptives plurielles, difficiles à mesurer précisément, ne font cependant aucun doute (Mortas, 2020, thèse en cours¹³) : les couples français les ont adoptées à grande échelle – le retrait notamment – entre le milieu du XVIII^e siècle et les années 1970¹⁴, entraînant

¹¹ L'idée d'une période de fécondité déterminée par le moment de l'ovulation commence à faire son chemin dans les travaux de médecins comme Félix Pouchet dans sa *Théorie positive de l'ovulation spontanée et de la fécondation* (1847) ou Debray dans son *Hygiène et Physiologie de l'amour chez les deux sexes* (1849), mais il faudra attendre les travaux d'Ogino en 1924 pour comprendre véritablement le cycle menstruel féminin et diffuser cette méthode au grand public (Bardet et Dupâquier, 1986, p. 8 ; van de Walle, 2005).

¹² Des techniques pour expulser le sperme ou fermer le col de l'utérus avec des pessaires sont par exemple exposées dès le II^e siècle dans l'ouvrage de Soranos d'Ephèse, *Maladies de Femmes* (texte établi, traduit et commenté par Paul Burguière, Danielle Gourevitch et Yves Malinas, Paris, Les Belles Lettres, 1994, cité par van de Walle, 2005).

¹³ Voir par exemple le Carnet Hypothèse de cette jeune chercheuse à l'adresse <https://sexcursus.hypotheses.org/>, consulté le 20/07/2021.

¹⁴ L'enquête Simon fournit même les chiffres exacts pour l'année 1970, comme le rappelle Cécile Thomé dans sa thèse de doctorat : « L'enquête Simon, menée en 1970, nous permet de savoir que, un peu plus de deux ans après le vote de la loi Neuwirth mais alors que les décrets d'application ne sont pas encore tous parus, 54 % des hommes et 50 % des femmes ont déjà utilisé la méthode du retrait, loin devant le préservatif (33 % et 23 %), la méthode Ogino (15 % et 14 %), la pilule (11 % et 9 %) et la méthode des températures (7 % pour les deux). Les crèmes, gels, diaphragmes, capes, pessaires et le stérilet ont quant à eux tous un taux d'utilisation inférieur ou égal à 2 % (Simon et al. 1972a, p. 331)» (Thomé, 2019, p. 171-172).

précocement une baisse de la natalité importante. À la fin du XIX^e siècle, ce ralentissement démographique avéré devient l'objet d'une inquiétude publique importante.

La mise en accusation de l'avortement, fléau de la dénatalité

La baisse de la natalité, majoritairement imputable aux pratiques contraceptives, est mise en récit à la fin du XIX^e comme une *conséquence des avortements*, perçus comme en augmentation. Erigé en cause principale de la dépopulation, l'avortement devient l'objet d'une répression importante menée au nom de la natalité, à une époque où l'expansion coloniale et la perspective de la revanche contre l'Allemagne après l'humiliante défaite contre la Prusse en 1870 supposent une puissance démographique importante. Le travail de Fabrice Cahen retrace ainsi la mise en accusation de l'avortement à partir de « l'argument démographique » (Rosental, 2007) : la dépopulation devient le nouveau cadre d'appréhension du « crime d'avortement » (Cahen, 2016, chapitre 1).

L'Alliance Nationale pour l'Accroissement de la Population Française, principale actrice de la chasse à l'avortement, est créée par Jacques Bertillon en 1896. Promotrice d'une natalité forte, elle se donne pour but de contrer les discours néomalthusiens¹⁵ qui appellent à la même époque à la « grève des ventres », pour ne pas donner d'enfants au capitalisme exploiteur ni à la nation guerrière (Ronsin, 1980). Dans le discours néomalthusien, la restriction des naissances est préconisée non plus par la continence, comme le voulait Malthus, mais par des méthodes contraceptives, la sexualité étant perçue comme bénéfique. Le néomalthusianisme est toutefois très isolé : anarchiste et libertaire, pacifiste à la veille de la guerre, il est relayé dans les milieux ouvriers comme un moyen de lutte contre l'exploitation et par une frange minoritaire et radicale du féminisme – incarnée par exemple par Madeleine Pelletier, Nelly Roussel et Gabrielle Petit (Claro, 2016 ; Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012). Il se heurte à la quasi-totalité de la classe politique et aux féministes plus modérées qui s'accordent sur la nécessité de repeupler la France et dénoncent explicitement l'avortement – quoiqu'au fond, c'est plutôt l'idée de maternité choisie et le bouleversement dans les rapports entre les sexes qu'elle engendrerait qui précipite la répression des néomalthusien-nes (Accampo, 2003). La perspective portée par l'Alliance Nationale et la Ligue contre le crime d'avortement (créée en 1909) triomphe au lendemain de l'armistice.

¹⁵ Si la baisse de la fécondité est constatée depuis le début du XVIII^e siècle, elle ne fait l'objet d'un plaidoyer explicite que dans les discours néo-malthusiens à partir de la fin du XIX^e siècle. Paul Robin, ancien communard, fonde en 1896 la Ligne de la régénération humaine au retour de son exil en Angleterre et plaide pour des moyens pour éviter la grossesse au service de la « volupté sexuelle » – et d'un certain eugénisme (Drouard, 1992).

Le vote de la loi du 31 juillet 1920, qui interdit non seulement l'usage de procédés anti-conceptifs mais aussi toute « propagande anticonceptionnelle », signe la défaite et la condamnation des tentatives néo-malthusiennes : la saignée démographique de la Grande Guerre a raison des dernières réticences à l'interdiction d'information, vue jusque-là comme une entrave à la liberté d'expression. L'exposé des motifs de la loi, qui offre une « présentation dramatisée de la baisse de la natalité » (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 16), montre sans aucun doute que la question de la population est au cœur des préoccupations. La France a bien une « trajectoire particulière » qui se caractérise par une certaine « sensibilité démographique » (De Luca Barrusse, 2018, p. 10).

Les sanctions sont pourtant difficilement applicables (Cahen, 2011). La loi du 27 mars 1923, qui requalifie le crime d'avortement en délit, relève d'une volonté de mieux punir la pratique de l'avortement. Les jurys populaires des Assises étant considérés comme trop tolérants envers les avorteur·ses et les avortées, la correctionnalisation, réclamée de longue date¹⁶, est censée permettre une application des peines moins lourde mais plus systématique : « Le tribunal correctionnel punira plus souvent, parce qu'il punira avec une sévérité mesurée » (Le Naour et Valenti, 2003, p. 163).

Cette lutte importante contre l'avortement, quoique difficile à mettre en œuvre – comment prouver que la fausse couche est provoquée ? Faut-il condamner les merciers de France qui vendent des aiguilles à tricoter ? – ne fait que se renforcer sous le Gouvernement de Vichy et à la Libération. En 1939, à la veille de la guerre, le Code de la Famille augmente les amendes et les délais de prison encourus¹⁷. Même les tentatives d'avortement deviennent condamnables : que la grossesse soit avérée ou non, c'est *l'intention abortive* qui est désormais passible de sanction.

Sous Vichy, l'idéal familial se transforme. La Révolution Nationale n'a de cesse de célébrer un éternel féminin maternel et domestique, légitimant un ordre social conservateur par un « ordre des corps » naturalisé. Comme l'a montré Francine Muel Dreyfus, les forces conservatrices qui participent à l'idéologie du régime de Vichy – issues des milieux littéraires, catholiques, médicaux – produisent une culpabilisation particulière des femmes, accusées d'avoir *trop peu investi leur mission reproductive* et d'être responsables du déclin démographique, donc du déclin national. Dans ce contexte qui célèbre l'idéal maternel, les

¹⁶ Dès l'affaire Thomas, en 1891, qui mène à l'acquittement de plusieurs personnes inculpées dans ce procès pour avortement, la question de la correctionnalisation se pose (Cahen, 2016).

¹⁷ Les femmes qui se font avorter risquent 6 mois à 2 ans de prison et une amende 100 et 2000 francs. Les avorteur·ses, pour leur part, risquent une peine d'un à 5 ans de prison et une amende de 500 à 10 000 francs, auquel s'ajoute un « délit d'habitude » permettant d'aggraver la sanction : 5 à 10 ans de prison et une amende de 5000 à 20 000 francs.

avortées et les avorteur·ses subissent un opprobre spécifique et deviennent une figure archétypale de la « décadence des mœurs », au même titre que les prostituées ou les femmes adultères (Olivier, 2005). L'avortement, « crime contre la race » (Olivier, 2015), est davantage réprimé. La loi du 1^{er} septembre 1941 exclut la possibilité du sursis et des circonstances atténuantes. La loi du 15 février 1942 permet de faire passer devant le tribunal d'État nouvellement créé les personnes suspectées d'avortement. Qualifié de « crime contre l'État », l'avortement devient alors passible de la peine de mort : le 28 juillet 1943, la « faiseuse d'ange » Marie-Louise Giraud est guillotinée pour l'exemple.

Si la loi de 1942 est abolie à la Libération, la répression contre l'avortement se poursuit dans la continuité des pratiques vichystes, quoiqu'avec moins d'intransigeance (Cahen et Capuano, 2011). La création de l'INED (Institut National d'Études Démographiques) en 1945 hérite du projet de la fondation Carrel qui visait à donner une assise scientifique à l'étude de la population. L'institutionnalisation de la démographie s'inscrit alors pleinement dans le natalisme d'État¹⁸.

Dès le tournant entre le XIX^e et le XX^e siècle, l'argument démographique est donc devenu le fer de lance de la dénonciation de l'avortement. S'il faut poursuivre et sanctionner (si possible efficacement) les femmes qui avortent et les médecins et sages-femmes qui les font avorter, c'est parce que le devoir patriotique des femmes, dont la fonction maternelle est essentialisée, est de donner des enfants non seulement à leurs maris mais à la Nation tout entière, qui compte ses petits pour soutenir sa puissance géopolitique et garantir l'ordre social. La stigmatisation de l'avortement telle qu'elle s'instaure en France n'est pas compréhensible en dehors de cet enjeu nataliste qui constitue le cadre de la répression.

Cependant, cette mise en problème de l'avortement comme enjeu démographique s'essouffle après le baby-boom, avant de disparaître presque totalement à la fin des années 1970. Elle ne doit donc pas masquer des formes de condamnation plus anciens de l'avortement, mais également plus persistants sur le long terme, relatifs à un ordre moral qui contrôle la sexualité des femmes.

¹⁸ Les travaux sur l'idéologie nataliste implicite au développement de la démographie sont nombreux ; dans une perspective critique, ils montrent comment la perspective démographique reconduit l'assignation des femmes à la procréation (Locoh, Hecht et Andro, 2003) - voir en particulier l'Habilitation à Diriger des Recherches d'Armelle Andro (2016) et la synthèse sur la question dans la thèse d'Elsa Boulet (2020, p. 28-31). Ils montrent comment la production de connaissance et la perspective populationniste sont un instrument du contrôle de l'État sur les corps, la démographie étant au service de l'État (Lenoir, 1995) – Alfred Sauvy lui-même, fondateur de l'INED, est d'abord opposé à la légalisation de la contraception (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 34).

1.1.2 La peur de la grossesse, garante de la morale sexuelle ?

Le contrôle social de la sexualité structure durablement les représentations de l'avortement et des avortées. Durant le dernier quart du XIX^e siècle, les mobilisations moralistes pour lutter contre « l'obscénité » et la « pornographie » situent dans les « mauvaises mœurs » l'origine des « fléaux sociaux » dont l'avortement fait partie : avec la fille-mère et la mère de famille débordée, la figure de la « débauchée » est une des représentations commune de l'avortée (Cahen, 2016, p. 52). Plusieurs ligues, comme la Ligue contre la licence des rues ou la Ligue pour le relèvement de la moralité publique créée en 1883, combattent la prostitution et plaident pour une moralisation sociale face à la « débauche ». Ces mobilisations moralistes font le jeu de la diabolisation de l'avortement :

Face à la montée en puissance de l'anticléricalisme et à l'ambitieux projet de séparation des Églises et de l'État réalisé par loi de 1905, les mœurs et l'accès des femmes à l'autonomie deviennent un enjeu politique surinvesti par les moralistes. Les diagnostics de « crise morale » et de dépravation des mœurs s'imposent comme une doxa. (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 23).

Si les acteurs qui s'investissent dans la moralisation publique – et dans le natalisme – sont influencés par la morale catholique, l'Église elle-même, qui considère que la conception marque le début de la vie, reste d'abord en retrait du débat populationniste. Focalisée sur la lutte contre l'eugénisme, ce n'est qu'à partir des années 1930 qu'elle prend des positions fermes. En 1930, l'encyclique *Casti Connubii* affirme fortement que le sens du mariage catholique est la procréation, condamnant du même coup la contraception « contre nature » et l'avortement comme « un crime extrêmement grave » (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 26).

Après la seconde Guerre Mondiale, ses positions évoluent : dès 1951, Pie XII reconnaît aux couples chrétiens la possibilité d'avoir recours à la méthode Ogino-Knaus pour espacer les naissances – l'interdiction de toute contraception, y compris « naturelle », avait suscité le désarroi des militant·es catholiques (Sevegrand, 1995). Alors que les revendications en faveur du contrôle des naissances progressent, la maîtrise de la fécondité fait débat. En 1965, la pastorale *Gaudium et spes* dénonce une sexualité non reproductive et récréative : « l'amour conjugal est trop souvent profané par l'égoïsme, l'hédonisme et par des pratiques illicites entravant la génération » (cité par Mossuz-Lavau, 2002, p. 70) et conçoit l'avortement et l'infanticide comme « des crimes abominables ». La condamnation des méthodes de contraception « artificielles » par l'encyclique *Humanae Vitae* de 1968 reprend cet argumentaire : en facilitant la sexualité, la contraception pourrait favoriser l'infidélité et réifier les femmes, en poussant les hommes à les voir comme un « simple instrument de jouissance

égoïste et non plus comme sa compagne respectée et aimée¹⁹ » – l’avortement est quant à lui passible d’excommunication.

La sexualité ne saurait être envisagée comme un simple *plaisir sensoriel* : elle est l’expression d’un « amour » conjugal qu’elle confirme et sublime. Ces considérations sont également manifestes dans les prises de positions publiques contre la contraception médicalisée. Le docteur Paul Chauchard, opposant à la pilule (et plus tard à l’avortement), évoque par exemple en 1967 le « très gros risque de voir l’amour s’abaisser au niveau d’une simple satisfaction sexuelle apaisante »²⁰ : ce médecin et militant contre la contraception médicale, très actif dans les années 1960, n’a de cesse de dénoncer l’aliénation sexuelle que provoquerait la pilule (Sevegrand, 1995). Sans la peur de la grossesse, l’acte sexuel risque selon lui de devenir « un acte banal, parce que trop facile et trop fréquent ». La peur de la grossesse, dénoncée par les premières voix en faveur du contrôle des naissances, paraît aux conservateurs *la garantie d’une sexualité convenable* : « l’enfant non-désiré [venait] sanctionner la quête de plaisir comme une fin en soi » (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 103). Les voix catholiques qui s’élèvent contre cet argument de l’enfant-sanction sont rares et plus tardives²¹.

Cet argument moral est repris dans les débats à l’Assemblée par les opposants à la loi Neuwirth en gestation : la contraception risquerait de faire des femmes des « objets de volupté stériles », de « favoriser les amours illicites et ébranler les bases de la famille » ou encore de conduire à une « flambée inouïe d’érotisme » (cité par Mossuz-Lavau, 2002, p. 56). L’arrière-garde conservatrice suspecte ainsi un érotisme trop grand, en particulier parmi la jeunesse : il faut éviter « une trop grande licence morale chez les jeunes » (cité par Mossuz-Lavau, 2002, p. 51). De la même façon, lorsqu’après la loi Neuwirth de 1967 la question du remboursement de la contraception est envisagée par Simone Veil, elle est encore vue comme une incitation à la débauche, une façon « d’encourager le dévergondage chez les jeunes »²².

Un principe pérenne de condamnation de l’avortement est donc bien une condamnation de la sexualité dès lors qu’elle ne vise pas la production d’enfants *ou a minima* la célébration de l’amour conjugal. La dénonciation de la peur de la grossesse contribue pourtant à faire bouger les lignes. Elle mène à une recomposition du débat entre les tenants d’une sexualité

¹⁹ p. 41 de l’Encyclique, citée par (Mossuz-Lavau, 2002)

²⁰ Dans le livre co-écrit avec Marie-Andrée Lagroua Weill-Haillé, *La pilule et le planning familial*, Nancy, Berger-Levrault, 1967 (cité par Mossuz-Lavau, 2002, p. 29), il plaide contre la contraception orale tandis que la fondatrice du MFPPF s’en fait l’avocate.

²¹ Le père Portier, plus ouvert que sa hiérarchie sur la légalisation de l’avortement, en fait par exemple une critique au début des années 1970 dans *Avortement et respect de la vie*. Il souligne l’indignité morale de faire de l’enfant un « épouvantail » pour contrôler la sexualité des couples (Ladrière, 1982b, p. 429).

²² Comme l’exprime Jean Berthaud, député UDR en 1974, cité par Mossuz-Lavau, 2002, p. 78.

contraceptive dans sa pratique (retrait, abstinence) et les tenants de la contraception médicale plus efficace.

1.1.3 Légaliser la contraception pour mieux planifier les naissances

À côté des forces conservatrices qui naturalisent les rôles de genre et affirment que le destin des femmes est la procréation, les voix qui s'élèvent en faveur du contrôle des naissances dénoncent farouchement la « peur au ventre » (Thébaud, 1986, 1991) des femmes et les conséquences fatales des avortements clandestins. À cette époque, la sexualité conjugale se met à être considérée comme ciment du mariage : l'attirance sexuelle est interprétée, au cours des années 1950 et 1960, comme l'expression d'un amour mutuel (Rebreyend, 2008, 2009), l'échange d'orgasme faisant honneur à l'amour réciproque (Cardon, 2003). Dans ce contexte, la légitimité de pouvoir pratiquer la sexualité conjugale sans risque et de décider d'une grossesse s'affirme peu à peu.

L'argumentation se détache cependant autant que possible du néomalthusianisme du début du siècle : il faut « se débarrasser [du] lourd stigmat qui associe la contraception au déclin national » (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 31). Réformiste et non révolutionnaire, la rhétorique déployée par les premier-es promoteur-ices de la planification familiale, médicale avant tout (Sanseigne, 2009), se construit fermement contre l'avortement – que la contraception doit prévenir voire éradiquer – tout en s'accommodant de l'argumentaire populationniste. L'enjeu est de faire de la régulation des naissances « un problème public légitime et un enjeu de société, recevables y compris par les responsables publics » (Cahen, 2019, p. 50).

La contraception pour éradiquer l'avortement ?

Le *birth control*, qui se développe aux États – Unis et en Angleterre dès les années 1920, ne dispose pas de relais suffisants dans la France de l'entre-deux guerres pour se diffuser. Il faut attendre les années 1950 pour que les méthodes développées à l'étranger commencent à être importées en France, avec une grande prudence en raison des interdictions de la loi de 1920. Des méthodes contraceptives à haute efficacité sont développées : le stérilet est mis au point, tandis que la pilule oestroprogestative, créée en 1951 par Gregory Pincus grâce à l'impulsion de Margaret Sanger et aux relais de médecins eugénistes, commence à se diffuser aux États-Unis (Durand-Vallot et Sanger, 2012). En 1954, la rencontre d'une jeune gynécologue française, Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, avec la fondatrice de *l'American Birth Control*

League, est l'opportunité pour la médecin de visiter, à New York, la clinique de ce qui est devenu la *Planned Parenthood Federation of America*. Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé en revient convaincue de la nécessité de proposer de telles méthodes de planifications familiales en France. Avec la sociologue Evelyne Sullerot et l'avocate Anne-Marie Dourlen-Rollier, elle crée l'association la Maternité Heureuse en 1956. Devenue le Mouvement Français pour le Planning Familial en 1960 et rattachée à l'*International Planned Parenthood Federation* (IPPF), qui lui fournit à la fois une légitimité politique et des moyens d'actions (Pavard, 2012c), l'association diffuse dès 1961 à ses adhérent·es des informations et des dispositifs contraceptifs. L'antenne de Grenoble, sous l'impulsion du docteur Henri Fabre, passe rapidement outre la loi de 1920 et les positions moins volontaristes de la fondatrice du mouvement (More, 2004). Aux marges de la loi, l'association commence à importer des diaphragmes et des spermicides du Royaume-Uni, tout en se prémunissant du délit de propagande par son statut associatif (Sanseigne, 2010).

Dès les premiers temps de ces revendications en faveur des « méthodes modernes » de contraception, la dimension prophylactique est mise en avant : « les militantes en faveur du *birth control* posent la contraception comme seul remède au fléau que représentent les avortements clandestins » (Roux, 2020, p. 88). C'est même « toute la rhétorique de la défense de la contraception [qui] s'est élaborée autour d'une dramatisation de l'avortement » (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 104). Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, en tant que médecin, est particulièrement émue par les ravages causés par les avortements illégaux et les grossesses à répétition. Sa prise de position dans le second procès de l'affaire des époux Bac²³ lui fait plaider le recours à la contraception contre les « tristes grossesses » (Voldman et Wieviorka, 2019). Si son premier article sur le contrôle des naissances était passé inaperçu en 1953, un second en 1955, suivi d'une conférence à l'Académie des sciences morales et politiques, est largement relayé par la presse (Mossuz-Lavau, 2002, p. 21). La fondatrice de la Maternité heureuse, elle-même défavorable à une légalisation de l'avortement, insiste sur la dimension préventive de la contraception, laquelle est « un chapitre de la médecine préventive, une prophylaxie de l'avortement, un élément d'un programme plus vaste d'aide à la famille et au couple, un instrument non plus de dénatalité, mais au contraire d'une politique démographique saine »²⁴.

²³ Le jeune couple ouvrier est accusé d'avoir laissé mourir son quatrième enfant faute de soin. Le contrôle des naissances s'articule ici à l'enjeu des conditions de vie ouvrières : faibles salaires, logement exigu, difficulté à élever les enfants d'autant plus que leurs naissances sont proches.

²⁴ Comme le révèle le numéro d'*Informations sociales* n° 3 de 1962, *Problèmes posés par la limitation et la régulation de la fécondité naturelle* (p. 74), cité par (Cahen, 2019).

Le plaidoyer pour une contraception médicalisée préventive de l'avortement, s'il évoque le nombre important de décès de femmes, s'appuie donc encore sur des raisons démographiques : un avortement clandestin qui provoquerait une stérilité prive non seulement de la grossesse en cours mais aussi d'éventuelles grossesses ultérieures²⁵. Les argumentaires se sédimentent plutôt qu'ils ne se substituent. La contraception est donc revendiquée dès les premiers temps comme le moyen « d'éviter un mal plutôt que favoriser un droit »²⁶. Elle est portée par les professionnel·les du Collège des médecins fondé en 1962 au sein du MFPPF, qui défendent la « cause contraceptive » contre les premières positions de l'Ordre des médecins (Garcia, 2006 ; Sanseigne, 2009). L'opposition durable entre contraception et avortement est ainsi traversée par l'enjeu démographique.

La contraception au service de la politique populationniste et familialiste ?

La rhétorique en faveur du contrôle des naissances s'efforce ainsi d'éviter l'accusation de néo-malthusianisme : les défenseur·ses de la contraception reprennent à leur compte un certain familialisme et proposent une vision de la maternité *heureuse parce que choisie*.

Les inquiétudes démographiques étant toujours vives malgré le baby-boom, les revendications en faveur du *birth control* sont très prudentes : concevoir la maîtrise de la procréation comme une nécessité ne va pas sans de grandes précautions relatives à « l'argument démographique ». Le Mouvement Français pour le Planning Familial fait ainsi très attention à ne pas être accusé d'atteinte à la croissance démographique : comme l'a montré Virginie De Luca Barrusse à partir d'une analyse de la presse écrite entre 1956 et 1967, la « sensibilité démographique » impose aux militant·es désirant abolir la loi de 1920 d'adhérer au consensus en faveur d'une natalité élevée (2018). Le vocabulaire initial du MFPPF est significatif : il est bien question, au tournant des années 1950 et 1960, d'*espacer* les naissances plutôt que de les *limiter* (Pavard, 2012a, p. 42). La lecture du courrier conservé aux archives du Planning Familial de Grenoble montre ainsi que cette rhétorique de « l'espacement des naissances » est

²⁵ La présentation stratégique de la contraception comme garante du potentiel génésique des femmes face à l'avortement est observable dès le début des revendications : Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé l'évoquait déjà dans le premier article qu'elle publie en 1953, en plaidant qu'un changement de la réglementation serait « un des moyens de lutte les plus efficaces contre l'avortement, diminuant ainsi les risques de stérilité secondaire et permettant de ce fait un plus grand nombre de grossesses ultérieures » (citée par Mossuz-Lavau, 2002, p. 20). Parce qu'elle évite des infertilités définitives, la contraception devient un argument en faveur des naissances et pas seulement de leur contrôle – et cette représentation est durable. L'argument, repris dans la proposition de loi du 28 avril 1961 en faveur de la contraception (Mossuz-Lavau, 2002, p. 38), est également au cœur de la première proposition de loi Lucien Neuwirth du 1^{er} juin 1966.

²⁶ Jeanne Pagès, *Le contrôle des naissances en France et à l'étranger*, 1971, p. 202, citée par Mossuz-Lavau, 2002, p. 48.

systématiquement employée pour répondre aux couples sollicitant – avec plus ou moins de culpabilité exprimée (More, 2004) – des informations sur la maîtrise de la fécondité.

Les revendications mettent ainsi en avant la possibilité de choisir le moment de devenir mère plutôt que de subir des grossesses. La peur de la grossesse ne doit pas être conjurée par *l'absence de grossesse* mais par *le choix de sa survenue*. Les idées du mouvement pour la contraception, relayées notamment par Jacques Dérogy dans *Libération* en 1956 puis dans un livre paru la même année, *Des enfants malgré nous*, plaident pour la liberté des couples à choisir le moment de la conception. Le changement de paradigme est en cours : la parentalité doit être programmée et consentie, et la presse féminine se fait le relais de ces considérations nouvelles (Pavard, 2009b). Alors que le nombre d'adhérent·es au MFPPF augmente très rapidement²⁷, le consensus autour de la légitimité de la régulation des naissances gagne ainsi progressivement l'opinion publique :

En mai-juin 1956, 43 % de la population interrogée par l'Ined est favorable au maintien de la loi de 1920 ; la même proportion est favorable à l'autorisation de la diffusion « des moyens à employer pour éviter une grossesse » [...]. Mais, à la veille du vote de la loi, l'équilibre est rompu. En juin 1966, 69 % des personnes interrogées voudraient autoriser la diffusion des moyens de contraception, et 31 % souhaitent le maintien de l'interdiction [...] (De Luca Barrusse, 2018, p. 25-26)

À la différence de l'avortement, la contraception, à l'heure où elle est ouvertement revendiquée, apparaît donc moins comme une façon d'empêcher la venue au monde d'un nouvel être humain que comme une optimisation de son accueil. Il est bien question de favoriser la bonne entente des couples et l'attention portée aux enfants. Dans un contexte où « l'argument démographique » domine, il est frappant de constater que les pratiques contraceptives ont su s'épargner, au contraire de l'avortement, de trop fortes accusations de dépopulation.

La contraception pour émanciper les femmes ?

Au cours des années 1960, les revendications en faveur de l'émancipation féminine sont portées par les transformations économiques et sociales des années 1960. L'entrée progressive des femmes dans les études et sur le marché du travail font émerger la « condition féminine » (envisagée parallèlement à la « condition ouvrière ») comme objet de réflexion avant mai 1968 (Pavard, Rochefort et Zancarini-Fournel, 2020). Simone de Beauvoir, avec la parution du *Deuxième Sexe* en 1949, avait jeté un pavé dans la marre en plaidant pour une émancipation par le travail et le contrôle des naissances. Pourtant, le positionnement du Mouvement Français pour le Planning Familial reste, à ses débuts, très précautionneux : « le positionnement féministe

²⁷ Il est multiplié par 5 entre 1961 et 1964, où il compte 32 000 adhérent·es (Pavard, Rochefort et Zancarini-Fournel, 2012, p. 40).

reste sous-jacent [...] : il pourrait devenir un stigmate encombrant à une époque où le féminisme est dans le "creux de la vague"» (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 36). Si l'arrivée de la pilule reste célébrée en France comme un moment clé de la libération des femmes, cette rhétorique de l'émancipation féminine est loin d'être dominante avant 1967 – elle se forge surtout *a posteriori* (Pavard, 2012a ; Roux, 2020 ; Thomé, 2019). Il faut donc se garder de tout anachronisme. Lorsqu'à l'occasion des débats de la campagne présidentielle de 1965, François Mitterrand, sous l'influence du Mouvement Démocrate Féminin, se positionne en faveur de la contraception au nom de « la responsabilité et la dignité de la femme » (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2020, p. 265), il fait ainsi figure d'exception parmi les candidats²⁸.

La loi Neuwirth de 1967 n'est donc pas portée par une rhétorique triomphante relative aux droits des femmes, mais plutôt par un consensus anti-avortement et une volonté familialiste. Si elle finit par autoriser la mise sur le marché de la contraception, elle demeure incomplète : non seulement ses décrets tardent à paraître, mais l'autorisation parentale nécessaire pour les mineures et le non-remboursement par la Sécurité sociale créent des inégalités qui signalent les catégories de femmes légitimes à avoir une sexualité, et celles qui ne le sont pas.

Le vote de la loi Veil de 1974, qui supprime les carnets à souche, autorise la contraception aux mineures sans autorisation parentale et autorise le remboursement des contraceptifs par l'assurance maladie est ainsi un pas important vers la reconnaissance et la légitimité de la sexualité. Ce passage de la loi Neuwirth à la première loi Veil traduit un basculement à partir du début des années 1970, qui voient éclater au grand jour des revendications féministes appuyées sur un intérêt nouveau pour le corps des femmes.

*

Quelles sont les représentations de l'avortement et des avortées qui ont structuré la répression de l'avortement jusqu'à la légalisation de la contraception ? La condamnation de l'avortement au nom du « péril démographique » traduit un fort contrôle de l'État sur le corps, mais elle repose sur un malentendu : les pratiques contraceptives restent les premières responsables de la baisse de la natalité. Pourtant, le « mystère des funestes secrets » (Bardet et Dupâquier, 1986, p. 16) – ainsi étaient nommées les techniques de limitation des naissances –

²⁸ En dehors des socialistes, les différents groupements politiques qui débattent de la proposition de loi de Lucien Neuwirth n'invoquent presque pas l'autonomie des femmes comme argument en faveur de la légalisation. Outre des inquiétudes natalistes et sanitaires, la droite conservatrice, contre la proposition de loi, campe sur des positions moralistes ; le centre droit se rallie pragmatiquement aux avocats de la contraception, tout en défendant le couple et la famille et en prônant une politique familiale active. Les communistes – qui depuis les années 1930 ont changé leur fusil d'épaule relativement au contrôle des naissances et à l'avortement – rejoignent ces positions en faveur d'aides à la procréation, tout en insistant sur le besoin d'éducation à la sexualité (Mossuz-Lavau, 2002, chapitre 1).

a été relativement épargné par la répression consécutive à la loi de 1920, probablement parce que, orchestrée dans l'intimité des alcôves, la contraception usait de dispositifs moins détectables – donc moins accessibles au contrôle de l'autorité publique – que l'avortement clandestin. La vigueur de la répression de l'avortement, sa diabolisation pour légitimer par contraste la contraception, ont ainsi constitué *durablement* l'avortement comme un fléau à combattre, tout en en faisant espérer une éradication pure et simple grâce aux « méthodes contraceptives modernes ».

L'argument démographique, dominant, ne doit cependant pas occulter des inquiétudes moralistes et catholiques pérennes relatives au contrôle de la sexualité et au maintien d'un ordre social conservateur, contre lequel s'érigent le mouvement de mai 1968 et le féminisme radical des années 1970. Les revendications en faveur de l'avortement, qui contestent très tôt l'opposition entre contraception et avortement, vont ainsi problématiser le contrôle de la fécondité au nom de l'autonomie des femmes et de leur droit à décider de leur corps.

1.2 L'avortement, problème sanitaire ou condition de la libération des femmes ?

La contraception « moderne » tarde à se diffuser : les retards de publications des décrets de la loi Neuwirth²⁹ traduisent à nouveau les réticences morales et catholiques à favoriser une sexualité dont l'objectif n'est pas la reproduction (Leridon, Bajos et Oustry, 2002, p. 3). Les médecins, fréquemment opposés à la libéralisation ou simplement mal formés, sont souvent réticents à prescrire les dispositifs « modernes ». L'interdiction de toute publicité en dehors d'un cadre médical rend difficile l'information du grand public – il faudra attendre la grande campagne télévisée menée par Yvette Roudy en 1981 pour qu'une information de masse soit diffusée sur les différents procédés contraceptifs. Les pratiques évoluent donc lentement et les espoirs relatifs à la contraception sont d'abord déçus (Chauveau, 2003). Le rapport Simon, première enquête sur les pratiques sexuelles réalisée entre juin et septembre 1970 et parue en 1971, montre que les méthodes traditionnelles (coït interrompu et abstinence) restent dominantes. En 1975, à peine un quart des femmes utilisent une contraception médicalisée (Leridon et al., 1979).

Dans ce contexte, les revendications en faveur du contrôle de la procréation se radicalisent : les engagements autour de la contraception sont rapidement délaissés au profit des revendications pour l'avortement, des plus timides – par extension de l'avortement

²⁹ Le décret relatif à la fabrication et au suivi des moyens de contraception n'est promulgué que le 3 février 1969 ; celui sur les DIU ne paraît que le 7 mars 1972 (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 57)

thérapeutique – aux plus révolutionnaires – la liberté d’avortement. Un nouveau registre argumentatif, féministe, s’impose alors dans le débat. L’autonomie des femmes et leur droit à décider de leur vie et de leur ventre deviennent centraux. Alors que les mobilisations en faveur du *birth control* étaient portées par des médecins issus de la bourgeoisie progressiste, à partir du début des années 1970 la contestation est accélérée par le mouvement des femmes, qui s’oppose à une appréhension médicale de la gestion du corps et reproblématise l’avortement comme *une condition de l’émancipation féminine*. Si les forces conservatrices restent puissantes, le répertoire d’action des collectifs militants, qui s’élargit notamment à la pratique illégale de l’avortement, contraint la puissance publique à légiférer. La Loi Veil, loi de consensus, retraduit le débat en des termes de santé publique qui conduisent à une dépénalisation de l’avortement sous strict contrôle médical.

1.2.1 L’avortement comme problème d’experts médicaux

L’avortement n’était pas absent des débats sur la légalisation de la contraception. Il a été objet d’une attention scientifique et médiatique dès l’immédiat après-guerre. En 1945, le rapport Sutter réalisé à l’INED fournit les premières estimations de l’avortement clandestin, à partir des chiffres des hôpitaux parisiens. L’avortement est également présent dans le théâtre et les médias : à la radio et à la télévision³⁰, le problème est abordé, prudemment, dès les années 1960 (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 40-43). En 1962, Marcelle Auclair, alors journaliste pour Marie-Claire, publie *Le Livre Noir de l’Avortement*, qui montre les ravages des avortements clandestins – d’autres publications, comme *La Vérité sur l’avortement* d’Anne-Marie Dourlen-Rollier en 1963, participent également à visibiliser l’avortement dans le débat public.

A la fin des années 1960, l’heure n’est pas, cependant, à des revendications ouvertes de la liberté d’avorter : le plaidoyer en faveur d’une nouvelle réglementation de l’avortement repose sur des arguments *médicaux*. Il n’est pas envisageable alors de laisser les femmes avorter en dehors d’une expertise médicale. Très prudemment, une extension de l’avortement thérapeutique, autorisé depuis 1955 si la vie de la mère est en danger, est envisagée. L’Association Nationale pour l’Etude de l’Avortement (ANEA), créée en 1969 par des juristes et de nombreux médecins issus du Mouvement Français pour le Planning Familial³¹ propose

³⁰ Le réalisateur du *Journal d’une femme en blanc* (1965), qui raconte l’expérience d’une doctoresse confrontée aux avortements clandestins, est par exemple interviewé au journal télévisé en avril 1966 (voir Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 45-46).

³¹ « L’ANEA comprend la plupart des fondateurs du collège médical du MFPPF : Raoul Palmer, Jean Dalsace, Christiane Verdoux, Jacqueline Kahn-Nathan, Pierre Simon, Jean Cohen, tous gynécologues de renom, ainsi que des « personnalités » du MFPPF, comme Charles Libman (avocat prestigieux), Évelyne Sullerot (sociologue,

d'élargir les critères de l'avortement thérapeutique à d'autres situations, qui incluent des raisons sociales et psychologiques. La demande d'avortement doit être validée par une commission spécialisée et obtenir l'aval d'au moins deux médecins³². La position de l'ANEA se caractérise ainsi par une « politique des experts » (Gaudillière, 2006), le recrutement social dans la bourgeoisie favorisée assurant une légitimité aux revendications. La décision d'avorter ne saurait être laissée aux femmes : « le pouvoir médical sur le contrôle des corps féminins reste entier » (Garcia, 2005, p. 101). Qui plus est, le projet finalement défendu à l'Assemblée en 1970 par le catholique docteur Peyret s'avère très restrictif, eu égard aux revendications militantes : il ne retient que le danger pour la vie de la mère, les cas de viols ou d'inceste et les malformations majeures de l'embryon. L'exclusion des critères psycho-sociaux se fait au mépris de la posture de l'ANEA, qui y voit la principale cause d'avortement (Garcia, 2011a).

Ce projet Peyret suscite une levée de bouclier de toutes parts : du côté conservateur, la droite catholique s'insurge de « l'atteinte à la vie » ; du côté des féministes, les mesures semblent par trop restrictives, menaçant, si la loi passe, de clôturer pour de longues années le débat sur un accès plus large à l'avortement. Alors qu'au Royaume Uni et aux États-Unis la légalisation de l'avortement progresse (l'*Abortion Act* est voté par le parlement anglais en 1967 ; à partir de 1970 le Colorado et plusieurs États américains à sa suite dépénalisent l'avortement), les revendications féministes en France se radicalisent : à partir des années 1970, c'est l'avortement libre et gratuit qui est réclamé.

1.2.2 L'avortement comme condition de la libération des femmes et droit à disposer de son corps

Les mobilisations de Mai 68 donnent un coup de pied dans la fourmilière en impulsant une transformation des représentations de la sexualité. La place des femmes dans le mouvement reste cependant secondaire et leur identité collective n'est pas constituée : le modèle de militantisme des « années 1968 » est masculin. Le syndicalisme, souvent misogyne, peine à entendre les revendications des femmes (Zancarini-Fournel, 2002). Subordonnées aux hommes dans les mobilisations de mai 1968, les femmes s'organisent en dehors des groupes d'actions traditionnels.

journaliste et écrivaine), Anne-Marie Dourlen Rollier, avocate, pionnière du combat mené par le MFPPF et amie de longue date de sa fondatrice. » (Garcia, 2005, p. 98)

³² « Lorsque la poursuite de la grossesse risque de compromettre la santé physique mais aussi mentale de la mère ; en cas de danger sérieux que l'enfant à naître soit atteint d'une maladie grave, d'une malformation physique ou psychique ; si la future mère est âgée de moins de 16 ans et célibataire ; si le père et la mère sont atteints d'une altération mentale, ou sont dans l'incapacité d'assurer les soins matériels et moraux de l'enfant à naître ; enfin, si la grossesse est la conséquence d'un acte criminel ou de violences. » (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 60)

À la Sorbonne, Anne Zelensky et Jacqueline Feldman animent depuis 1967 le groupe Féminin, Masculin, Avenir – rebaptisé Féminin, Marxisme, Avenir en mai 1968. Ce groupe mixte invite à penser l'autonomie du sujet féminin (Feldman, 2009) – on doit à ses animatrices le numéro de la revue *Partisan* de juillet 1970, « Libération des femmes année zéro », qui pose les thématiques du féminisme et son objectif explicite : la libération des femmes, déjà affirmée par Monique Wittig dans le numéro 6 de *L'Idiot international* paru deux mois plus tôt, « Combat pour la libération de la femme ».

En août 1970, la problématisation des rapports de sexe fait véritablement son apparition sur la scène publique. À l'occasion d'une cérémonie en l'hommage du soldat inconnu, un groupe de militantes (dont Monique Wittig et Anne Zelensky), bientôt appelé Mouvement de Libération des Femmes (MLF), dépose une gerbe en l'honneur de sa femme « plus inconnue que le soldat inconnu ». Le MLF, groupe non mixte composé de militantes intellectuelles de la gauche radicale, se revendique comme un mouvement sans hiérarchie ni direction. Réuni tous les quinze jours aux Beaux-Arts, le MLF défend l'idée que l'intime est politique et commence à porter les revendications en faveur de l'avortement libre et gratuit, *au nom du droit des femmes à disposer de leur corps* : « [son] impulsion est décisive » (Thébaud, 2014, p. 515). L'avortement, premier enjeu des rapports entre les sexes, est alors posé comme condition première de la libération des femmes.

Le Manifeste des 343 est la traduction effective de ce positionnement militant. Il constitue une rupture majeure dans les revendications procréatives. Rédigé par Simone de Beauvoir et porté par le MLF, il paraît le 5 avril 1971 dans le *Nouvel Observateur*, malgré les réticences d'une partie des militantes féministes à publier dans la « presse bourgeoise ». L'invisibilisation historique du mouvement des femmes et de Nicole Muchnik, la journaliste à l'origine du projet, au bénéfice de son collègue Jean Moreau et de Jean Daniel, directeur de la publication de l'hebdomadaire de gauche, rend d'ailleurs compte de la confiscation de la parole féminine que redoutaient les militantes³³. La stratégie consistant à s'adresser au plus grand nombre via la

³³ Le roman graphique d'Adeline Laffite, *Le Manifeste des 343. Histoire d'un combat* (Strag, Laffite et Duphot, 2020) propose une vision certes romancée mais très documentée historiquement sur les négociations entre le MLF et le *Nouvel Observateur* durant les mois précédents la publication du Manifeste. Il contribue à faire une histoire attentive à redonner leur place au collectif du mouvement des femmes, de même que le documentaire qu'elle scénarise et que Valérie Jourdan réalise *50 ans après - Manifeste des 343 dans les coulisses d'un scandale*, diffusé le 07 avril 2021 sur Histoire TV. Les 50 ans du Manifeste ont ainsi été l'occasion d'une série d'articles de presse qui reviennent sur l'histoire du mouvement des femmes et donnent la parole aux principales concernées : *Le Monde*, *Libération* et *l'Obs* consacrent plusieurs articles à ce sujet. Charlotte Herzog et Marie Slavicek, journalistes au *Monde*, donnent voix aux signataires moins connues dans « “Être enceinte sans le vouloir, c'était une catastrophe” : le manifeste des 343 raconté par des signataires » (5 avril 2021). Virginie Ballet et Anne Diatkin signent pour *Libération* un article dans la même veine, intitulé « Personne ne savait au moment de signer si elle serait entourée par dix femmes ou cent » (2 avril 2021). Le quotidien en fait son éditorial du 2 avril 2021, « Sur l'IVG, il ne faut jamais baisser la garde », par Alexandra Schwartzbrod et propose un dossier composé de plusieurs articles. « IVG : cinquante ans après le Manifeste des 343, un droit encore fragile » par Cassandre Leray et Elsa

presse établie, défendue par Christine Delphy, Anne Zelensky et Jaqueline Feldman, est pourtant payante. Le Manifeste constitue un acte de désobéissance civile qui défie l'ordre en vigueur : malgré l'interdiction légale, 343 femmes, dont de nombreuses personnalités publiques³⁴ – principalement des actrices et des écrivaines – prennent le risque d'affirmer avoir avorté et réclament « l'avortement libre ».

La rhétorique du Manifeste des 343 peut se résumer à un seul argument féministe : le droit des femmes à disposer de leur corps. Si le texte rédigé par Simone de Beauvoir est sobre³⁵, celui de Monique Wittig qui accompagne le Manifeste, arraché à la direction du *Nouvel Observateur*, est très clair sur le droit à disposer de son ventre :

L'avortement libre et gratuit n'est pas le but ultime de la lutte des femmes. Au contraire il ne correspond qu'à l'exigence la plus élémentaire, ce sans quoi le combat politique ne peut même pas commencer. Il est de nécessité vitale que les femmes récupèrent et réintègrent leur corps. Elles sont celles de qui la condition est unique dans l'histoire : les êtres humains qui, dans les sociétés modernes, n'ont pas la libre disposition de leur corps. Jusqu'à présent, seuls les esclaves ont connu cette condition.

L'argumentation est celle du féminisme matérialiste, qui envisage les femmes comme une classe politique en lutte contre la classe oppressive des hommes (Delphy, 2008 [1970]). Cette oppression, qui s'exerce sur le corps, rend comparable la situation des femmes à celle des esclaves : ce que Collette Guillaumin a nommé le « sexe » (Guillaumin, [1978] 2016) est déjà en filigrane dans le dossier qui accompagne le Manifeste.

Cette publication rompt avec la logique qui prévalait jusque-là, laissant aux seul-es médecins et expert-es – et aux hommes d'Église – les clés du débat. Désormais, les femmes revendiquent elles-mêmes leurs droits et la liberté de leur corps : les slogans de la première manifestation en faveur de l'avortement libre et gratuit, organisée par le MLF et Choisir le 20 novembre 1971, reprennent cet argumentaire. La transformation du mode d'action – la désobéissance plutôt que la réforme – va de pair avec la transformation de la rhétorique – le droit de décider pour soi contre l'autorité de l'État, de l'Église, de la médecine, des hommes. Le Manifeste fait

Maudet s'intéresse à l'accès effectif à l'IVG aujourd'hui. *L'Obs*, héritier du *Nouvel Observateur*, fait paraître le dossier le plus conséquent, avec dix articles qui reviennent sur l'histoire du droit à l'avortement, partagent des témoignages de femmes et rendent compte de l'expérience de l'avortement aujourd'hui. Le bel article de Marie Lemonnier et Elisabeth Philippe, « J'ai appelé Beauvoir en tremblant » : comment les 343 "salopes" ont changé la vie des femmes », retrace la genèse du Manifeste. Celui de Doan Bui, « 343 culs de gauche, ensanglantés » : après le Manifeste, une avalanche de lettres » rend compte des réactions au Manifeste dans le courrier des lecteurs reçu par le *Nouvel observateur* les jours suivants.

³⁴ Comme Marguerite Duras, Catherine Deneuve, Simone de Beauvoir, Gisèle Halimi, Delphine Seyrig, Jeanne Moreau, Françoise Sagan, Agnès Varda...

³⁵ « Un million de femmes se font avorter chaque année en France. Elles le font dans des conditions dangereuses en raison de la clandestinité à laquelle elles sont condamnées, alors que cette opération, pratiquée sous contrôle médical, est des plus simples. On fait le silence sur ces millions de femmes. Je déclare que je suis l'une d'elles. Je déclare avoir avorté. De même que nous réclamons le libre accès aux moyens anticonceptionnels, nous réclamons l'avortement libre », *Le Nouvel Observateur*, 5 avril 1971, n° 334.

rapidement scandale³⁶, tandis que la publication parodique de Charlie Hebdo la semaine suivante « Qui a engrossé les 343 salopes du manifeste pour l'avortement³⁷ ? » accole pour de longues années le qualificatif de salopes aux signataires.

Un tel mode d'action expose de fait les signataires – surtout inconnues du public – à des poursuites juridiques et à une stigmatisation ostracisante – insultes, licenciement, ruptures amicales ou familiales³⁸. L'association Choisir, qui devient rapidement une actrice importante des revendications en faveur de l'avortement, est d'abord créée pour défendre juridiquement les signataires anonymes – et d'autres femmes ayant avorté – contre d'éventuelles poursuites.

En 1972, l'avocate Gisèle Halimi, sa fondatrice, assure avec Monique Antoine la défense de Marie-Claire Chevalier et de sa mère lors des procès de Bobigny. La jeune mineure, sa mère et l'avorteuse sont accusées d'avoir fait avorter la jeune femme, enceinte après un viol. Les procès des inculpées deviennent, avec l'intervention de Choisir et les importantes mobilisations féministes, le procès de la loi de 1920. Caisse de résonance des débats contemporains, « l'affaire de Bobigny ne concernait pas seulement les accusés et leurs actions (illégal), mais aussi l'expérience de toutes les femmes vivant dans une culture patriarcale et de leur lutte pour la liberté et l'accomplissement »³⁹ (Sweatman, 2017). La médiatisation contribue à rallier l'opinion publique à la défense de l'avortement. Les procès sont ainsi un « opérateur du changement discursif » (Serverin, 1980) : la relaxe de Marie-Claire et la dispense de peine de sa mère signent l'impossible application – et l'inanité – de la loi répressive de 1920. Après le manifeste des 343, les procès de Bobigny constituent ainsi le deuxième tournant des transformations en faveur de l'avortement.

1.2.3 L'avortement comme « acte criminel »

Les résistances conservatrices restent pourtant vives et la contre-offensive réactionnaire se structure en même temps que le mouvement des femmes : l'avortement reste présenté comme un meurtre ou, *a minima*, une « atteinte à la vie » ; mais cette morale est à deux vitesses tant, à la même époque, les stérilisations et avortements forcés dans les territoires d'Outremer passent inaperçus.

³⁶ Il est relayé par *Le Monde* qui titre « Une date », puis à la radio et à la télévision.

³⁷ L'illustrateur Cabu y représente Michel Debré, alors premier ministre défenseur du natalisme français, en train de se protéger le visage d'une main en déclarant « c'était pour la France ».

³⁸ Marie Lemonnier et Elisabeth Philippe, « "J'ai appelé Beauvoir en tremblant": comment les 343 "salopes" ont changé la vie des femmes », article pour l'Obs, 31 mars 2021.

³⁹ "The Bobigny case was not only about the defendants and their (illegal) actions. It was also about all women's experiences as women living in a patriarchal culture and their struggles to be free and self-fulfilled".

Une contre-offensive conservatrice menée au nom du « respect de la vie »

Si l'avortement est historiquement présenté comme un crime, ce n'est pas seulement parce qu'il priverait la Nation d'un·e citoyen·ne : c'est d'abord parce qu'il est pensé, depuis les débuts du christianisme, comme un homicide, à plus forte raison à une époque où la frontière entre avortement et infanticide était d'autant plus poreuse que les avortements clandestins pouvaient avoir lieu à un stage gestationnel avancé⁴⁰. Dans les années 1970, l'enjeu démographique n'a pas disparu, mais il est atténué par le baby-boom, ce qui conduit à une « perte d'acuité du débat sur la natalité » (Gaudillière, 2006, p. 242). Les résistances à la légalisation de l'avortement sont ainsi menées selon une rhétorique plus ancienne qui, parce qu'elle considère l'œuf fécondé comme un enfant, associe l'avortement à l'infanticide. Tandis que l'Église catholique ne cesse de répéter que « le fœtus est un être vivant et que le respect de la vie doit être un principe intangible, quels que soient les drames sociaux qui y sont associés » (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 105), la rhétorique conservatrice se rigidifie autour d'un argument ontologique relatif à la définition de la « vie », posée en principe « sacré et absolu » par la doctrine chrétienne (Ladrière, 1982b, p. 420).

Dès 1970, l'association *Laissez-les vivre !* est créée en réaction au projet de loi Peyret, dans le but de « promouvoir la valeur spécifique de toute vie humaine et aider la femme à assumer sa maternité » (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 61). Elle est présidée par le docteur Chauchard et Jérôme Lejeune, généticien ayant identifié le gène responsable de la trisomie 21 qui dispose alors d'une certaine aura médiatique (Gaudillière, 2006). Les découvertes en génétique confortent alors les positions catholiques qui proclament que l'embryon est une personne humaine dès la fécondation, au prix d'un syllogisme dont le sociologue Paul Ladrière décrypte la logique :

La biologie est utilisée pour apporter confirmation scientifique à une pensée qui demeure fondamentalement étrangère à la démarche scientifique et qui continue à lui assigner un statut de subordination par rapport à la saine philosophie, c'est-à-dire à la néoscholastique : les biologistes, aujourd'hui, enseignent que la croissance du fœtus à partir de la cellule initialement fécondée est une croissance continue. Or elle aboutit comme humaine. Donc elle était humaine dès le début. [...] La démonstration débute par un appel à l'autorité de la science, non sans se ménager la possibilité d'une mise à distance lorsqu'elle paraîtra nécessaire. (1982, p. 420)

⁴⁰ Les avortons retrouvés dans les poubelles et les caniveaux ont ainsi été un motif de préoccupation important, qui a focalisé le travail de force de police (Cahen, 2016). L'avortement est ainsi perçu comme l'assassinat in utero d'un « petit être sans défense ». Dans les pratiques clandestines, il n'est d'ailleurs jamais nommé comme tel et tout se fait à mots couverts : il est plutôt question de « faire revenir les règles ».

Les données scientifiques à l'appui de l'argumentaire conservateur sont sélectives, puisque les conceptions de l'embryon défendues par Jacques Monod ou François Jacob, notamment lors du procès de Bobigny, sont réprochées. Pour les défenseurs d'une doctrine catholique intransigeante, il est impensable de concevoir avec les deux biologistes que « la personnalité humaine ne vient qu'au moment où se forme le système nerveux central », c'est-à-dire pas avant le cinquième ou sixième mois de grossesse (cité par Ladrière, 1982, p. 422). Ce sont ainsi des considérations philosophiques et religieuses – et non médicales – qui poussent à identifier l'embryon « de façon totale et absolue à l'enfant » (*ibid.*, p. 423). Dans cette perspective, l'avortement ne peut être pensé autrement que comme un acte criminel. L'éventail des positions se décline des plus conservateurs aux plus modérés.

- **La rhétorique du crime de masse orchestré par l'État**

Les attaques de Laissez-les vivre contre le projet Peyret sont très virulentes. Après un débat organisé le 5 mars 1971 autour de la question « Faut-il légaliser l'avortement ? », le 27 mars 1971, dans *Le Monde*, une centaine de médecins, magistrats et généraux protestent contre ce qui est décrit comme « un projet d'assassinat institutionnalisé » (cité par Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 71). En suivant la même logique, des commentateurs catholiques du manifeste des 343 déclarent que la France est « sur le chemin du génocide et du four crématoire⁴¹ ». La levée partielle du tabou sur l'avortement, qui permet d'envisager un élargissement de l'avortement thérapeutique, donne aux représentations criminelles de l'avortement une dimension nouvelle, qui s'appuie sur des référentiels créés à la suite des atrocités de la seconde Guerre Mondiale. Comparer l'avortement à un génocide contribue à faire de l'avortement un crime non plus individuel – commis par des femmes et/ou des avorteuses – mais collectif, imputable à l'État. La puissance publique est dénoncée comme l'instigatrice d'un projet conscient et systématique d'extermination d'une partie de la population, à une époque où ce crime de masse vient d'être défini dans le droit international⁴². En 1973, lors des débats autour du projet de loi Messmer-Taittinger⁴³, un député traditionaliste considère ainsi la libéralisation de l'avortement à « un génocide légal remboursé par la Sécurité sociale » (cité par Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 95). De tels imaginaires irriguent les franges conservatrices de la société : ils sont également présents dans le courrier

⁴¹ Cité par Marie Lemonnier et Elisabeth Philippe, « "J'ai appelé Beauvoir en tremblant" : comment les 343 "salopes" ont changé la vie des femmes », *L'Obs*, 31 mars 2021.

⁴² Le terme de « génocide » est défini en 1948 dans la Convention de l'ONU comme un acte « commis dans l'intention de détruire, ou tout ou en partie, un groupe national, ethnique, racial ou religieux ».

⁴³ Ce projet constitue une tentative de dépenalisation de l'avortement qui n'aboutit pas. La loi proposée par Simone Veil s'appuie sur le travail réalisé par ses prédécesseurs.

reçu par le *Nouvel Observateur* après la parution du Manifeste des 343⁴⁴ et dans les réactions des auditeur·ices de Menie Grégoire. Ils constituent ainsi « une relativisation du génocide juif », voire un vrai négationnisme, qui se poursuivra après le vote de la loi Veil (Venner, 1995b).

Si la comparaison aux camps de concentration est fréquente, c'est aussi la guerre du Viêt-Nam, alors contemporaine, qui est prise comme étalon du mépris que les défenseur·ses de l'avortement auraient envers la vie humaine – les décès de femmes ne faisaient pas partie de leur décompte. Aux yeux des conservateurs qui mettent en balance les grossesses avortées et des personnes adultes tuées dans les camps ou à la guerre, le « crime d'avortement » se trouve même renforcé par l'impossibilité de l'embryon à se défendre et sa pureté morale. Comme le résume Paul Ladrière, dans les discours pontificaux et dans la rhétorique des associations opposées à la légalisation, l'avortement est présenté comme « un "homicide", un "meurtre direct de l'enfant", "l'assassinat d'un innocent", un "crime", le "massacre des innocents" » (1982, p. 424). Décrit comme « la mise à mort d'un être humain » par des conservateurs comme le député et ancien ministre Jean Foyer en 1973, l'avortement est présenté comme une atteinte à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et aux droits de l'enfant (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 95).

- **La rhétorique du crime individuel**

Si cette rhétorique qui vise à accuser l'État d'un projet d'extermination est nouvelle, les représentations faisant des femmes ayant avorté des mères infanticides, et des avorteurs des assassins, est plus ancienne et reste persistante. Tout le vocabulaire des opposant·es à l'avortement est irrigué par ce vocabulaire criminel. L'embryon est mis en scène : en février 1973, Paris Match fait par exemple sa une avec un gros plan sur un embryon et la question « Peut-on le tuer ? » (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 91).

Dans certaines positions plus modérées où l'embryon n'est pas immédiatement considéré comme un enfant à part entière, l'argument du « respect de la vie » conduit pourtant aux mêmes conclusions relativement à l'avortement. Lors des débats sur l'éducation sexuelle en 1972, une députée de droite, Solange Troisier précise par exemple : « Peu importe que l'embryon vivant soit doué ou non de conscience. Il suffit de savoir qu'il vit. » (cité par Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 88).

Ce discours du « respect de la vie » essaime dans des milieux intellectuels pluriels, surtout à partir de 1973. Dans différents manifestes, des universitaires (l'historien protestant Pierre Chaunu, fervent critique du déclin démographique, s'oppose par exemple à l'avortement), des

⁴⁴ Doan Bui, « "343 culs de gauche, ensanglantés" : après le Manifeste, une avalanche de lettres », *L'Obs*, 31 mars 2021.

juristes (qui créent une Association des juristes pour le respect de la vie), mais aussi des médecins catholiques conservateurs (représentés notamment au Conseil de l'ordre) défendent au nom du « respect de la vie » un ordre moral fondé sur des rôles sexués traditionnels⁴⁵ (Devreux et Ferrand-Picard, 1982).

- **Des tentatives pour articuler le « respect de la vie » à une autorisation exceptionnelle de l'avortement**

La rhétorique du respect de la vie trouve cependant quelques modérateurs au sein des diverses mouvances religieuses. Les protestants, favorables au projet Peyret, conçoivent moins l'avortement comme un « crime » que comme une « tragédie » (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 111) vécue par les femmes, l'option répressive n'étant pas la solution puisqu'elle nie l'horreur des avortements clandestins. À l'intransigeance des positions catholiques qui entendent imposer leurs vues à l'ensemble de la société, les protestant-es opposent une « morale de la responsabilité » pluraliste qui, tout en considérant l'avortement comme un acte très grave, ne doit pas pousser à défendre la vie à tout prix⁴⁶.

Des dissidences sont également perceptibles chez certain-es catholiques, qui mettent en avant la détresse des femmes et les inégalités socio-économiques. Le docteur Peyret, porteur de la première proposition de réforme de l'avortement thérapeutique, est lui-même catholique – il s'est engagé après le décès d'une patiente des suites d'un avortement pour lequel il avait refusé de lui apporter son aide. Le professeur Milliez, médecin catholique personnellement opposé à l'avortement, s'attire quant à lui les foudres du Conseil de l'Ordre après avoir témoigné, à la demande de Gisèle Halimi, en faveur de Marie-Claire lors des procès de Bobigny. Les associations féminines comme l'Action catholique générale féminine, qui défendait par exemple l'encyclique sur le mariage de 1931, contestent davantage *Humanae vitae* de 1968 et remettent en cause la morale sexuelle rigoriste, en adoptant des postures davantage féministes (Della Sudda, 2016).

L'assimilation de l'embryon à un être humain est ainsi remise en cause au sein même du catholicisme. Au bas de la hiérarchie ecclésiastique, le prêtre Roqueplo affirme par exemple que ce qui constitue l'embryon en humain est qu'il soit « destiné à vivre et que cette destination ait un autre fondement que sa seule identité biologique », c'est-à-dire qu'il puisse être accepté

⁴⁵ Le 5 juin 1973, plus de 10 000 médecins appellent au respect de la vie ; ils sont suivis par 3422 juristes et 343 universitaires le 29 juin 1973 (Devreux et Ferrand-Picard, 1982, p. 506).

⁴⁶ Si l'Eglise protestante est très active dans la lutte contre le néo-malthusianisme et milite en faveur de la loi de 1920, ses positions évoluent durant la première moitié du XX^e siècle. Dès 1956, elle est favorable à une légalisation de la contraception. Le groupe protestant « Mouvement Jeunes Femmes » mené par Suzette Duflo rejoint la Maternité Heureuse dès sa création en 1956 avant de se déconfessionnaliser. Le pasteur André Dumas et son épouse Francine Dumas, tout en adhérant au principe chrétien du « respect de la vie », engagent une réflexion sur les conditions sociales de la maternité (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 106-114).

et accueilli, sans quoi l'argumentation dominante relève d'un hypermatérialisme (cité par Ladrière, 1982, p. 426) – une telle argumentation rappelle la distinction que fait ultérieurement Luc Boltanski entre le « fœtus tumoral » et le « fœtus authentique » confirmé par la parole (2004). La distinction historique entre « embryon informé » et « embryon formé » (l'avortement n'étant considéré comme un homicide que dans le second cas), qui a coexisté avec la doctrine dominante jusqu'au XIX^e siècle, constitue le référentiel d'une critique interne au catholicisme. Elle reste pourtant minoritaire.

Une morale à deux vitesses : la politique raciste et malthusienne des Outremer

Quel que soit leur degré, les prises de position conservatrices au nom du « respect de la vie », qui agitent l'épouvantail du crime individuel ou de masse, paraissent aujourd'hui fortement décalées par rapport à la politique démographique menée à la même époque dans les Outremer. À la Réunion notamment, au début des années 1970, des jeunes femmes pauvres et racisées sont avortées et stérilisées de force par des médecins blancs, aux frais de la Sécurité sociale. Sous couvert d'arguments qui plaident en faveur d'une baisse de la natalité pour réduire la pauvreté et éviter la surpopulation, c'est bien le contrôle du corps des femmes non-blanches – et la limitation de leur descendance – qui est en jeu. Comme l'a dénoncé Françoise Vergès, l'héritage esclavagiste et colonial produit une racialisation du ventre des femmes (Vergès, 2017). Les travaux de Myriam Paris éclairent les modalités de cette racialisation de l'action publique, qui s'appuie sur les administrations et acteur·ices locaux·ales (Paris, 2020a), tout en suscitant des résistances de féministes réunionnaises anticoloniales (Paris, 2017). Aux Antilles, la situation est plus contrastée : des acteurs locaux – notamment des prêtres et des médecins – s'opposent à la mise en œuvre de la politique néomalthusienne de l'État (Zancarini-Fournel, 2019a).

Toujours est-il que cette politique démographique n'émeut pas les conservateurs de la métropole : parmi eux, personne n'évoque un « génocide » des bébés non-blancs ni ne s'insurge contre la politique antinataliste dans l'île administrée par Michel Debré. L'inquiétude démographique ne concerne que les femmes blanches, illustrant une fois encore le décalage idéologique entre ce qui est toléré en métropole et dans l'espace colonial et post-colonial. Seules quelques rares voix féministes dénoncent ce double standard de la puissance publique en matière de procréation : une proposition de légalisation de l'avortement de Choisir l'évoque, tandis qu'en avril 1973 la Charte fondatrice du MLAC dénonce sans ambages une politique

« malthusienne et raciste » (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 82)⁴⁷. La radicalisation du mouvement pour la liberté de l'avortement, quoique centrée sur la situation en métropole, rend saillante le double-standard des plus conservateurs.

1.2.4. L'avortement comme liberté des femmes au-dessus de la loi en vigueur

Les mobilisations en faveur de l'avortement se radicalisent après les procès de Bobigny : alors que l'opinion publique devient de plus en plus favorable à un changement de législation, la constitution du Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception (le MLAC) change la donne. Le droit à l'avortement n'est plus seulement affirmé ou réclamé : à partir de 1973, il est pris, publiquement, par des militant-es qui défient le pouvoir en place en réalisant des avortements illégaux.

Le renouveau historiographique proposé par Lucile Ruault dans sa thèse de science politique (2017a) invite à considérer l'histoire du MLAC, ou plutôt des MLAC, depuis la diversité de sa base militante. Plutôt que de commémorer – au risque de déhistoriciser – la « rupture » permise par l'introduction de la méthode connue encore aujourd'hui en France sous le nom de « méthode Karman »⁴⁸, la chercheuse invite à porter le regard sur les mobilisations profanes qui ont permis à ce mouvement contestataire de prendre l'ampleur qu'il a eue, tout en expliquant la médicalisation de l'IVG dans la loi Veil. Il faut ainsi nuancer l'idée que c'est la technique du psychologue Harvey Karman qui constitue la clé des mobilisations du début des années 1970 pour l'avortement. La mise en récit de la simplicité de la « méthode Karman » a en effet occulté les pratiques par aspirations déjà existantes, tout en participant à une narration faisant de l'avortement une prérogative médicale (Ruault, 2021).

La plupart des travaux historiques ont ainsi insisté sur la dimension révolutionnaire de la méthode par aspiration, bien plus simple que le curetage⁴⁹. En août 1972, un avortement public est ainsi réalisé par Harvey Karman à Paris, place des Vosges, chez l'actrice Delphine Seyrig. Il est assisté par Pierre Jouannet, jeune médecin très enthousiasmé par la méthode, qui la diffuse à ses collègues du Groupe Information Santé, un collectif de jeunes étudiants en médecine et

⁴⁷ On peut avec Michèle Zancarini-Fournel nuancer les positions de Françoise Vergès qui considère que les féministes blanches et bourgeoises ne sont pas du tout intéressées au sort des femmes réunionnaises (Zancarini-Fournel, 2019b).

⁴⁸ Au CIVG2, les équipes disaient couramment « on fait une Karman » pour parler de l'IVG par aspiration – ce n'était pas le cas au CIVG1.

⁴⁹ Jusque-là, le curetage, qui consiste à gratter la paroi utérine, se faisait avec des tiges rigides qui rendaient les perforations utérines fréquentes, avec des conséquences sanitaires désastreuses – infections, stérilité etc. La méthode par aspiration, en utilisant une canule souple et un dispositif aspirant (seringue, pompe...), limite à la fois les risques et la douleur.

médecins d'extrême gauche fondé à la suite des mouvements de mai 1968 sur le modèle du Groupe Information Prison de Michel Foucault. Leur objectif est de « démedicaliser la médecine » : en opposition à l'Ordre des médecins auquel ils refusent de cotiser, le groupe dénonce le paternalisme médical et plaide pour un droit à la santé (Pitti, 2010). Leur défense de l'avortement passe d'abord par un soutien au professeur Milliez mis en cause par l'Ordre pour avoir témoigné en faveur de Marie-Claire au procès de Bobigny. Après la démonstration de Karman, ils s'approprient la méthode et commencent à réaliser des avortements illégaux, bientôt ouvertement revendiqués⁵⁰. Ainsi, le 8 avril 1973, à l'hôpital Saint-Antoine, des médecins du GIS réalisent un avortement public, sur lequel ils réalisent un documentaire. Pierre Jouannet sollicite les réalisateur·ices Charles Belmont et Marielle Issartel ; le MFPPF finance ce qui devient *Histoire d'A.*, le premier film documentaire et militant sur la méthode par aspiration (Fleckinger, 2010 ; Lecler, 2007). Le film, censuré immédiatement, fait scandale.

Le mouvement protestataire prend de l'ampleur le mois suivant : le 8 mai 1973, Annie Ferrey-Martin, gynécologue grenobloise qui a créé une antenne de Choisir et réalise des avortements depuis 1972⁵¹, est inculpée pour avoir avorté une jeune fille de 17 ans ; à Grenoble, à Paris, à Lyon, la contestation enfle, les meetings et les prises de parole se multiplient – dès 1974, un premier centre d'orthogénie illégal fonctionne à Grenoble. Pour défendre ces médecins, le Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception est créé dès avril 1973.

Déclaré en préfecture, proche des syndicats et des militant·es institutionnel·les de gauche et d'extrême-gauche, le MLAC, groupe mixte, dispose de différentes antennes sur tout le territoire. Son organisation tranche avec celle du MLF où l'organisation informelle et la conscience de genre, incarnée dans la non-mixité, sont primordiales (Pavard, 2009a ; Zancarini-Fournel, 2003). L'illégalisme devient une pratique revendiquée : autour de la méthode par aspiration, ce sont un ensemble d'acteur·ices très divers·es (Ruault, Porée et Fillieule, 2018, p. 712-713) qui recomposent leur engagement en faveur de l'avortement libre et gratuit (Pavard, 2012b).

⁵⁰ Le 3 février 1973, le *Nouvel Observateur* publie un second Manifeste qui fait écho à celui des 343, le « Manifeste des 331 ». Les 331 médecins signataires s'y auto-accusent d'avoir pratiqué des avortements et réclament, en plus de l'avortement libre et gratuit, l'éducation sexuelle et le remboursement de la contraception. Le conseil de l'Ordre, tout en maintenant une position anti-avortement, ne prend pas de sanctions. Le 7 février, c'est au tour de l'ANEA de rendre publique une déclaration de 206 personnes affirmant « Nous avons fait des avortements : voici pourquoi », qui n'appuie cependant pas la liberté des femmes à décider.

⁵¹ Elle a été formée lors d'un voyage à Londres pour Choisir auprès de médecins et en ramène le matériel nécessaire (Pavard, 2009a, p. 81).

Le MLAC, ou plutôt les MLAC, bientôt rejoints par le MFPP⁵², conçoivent une action délibérément hors-la-loi, une « propagande par l'exemple » (Gelly et Pavard, 2016) pour faire bouger l'État. Mais il n'est pas seulement question de provoquer le gouvernement : pour de nombreuses militantes profanes, l'enjeu principal reste de donner aux femmes les moyens d'avorter dans de bonnes conditions – dit autrement, de pratiquer les avortements non pas pour s'en targuer publiquement, mais pour donner aux femmes les moyens de leur autonomie procréative. Bénéficiant de nombreuses adhésions – près de 15 000 – les MLAC, dans leur diversité, permettent de « transformer une lutte minoritaire en un mouvement populaire et illégal » (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 80). Deux moyens d'action sont utilisés : l'accompagnement des femmes à l'étranger, dans les pays où l'avortement est déjà légal (notamment en Hollande au Royaume-Uni), et la réalisation d'avortements illégaux sécurisés grâce à la méthode par aspiration, complétée par un accompagnement émotionnel. Cette « anesthésie verbale » consiste à informer l'avortante, tout au long de la réalisation de l'acte, des techniques et des instruments utilisés et à l'aider dans la gestion de la douleur et de ses sensations, grâce à l'interaction avec une ou plusieurs autres personnes (Ruault, 2021).

Les pratiques varient selon les sections locales (Rameau, 2011) : plusieurs MLAC de banlieue et de province revendiquent une démedicalisation de l'avortement et une réappropriation des savoirs et compétences gynécologiques par les femmes elles-mêmes. Cette tension entre expert-es et profanes se rejoue dans plusieurs groupes (Ruault, 2017a). Si les médecins du GIS refusent de faire de la médecine une autorité morale et se considèrent comme au service du choix des femmes, ils n'en conçoivent pas moins l'avortement comme acte médical supposant des compétences techniques spécifiques (Garcia, 2005). Mais pour les militantes féministes, la pratique profane de l'avortement est aussi une façon de mettre en question l'emprise de la médecine sur les corps et de redonner du pouvoir aux femmes. Cette

⁵² Dès le courant de l'année 1967, alors que l'autorisation de la contraception se profilait, Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé avait démissionné de la présidence du MFPP. Pour cette médecin d'origine catholique, la légalisation de la contraception, porteuse de la promesse d'en finir avec l'avortement clandestin, ne pouvait s'accompagner de revendications pour autoriser l'avortement : son départ du MFPP est une opposition à la « politisation » de l'association qu'elle a créée. Les divergences de vue entre médecins et non-médecins sont un autre élément du départ de la fondatrice (Garcia, 2011a), qui se rejoue lorsque le Planning Familial, jusque-là réticent à soutenir les revendications en faveur de l'avortement libre, rejoint les MLAC émergents dans la réalisation des avortements illégaux. Avant 1973, le Planning, réformiste, soutenait plutôt les positions de l'ANEA. Ce changement dans la trajectoire de l'association a lieu en juin 1973 à l'occasion du X^e Congrès du Mouvement, qui oppose les médecins plus réformistes aux conseillères menées par Simone Iff, finalement élue à la présidence (Duverger, 2015). Tandis que le groupe issu du Collège des médecins revendique une implication politique plutôt traditionnelle et veut passer par la voie légale, les conseillères, qui dénoncent les rapports de pouvoir genrés avec les médecins, défendent la voie de l'avortement par la pratique : le droit à l'avortement n'est plus à réclamer mais à prendre. Cette confiscation du pouvoir revient aux femmes, expertes de leur corps. Le triomphe des positions les plus radicales conduit au départ des fondateur-ices de l'association comme Evelyne Sullerot ou Anne-Marie Dourlen-Rollier, plus réservées sur la question de l'avortement (Bard et Mossuz-Lavau, 2006).

réflexion est à l'origine de tensions entre les médecins du GIS et des militantes féministes. Si, à la tête du mouvement, Monique Antoine (avocate de Choisir à Bobigny) fait le trait d'union entre MLF d'où elle vient et le GIS auquel appartient son époux, le conflit est parfois frontal entre des médecins qui n'envisagent l'avortement que comme une prérogative médicale et des femmes qui exigent de le réaliser elles-mêmes. Les divergences ne révèlent pas seulement des divergences idéologiques entre une logique de classe portée par le GIS et une logique de genre défendue par les femmes : elles se traduisent aussi dans des pratiques militantes divergentes, qui conduisent parfois à l'implosion de certains groupes⁵³ (Jacquemart et Masclet, 2017).

La loi Veil, parce qu'elle attribue aux médecins le monopole de la réalisation des avortements, s'avère ainsi « un succès en demi-teinte pour les MLAC » (Ruault, 2016, p. 39). Les quelques « MLAC dissidents », qui se féminisent et poursuivent la réalisation d'avortements après 1975, ne visent donc pas simplement à remédier aux carences de la loi ou à défendre les personnes inculpées pour avortement dans les procès en cours (Ruault, 2017a)⁵⁴. L'objectif est aussi de « récuser ce contrôle social [et de] pérenniser des actes gynécologiques 'démédicalisés' » (*ibid.*, p. 45), dans une perspective inspirée du mouvement de *self-help* importé des États-Unis. La lutte pour l'avortement libre et gratuit qui se configure est ainsi portée par des rhétoriques plurielles. Au carrefour de ces positions, la loi Veil est bien une loi de compromis.

1.2.5 L'avortement comme problème de santé publique

En 1973, au lendemain des protestations face à l'arrestation d'Annie Ferrey-Martin à Grenoble, le premier ministre, Pierre Messmer, reconnaît publiquement la nécessité de revoir la législation en matière d'avortement et promet une loi nouvelle. Il confie un projet de réforme législative au ministre de la Justice, Jacques Taittinger, et au ministre de la Santé, Michel Poniatowski, plus libéraux que leurs prédécesseurs aux mêmes postes. À la Commission des Affaires Culturelles, Sociales et familiales, entre juillet et novembre 1973, des personnes considérées comme expertes de la question – médicaux, experts en psychisme, journalistes, clercs etc. – sont ainsi interrogées sous l'égide d'Henri Berger (Devreux et Ferrand-Picard, 1982).

Une voie moyenne est proposée fin 1973, très proche des premières propositions de l'ANEA (qui est d'ailleurs le seul groupe à être à peu près favorable au texte) : « l'interruption volontaire

⁵³ Les femmes du MLF quittent par exemple le MLAC de Rouen en 1974 à la suite de divergences avec les médecins hommes.

⁵⁴ Le rôle du MLAC Aix, principal dissident, lors du procès d'Aix en 1977 a par exemple été étudié en détail par Lucile Ruault (2017b).

de grossesse » pourrait être légalisée en cas de danger pour la santé de la femme enceinte, de malformation majeure du fœtus ou de grossesses consécutives à un crime (viol ou inceste). La décision en reviendrait aux femmes après sept jours de délai de réflexion et consultation d'un médecin, lequel bénéficie d'un droit de réserve. L'IVG serait remboursée pour être accessible aux plus pauvres. Trop libéral pour les uns, le texte ne l'est pas assez pour les autres – le MLAC, par l'intermédiaire de sa présidente Monique Antoine, s'insurge contre une loi « injuste, répressive, inapplicable et déjà caduque » (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 94). L'entreprise finit par échouer en raison du décès du président Pompidou qui ajourne les débats et précipite les élections présidentielles. Il contribue cependant à définir les oppositions politiques (entre conservateurs, libéraux humanistes et progressistes) et à retraduire le débat dans les termes d'un questionnement sur la place des femmes, dans une assemblée composée à plus de 98 % d'hommes (8 femmes sur 490 députés).

Avec l'élection de Valéry Giscard d'Estaing, un vent de réforme souffle : si le candidat est prudent sur la question de l'avortement pour ménager son électorat, une fois au pouvoir c'est un des premiers dossiers qu'il rouvre. Sa volonté de modernisation et de rupture avec le gaullisme s'incarne dans la création d'un éphémère Ministère des Réformes et d'un secrétariat d'État à la condition féminine confié à Françoise Giroud, et dans plusieurs mesures phares dont l'abaissement de la majorité à 18 ans et le divorce par consentement mutuel. En l'absence d'élections législatives, le nouveau président fait le pari de légaliser l'avortement avec la même Assemblée que celle qui a refusé le projet Messmer. Il confie cette tâche au seul ministère de la Santé – et non plus à la Justice – en la personne de Simone Veil, magistrate jusque-là inconnue du grand public mais chevronnée.

Celle-ci a bien conscience de la nécessité de réformer la loi dans les plus brefs délais, quand l'autorité publique est ouvertement contestée par la pratique illégale de l'avortement. Son prédécesseur lui a donné la mesure de l'urgence : « vous arriverez un matin au ministère et vous découvrirez qu'une équipe du MLAC squatte votre bureau et s'apprête à y pratiquer un avortement⁵⁵ ». Simone Veil, après avoir libéralisé l'accès à la contraception, s'emploie ainsi à forger un compromis, qu'elle présente comme une défense de l'ordre public et un enjeu sanitaire majeur : à la différence du premier XX^e siècle, le « fléau » de l'avortement n'est plus envisagé comme une épidémie sociale, symptomatique de mœurs en déréliction (Cahen, 2016, p. 130 et suivantes), mais comme un problème relevant de l'hygiène publique, étant donné les conséquences terribles des avortements clandestins réalisés dans de mauvaises conditions

⁵⁵ Michel Poniatowski à Simone Veil. L'anecdote est racontée dans les mémoires de la ministre et mentionnée notamment par Pavard, 2012b.

(Isambert, 1982). Ainsi il n'est pas question de faire de l'avortement un droit des femmes, ni de discuter de la nature de l'embryon, mais de pragmatiquement limiter les dégâts d'une pratique effective, réalisée dans des conditions trop souvent déplorables. En légiférant, la puissance publique entend récupérer le contrôle sur une pratique illégale qui lui échappe : outre l'autorité de l'État à restaurer, la mise en place d'un dispositif légal contraignant est vu comme l'occasion de réduire le nombre d'avortements, en éduquant à la contraception et, pourquoi pas, en proposant des options alternatives aux femmes. Comme le rappelle Michèle Ferrand, « c'est l'insistance sur la fonction préventive de la loi qui a permis de dégager la majorité nécessaire à son vote final. La nécessité de réduire le recours à l'avortement était l'unique point d'accord dans une opinion très divisée » (1982, p. 383). Ce consensus préventif s'inscrit dans la lignée des revendications contraceptives prophylactiques – et se poursuit par la suite.

Dans ce compromis arraché de haute lutte par Simone Veil, les médecins jouent un rôle central : acteur·ices de la mobilisation, ils n'ont jamais cessé de revendiquer une expertise, si ce n'est morale, du moins technique, exerçant ainsi « une domination sociale fondée sur la distinction entre les savants et les profanes et sur des conditions très sélectives d'accès à la profession » (Garcia, 2005, p. 114). Cette médicalisation de l'avortement est bien le résultat de la mise en sens de l'avortement comme problème sanitaire devant être strictement encadré : avec les mêmes précautions que lorsqu'elle contourne le débat sur le « respect de la vie », Simone Veil évacue le discours féministe de l'émancipation. En 1975, l'avortement est juste concédé, la loi elle-même étant conditionnelle, votée pour cinq ans seulement. Comme le résume Simone Veil elle-même dans son discours du 26 novembre 1974, en s'adressant aux plus conservateurs : « si [la loi] n'interdit plus, elle ne crée aucun droit à l'avortement. »

La loi qui entre en vigueur en 1975 ne satisfait donc pas les revendications pour l'avortement libre et gratuit. La nouvellement nommée « interruption volontaire de grossesse » (Serverin, 1980), autorisée jusqu'à 10 semaines de gestation, n'est pas remboursée par la Sécurité Sociale, bien qu'elle soit strictement prise en charge par des médecins. Si le choix d'avorter revient uniquement aux femmes « que leur grossesse place en situation de détresse », celles-ci doivent respecter un délai de réflexion d'une semaine et se prêter à un entretien psychosocial obligatoire. Les mineures doivent obtenir une autorisation parentale et les étrangères ne peuvent avorter que si elles disposent d'une carte de séjour de plus de trois mois. Le contrôle social de l'avortement est délégué aux médecins, qui bénéficient d'une clause de conscience, et aux travailleur·ses sociaux·les en planification familiale (Memmi, 2003). Bien que les conseillères conjugales et familiales renoncent rapidement à un rôle dissuasif (Devreux, 1982), l'entretien obligatoire signale que la possibilité d'avorter est une concession pour remédier à une situation exceptionnelle. Ce texte représente donc bien un compromis politique.

*

La mise en débat de l'avortement, largement étudiée par les sociologues dans les années 1980⁵⁶, reflète des rhétoriques contrastées qui sont autant de jalons pour comprendre l'élaboration historique de l'*abortion stigma* français : aux très conservateurs, qui mettent en avant le « respect de la vie » et les droits de l'enfant et crient à l'infanticide, s'opposent les revendications féministes en faveur d'une émancipation des femmes dont l'avortement est la condition *sine qua non*⁵⁷. Les transformations de la sexualité ne permettent qu'une levée ambiguë et limitée du tabou sexuel, tandis que l'argument démographique est en perte de vitesse – la politique de la population étant en pleine évolution. Comme pour la légalisation de la contraception, le compromis réside dans une étroite tutelle médicale. En évacuant à la fois les questionnements sur le « droit à la vie » des embryons et sur le « droit des femmes à disposer de leur corps », la loi Veil fait de l'avortement un acte exceptionnel autorisé au nom de la santé publique.

1.3. L'avortement, une « déviance légale » ou un droit sexuel et reproductif ?

La dépénalisation de l'avortement ne contribue donc pas à subvertir le soupçon moral qui l'entoure, pas plus qu'elle ne relève d'une affirmation publique du droit des femmes à décider de leur futur (Horellou-Lafarge, 1982). Si la loi de 1975 est consolidée par un ensemble de mesures, et approfondie par la loi de 2001, la remise en cause de l'avortement demeure forte, y compris à l'heure de la mise en avant de la santé sexuelle et reproductive et d'une accélération législative pour garantir l'accès à l'IVG. L'histoire récente de l'avortement reste ainsi celle d'une persistance du stigmate, qui fait de l'IVG une « déviance légale » (Divay, 2004).

⁵⁶ Notamment dans le numéro de la *Revue Française de sociologie* de 1982 (Devreux, 1982 ; Devreux et Ferrand-Picard, 1982 ; Ferrand-Picard, 1982 ; Isambert, 1982 ; Ladrière, 1982b ; Serverin, 1980).

⁵⁷ François Isambert identifie ainsi quatre tendances argumentatives dans le corpus de presse qu'il étudie : « Il ne faut pas opposer seulement deux positions, celle des "anciens" et des "modernes", ou encore des "pessimistes" et des "optimistes" mais quatre. Les deux positions les plus massives, celle du traditionalisme religieux et celle du libéralisme ne s'opposent pas terme à terme, mais développent des argumentations sur des plans entièrement différents. Dès lors, au traditionalisme religieux s'oppose une position minoritaire mais virulente que l'on pourrait appeler "libertaire iconoclaste", antagoniste de la première à la fois sur les plans éthiques et métaphysique, chacune des deux situant son centre de gravité sur un plan différent. De même, au libéralisme social répondent des arguments d'une tendance qui se qualifie volontiers elle-même de "salut public", mettant en avant d'un côté le "problème social", de l'autre un enjeu collectif, ce qui est tout à fait différent. » (Isambert, 1982).

1.3.1 De la loi Veil à la loi Aubry-Guigou : l'IVG sous surveillance

De 1975 à 2001, l'accès à l'IVG s'organise sur le territoire mais les oppositions perdurent, notamment sous la forme de « commandos anti-IVG » au tournant des années 1980 et 1990. La loi Neiertz de 1993, qui caractérise le délit d'entrave à l'IVG, puis la loi Aubry-Guigou de 2001, qui en réorganise l'accès, donne davantage de légitimité sociale à cet acte qui reste controversé.

La mauvaise technique de régulation des naissances

Le vote de la loi Veil ne garantit pas immédiatement à toutes un accès à l'avortement et par ailleurs, cet accès se fait dans un isolement hospitalier qui contraste avec les techniques d'accompagnement développées par le MLAC. C'est la raison pour laquelle, après 1975, le militantisme féministe pro-avortement perdure : l'enjeu est non seulement d'assurer l'accès au soin là où la loi n'est pas encore appliquée, mais aussi de contester la mainmise médicale sur un acte que de nombreuses non-médecins s'étaient appropriées. Plusieurs groupes affiliés au MLAC, que Lucile Ruault nomme les « MLAC dissidents », comme le MLAC d'Aix, se féminisent et continuent à pratiquer des avortements illégaux et démedicalisés jusqu'au début des années 1980, en s'exposant aux sanctions (2017b).

Du côté des médecins, la puissance contestataire du GIS s'institutionnalise avec la création de l'ANCIG (Association nationale des centres d'interruption de grossesse) pour veiller à la mise en place de la loi Veil et accompagner le développement des centres d'orthogénie. Par l'intermédiaire d'un militantisme plus classique, le lobbying de l'ANCIG permet plusieurs avancées (Garcia, 2005).

La reconduction de la loi Veil en 1979 se fait avec moins de difficulté que son vote en 1975. La forte mobilisation féministe, notamment lors de la manifestation non-mixte du 6 octobre 1979, renforce l'association entre avortement et droit des femmes. Les catholiques concèdent un certain pluralisme et ne cherchent plus à imposer leurs vues à l'ensemble de la société (Sevegrand, 2015). Tandis que la droite se résigne, la gauche souscrit au droit des femmes à disposer de leur corps.

Cette confirmation ne fait pourtant pas oublier le regret principal de la loi de 1975 : l'absence de remboursement de l'IVG par la Sécurité Sociale laisse un goût amer aux militant·es de la première heure. Yvette Roudy, qui qualifie la loi de « bourgeoise » dans une interview pour *Elle*, s'emploie au début des années 1980 à obtenir le remboursement de la prise en charge,

après une grande campagne d'information sur la contraception⁵⁸. La Ministre des Droits des Femmes du gouvernement socialiste entend mettre en pratique l'affirmation de 1979 du parti socialiste selon laquelle « la liberté de disposer de son corps est un droit inaliénable ». Dans cette perspective, le débat sur le remboursement est posé en termes d'accès au droit : dans un souci de justice, l'appartenance de classe ou de sexe ne doit pas être un obstacle au soin (Robinson, 2001). Le vote de la loi prolonge les considérations sanitaires de la loi Veil, tout en suscitant une vive opposition de la part de la droite conservatrice – le député Jean Foyer la qualifie de « législation de mort ». L'opposition à l'avortement, quoique marginalisée, reste vive.

À mesure que l'acceptation de l'IVG progresse dans la sphère médicale et dans l'opinion publique, la contestation se replie vers l'extrême-droite et adopte, outre un fort lobbying pour bloquer la production des médicaments abortifs, un répertoire d'action spectaculaire (Venner, 1995b). Dans les années 1980 et au début des années 1990, des groupes d'action comme La Trêve de Dieu et SOS Tous-Petits pénètrent dans les centres d'orthogénie pour empêcher le bon déroulé des avortements et culpabiliser les femmes. Les médecins interrogées sur leur pratique de l'orthogénie dans le cadre de mon enquête, comme la docteure Armana, orthogéniste depuis plus de trente ans, décrivent ces intrusions au début des années 1990 :

Il faut savoir qu'à l'époque, on avait des commandos qui venaient, qui s'introduisaient de force dans nos services, qui s'enchaînaient avec des cadenas de motos à nos tables d'opérations, enfin c'était assez musclé. [...] Les commandos se contenaient à l'extérieur, se mettaient sous nos fenêtres, et chantaient, ils entonnaient des cantiques pendant toute la matinée en brandissant des bébés, voilà.

Si le répertoire d'action des anti-IVG se transforme avec l'invention de ces « commandos », leur rhétorique reste fondée sur la « victimisation du fœtus » (Venner, 1995c, p. 58) et l'euphémisation, voire le négationnisme de l'Holocauste (Erdenet, 1992). Les effractions dans les centres d'IVG, l'enchaînement aux lits d'hôpitaux, les accusations d'infanticide envers les avortantes et le personnel de santé sont ainsi présentés comme des hommages à la mémoire des embryons avortés. L'enquête menée à l'époque par Fiammetta Venner – qui lui avait valu d'être traduite en justice pour diffamation, suivie d'un non-lieu – révèle toutefois que ces commandos ne sont que la pointe émergée d'une contestation souterraine de l'avortement qui se diffuse bien au-delà de l'extrême droite française et bénéficie à la fois de considérables soutiens financiers, venus notamment des États-Unis, et de la sympathie d'élus.

⁵⁸ Le discours préventif reste cependant dominant dans cette campagne puisque « une hiérarchie très nette est établie entre contraception et avortement, le deuxième n'apparaissant dans cette campagne d'information que sous l'angle d'un problème auquel seule la première peut remédier » (Roux, 2020, p. 76-77).

La loi Neiertz, votée en 1992 et promulguée le 27 janvier 1993, est créée pour lutter contre ces intrusions : en caractérisant le délit d'entrave à l'IVG, elle rend passible d'une peine de deux mois à deux ans de prison, et d'une amende pouvant aller jusqu'à 30 000 francs, toute personne s'opposant à l'accès à l'avortement. Les commandos anti-IVG perdurent jusqu'en 1997, avant d'opter pour des manifestations légales et d'investir le terrain de l'information sur l'IVG.

L'affirmation controversée du droit à l'avortement

Les commandos anti-IVG suscitent des réactions importantes du côté des militantes féministes : la CADAC, Coordination pour l'Avortement et le Droit A la Contraception, voit le jour dès 1990 et contribue largement à faire advenir la loi Neiertz. Elle organise également, le 25 novembre 1995, en plein mouvement social contre la réforme Juppé, une grande manifestation féministe contre « la remontée de l'ordre moral » (Picq, 2002), dont le succès est inattendu (Robinson, 2001 ; Trat, 1997). Ce militantisme est d'une grande importance : avec des associations comme le Planning familial et l'ANCIC, la CADAC contribue également à l'avènement de la loi Aubry-Guigou (Dauphin, 2002).

La loi votée le 4 juillet 2001 s'avère une avancée notable en faveur du droit des femmes. En supprimant l'obligation d'entretien psychosocial pour les majeures, elle considère que les usagères sont suffisamment autonomes pour prendre une décision en leur âme et conscience. Dans la même logique, les mineures n'ont plus besoin d'une autorisation parentale, seulement d'être accompagnées par une personne majeure. L'allongement du délai légal d'avortement de 10 à 12 semaines de grossesse (soit de 12 à 14 semaines d'aménorrhées) et la réorganisation de la prise en charge sont par ailleurs implémentées pour favoriser l'accès à l'IVG.

Elisabeth Guigou, qui a porté avec Martine Aubry le projet de loi de 2001, déclare le 29 novembre 2000 à l'Assemblée Nationale que « la pratique de l'avortement a d'abord été un tabou et à ce titre, sévèrement réprimée. Elle a ensuite été tolérée et libéralisée. Enfin, elle est devenue un droit » (cité par Le Naour et Valenti, 2003, p. 309). Les chercheur·ses en sciences sociales souscrivent à cette analyse politique : en « [sortant] l'IVG du Code pénal pour l'inscrire uniquement dans le Code de la santé publique, [elle] achève de transformer la tolérance en droit » (Bajos et Ferrand, 2011, p. 48).

Ces avancées doivent cependant être considérées avec prudence : le maintien du délai de réflexion d'une semaine continue de marquer l'IVG comme un droit sous condition, tandis que le cadre juridique trouve des limites dans son application empirique.

L'information sur l'accès à l'IVG s'avère par exemple d'autant plus limitée que les opposant·es au droit à l'avortement, désormais sous le coup de la loi Neiertz, ont déplacé leur

action sur internet. La « croisade morale » continue (Mathieu, 2005), mais l'entreprise de dissuasion avance masquée, sous couvert de présenter des informations neutres. La contestation de la légalité de l'IVG est remplacée par une contestation en pratique de sa légitimité pour les femmes.

Dans les années 2000, des sites comme *ivg.net*, *ecouteivg.org*, *sosbebe.org* fleurissent, animés par des réseaux de la mouvance familialiste et catholique conservatrice comme Alliance Vita⁵⁹. Ces sites, sous une apparente neutralité, portent en fait un discours anti-IVG : dans les sections témoignages, la parole est donnée quasi-exclusivement à des femmes qui regretteraient leur IVG ; dans les sections médicales, l'information est partielle et partielle, et met en avant les dangers physiques et supposément psychiques de l'avortement. Les références à la littérature scientifiques donnent des gages de légitimité à ce qui est pourtant une vaste entreprise de désinformation : les enquêtes citées sont soit réalisées par la mouvance anti-avortement dans des conditions expérimentales biaisées, soient tronquées, soit ouvertement falsifiées⁶⁰. Tout dans le discours consiste à montrer l'IVG comme un acte très douloureux aux conséquences psychiques et physiques durables. Les lignes d'écoute associées à ces sites sont en fait tenues par des militant·es anti-IVG dont l'objectif est de persuader les femmes de renoncer à avorter (voir Chapitre 7).

Ce travail de sape idéologique, mis en évidence notamment dans le premier volet du Rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes de 2013 (Laurant, 2013), pousse la puissance publique, désormais relais des droits des femmes, à se saisir du problème.

1.3.2 L'IVG à l'heure de la santé sexuelle et reproductive : un droit timide

Ce début de XIX^e siècle marque une temporalité nouvelle pour l'avortement : désormais, la puissance publique s'approprie le discours féministe, sans renoncer pour autant à un objectif – désormais implicite – de réduction du nombre d'IVG.

⁵⁹ Samuel Laurent pour *Le Monde* du 28/09/2015, « Comment les anti-avortement pratiquent la désinformation sur le Web ».

⁶⁰ Voir le mémoire de fin d'étude de sage-femme de Domitille Rupin, « Impact décisionnel et émotionnel des sites internet anti-IVG sur les femmes faisant face à une grossesse non prévue », que j'ai encadré en 2018 à l'Université de Tours.

« Mon corps, mon choix, mon droit » : une institutionnalisation du discours féministe

À la suite de l'élection de François Hollande à la présidence de la république, en 2012, le dossier IVG est réouvert. La création du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes institutionnalise davantage le féminisme d'État (Revillard, 2016). Un de ses premiers rapports concerne l'information relative à l'IVG (Commission Santé, droits sexuels et reproductifs, 2013) et l'accès concret au soin (Bousquet et Laurant, 2013) : en 2023, une part importante des recommandations formulées dans ce rapport ont été mise en place – la principale exception étant la persistance de la clause de conscience relative à l'IVG, qui continue de faire débat (voir chapitre 2). Au début des années 2010 encore, l'accès à l'IVG, garanti dans le droit, continue à être laborieux en pratique. Les différentes enquêtes publiques menées sur l'accès à l'IVG font état d'un bilan mitigé. Les rapports de l'Inspection Générale des Affaires Sociales de 2002 (Jeandet-Mengal, 2002) et de 2009 (Aubin, Jourdain Menninger et Chambaud, 2009) ainsi que le rapport du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale (Rapport du groupe de travail n° 2, 2011) révèlent les insuffisances de l'organisation des soins. Marie-Laure Brival, dans son rapport de 2012, invite ainsi la puissance publique à assumer ses responsabilités en termes de santé publique (Brival, 2012) :

L'IVG est [...] une question de santé publique dont l'État doit se saisir. Les débats récurrents au plan éthique, moral et religieux qu'elle suscite montrent à quel point seule une volonté politique peut permettre d'assurer de manière pérenne son accessibilité, la réalité et la qualité de sa prise en charge. En l'absence de volonté politique, l'IVG restera une activité marginale dans le système de soins, en prise avec ses vieux démons, elle subira les aléas du bon vouloir des uns et des autres et les difficultés d'accès perdureront.

Les recommandations du HCE font la synthèse de ces limites et proposent des pistes pour y remédier (Bousquet et Laurant, 2013). Les deux premières recommandations en matière de législation sont appliquées rapidement et conduisent à des modifications légales d'une grande force symbolique. Avec la loi du 4 juillet 2014, la notion de « détresse », qui faisait de l'IVG une concession plutôt qu'une liberté des femmes, est supprimée : la demande d'IVG devient suffisante en elle-même. L'abrogation du délai de réflexion d'une semaine, réclamée par le Planning Familial (et déjà effective en pratique dans les prises en charge militantes qui antedatent les demandes d'IVG pour accélérer la prise en charge), est votée en 2015 et appliquée dès 2016. Elle reste cependant quelque peu ambiguë puisqu'elle réintroduit un délai de réflexion de 48 heures si l'usagère souhaite l'entretien psychosocial – cette disposition est supprimée en

mars 2022. Le « gouvernement par la parole » (Memmi, 2003) conservé mais il est laissé désormais à l'initiative des femmes.

La lutte contre les sites anti-IVG déguisés conduit dès 2013 à des recommandations en faveur de la création d'un site internet gouvernemental consacré à l'IVG : [ivg.gouv](https://ivg.gouv.fr/)⁶¹ est créé en 2015 pour s'opposer à la grande visibilité des sites comme IVG.net. Un numéro vert est créé pour dispenser une information fiable et disqualifier des numéros locaux aux mains des anti-IVG. Localement, des groupes de professionnel·les peuvent s'organiser pour faciliter la formation des professionnel·les – c'est par exemple le cas du Réseau entre la Ville et l'Hôpital⁶² (REVHO) implanté à Paris et dans plusieurs régions française – ou diffuser des adresses où avorter – le site [IVGlesadresses](https://ivglesadresses.org/)⁶³ recense les différents lieux de prise en charge de l'IVG. Les batailles contemporaines s'éloignent donc du terrain juridique pour se concentrer sur les représentations de l'avortement et l'accès effectif au soin. Le 16 février 2017, le délit d'entrave à l'IVG est étendu à la désinformation en ligne : la loi, qui définit un cadre juridique pour condamner ces pratiques, est plus symbolique qu'efficace, l'inculpation et la condamnation étant très difficiles à mettre en œuvre.

À mesure que le droit à l'avortement s'institutionnalise, c'est la rhétorique autour de l'avortement qui se transforme, moins dans ses idées que dans les instances qui les portent : la campagne de santé publique menée à partir de septembre 2015 par le Ministère de la Santé en faveur du droit à l'avortement puise par exemple sa rhétorique dans les revendications féministes, pour en faire un slogan public. Le titre de la campagne, « IVG : mon corps, mon choix, mon droit », fait explicitement référence aux slogans du MLF et de la manifestation du 20 novembre 1971 pour l'avortement : « mon corps m'appartient », « c'est mon droit ».

⁶¹ Accessible à l'adresse <https://ivg.gouv.fr/>, consulté le 14/08/2021.

⁶² Accessible à l'adresse <http://revho.fr/>, consulté le 14/08/2021.

⁶³ Accessible à l'adresse <https://ivglesadresses.org/>, consulté le 14/08/2021.

Figure 1. Trois affiches de la campagne gouvernementale « IVG : mon, corps, mon choix, mon droit » en 2015.



Ces images méritent d'être analysées⁶⁴ : l'accent est mis sur le corps de femmes, de différentes couleurs de peau, avec un cadrage serré sur le buste. Le corps nu envahit l'espace sans enfreindre les règles de pudeur : ce ne sont pas les seins⁶⁵ ni les pubis⁶⁶ qui sont montrés, mais un dos, une épaule, un bras, la poitrine étant chastement dissimulée. Si le corps féminin est visible, les poses évitent de l'érotiser, tout en souscrivant aux normes corporelles de féminité dominantes – ni poil, ni vergeture, ni cellulite : ce sont des corps jeunes et sans imperfections. À défaut de visages, l'identification aux femmes représentées est permise par l'utilisation de trois prénoms – Chloé, Emma, Nadia – accompagnés d'un âge entre 20 et 30 ans, comme si l'IVG ne concernait pas les plus jeunes ou les plus vieilles. Le slogan de la campagne est peint en noir et doré sur les peaux nues comme une devise que les jeunes femmes représentées auraient faite leur, au point de l'inscrire dans leur chair.

La communication choisie emploie ainsi les codes d'une pratique non-conventionnelle mais en pleine démocratisation : le tatouage, qui perd aujourd'hui son caractère stigmatisant pour devenir le support des identités (Müller, 2013). Elle fait de l'avortement un acte dont les femmes pourraient presque s'enorgueillir. Si le message se veut militant et résolument féministe, il conduit pourtant à présenter l'IVG comme un acte individuel, dépolitisé, vidé là encore des rapports de pouvoir entre les sexes.

⁶⁴ Une sociologie de la production de cette campagne – par exemple dans le cadre d'un travail de master – serait très éclairante sur qui sont les acteur·ices de la promotion de la santé et comment ils et elles s'approprient la rhétorique féministe pour penser leur campagne de publicisation du droit à l'IVG, en s'appuyant par exemple sur le travail de Luc Berlivet (2004).

⁶⁵ Comme le font par exemple les Femmes en choisissant d'utiliser la nudité comme répertoire d'action, en revendiquant une déssexualisation des dessins – cf. la thèse de Nox Aulombard, *Défier la sexualisation du regard* (2019).

⁶⁶ À la différence par exemple de la campagne choc de prévention d'Act Up en 1999 qui montrait des actes sexuels en gros plan pour sensibiliser au port du préservatif afin de mieux prévenir la transmission du VIH.

Ce discours résolument positif sur l'IVG – Marisol Touraine, alors ministre de la santé, s'est affichée avec un tatouage éphémère sur l'avant-bras lors du lancement de la campagne – se fait également au prix d'un déni de la stigmatisation redoutée ou vécue par les avortantes et avortées, quand bien même elles se définissent comme féministes militantes. Cette campagne n'a d'ailleurs pas bonne presse chez les médecins rencontrés : « Ridicule ! Ridicule, totalement inutile et ridicule » s'exclame la docteur Armana (médecin généraliste, 57 ans, CIVG1), pour qui la campagne tombe complètement à côté des enjeux, en particulier contraceptifs, qui entourent l'IVG (voir chapitre 4).

Ce glissement du discours public du registre *sanitaire* à celui du *droit des femmes à disposer de leur corps*, par une appropriation presque marketing de la rhétorique du militantisme féministe des premières heures, n'est pourtant que *ponctuel* : l'analyse de la politique de santé sexuelle et reproductive traduit une vraie frilosité administrative à employer le vocabulaire du droit, au profit d'une rhétorique sur le contrôle de la fertilité. En ce sens, les institutions du féminisme d'État peuvent être considérées comme des institutions militantes dans la mesure où elles doivent convaincre – non sans peine – les autres composantes de l'administration publique du bien-fondé de leur démarche (Revillard, 2016).

La persistance d'une visée sanitaire : la réduction des grossesses non prévues comme objectif de santé publique

Dans les faits, une résolution comme celle adoptée par l'Assemblée nationale le 26 novembre 2014, qui réaffirme que « le droit universel des femmes à disposer librement de leur corps est une condition indispensable pour la construction de l'égalité réelle entre les femmes et les hommes et d'une société de progrès » ne destitue pas une logique sanitaire faisant de la réduction du nombre d'IVG un objectif – explicite ou implicite – de santé publique reproductive.

Réduire l'incidence de l'avortement était un objectif explicite de la loi Veil – la mise en place des Bulletins d'Interruption de Grossesse, en assurant un suivi du nombre d'avortements, avait pour objectif de mesurer le recul espéré du nombre d'IVG. Les différents rapports publics sur l'IVG continuent de faire régulièrement état d'un taux d'IVG jugé trop élevé, tandis que la recherche en démographie et en épidémiologie semble tenir pour acquis qu'il faut toujours chercher à réduire le nombre d'avortements.

La mise à jour du « paradoxe de l'avortement » par la recherche en sciences sociales dès le début des années 2000 explique pourtant *la stabilité* du nombre d'IVG (voir Introduction générale). Mais même quand ce paradoxe est mentionné dans les rapports, la baisse du nombre d'IVG reste un objectif explicite : en 2010 encore, le rapport du Haut Conseil de la Santé

Publique évaluant la mise en place de la loi de 2004, alors qu'il cite l'article de 2004 expliquant « Pourquoi le nombre d'avortement n'a pas baissé » (Bajos, Moreau, et al., 2004), formule comme « Sous-objectif général 3-2 : réduire la fréquence des interruptions volontaires de grossesse (IVG) chez les jeunes femmes » (Haut Conseil de la Santé Publique, 2010, p. 243)⁶⁷. En 2010, penser l'avortement comme une donnée structurelle – et donc difficilement compressible – des trajectoires génésiques féminines n'est pas à l'ordre du jour.

L'importation en France d'une gouvernamentalité pensée en termes de santé sexuelle et reproductive (SSR) transforme lentement ces représentations⁶⁸. La perspective de la SSR incite à concevoir désormais les enjeux liés à la sexualité et à la procréation en termes de droits sexuels et reproductifs, découlant directement des droits humains (Giarni, 2002, 2015). En analysant la politique relative à l'IVG telle qu'elle est présentée dans les différentes feuilles de route de la politique de santé française depuis 2017⁶⁹, je voudrais pourtant montrer que l'approche de l'avortement ne s'y fait que très timidement sur le registre du *droit*.

La Stratégie Nationale de Santé 2018 – 2022⁷⁰ affirme par exemple que pour « promouvoir la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité », il faut « assurer le droit à l'accès à l'interruption volontaire de grossesse », tout en soulignant que « les grossesses non prévues restent trop fréquentes chez les 15-24 ans (une sur trois) » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017, p. 18). Pour sa part, la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017 – 2030, principale feuille de route en matière de gouvernance sexuelle pour les dix années à venir, continue à insister davantage sur l'objectif de réduction des grossesses non prévues que sur le droit à l'IVG.

De nombreux indicateurs liés à la santé sexuelle sont peu satisfaisants et démontrent que les approches centrées sur l'individu et les pathologies ont atteint leurs limites d'efficacité. Nous pouvons ainsi citer les plus marquants : [...] un tiers des grossesses reste non prévu et aboutit 6 fois sur 10 à une IVG, malgré un niveau de contraception élevé, les grossesses non désirées

⁶⁷ En 2017, ce même Haut Conseil de la Santé, dans sa contribution à la Stratégie nationale de santé, n'évoque ni l'IVG ni les grossesses non prévues (Haut Conseil de la Santé Publique, 2017).

⁶⁸ La notion de santé sexuelle et reproductive a été introduite dans le Code de la santé publique par la loi du 26 janvier 2016 de Modernisation de notre système de santé (article 10).

⁶⁹ J'ai consulté différentes publications officielles du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé : la « Stratégie nationale de santé 2018-2022 » présentée en 2017 ; la « Stratégie nationale de santé sexuelle (2017 - 2030) » présentée en 2017. Et enfin la feuille de route intermédiaire de mise en place de cette politique de santé présentée en 2018 par Agnès Buzyn « Rester en bonne santé tout au long de sa vie. Feuille de route Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2018 - 2022 ». J'ai laissé de côté les avis de 2017 du Haut Conseil de la Santé Publique (29 novembre) et de la Conférence Nationale de Santé (23 novembre) qui n'évoquaient ni l'IVG ni les grossesses non prévues.

⁷⁰ Les Stratégies Nationales de Santé constituent, depuis 2013, le nouveau mode d'administration de la santé publique. Deux stratégies ont été proposées : la Stratégie 2013 – 2018 et la stratégie 2018 – 2022, bouleversée par l'arrivée de la pandémie de Covid 19. En concertation avec les différents acteurs de la santé et les autres ministères, le Ministère de la Santé se dote d'une feuille de route pour planifier sur cinq ans l'organisation de la santé sur le territoire national. Une telle conception de la gouvernance publique se revendique de la démocratie sanitaire mise en avant par la loi Kouchner en 2002.

restent trop importantes aboutissant notamment à des interruptions volontaires de grossesse. (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2017, p. 10).

La formulation se transforme, et avec elle l'objectif de santé publique. Ce n'est plus le nombre d'IVG qui est problématique, mais bien le nombre de grossesses non prévues – là encore, c'est la volonté souveraine des femmes (leur « désir » d'auto-contrôle, puisque les grossesses non prévues sont des grossesses « non désirées ») qui se glisse désormais au centre de l'argumentaire. Dès lors, l'objectif de santé publique n'est plus la *réduction des IVG*⁷¹, mais bien la *réduction des grossesses non prévues*, au motif qu'il en découle « notamment » des IVG : il est question de « réduire d'un tiers l'indice de grossesses non désirées / non prévues chez les femmes »⁷² (p. 29) pour améliorer la santé reproductive à l'horizon 2030. Comment y parvenir ?

La Stratégie fixe notamment deux objectifs pour « améliorer la santé reproductive » (p. 29). Il faut d'abord (Objectif 1) « garantir l'accès à la contraception de leur choix pour les femmes et pour les hommes » (p. 31) : les points 37 à 46 de cet objectif 1 concernent en toute logique les améliorations possibles de la couverture contraceptive. Il faut ensuite (objectif 2) « réduire les grossesses non prévues et non-désirées » (p. 32). Pourtant, les points 47 à 52 rassemblés dans cette catégorie ne concernent pas la contraception mais bien *l'amélioration de l'accès à l'IVG* : meilleure formation des professionnel·les de santé (47), diversifications des structures de prise en charge (48), simplification du parcours de soin (49), délégation de compétence aux conseillères conjugales et familiales formées (50), amélioration de la collaboration entre professionnel·les de santé et associations (51). Ces mesures progressistes en matière d'accès au soin auraient été rendues plus visibles si le titre choisi avait été par exemple « garantir l'accès à l'IVG pour toutes les femmes sur le territoire » (sur le modèle de l'objectif de « garantir l'accès à la contraception »). Les rédacteur·ices du texte ont pourtant préféré parler d'un objectif visant à « réduire les grossesses non prévues et non-désirées » (ce point étant plutôt contraceptif). Ce qui est concrètement visé par le détail des recommandations – une amélioration, extension et facilitation de l'accès à l'avortement – ne saurait donc s'énoncer comme tel.

Comment expliquer cette persistance d'une formulation des objectifs en termes de réduction des grossesses non prévues, alors même que le corps de texte affirme – discrètement mais fermement – que « l'IVG est un droit humain qu'il convient de rappeler et de réaffirmer »

⁷¹ Contrairement aux appels des médias catholiques qui plaident en ce sens : *La Croix*, le 04/09/2018, titre par exemple « La baisse du nombre d'IVG doit-elle devenir un objectif de santé publique ? ».

⁷² Il s'agit du nombre moyen de grossesses non-désirées par femme au cours de sa vie. Entre 2005 et 2009, il atteint 0,85, contre 1,23 entre 1973 et 1977 (Bajos et al., 2014).

(p. 30) ? On peut émettre l'hypothèse que la stratégie rhétorique des rédacteur·ices de ce texte⁷³ consiste à proposer des mesures en faveur d'un meilleur accès à l'avortement sans se voir reprocher d'encourager à y recourir et d'abandonner l'objectif de prévention. Le droit à l'IVG demeure conditionnel d'une utilisation stricte de la contraception et semble difficilement défendu en lui-même : en prônant la lutte contre les grossesses non prévues, l'accès à l'IVG se trouve camouflée derrière un motif perçu comme davantage légitime ou plus urgent. L'*abortion stigma* est donc bien une réalité, y compris dans les représentations de l'État – bien qu'il puisse s'agir aussi, plus simplement, d'une habitude des acteur·ices de la santé à penser l'IVG à travers le prisme de la réduction des grossesses non prévues⁷⁴. Quoiqu'il en soit, un tel choix – qui ne peut être hasardeux – témoigne de la présence d'une stigmatisation de l'avortement y compris parmi les décideurs publics.

1.3.3 L'IVG, un droit contesté

Une telle timidité de la politique de santé dans ses choix de formulation n'est pas surprenante si l'on considère les crispations politiques autour des enjeux liés au genre en France (Béraud, 2013). Les résistances contemporaines au droit à l'avortement s'appuient ainsi sur le traditionnel imaginaire criminel, mais aussi sur des stratégies rhétoriques nouvelles qui procèdent par appropriation et détournement du vocabulaire des droits humains. Très organisés au niveau international, les réseaux anti-IVG mènent un travail de grande ampleur pour limiter l'accès à l'avortement.

Les recompositions de l'opposition conservatrice

À l'échelle internationale, l'accès à l'avortement est très diversifié (Guillaume et Rossier, 2018) et les victoires féministes en Irlande en 2018 ou en Argentine en 2020 sont contredites par des retours en arrière parfois brutaux, comme en Pologne en 2020 (Boisgontier, 2020) ou aux États-Unis en 2022. Il faut y voir la conséquence d'oppositions à l'avortement locales et internationales très organisées, dont la pénétration en France est réelle.

Les mobilisations internationales des anti-IVG ont fait l'objet en 2017 d'un excellent documentaire audiovisuel, *Avortement : les croisés contre-attaquent*. Réalisé par Alexandra Jousset et Andréa Rawlins-Gaston, le film montre l'immense capacité d'organisation des réseaux internationaux anti-avortement, qui s'appuient sur des bastions ultraconservateurs en

⁷³Le comité d'élaboration de cette Stratégie Nationale de Santé Sexuelle est composé de membres issu·es de la haute administration publique, de sociétés savantes ou d'organisations professionnelles et d'associations.

⁷⁴ Il faudrait pour le savoir enquêter auprès des concepteur·ices de ces recommandations, ce qui n'est pas le propos de cette thèse : je m'en tiens donc à des hypothèses qui me semblent plausibles.

Espagne, au Vatican, en Russie, en Hongrie et exercent un puissant lobbying à Bruxelles. Passée à l'extrême-droite depuis l'élection de Viktor Orbán à partir d'un discours ultranationaliste, la Hongrie est désormais la championne européenne de la remise en cause de l'autonomie des femmes et de la défense traditionnelle de la famille. En 2017, elle a ainsi accueilli le Congrès Mondial des Familles, grand-messe des anti-IVG où circulent à la fois les acteurs, les rhétoriques et les financements de l'ultra-droite. En Espagne, c'est le mouvement Hazteoir qui mène l'assaut conservateur : il est à l'origine de la proposition de restriction de l'avortement de 2013 portée par Gallardon, qui a été finalement abandonnée en raison de la mobilisation féministe nationale et internationale (Sanz-Gavillon, 2019). Aux États-Unis, la contestation est ancienne (Marguet, 2019). L'administration Trump a largement entravé l'accès à l'avortement en arrêtant de financer les planning familiaux – le vice-président Mike Pence évoquant la restauration de la « culture de la vie » aux États-Unis – et a durablement modifié l'équilibre politique de la Cour Suprême, ce qui a mené, le 24 juin 2022, à la tonitruante révocation de l'arrêt Roe vs Wade garantissant l'accès à l'avortement à l'échelle fédérale.

Le sens de cette opposition à l'avortement est éminemment politique. Derrière la mise sous contrôle du corps des femmes et les revendications nationalistes, c'est en effet l'imposition d'un ordre social ultraconservateur et anti-démocratique qui est en jeu. La rhétorique sous-jacente, quoique maquillée, est celle du déclin de l'Occident. La grande force des mouvements anti-IVG, outre les sympathies et les ressources dont ils disposent, est leur capacité à coloniser la rhétorique des droits humains en présentant leurs revendications comme une « défense des femmes » et de la « dignité humaine ». Les lobbyistes usent d'un vocabulaire positif et ne prétendent pas s'opposer aux droits des femmes : ils et elles ont bien compris que la bataille des idées doit désormais composer avec la rhétorique de la santé sexuelle et reproductive et de la justice sexuelle. Les stratégies déployées consistent donc à faire de l'avortement un acte qui questionnerait des *droits humains anténataux* et constituerait une *violence faite aux femmes* en les privant d'une maternité. Dans cette perspective, il n'est pas surprenant que ce soient les médecins en charge de l'avortement qui fassent l'objet des attaques explicites ou implicites contre l'avortement – et ces stratégies renouent avec la logique ancienne qui consistait à poursuivre et sanctionner davantage les médecins et les faiseuses d'ange que les avortées.

L'aptitude des anti-IVG à mobiliser au niveau transnational et à faire pression sur les institutions de la communauté internationale mérite de plus amples recherches. Si elle importe ici, c'est parce qu'elle constitue aujourd'hui le contexte des mobilisations anti-avortement en France, qui ont connu un nouveau souffle à la suite des manifestations contre le Mariage pour Tous. La « riposte catholique », pour reprendre le titre du numéro 18 de *Genre, sexualité & société*, réinvestit ainsi les questions sexuelles et reproductives (Avanza et della Sudda, 2017).

Les « marches pour la vie », organisées depuis les années 1980 et chaque année depuis 2005, rassemblent chaque année en janvier quelques milliers de personnes qui demandent le retrait de la loi sur l'IVG. Cette mouvance anti-avortement, liée au catholicisme ultraconservateur, trouve une visibilité nouvelle avec la mobilisation sans précédent qui s'orchestre en 2013 contre l'ouverture du mariage aux couples de même sexe. Comme le montre le sociologue Yann Raison du Cleuziou, la puissance d'organisation de la Manif pour Tous repose sur des réseaux structurés au moins depuis les manifestations contre le PACS en 1999 : si la loi Veil de 1975 et les lois de bioéthiques de 1994 n'ont pas suscité de contre-manifestation conservatrice, depuis la fin des années 1990 les catholiques conservateurs s'approprient le répertoire contestataire de la gauche et descendent dans la rue (Raison du Cleuziou, 2019). Ce nouveau militantisme de la droite conservatrice, tout en défendant la famille traditionnelle et l'« ordre naturel », développe des stratégies de communication joyeuses et subversives qui récupèrent les modes de protestations de la gauche des années 1968.

Si les modes de contestation évoluent, le discours au fond reste le même : le détournement de la campagne gouvernementale « IVG, mon corps mon choix mon droit »⁷⁵ par Le Salon Beige, blog de « laïcs catholiques » classé à l'extrême-droite par la presse, est par exemple sans ambiguïté. Les affiches officielles sont reprises en modifiant uniquement les slogans écrits sur le corps des femmes.

Figure 2. Le détournement de la campagne officielle pour l'IVG par le site catholique traditionaliste Le Salon Beige



Contre le hashtag⁷⁶ #ivgcestmondroit, le site, caisse de résonance des milieux catholiques anti-avortement depuis 2004, lance un hashtag #ivgcestmonstreux et parodie la campagne

⁷⁵ Les affiches officielles sont reprises en modifiant uniquement les slogans écrits sur le corps des femmes.

⁷⁶ Un hashtag est un mot-clé précédé du signe #, qui permet de retrouver toutes les publications d'un blog ou d'un réseau social auquel il est associé.

officielle en remplaçant ses slogans par « Tuer, c'est mon droit », « C'est sa vie, je choisis », « Son corps lui appartient »⁷⁷. Cette stratégie reprend les arguments de la philosophie néoscolastique : l'embryon est un enfant dès la conception, son corps est étranger à celui de la mère, interrompre la grossesse relève d'un permis de tuer. Cet ultra-conservatisme pourrait sembler appartenir à un passé révolu, incarné par des extrémistes vieillissants. Il n'en est rien : depuis 2016, un mouvement de jeunes militants anti-IVG, les Survivants, a dépoussiéré le vieux combat contre les droits des femmes.

Les Survivants, ou le renouveau du militantisme anti-IVG

Les Survivants sont un collectif anti-avortement qui (re)émerge en 2016. Il reprend le nom d'un collectif créé en 1998 après la Trêve de Dieu, qui organisait des commandos anti-IVG. Dans le sillage de la Manif pour Tous, les Survivants visent à faire de l'ancien discours anti-IVG une revendication aux allures contemporaines, en expurgant le discours de sa connotation explicitement religieuse et en récusant le mode d'action des commandos anti-IVG. La lutte catholique contre l'avortement, qui n'attaque plus frontalement la loi Veil, est déplacée vers un registre éthique ; elle se revendique joyeuses, inscrite dans la pop culture. La « guérilla marketing » est sa première arme (Dufour, 2018).

Émile Duport, jeune publicitaire catholique proche de la mouvance de l'écologie intégrale, est l'ancien chargé de la communication de la Manif pour Tous. Porte-parole du mouvement des Survivants, il importe le mode d'action de la Manif pour Tous dans la lutte contre l'avortement. Il réunit autour de lui des jeunes catholiques issus de la droite conservatrice. Avec ce groupe, il développe autour de l'avortement à la fois une rhétorique et un militantisme nouveaux, qui s'adresse aux jeunes nées après la loi de 1975 (voir chapitre 7).

Le nom du groupe, « Les Survivants », fait référence à ses militant-es comme à des embryons avortés en puissance, qui ont eu la chance d'être sauvés au contraire des embryons véritablement avortés. Partant du chiffre qu'une grossesse sur cinq est interrompue, ces militants regrettent de « ne jamais connaître [leur] sœur ou [leur] frère arrivé trop tôt ou trop tard⁷⁸ ». Le glissement de la rhétorique est subtil. Le discours ne présente plus directement l'avortement comme un meurtre : il le fait indirectement, en passant par le traumatisme des « survivants » qui se demandent au nom de quoi eux ont eu le « droit de vivre » et veulent

⁷⁷ Accessible à l'adresse <https://www.lesalonbeige.fr/avorter-cest-monstrueux-ivgcestmonstrueux/>, consulté le 14/08/2021.

⁷⁸ L'expression est employée sur le site des Survivants, accessible à l'adresse <https://lessurvivants.com/>, consulté le 20/07/2021.

honorer « la mémoire de [leurs] frères⁷⁹ ». Cette rhétorique intervient non seulement après la seconde Guerre mondiale et les développements en psychologie sur le « syndrome du survivant », mais aussi quelques mois à peine après les attentats du Bataclan, qui ont largement visibilisé les troubles des victimes encore vivantes – même si cette référence n’est jamais explicite. De la même façon que les conservateurs se réappropriaient la rhétorique génocidaire depuis les années 1960, les imaginaires liés au terrorisme sont ici instrumentalisés. Chaque individu né après 1975 est présenté comme un rescapé de la loi Veil – la situation dramatique d’avant 1975 étant totalement obliérée.

Le groupe se fait connaître à l’été 2016 par une série d’happening qui lui valent immédiatement une importante visibilité. Facilement identifiable par son nom, son logo, et son geste de ralliement (l’annulaire baissé pour mimer le « 1 sur 5 » qui manquerait selon eux), le groupe, protégé par des collectifs d’extrême droite, maîtrise particulièrement bien sa communication avec les médias. Début juin 2016, devant le centre Pompidou, plusieurs militants se scotchent les uns aux autres : pour quatre grappes estampillées « conforme », une autre – qui correspond aux embryons avortés – est « non-conforme ». Les militant·es se présentent comme « un des quatre enfants sur cinq que la société n’a pas assassiné dans le ventre de leur mère ». S’ils se heurtent à une contre-manifestation féministe, le groupe se fait connaître rapidement dans les médias. Tout en déployant une rhétorique ancienne, les Survivants reprennent ainsi des modes de contestation qui ont émergé à la fin des années 1980 dans la sphère des revendications sexuelles : ils se réapproprient le répertoire protestataire des mouvements féministes, homosexuels et des associations militant·es comme Act Up qui ont alerté sur les ravages du SIDA⁸⁰.

Ils s’approprient également les slogans politiques traditionnels. Au moment de la campagne présidentielle d’avril 2017, une campagne sauvage d’affichage dans le métro parisien détourne les positions respectives des principaux candidats pour en faire des arguments anti-IVG, tous liés au droit à la vie et à la protection de l’embryon⁸¹. En juin 2017, les Survivants récidivent

⁷⁹ Slogan utilisé dans une vidéo de promotion de l’association, accessible à l’adresse https://www.youtube.com/watch?v=fFvjZ0lfHN8&t=9s&ab_channel=LesSurvivants, consulté le 20/07/2021.

⁸⁰ L’intervention d’une émission télévisuelle rappelle par exemple l’irruption du Front Homosexuel d’Action Révolutionnaire dans l’émission de Menie Grégoire « L’homosexualité, ce douloureux problème » en 1971, ou dans une moindre mesure les bombes de faux sang que les militants d’Act-Up jettent le 13 mars 1992 sur les médicaux réunis à la Pitié Salpêtrière après le scandale du sang contaminé.

⁸¹ Les différent·es candidat·es sont interpellé·es personnellement par des invectives qui détournent leur programme politique pour en faire un argument anti-IVG. Sur l’affiche avec François Fillon, on peut lire : « Tu n’approuvais pas l’IVG. Maintenant tu le défends #lecouragedelavérité ». Marine Le Pen est interpellée via ses postures sur les migrations : « Ne ferme pas les frontières de nos vies ! ». Emmanuel Macron est invité à marcher « pour la vie » : « La France doit être une chance pour tous. Alors laisse-nous la chance de vivre #enmarchepourlavie » tandis que les candidats de gauche se voient reprocher leur incapacité à défendre les embryons : à Jean-Luc Mélenchon la question posée est « Les communistes ne sont-ils pas censés protéger les plus faibles #lescamaradesdesembryons » tandis que Benoît Hamon est confronté à une contradiction fallacieuse « Tu

dans le vandalisme avec une nouvelle campagne présentant l'IVG comme une « Interruption Volontaire de Génies », l'embryon étant présenté comme un futur personnage extraordinaire⁸². Cette maîtrise de la communication est relayée par une présence en ligne très performante, qui passe par l'achat de nom de domaine, un excellent référencement, une présence très active sur les réseaux sociaux et une excellente maîtrise des codes de communication contemporains (voir chapitre 7).

Derrière ces apparences d'une culture jeune et progressiste, le mouvement des Survivants ne fait donc que reprendre la rhétorique de ses aînés. De plus amples travaux, notamment en science politique, sur les recompositions de ce militantisme – ses acteurs, ses réseaux, ses logiques d'actions, ses rhétoriques – seraient les bienvenus sur ces nouvelles mobilisations anti-avortement, qui contribuent à (re)produire, mais sur un mode renouvelé, le stigmate traditionnel lié à l'IVG.

1.3.4 Les années 2020 : vers une constitutionnalisation du droit à l'IVG

Temporalité de la recherche oblige, de récentes avancées en matière d'avortement ont eu lieu après que j'ai terminé mon terrain. Celles-ci augurent pourtant de transformations réelles de la prise en charge, en allant encore davantage vers un assouplissement de l'encadrement de l'IVG – et vers la délégation du travail abortif aux femmes (Schnegg, 2007a) par la facilitation de la méthode médicamenteuse.

L'IVG, un acte de santé prioritaire ? L'accélération législative à l'occasion de la pandémie de Covid-19

Alors que s'ouvrent les années 2020, le dispositif juridique et administratif français assure théoriquement l'accès à l'IVG et tente de parer aux attaques sans cesse reconfigurées contre l'avortement. En janvier 2020 pourtant, une campagne anti-avortement d'Alliance Vita est affichée dans les gares franciliennes. Anne Hidalgo exige sa suppression, mais cette décision est refusée par la justice. Les visuels de l'organisation catholique conservatrice en faveur du

prônes l'égalité de tous les français, ça commence par l'égalité devant la naissance ». Voir l'article du *Figaro* du 26/04/2017 « Paris : des affiches anti-avortement dans le métro suscitent la polémique » d'Alicia Paulet, accessible à l'adresse <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/2017/04/26/01016-20170426ARTFIG00167-paris-des-affiches-anti-avortement-dans-le-metro-suscitent-la-polemique.php>, consulté le 14/08/2021.

⁸² Voir l'article du journal féministe *Madmoizelle* du 23 juin 2017 par Clémence Bodoc, « Les Survivants continuent leur campagne anti-IVG illégalement affichée dans Paris ».

respect de la « vie », de la « maternité » et de la « paternité » – qui s’oppose à la fois à l’élargissement de l’accès à la PMA et au droit à l’IVG – sont réaffichées⁸³.

La pandémie de Covid-19 pose à nouveaux frais la question de l’accès à l’IVG : elle constitue un révélateur des crispations autour de ce qui continue d’apparaître comme un droit controversé. Au printemps 2020, lors du premier confinement, l’accès à l’IVG n’est pas perçu comme prioritaire : la sénatrice Laurence Rossignol propose dès le 20 mars 2020 un allongement du délai d’IVG de 12 à 14 semaines de grossesses (14 à 16 semaines d’aménorrhées), qui est refusé par le ministre de la Santé au motif qu’il s’agirait d’« un sujet de société trop important pour être traité dans l’urgence d’une crise épidémique⁸⁴ ». De nouveau, des médecins doivent menacer d’illégalisme pour faire pression sur le gouvernement : « la loi doit aligner les pratiques médicales sur les besoins sociaux. Nous y sommes prêt(e)s, et sommes également prêt(e)s à nous mettre hors-la-loi pour appliquer ces trois mesures » écrivent des médecins orthogénistes dans une tribune au *Monde*⁸⁵. En avril 2020, la Haute Autorité de Santé autorise l’allongement des délais pour une IVG médicamenteuse à domicile jusqu’à sept semaines de grossesse (9SA) au lieu de cinq (7SA). À l’été, un amendement de la nouvelle loi de bioéthique propose de préciser les raisons qui autorisent l’Interruption Médicale de Grossesse (jusqu’à terme, après passage devant une commission). À la formulation de 2001 disant que l’IMG est autorisée « lorsqu’il y a péril grave pour la santé de la mère », les députés votent l’ajout : « ce péril pouvant résulter d’une détresse psychosociale », afin d’assurer son application de façon plus équitable sur le territoire. Cette disposition, présentée à tort par les antiavortements comme une autorisation de l’IVG jusqu’au terme⁸⁶, fait partie de la loi de bioéthique de 2021 mais elle est finalement rejetée par le Sénat – en pratique, la loi de 2001

⁸³ « La justice demande le réaffichage d’une campagne de publicité anti-IVG dans les gares », *Le Monde*, 5 janvier 2020, article accessible à l’adresse https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/01/04/la-justice-demande-le-reaffichage-d-une-campagne-de-pub-anti-ivg-dans-les-gares_6024815_3224.html, consulté le 20/07/2021.

⁸⁴ Virginie Ballet pour *Libération*, 28 avril 2020 « Confinement : faut-il allonger le délai légal d’accès à l’IVG ? », accessible à l’adresse https://www.liberation.fr/france/2020/04/28/confinement-faut-il-allonger-le-delai-legal-d-acces-a-l-ivg_1786672/, consulté le 20/07/2021.

⁸⁵ *Le Monde*, 31 mars 2020, « Il faut "protéger les droits des femmes et maintenir l’accès à l’avortement" », accessible à l’adresse https://www.lemonde.fr/idees/article/2020/03/31/il-faut-protoger-les-droits-des-femmes-et-maintenir-l-acces-a-l-avortement_6034997_3232.html, consulté le 20/07/2021.

⁸⁶ Un communiqué d’Alliance Vita relayé dans le Valeurs Actuelles du 02/08/2020 dénonce cet amendement au motif que « la notion de détresse est impossible à objectiver », accessible à l’adresse <https://www.valeursactuelles.com/societe/loi-bioethique-lavortement-desormais-autorise-pour-detresse-psychosociale-jusquau-terme-de-la-grossesse/>, consulté le 20/07/2021. En mars 2021, Michel Onfray, invité sur le plateau de Laurent Ruquier, dans l’émission *On est en direct* (France 2), le samedi 6 mars 2021, y voit par exemple une autorisation de l’infanticide, qui traduit *a minima* une mécompréhension profonde de la distinction entre IVG et IMG. L’article de France Info du 18 mars 2021, « Désintox. Non, l’IVG ne sera pas possible jusqu’à 9 mois de grossesse », accessible à l’adresse https://www.francetvinfo.fr/sante/grossesse/desintox-non-l-ivg-ne-sera-pas-possible-jusqu-a-9-mois-de-grossesse_4339163.html, consulté le 20/07/2021, montre les mécompréhensions de la proposition de loi par ses détracteurs.

permet de réaliser des IMG pour ces raisons et dès 2019 le CNGOF avait pris position sur la question⁸⁷.

En pleine crise sanitaire, l'accès à l'avortement demeure un enjeu politique fort, dénoncé par la mouvance ultra-conservatrice et soutenu par les mobilisations féministes. Après plusieurs lectures, la loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement est finalement promulguée (Mathieu, 2022). Elle acte l'ouverture de l'IVG chirurgicale aux sages-femmes et l'allongement du délai légal à 14 semaines de grossesse (16SA) et pérennise les mesures de crise (allongement de la méthode médicamenteuse à 7 semaines de grossesse (9SA), sans toucher à la clause de conscience médicale. La téléconsultation pour l'IVG, pratiquée depuis avril 2020 (De Zordo et al., 2020), avait quant à elle déjà été pérennisée par un décret dès février 2021⁸⁸. Reste à savoir comment ces avancées législatives sont reçues du côté de celles et ceux qui pratiquent les IVG – puisque la loi n'a d'effets que lorsqu'elle est appliquée⁸⁹.

L'IVG, un droit constitutionnel ou une « liberté » des femmes ?

Enfin, la révocation de l'amendement Roe vs Wade aux États-Unis a fait sentir son onde de choc en France. Pour consolider encore l'avortement comme un droit, les député·es de l'alliance de gauche, la Nouvelle Union Populaire Ecologique et Sociale (Nupes), ont proposé sa constitutionnalisation dès juin 2022, sous la formulation suivante : « nul ne peut entraver le droit fondamental à l'interruption volontaire de grossesse » et « la nation garantit à toute personne l'accès effectif à ce droit »⁹⁰, en même temps qu'Aurore Berger, députée et présidente de la majorité présente, et Marie-Pierre Rixain, présidente de la délégation des droits des femmes à l'Assemblée nationale, proposaient l'ajout à la constitution d'un article 66-2 stipulant que « nul ne peut être privé du droit à l'interruption volontaire de grossesse »⁹¹. L'accord

⁸⁷ Voir « IMG psycho-sociale : position du CNGOF », à l'adresse <http://www.cngof.fr/actualites/677-img-psycho-sociale-position-du-cngof#:~:text=Elle%20concerne%20des%20femmes%20en,de%2014%20semaines%20d'am%C3%A9norrh%C3%A9e.>, consultée le 18/06/2023.

⁸⁸ Décret n° 2022-212 du 19 février 2022 relatif aux conditions de réalisation des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse hors établissements de santé, accessible à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045190889>, consultée le 18/06/2023.

⁸⁹ Les médecins de centres d'IVG et de Centres Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal avec qui j'ai eu l'occasion d'échanger à l'automne 2022 voyaient ces dispositions d'un assez mauvais œil et avaient le sentiment que les mesures prises en urgence pendant la pandémie relevaient de la technique du « pied dans la porte » – un passage en force assez mal reçu sur le terrain. D'autres travaux, comme la thèse en cours de Raphaël Perrin et de Justine Chaput, éclaireront cette réception.

⁹⁰ Voir *Le Monde* du 22/06/2022, « Avortement : la Nupes ouvre aux signatures sa proposition de loi constitutionnelle sur l'IVG et en exclut le Rassemblement national », accessible à l'adresse https://www.lemonde.fr/politique/article/2022/06/27/avortement-la-nupes-ouvre-aux-signatures-sa-proposition-de-loi-constitutionnelle-sur-l-ivg-et-en-exclut-le-rassemblement-national_6132249_823448.html, consultée le 18/06/2023.

⁹¹ Voir *Le Monde* du 27/06/2022, « Droit à l'IVG dans la Constitution : alors que le débat refait surface, le Parlement poussé au consensus », accessible à l'adresse <https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/06/27/droit->

finalement trouvé par les député·es à l'automne 2022 se formulait ainsi : « la loi garantit l'effectivité et l'égal accès au droit à l'interruption volontaire de grossesse » et devait prendre la forme d'un nouvel article dans la Constitution, le 66-2.

Le Sénat s'y est pourtant opposé en octobre 2022, en estimant que la constitutionnalisation n'est « pas une voie pertinente » car « il n'y a pas lieu d'importer, en France, un débat lié à la nature fédérale des États-Unis »⁹². La proposition de loi a été plusieurs fois débattue et amendée, avant que le Sénat accepte de voter, le 1^{er} février 2023, l'ajout d'un alinéa à l'article 34 de la Constitution, formulée ainsi : « La loi détermine les conditions dans lesquelles s'exerce la liberté de la femme de mettre fin à sa grossesse ». Cette formulation ne garantirait donc pas un *droit* mais bien une *liberté*. De ce fait, elle n'impose pas l'obligation à l'État de « tout mettre en œuvre pour faire en sorte qu'il soit effectivement exercé »⁹³. Elle a toutefois très peu de chances d'être validée en retour par l'Assemblée Nationale, car cela impliquerait un référendum sur un sujet faisant peu débat en France⁹⁴. Dans un tel contexte, une nouvelle proposition de loi ne pourrait venir que du gouvernement⁹⁵. Les attaques virulentes contre l'IVG à l'échelle internationale ont ainsi renforcé, en France, la volonté de défendre l'IVG, mais le présenter comme un droit des femmes n'est pas consensuel.

Bilan 1 : une stigmatisation persistante qui freine l'affirmation de l'avortement comme droit des femmes

Peut-on parler aujourd'hui d'un droit à l'avortement en France ? En 2014, à partir d'une analyse du cadre juridique et de la jurisprudence en matière d'IVG depuis 1975, la juriste Laurie Marguet concluait que le droit positif n'assurait pas un droit à l'avortement : l'autonomie procréative restait selon elle « en trompe-l'œil », du fait d'obstacles à la fois juridiques et pratiques d'accès à l'avortement (2014). Les évolutions récentes du dispositif légal vont

[a-l-ivg-dans-la-constitution-alors-que-le-debat-refait-surface-le-parlement-pousse-au-consensus_6132165_3224.html](https://www.lemonde.fr/politique/article/2023/02/02/ivg-dans-la-constitution-liberte-ou-droit-qu-est-ce-que-cela-peut-changer_6160318_823448.html), consultée le 18/06/2023.

⁹² Voir <https://www.senat.fr/essentiel/ppl21-872.pdf>, consulté le 18/06/2023.

⁹³ Voir *Le Monde* du 02/02/2023, « IVG dans la Constitution : « liberté » ou « droit », qu'est-ce que cela peut changer ? », accessible à l'adresse https://www.lemonde.fr/politique/article/2023/02/02/ivg-dans-la-constitution-liberte-ou-droit-qu-est-ce-que-cela-peut-changer_6160318_823448.html, consultée le 18/06/2023.

⁹⁴ Voir *Le Monde* du 24/11/2022, « Constitutionnalisation de l'IVG : « Le vote de l'Assemblée nationale reflète le consensus au sein de l'opinion », accessible à l'adresse https://www.lemonde.fr/politique/article/2022/11/24/constitutionnalisation-de-l-ivg-le-vote-de-l-assemblee-nationale-reflete-le-consensus-au-sein-de-l-opinion_6151491_823448.html, consultée le 18/06/2023.

⁹⁵ Voir *Le Monde* du 02/02/2023, « IVG dans la Constitution : après le vote favorable du Sénat, les regards se tournent vers le gouvernement », accessible à l'adresse https://www.lemonde.fr/politique/article/2023/02/02/apres-le-vote-du-senat-en-faveur-de-la-constitutionnalisation-de-l-ivg-les-regards-se-tournent-vers-le-gouvernement_6160190_823448.html, consultée le 18/06/2023.

cependant davantage dans le sens de l'autonomie procréative, à mesure que la rhétorique de la santé sexuelle et reproductive est importée en France, et il ne fait aucun doute que la situation états-unienne y a par contraste renforcé l'attachement à l'IVG ; même Marine Le Pen, leadeuse historique de l'extrême-droite, a revu sa copie⁹⁶ et ne s'oppose pas à la constitutionnalisation⁹⁷.

Cette approche de la sexualité et de la reproduction en termes de droits humains ne fait pourtant pas automatiquement de l'avortement un droit des femmes. Comme le rappelle Laurence Brunet en conclusion de l'ouvrage collectif *Mon corps, mes droits : l'avortement menacé* (Brunet et Guyard-Nedelec, 2019), « l'enceinte protectrice des droits de l'homme est impuissante face à la question éminemment politique et irréductiblement culturelle de l'avortement »⁹⁸. La jurisprudence traduit ainsi « une construction juridique de l'avortement comme une liberté consentie aux femmes, mais non comme un droit qui leur serait garanti » (Carayon, 2019, p. 37). Les politiques de la reproduction restent juridiquement bâties sur une opposition entre droit des femmes et protection de l'embryon, laquelle est le creuset d'une stigmatisation persistante de l'avortement (voir chapitre 7).

Ainsi le droit demeure profondément politique : la législation actuelle résulte de mobilisations sociales importantes, qui ont opposé les revendications féministes aux attaques conservatrices principalement issues de l'intégrisme catholique et de l'extrême-droite. En France, ce sont les mobilisations féministes, relayées au niveau de l'État par le Ministère de la Santé et/ou du Droit des femmes, qui sont historiquement au principe des modifications de la législation et constituent des sentinelles face aux attaques contre l'avortement : « l'impact du mouvement féministe sur les débats relatifs à l'avortement a été essentiel pour un changement de politique efficace⁹⁹ » (Robinson, 2001, p. 107). Les termes du débat se posent différemment selon le contexte et les obédiences :

Lorsque l'environnement politique est plus conservateur, les débats sur l'avortement sont plus susceptibles d'être formulés en termes de santé, de droit et de sécurité plutôt que de droits des femmes. Lorsque l'environnement politique est plus libéral et l'environnement politique plus

⁹⁶ En 2012, la présidente du Front Nationale dénonçait encore des « avortements de confort ». Voir *Le Monde* du 14/12/2016, accessible à l'adresse https://www.lemonde.fr/politique/article/2016/12/14/ivg-ce-que-disait-vraiment-marine-le-pen-en-2012_5992911_823448.html, consultée le 18/06/2023.

⁹⁷ Voir *Le Monde* du 26/06/2022, « Marine Le Pen embarrassée par l'inscription du droit à l'avortement dans la Constitution », accessible à l'adresse https://www.lemonde.fr/politique/article/2022/06/26/marine-le-pen-embarrassee-par-le-droit-a-l-avortement-dans-la-constitution_6132094_823448.html, consultée le 18/06/2023.

⁹⁸ L'analyse de la jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme en matière d'avortement montre en effet que la Cour est très réticente à affirmer fermement un droit des femmes à l'avortement à l'échelle européenne, alors même qu'elle entend construire un droit commun européen. La tradition politique, morale, voire religieuse de certains États européens comme la Pologne ou, avant 2019, l'Irlande, l'emporte parfois sur les revendications des plaignantes (Brunet et Guyard-Nedelec, 2019).

⁹⁹ «Feminist movement impact on abortion debates is critical for effective policy change».

ouvert, la rhétorique est plus féministe et le débat est formulé en termes de droits, de choix, de corps des femmes et de liberté des femmes¹⁰⁰ (*ibid.*, p. 107).

Les mobilisations autour de l'avortement ne contribuent donc pas seulement à faire évoluer son encadrement légal : elles définissent aussi les rhétoriques qui l'accompagnent, les valeurs qui le sous-tendent et par là les normes implicites ou explicites autour de l'interruption de grossesse. La stigmatisation contemporaine de l'avortement est ainsi la résultante, d'un point de vue macrosociologique, d'affrontements idéologiques qui se sont incarnés dans des mouvements sociaux puissants et contrastés. Le dispositif légal constitue une traduction dans le droit de ces antagonismes. L'encadrement théorique de l'avortement ne présume pourtant pas de son encadrement pratique : il faut à présent se tourner vers la prise en charge effective de l'avortement pour comprendre la stigmatisation persistante de cet acte.

¹⁰⁰ “When the political environment is more conservative, abortion debates are more likely to be framed in terms of health, law, and safety issues rather than women's rights. When the political environment is more liberal and the policy environment more open, the rhetoric sound more feminist and the debate is framed in terms of rights, choice, women bodies, and female liberty”.

Chapitre 2. L'encadrement médical de l'avortement

En juillet 2011, Priscilla Dray, une jeune femme de 36 ans, mère de trois enfants de 10 ans, 7 ans et d'un nouveau-né de quelques mois, avorte au CHU de Bordeaux. Le lendemain, la fièvre monte. Malgré les deux heures de trajet que cela lui impose (elle réside alors au Cap-Ferret), elle se rend aux urgences de l'hôpital, comme le lui recommande la brochure d'IVG en cas de forte fièvre. Une première interne échange par téléphone avec le médecin de garde, qui refuse de lui prescrire les antibiotiques que, sur le conseil de son beau-frère médecin, elle réclame. Malgré ses douleurs, elle est renvoyée chez elle. Son état se dégrade et, le lendemain, elle se réveille – selon ses termes – « à l'agonie ». Elle consulte alors son médecin généraliste, qui soupçonne une septicémie et demande son hospitalisation immédiate. Mais aux urgences, une autre interne ne tient pas compte du courrier du généraliste : « c'est quand même pas un médecin de ville qui va décider d'une hospitalisation ! ». Décrite comme « hautaine et désagréable », l'apprentie médecin affirme que Priscilla Dray doit juste « mal vivre psychologiquement son IVG ». Celle-ci est finalement installée sur un brancard dans le couloir, où le médecin de garde ne passe la voir qu'au soir, alors qu'elle aurait dû être transférée immédiatement en réanimation, question « de vie ou de mort ». Priscilla Dray estime avoir été prise pour une « douillette bourgeoise dramatique », une « capricieuse sensible », malgré les douleurs très intenses. Elle finit par faire un choc septique : une bactérie mangeuse de chair lui ronge les mains et les pieds. On la plonge dans un coma artificiel avant de l'amputer des quatre membres : « on m'a tuée, on m'a laissée agoniser, on m'a massacrée », témoigne-t-elle¹. De fait, le streptocoque qu'elle avait contracté, à l'origine de l'infection, aurait très bien pu être soigné par une prise d'antibiotiques au lendemain de l'IVG. En 2017, le CHU de Bordeaux est condamné à 300 000 euros de dommages et intérêts pour « prise en charge défailante », mais Priscilla Dray aurait préféré voir le médecin lui ayant refusé les antibiotiques salvateurs sous les barreaux.

¹ Priscilla Drey a témoigné au lendemain du procès dans le *Nouvel Observateur*, le 12/02/2017 : « Arrivée en excellente santé au CHU de Bordeaux, j'en suis ressortie amputée des 4 membres », *Le Nouvel Observateur*, 12/02/2017. Plusieurs journaux et revues, comme *Le Parisien* et *Marie-Claire*, relaient alors l'affaire. En 2021, elle a ensuite raconté son histoire dans un reportage de Zone Interdite paru le 21/02/2021, dont de nombreux extraits ont été partagés en ligne. Je m'appuie sur ces différents témoignages pour raconter la scène.

Ce récit d'une « erreur médicale » est présenté comme un fait-divers dans les différents médias qui en font le récit. Le drame de Priscilla Dray serait le résultat de plusieurs négligences humaines rarissimes, imputables à des comportements passibles d'une condamnation individuelle, difficiles à prévenir parce qu'exceptionnels. J'en proposerais pourtant une autre lecture, tant l'affaire me semble sous-tendue par des enjeux tout à fait *ordinaires* en matière d'avortement. Plusieurs logiques structurelles sont en effet identifiables dans cette histoire. Tout d'abord, les douleurs physiques exprimées par Priscilla Grey ne sont pas seulement minorées par des professionnel·les hospitalier·es non-spécialistes de l'avortement, au motif qu'elle serait une « bourgeoise douillette » : elles sont aussi imputées à une cause *psychologique*, liée au fait de « mal vivre son IVG ». Ensuite, le rapport de force entre les professions de santé et la saturation des services se traduit très concrètement par des réticences à une hospitalisation en urgence. À l'hôpital, l'interne refuse de se soumettre aux prescriptions d'un médecin généraliste dont elle déconsidère les compétences, et ce d'autant plus que le service est déjà plein. Enfin, Priscilla Dray n'a pu imposer son point de vue et être hospitalisée *in extremis* que parce qu'elle dispose d'un capital culturel et économique important : elle est cheffe d'une entreprise de prêt-à-porter, passe ses vacances en famille au Cap-Ferret, est soutenue par son mari et sa belle-famille, dont un beau-frère médecin à qui elle a demandé conseil. Si la « prise en charge défaillante » lui coûte ses quatre membres, il est probable qu'une femme moins dotée qu'elle y aurait laissé la vie.

Or, comme j'entends le montrer dans ce chapitre et le suivant, *aucune de ces logiques n'est exceptionnelle en elle-même* : c'est plutôt leur combinaison qui l'est – outre la grande rareté d'une infection bactérienne lors d'une IVG. La psychologisation de l'IVG est en effet au principe des prises en charge (voir chapitre 3). Les rapports de force entre professions et le manque de moyens de l'hôpital public produisent une délégation du travail d'avortement aux dominé·es du champ – les internes, les médecins généralistes et les sages-femmes, compétent·es mais déconsidéré·es. La domination médicale fait que, en l'absence de forts capitaux, les femmes se soumettent aux prises en charge, y compris quand elles sont maltraitantes ou défaillantes – Priscilla Dray elle-même, toute « bourgeoise » bien dotée qu'elle est, explique avoir « fait confiance » au médecin qui lui refuse ses antibiotiques. La « prise en charge défaillante » est ici produite par l'addition exceptionnelle de phénomènes qui, eux, sont structurels à la prise en charge de l'avortement : tel est l'objet de ce chapitre.

Dans les pages qui suivent, j'interrogerai la façon dont la prise en charge concrète de l'IVG en France aujourd'hui contribue tantôt à le stigmatiser, tantôt à le destigmatiser. Que l'accès à l'IVG soit défendu en droit, comme on l'a vu au chapitre précédent, ne dit pas grand-chose en effet de son accès en pratique. Le travail comparatiste mené dans le livre collectif dirigé par

Laurence Brunet et Alexandrine Guyard-Nedelec le montre bien : l'accès à l'IVG peut être extrêmement difficile dans certains pays dont la législation est pourtant comparable à celle de la France (2019). En Italie par exemple, près de 70 à 90% des médecins opposent ouvertement une « clause de conscience » qui leur permet de ne pas faire d'avortement, ce qui crée de très importants problèmes d'accès – comme en témoigne également le documentaire *Avortement, les croisés contre-attaquent*². À l'inverse, des pays avec des législations plus coercitives que celle de la France peuvent avoir en pratique un accès plus étendu à l'IVG. En Grande-Bretagne, le « fossé socio-légal » (*socio-legal gap*) entre les pratiques et la loi s'est fait au bénéfice d'une facilitation de l'accès des femmes à l'avortement : si les femmes doivent, en théorie, obtenir l'accord de deux médecins pour avorter, en pratique ces feuillets sont préremplis par les médecins, ce qui laisse les femmes décider seules (Lee, 2003). Il faut donc se demander comment l'organisation de la prise en charge concrète des avortements et les différent·es professionnel·les qui prennent part à leur réalisation participent à faire de l'avortement une expérience stigmatisante – ou pas.

Pour cela, je m'appuierai à la fois sur les récits de parcours de soin des avortées rencontrées³, sur le travail ethnographique mené dans les centres d'IVG, et sur les entretiens réalisés avec les différentes professionnelles (médecins, sages-femmes, infirmières, aides-soignantes, mais principalement conseillères familiales et conjugales). Je montrerai d'abord que, malgré une politique volontariste visant à améliorer l'accès à l'IVG, l'orthogénie (la réalisation d'IVG⁴) constitue le « sale boulot » de la gynécologie, ce qui contribue à en faire un acte stigmatisant et stigmatisé pour les professionnel·les de santé (2.1). Il en résulte que, pour les femmes qui avortent, l'accès à l'IVG constitue un parcours semé d'embûches *implicites*, qui exposent à des maltraitements plus ou moins prononcés. Par contraste, les prises en charge attentives au bien-être physique et psychique sont accueillies avec gratitude et soulagement (2.2).

² Réalisé par Alexandra Jousset et Andréa Rawlins-Gaston, produit par CAPA Press, 2017, 95 minutes.

³ Rappelons que plus d'un tiers des personnes rencontrées ont été orientées par les professionnel·les de santé qui les ont prises en charge, ce qui augmente la probabilité que les femmes aient été bien accueillies, et écarte structurellement celles qui ne seraient pas satisfaites et n'ont pas d'énergie à donner à un dispositif associé à la prise en charge. Néanmoins, même chez celles-ci, des mauvais traitements peuvent avoir été vécus à un moment où l'autre du parcours de soin – par forcément sur le lieu où elles ont reçu mon flyer.

⁴ Étymologiquement, le terme signifie « redressement de la procréation ». Pour cette raison, il est remis en cause par certain·es médecins militant·es. Je continuerai cependant à l'employer dans ce chapitre car il est utilisé sur le terrain par les professionnel·les des centres d'IVG, qui se définissent comme spécialistes de l'orthogénie. Donner un nom médical à la pratique de l'avortement constitue une façon d'en revendiquer la légitimité, à plus forte raison quand cette pratique est stigmatisée. On peut lire cela aussi à travers la façon dont les sages-femmes qui s'investissent désormais dans l'IVG ont à cœur de se définir comme « sage-femme orthogénistes » (Borel, 2023). J'emploierai donc ce terme comme une catégorie indigène, opérante pour celles qui s'y reconnaissent.

2.1 Faire avorter : une activité professionnelle stigmatisée

La sociologie des professionnel·les de l'orthogénie est actuellement en construction. Malgré l'importance historique des médecins dans la légalisation de l'avortement (Cahen, 2015 ; Carol, 1998 ; Gaudillière, 2006), le rapport des professionnel·les de santé à l'IVG, brièvement documenté au lendemain de la légalisation (Comte-Pajot, 1989 ; Ferrand, 1988), a tardé à être étudié. Les recherches se sont surtout focalisées sur les prescriptions de contraception (Le Guen et al., 2017 ; Roux, Ventola et Bajos, 2017 ; Ventola, 2014, 2016a) et la gynécologie médicale (Guyard, 2010b, 2010a, 2015 ; Koechlin, 2021 ; Ruault, 2015). Cependant, des travaux très récents commencent à rendre plus intelligibles le travail d'avortement : outre des thèses d'exercice en médecine (Delisle, 2006 ; Grandrupt, 2007), la thèse de Myriam Borel sur l'investissement de l'orthogénie par les sages-femmes (2023) et celle en cours de Raphaël Perrin sur les avorteurs et les avorteuses défrichent l'analyse de professions jusque-là peu étudiées. J'ai pour ma part consacré ma recherche de M2 à l'ethnographie d'un centre d'IVG (Thizy, 2016) et proposé dans un article déjà paru une analyse de ce travail à partir de mes terrains de M2 et de thèse (Thizy, 2023). Mon objectif, dans cette section, n'est donc pas de cartographier dans le détail la prise en charge de l'IVG en France, mais plutôt de dessiner à gros traits, à partir de mes recherches et de ces travaux récents, les principaux enjeux professionnels de l'IVG et la façon dont ils concourent à produire – ou limiter – la stigmatisation structurelle de l'avortement. Après une brève présentation de l'organisation des soins sur le territoire aujourd'hui (2.1.1), je me pencherai sur les enjeux professionnels autour de l'avortement. Je montrerai que si la « clause de conscience » cristallise un ensemble de discours conflictuels (2.1.2), la stigmatisation par l'institution médicale doit avant tout être réinscrite dans des logiques professionnelles qui amènent auprès des avortantes des professionnel·les – principalement des femmes – elles aussi dominées et parfois stigmatisées (2.1.3).

2.1.1 Panorama de la prise en charge de l'IVG au début des années 2020

L'accès à l'IVG est un enjeu important des politiques de santé en France. Depuis le début des années 2000, de nombreux rapports cherchent à en identifier les dysfonctionnements⁵. Si

⁵ La mise en place de la loi Aubry de 2001 s'appuie par exemple sur le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (Jeandet-Mengal, 2002). La mise en place de la loi fait l'objet d'une évaluation en 2008 par la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes (Poletti, 2008). Cette évaluation est complétée par plusieurs documents : en 2009, un deuxième rapport de l'IGAS fait état des progrès réalisés dans l'accès à l'IVG en France, malgré l'absence de normalisation de la prise en charge (Aubin, Jourdain

des restrictions persistent, amenant chaque année plusieurs milliers de femmes à se rendre à l'étranger pour avorter⁶, l'action publique a joué sur un ensemble de mesures pour améliorer les prises en charge : réorganisation de l'offre de soin, diversifications des méthodes et des professionnel·les de santé, amélioration de l'accès à l'information, allongement du délai légal d'IVG, allègement de l'encadrement émotionnel.

En 1975, seul·es des médecins exerçant à l'hôpital sont autorisé·es à réaliser des avortements – contrairement à ce que revendiquaient de nombreuses militantes des MLAC qui plaidaient pour une démedicalisation de cet acte (Ruault, 2017a). La méthode utilisée était alors l'aspiration, popularisée en France sous le nom de « méthode Karman » et pratiquée sous anesthésie locale ou générale. Cette technique, aussi nommée instrumentale ou chirurgicale, consiste à aspirer le contenu de l'utérus. Elle cède désormais la place à des avortements par méthode médicamenteuse.

La mise sur le marché, à la fin des années 1980, de la pilule abortive⁷, a en effet changé la donne, en offrant la possibilité de prises en charge autres qu'hospitalières, voire d'IVG à domicile. La réalisation d'IVG médicamenteuses hors établissements de santé, actée par la loi Aubry-Guigou de 2001, a en pratique été ouverte en 2004 aux médecins conventionné·es exerçant en cabinet de ville⁸, en 2009 aux centres de planification familiale (CPEF) et aux centres de santé et, depuis 2016, aux sages-femmes. Avec le « virage ambulatoire » de l'hôpital (Borel, 2023, p. 137), qui incite à réduire les temps d'hospitalisation, les IVG par aspiration diminuent, même si, désormais, elles peuvent être réalisées sous anesthésie locale dans les centres de santé et les CPEF depuis 2009 et par les sages-femmes depuis 2022. La méthode par

Menninger et Chambaud, 2009) ; en 2011, le rapport du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale de 2011 (Rapport du groupe de travail n°2, 2011) dresse un panorama de l'organisation du système de soi ; en 2012, Marie-Laure Brival réalise une synthèse de l'accessibilité de l'IVG en France (Brival, 2012). Mais c'est principalement le double rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE) de 2013 qui formule les préconisations les plus complètes. Ces rapports ont conduit à des transformations importantes de la prise en charge de l'IVG et de l'information en ligne (Bousquet et Laurant, 2013). Un bilan des avancées a été dressé dans un rapport au Ministère des Affaires Sociales et de la Santé en 2016 (Commission IVG, 2016) et par le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes en 2017 (HCE, 2017). La pandémie a accéléré les transformations et de nombreuses recommandations du rapport n° 3343 (Battistel et Muschotti, 2020) ont été mises en œuvre depuis, tandis que le débat porte désormais sur la constitutionnalisation du droit à l'IVG (Battistel et Gouffier-Cha, 2022).

⁶ Leur nombre exact est l'objet de débats importants. Le rapport n°3343 (Battistel et Muschotti, 2020), qui reprend les chiffres d'un rapport plus ancien suggère un chiffre compris entre 3000 et 5000 par an pour plus de 200 000 IVG annuelles (Bousquet, 2000). L'allongement du délai d'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse devrait, en théorie, réduire ce chiffre.

⁷ La méthode médicamenteuse consiste en fait en une double prise de médicament : la *mifépristone* (RU 486, commercialisée sous le nom de Mifégyne) est suivie, 36 à 48h plus tard, de l'ingestion de *misoprostol*. Pendant mon terrain, le misoprostol utilisé était le Cytotec, un médicament mis sur le marché pour traiter les ulcères gastriques mais utilisé couramment en gynécologie. Après un scandale sanitaire, le laboratoire Pfizer l'a retiré du marché en 2018. Il est désormais remplacé par le Gymiso ou le Misoone, bien plus chers (Mathieu et Thizy, 2023).

⁸ Ces professionnel·les (médecins généralistes ou gynécologues) reçoivent une formation spécifique et signent une convention avec un hôpital où les usagères peuvent être réorientées en cas de complication.

médicament – suivie de l’extension de la méthode par aspiration – a ainsi permis un redéploiement et une diversification de l’organisation des soins et des professions réalisant des IVG. Cette méthode est désormais largement dominante : alors qu’elle ne représentait que 30% des IVG en 2001, 69% en 2018, elle concerne 76% des IVG en 2021 (Vilain, 2022).

Le choix de la méthode d’IVG doit, en théorie, être laissé à l’appréciation des personnes enceintes – plusieurs études médicales et de sciences sociales en montrent l’importance (Gelin, 2019 ; Moreau et al., 2011 ; Pheterson et Maury, 2001 ; Rossier, Michelot et l’équipe Cocon, 2008). Dans les faits, ce choix est loin d’être systématique : tout dépend des habitudes du service, des ressources techniques disponibles, de l’offre locale et du stade de la grossesse⁹. En cabinet de ville, seule la méthode médicamenteuse est possible, jusqu’à 7 semaines d’aménorrhées (SA) – 9 SA depuis la pandémie de covid-19. Dans les régions rurales où les établissements de santé se raréfient, l’offre locale se limite donc souvent à la méthode médicamenteuse. Dans les lieux sans bloc opératoire, où l’anesthésie générale n’est pas possible, seule l’anesthésie locale est proposée au-delà de 7 SA (9 SA désormais), comme le CIVG1 où j’ai enquêté. Dans des services où l’orthogénie est intégrée à la gynécologie, c’est plutôt l’anesthésie locale qui tend à se raréfier, comme l’a montré Myriam Borel : les infirmières de bloc, non formées aux techniques d’accompagnement relationnel que suppose une IVG sous anesthésie locale (tenir la main des avortantes, leur parler, etc.), ont tendance à l’esquiver en faisant autre chose (ranger du matériel, nettoyer, etc.), ce qui pousse les médecins à proposer plutôt des IVG médicamenteuses ou des IVG par aspiration sous anesthésie générale (2023, p. 152). Certains services, comme celui du professeur Nisand à Strasbourg, ont même renoncé à pratiquer des IVG par aspiration, et réalisent des IVG médicamenteuses jusqu’au terme du délai autorisé (14SA depuis 2001, 16 SA depuis 2022).

La mise en application de la politique de santé via les Agences Régionales de Santé se fait ainsi de manière désordonnée et l’organisation locale des soins est largement tributaire de la bonne volonté et des convictions des professionnel·les de santé en poste – Myriam Borel parle d’un « enchevêtrement » (p. 158) des structures et des acteur·ices. Une telle diversité de pratiques pose question puisqu’elle favorise les inégalités territoriales (Battistel et Muschotti, 2020).

L’accès à l’IVG s’avère en effet très variable géographiquement. Si, en moyenne, un lieu de prise en charge est accessible à moins de 23 min en voiture (Collet, 2011), cela est bien plus

⁹ Le rapport 3343 plaide pour « améliorer l’information des femmes sur leur droit au choix de la méthode d’IVG, en recommandant notamment aux médecins de présenter systématiquement les différentes méthodes à chaque femme se présentant pour une IVG et de lui rappeler qu’elle a le choix de la méthode » (Battistel et Muschotti, 2020, p. 13).

long dans les zones de « désert médical », notamment en milieu rural. Par ailleurs, tout le monde n'est pas véhiculé : ne pas pouvoir accéder à pied ou en transport en commun aux lieux de prise en charge complique l'accès et peut amener à renoncer à l'IVG – le travail de Julie Ancian sur les néonaticides montre que bien souvent, les femmes qui tuent leur nouveau-né n'ont pas pu, en raison de leur grande précarité, accéder à une IVG (2018).

La restructuration de l'offre de soin, qui s'est accompagnée d'une concentration de l'activité et d'un désengagement important du secteur privé dans les années 2010, a ainsi entraîné la fermeture de petites maternités locales réalisant également les IVG¹⁰, ce qui a pu renforcer les problèmes d'accès dans les « déserts médicaux ». À l'heure actuelle, l'hôpital public prend en charge presque 8 IVG sur 10 (par médicament ou par aspiration) et l'offre a tendance à se concentrer de plus en plus dans les grands pôles urbains (Vilain, 2019 ; Vilain et al., 2020).

Par ailleurs, l'activité d'orthogénie est de plus en plus intégrée aux services de gynécologie médicale ou obstétricale, *a minima* sur le papier – dans la pratique, les centres d'IVG, y compris lorsqu'ils dépendent d'un service de gynécologie, sont très indépendants et géographiquement à l'écart (autre étage, voire autre bâtiment que la gynécologie dans les centres hospitaliers). Cette tendance à l'association entre les centres d'IVG autonomes et les services de gynécologie s'explique par des raisons budgétaires (pour réaliser des économies d'échelles) mais aussi idéologiquement : il s'agit de « légitimer l'activité d'IVG et [...] la sortir d'une marginalisation de fait » (Aubin, Jourdain Menninger et Chambaud, 2009, p. 53), afin ne plus faire de l'IVG un acte « à part¹¹ » dans le système de santé (Battistel et Muschotti, 2020).

Malgré sa généralisation, ce couplage de la gynécologie et de l'orthogénie n'est que rarement défendu par les professionnelles des hôpitaux publics rencontrées, qui privilégient une prise en charge différentielle, effectuée par du personnel volontaire et formé, dans des centres d'orthogénie exclusivement dédiés aux IVG (Thizy, 2016). Ainsi, de nombreux·ses professionnel·les de santé s'accordent sur le fait que l'IVG ne doit « pas être banalisée » parce qu'elle n'est « pas anodine¹² » (Borel, 2023 ; Mathieu et Ruault, 2014). Le débat sur la

¹⁰ Alors que les établissements pratiquant des IVG étaient 729 en 2000, ils n'étaient plus que 639 en 2006 – cette baisse s'étant poursuivie après 2006 (Aubin, Jourdain Menninger et Chambaud, 2009 ; Bousquet et Laurant, 2013).

¹¹ La question est ancienne : dès le vote de la loi pour le remboursement de l'IVG, le 31 décembre 1982, la question d'en faire un acte comme les autres ou de maintenir son caractère exceptionnel se posait (Robinson, 2001).

¹² Elle peut également être revendiquée par les avortantes, qui préfèrent, le jour où elles avortent, ne pas croiser de femmes visiblement enceintes dans les couloirs, ni patienter avec elles en salle d'attente. Férouze (42 ans, aide-soignante, IVG à 26 en 2003 et 30 ans en 2007), qui a perdu son premier fils in utéro d'un hématome rétro-placentaire à 31 semaines de grossesse, s'agace ainsi de l'absence de séparation des différentes activités de gynécologie, à la fois en tant que soignante et qu'usagère du système de santé : « On a déclenché mon accouchement dans un service patho, on aurait dû laisser un service patho, et on m'a mise dans un service mater ! [...] Vous vous rendez pas compte de ce que vous faites ? Comme si j'avais choisi de perdre un gamin. Et celles qui se faisaient avorter pareil étaient en maternité ! A partir du moment où y'a un truc qui sort par en bas, bah tu

« spécificité » de l'avortement dans la prise en charge gynécologique reste donc ouvert et contradictoire, et se cristallise en particulier autour de l'éventuelle suppression de la « clause de conscience » spécifique à l'IVG, qui constitue un analyseur formidable des ambiguïtés de la stigmatisation en matière d'avortement.

2.1.2 Le débat autour de la « clause de conscience » : une cristallisation de la stigmatisation de l'IVG

« Le droit d'avoir des convictions » : les oppositions médicales à la suppression de la clause

La loi Veil autorise tout·e professionnel·le ne souhaitant pas réaliser d'IVG à se soustraire à cette pratique : « un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse ». S'il ou elle s'y oppose, obligation lui est faite de réorienter la personne en demande d'IVG vers des professionnel·les compétent·es (article L.2212-8 du Code de la Santé Publique). Cette disposition, communément nommée « clause de conscience », est spécifique à l'avortement¹³. Depuis une dizaine d'années, elle fait l'objet de vifs débats : redondante avec l'article R4127-47 du Code de la Santé publique qui stipule qu'un médecin « a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles », elle est vivement critiquée par les associations militantes féministes (comme le Planning Familial et Osez le féminisme), par certain·es professionnel·les de l'IVG et différents rapports publics¹⁴ qui appellent à son retrait, sans succès jusque-là. Le projet de loi porté par Albane Gaillot, qui a permis en mars 2022 d'allonger le délai d'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse et d'autoriser l'IVG chirurgicale aux sages-femmes, s'est heurté à des résistances médicales insurmontables s'agissant de la « clause de conscience ». Le débat, avant tout symbolique, oppose ceux et surtout celles qui y voient une importante stigmatisation des avortantes à celles et surtout ceux qui l'interprètent comme une remise en cause de l'autonomie et de l'autorité médicale.

es en mater en fait ! et ça, c'est des trucs... Si ça peut être changé, ça serait bien. [...] ça devrait être à part ! et mettre un service d'IVG à côté de gens qui n'arrivent pas à avoir de gosses ! [...]. Toi, tu es en train de dire que t'étais là pour te faire avorter... C'est juste flippant pour celles qui sont en face et qui se battent pour la vie de leur bébé ! ».

¹³ Quoiqu'elle concerne aussi la stérilisation volontaire (article L. 2123-1 du code de la santé publique) et la recherche sur les embryons humains (l'article L. 2151-7-1 du code de la santé publique).

¹⁴ Dès 2013, le rapport du Haut Conseil à l'Égalité (Bousquet et Laurant, 2013) recommande sa suppression. Le débat est mis sur le tapis en 2014-2015 par Marisol Touraine, au moment de la mise en place de mesures volontaristes pour améliorer l'accès à l'IVG. Si de très nombreuses recommandations du rapport sont appliquées rapidement, la suppression de la clause de conscience suscite à ce moment-là une telle levée de bouclier que la ministre de la Santé bat en retraite. Le bilan de la mise en œuvre de ces mesures par le HCE en 2017 rappelle de nouveau l'enjeu de supprimer cette clause redondante.

L'argument principal des associations féministes et des rapports publics est qu'une telle disposition, en faisant de l'IVG un acte médical « à part », stigmatise inutilement l'avortement et impacte l'accès au soin. Elle constitue pour les avortantes une violence symbolique, d'après Nathalie Bajos auditionnée par les députées en 2020, sans offrir davantage de liberté aux professionnel·les de santé, et maintient l'IVG dans une situation de tolérance plutôt que de droit, alors que l'IVG est désormais une pratique courante. « Chaque femme à laquelle un médecin envoie comme message "ma conscience prime sur la vôtre" se sent rejetée et dévalorisée/méprisée » met en avant le Planning familial dans son argumentaire¹⁵. Le refus de culpabiliser les avortantes est ainsi l'argument principal en faveur de la suppression de la clause¹⁶.

En face, la levée de bouclier se fait du côté des organisations de praticien·nes qui représentent la profession, comme le conseil de l'Ordre des Médecins, les syndicats de gynécologues (le SYNGOF¹⁷ et le CNGOF¹⁸), l'Académie de médecine, suivis en cela par le Conseil consultatif national d'Éthique (CCNE) qui redoute une perte d'attractivité de la gynécologie. Ceux-là défendent la liberté des médecins et la protection que constitue, pour les avortantes, l'obligation théorique d'être réorientées vers des professionnel·les acceptant de réaliser des IVG – le rapport des députées Marie-Noëlle Battistel et Cécile Muschotti (2020) concède pragmatiquement qu'amener auprès des avortantes des médecins anti-IVG les exposerait encore davantage à ce qui est désigné comme des « attitudes culpabilisantes ». Toutes et tous mettent ainsi en avant l'intérêt des femmes mais, ici, il ne masque pas une défense corporatiste d'un groupe professionnel soucieux de garantir son autonomie.

L'observation, en mars 2021, d'un débat régional intitulé « IVG : la clause de conscience des soignants en débat » offre un bon aperçu des enjeux. La séance, ouverte à tous·tes et facilement accessible en visioconférence, n'avait que peu de public et le débat a surtout eu lieu entre professionnel·les directement concerné·es. Il opposait manifestement deux groupes. D'une part, les actrices de terrain (jeunes médecins dans des centres d'IVG, sages-femmes nouvellement chargées d'organiser l'activité dans les zones rurales) : celles-ci insistaient sur la dimension stigmatisante de la clause de conscience et se prononçaient prudemment en faveur

¹⁵ Accessible à l'adresse suivante : <https://www.planning-familial.org/fr/avortement/suppression-de-la-clause-de-conscience-specifique-instituee-dans-la-loi-de-1975-pour>, consultée le 05 mars 2023.

¹⁶ Les travaux de sciences sociales sur la question insistent également sur l'humiliation que peut constituer ce refus de soin, comme le rappelle R. Perrin (2021, p. 50 – 51) à partir des travaux de Carolyn McLeod sur le refus des pharmacien·nes de distribuer des pilules du lendemain (2010) et de Christian Fiala et Arthur Joyce qui soutiennent que le refus de soin ne saurait être comparable à une « objection de conscience », puisqu'il déconsidère la vie et la santé des femmes concernées (Fiala et Arthur, 2014).

¹⁷ Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France.

¹⁸ Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.

de son retrait (sans se faire d'illusion sur les effets concrets d'une telle mesure). De l'autre, des médecins plus âgés, principalement des hommes, pour certains orthogénistes mais en majorité spécialisés dans d'autres domaines et à des postes institutionnels clés. Ceux-là s'insurgeaient de se sentir privés de leur liberté de conscience : « Il faut pas stigmatiser le médecin qui a le droit d'avoir des convictions et ne doit pas faire ce que sa morale personnelle lui interdit » avance un médecin dont Google m'apprend qu'il est cardiologue retraité ; « Un médecin forcé à faire un acte ne fera pas un acte satisfaisant pour personne, ni pour lui, ni pour la patiente, ni pour la société » assène un autre qui s'avère être médecin légiste et président local de l'Ordre des médecins.

Face à ces médecins dominants, qui n'hésitent pas à hausser le ton, à faire montre de leur emportement, et n'ont probablement jamais réalisé d'IVG, les jeunes sages-femmes et généralistes familier·es du terrain peinent à faire entendre leurs nuances et marchent sur des œufs : « il y a une tension entre dire le droit des femmes à l'IVG d'un côté... et ne pas avoir les moyens en face d'assurer les IVG. Donc oui, il y a un enjeu de la formation des médecins ! et il faut aussi dire où il faut les mettre, les IVG... pas au fond du couloir, c'est stigmatisant ! et puis le manque de reconnaissance médicale stigmatise aussi les professionnelles de santé qui font des IVG » avance une jeune sage-femme coordinatrice de l'activité, forte de sa connaissance des difficultés d'accès local à l'IVG. Lorsque, dans le chat, je fais un commentaire public allant dans le même sens, une jeune interne travaillant en CIVG me remercie en utilisant *la fonction privée* de la conversation en ligne et fustige les « vieux pontes » qui « n'ont jamais mis les pieds en orthogénie ». Mais, par précaution, elle ne se permet pas de tenir ce discours publiquement¹⁹ (journal de terrain, 03/03/2021).

Derrière la revendication de faire ce qui est le mieux pour les femmes, l'enjeu est donc bien, comme l'a montré Raphaël Perrin (2021), de savoir à qui revient la légitimité de s'exprimer sur l'avortement. Les instances représentatives de la profession – les syndicats, dominés par des hommes blancs, âgés, en position de pouvoir, favorables au maintien de la clause – s'opposent ainsi aux expert·es de terrain – les avorteur·ses, plus jeunes, très souvent des femmes, médecins généralistes ou sages-femmes. Sont en concurrence la « légitimité par la représentativité » et la « légitimité par expertise » (*ibid.*, p. 133). Les rapports de force professionnels, qui sont à la fois des rapports entre *professions médicales*, entre *classes de sexes* et entre *classe d'âge*,

¹⁹ Avoir accès aux échanges privés entre les différent·es participant·es de ce débat serait une source extrêmement intéressante pour mieux cerner, derrière les prises de positions plus ou moins diplomatiquement présentées, les vrais enjeux à l'œuvre. L'accès à ces données est très certainement impossible pour des raisons de confidentialité des échanges, mais je serai curieuse d'étudier qui parle en privé à qui, pour dire quoi, et sur quel ton. Il y aura sûrement pour les générations futures des analyses d'archives de chat passionnantes à dépouiller – quel qu'en soit le sujet.

contribuent ainsi à maintenir *un statu quo* extrêmement chargé symboliquement, parce qu'il charrie avec lui tous les enjeux de pouvoir du champ médical, qu'il s'agisse de rapports de force internes aux professions médicales ou de la relation entre les médecins et la société.

Mais une stigmatisation de fait de celles et ceux qui opposent une clause de conscience

Cette virulente défense de la « clause de conscience » est toutefois paradoxale si l'on considère qu'en pratique, les professionnel·les de santé n'y ont presque jamais recours²⁰. L'enquête de Raphaël Perrin (2021) montre ainsi que les professionnel·les de santé qui opposent ouvertement une clause de conscience sont de fait très peu nombreux·ses, et le font souvent pour des raisons religieuses, plus ou moins déguisées derrière des considérations morales mettant en avant leur autonomie de pensée. Or, ces professionnel·les sont très souvent stigmatisé·es par leurs collègues pour leur prise de position. Sur le terrain, le consensus est très évident : l'IVG est un droit des femmes qu'il est hors de question de remettre en cause, la possibilité d'avorter doit être assurée et personne ne veut être pointé du doigt comme rétrograde et anti-IVG (ce discours est même parfois aussi avancé par celles et ceux qui refusent ouvertement de pratiquer l'IVG). Pourtant, malgré cette défense très prononcée du droit à l'avortement, il ne faut pas conclure à une absence de réticences médicales à le pratiquer. Le très faible recours à la clause de conscience masque en fait un ensemble d'oppositions médicales latentes – mais non formulées – à l'IVG et il faut en réalité envisager un « continuum des positions » dans les réticences à pratiquer les IVG (*ibid.*, p. 12).

Celles-ci sont en effet subreptices : elles concernent les IVG au-delà d'un certain terme, la situation de certaines femmes, le recours à certaines méthodes. Surtout, dans la grande majorité des cas, il n'est aucunement besoin de recourir à la clause de conscience pour s'épargner la pratique des IVG : pour les médecins les plus avancé·es dans leur carrière, des possibilités d'esquive existent qui permettent de contourner le travail d'avortement sans pour autant être perçu·e comme réfractaire à sa pratique. La clause de conscience est ainsi à la fois un « droit sacré » et une « pratique déviante » (*ibid.*, p. 80) et la « réprobation de l'utilisation de la clause de conscience coexiste avec une valorisation de son existence, comme droit, comme possibilité laissée aux médecins » (*ibid.*, p. 81). C'est l'esquive de la pratique qui semble être la norme.

²⁰ Ce constat empirique m'avait conduite, en 2015, à réorienter un projet de M2 qui portait initialement sur la clause de conscience : j'avais rapidement conclu à un terrain très limité sur cette question, puisque les hôpitaux publics de la région enquêtée, qui prenaient alors en charge la quasi-totalité de la demande, ne recrutaient pas les internes refusant de faire des IVG, en considérant que l'activité d'orthogénie fait partie intégrante de la gynécologie (Thizy, 2016). De même, aucune de mes enquêté·es ne s'est vu explicitement opposer une clause de conscience, alors qu'elles sont plusieurs à avoir été entravées dans leurs démarches et avoir vécu d'autres maltraitements (voir *infra*).

La stigmatisation de l'IVG parmi les professionnel·les de santé est donc paradoxale : si le droit des femmes à l'avortement est fermement revendiqué, la pratique concrète suscite un malaise dont le débat sur la clause de conscience n'est que la pointe symbolique émergée.

2.1.3 L'orthogénie, « sale boulot » de la gynécologie ?

Pour mieux comprendre le caractère stigmatisé et stigmatisant de la pratique des IVG, il ne faut donc pas se limiter au discours public sur la clause de conscience : il faut aussi considérer les prises en charge effectives et mettre en évidence la délégation dont fait l'objet la prise en charge de l'IVG.

« Tu vois dans les regards que tu fais un drôle de métier » : des professionnel·les stigmatisé·es ?

La stigmatisation de l'IVG ne concerne pas seulement les personnes qui avortent (Norris et al., 2011) : elle touche aussi, et parfois de façon plus marquée, ceux et celles qui les font avorter. Il existe un effet de contagion, une forme de stigmatisation secondaire (*affiliate stigma*) vécue par les professionnel·les de santé (Lipp, 2011), qui contribue à entraver la légalisation de l'avortement dans les pays avec des lois restrictives comme le Brésil (De Zordo et Mishtal, 2011) et peut même mener, comme aux États-Unis, à l'agression voire au meurtre²¹ de médecins avorteur·ses. La littérature internationale est particulièrement sensible à cette question, puisqu'elle applique aux *caregivers* les mêmes modalités d'analyse de la stigmatisation qu'aux avortées²².

En France, la stigmatisation des professionnel·les de santé a été moins théorisée qu'ailleurs. Historiquement, les sanctions envers les avorteurs et avorteuses étaient pourtant bien plus féroces qu'envers les avortées (Cahen, 2016) et les plus vieux médecins rencontrés (tout comme

²¹ Le docteur George R. Tiller, qui pratiquait des IVG jusqu'à 22 semaines de grossesse, a été tué le 31 mai 2009 par Scott Roeder. Voir l'article du Monde du 11/01/2010, « Le procès du meurtrier d'un médecin pratiquant l'avortement tardif s'ouvre aux Etats-Unis », accessible à l'adresse https://www.lemonde.fr/ameriques/article/2010/01/11/le-proces-du-meurtrier-d-un-medecin-pratiquant-l-avortement-tardif-s-ouvre-aux-etats-unis_1290248_3222.html, consultée le 17/06/2023.

²² Un programme psychosocial développé depuis 2011 à l'université du Michigan (Harris et al., 2011) vise ainsi à établir un « Abortion Provider Stigma Survey » qui renseigne sur l'impact de la stigmatisation perçue par les professionnel·les de l'avortement dans la vie quotidienne. Ce programme porte une volonté plus générale de développer un outil de mesure permettant d'évaluer la stigmatisation vécue par les *care givers*, et leur réaction au stigmaté (Martin, Debbink, Hassinger, Youatt, Eagen-Torkko, et al., 2014 ; Martin, Debbink, Hassinger, Youatt et Harris, 2014) - l'instrument ayant été révisé dernièrement (Martin et al., 2018). Cette façon de définir un « coefficient de stigmatisation ressentie », qui puisse servir à la fois de support et de mode d'évaluation de politique de réduction de la stigmatisation expérimentée, pose les mêmes problèmes épistémologiques et méthodologiques que « l'ILAS scale » appliquée aux avortées (voir Introduction pour une critique de ce dispositif). Elle n'en atteste pas moins de la constitution de la stigmatisation des professionnel·les de santé en problème public à l'échelle internationale

ceux rencontrés par Myriam Borel, p. 383) se souviennent de la pénétration des commandos anti-IVG dans les services (Venner, 1995a). La constitution du délit d'entrave à l'IVG par la loi Neiertz a cependant permis de disposer d'outils juridiques pour protéger les avortantes mais aussi les professionnel·les de santé en France²³. L'expérience de la stigmatisation abortive des *caregivers* en France est donc relativement limitée. Il ne faut pas en conclure qu'elle est inexistante : « des fois tu vois dans le regard, tu sais, qu'ils te disent que tu fais un drôle de métier » me confiait par exemple une infirmière du CIVG1. Dans mon mémoire de M2, j'avais ainsi mis en évidence comment les professionnelles mettent en place, dans leur vie personnelle, des stratégies de contournement du stigmatisme (Thizy, 2016, p. 47-52). Dans leur vie professionnelle, la logique est un peu différente : si c'est plutôt le refus explicite de pratiquer les IVG qui est ouvertement stigmatisé (Perrin, 2021), il n'en reste pas moins que la réalisation des avortements est l'activité la moins valorisée et valorisante de la gynécologie – ce que constatent les rapports publics (Battistel et Muschotti, 2020, p. 7) et les enquêtes sociologiques sur la question.

Pour appréhender la stigmatisation des professionnel·les de santé et la façon dont l'activité s'organise, il semble donc plus heuristique de s'appuyer sur les travaux qui adoptent la perspective de la sociologue états-unienne Carole Joffe (1978, 1996). En reprenant à Everett Hughes son concept de « sale boulot » (*dirty work*) (1997), la chercheuse réinscrit la stigmatisation de l'avortement dans les logiques professionnelles à l'œuvre sur le terrain. Cette perspective, que j'avais adoptée dans mon travail de M2 et qui est aussi celle mise en avant par Aurore Koechlin, Myriam Borel et Raphaël Perrin, permet d'envisager la stigmatisation des avorteur·ses comme la résultante (et la force de reproduction) de rapports de pouvoir entre groupes sociaux. La dévalorisation de l'activité d'avortement ne doit donc pas être comprise en raison des seuls jugements moraux sur l'IVG ou comme une propriété intrinsèque de cet acte, mais plutôt comme la résultante même de la délégation d'un travail considéré comme ingrat.

« Les IVG, ça les gonfle, ils préfèrent les cancers du sein ou les accouchements » : les logiques professionnelles de la délégation du travail d'avortement

La raison principale de la délégation du travail d'avortement tient au fait qu'il s'agit d'un acte « sans enjeu scientifique ou technique particulier » (Bajos, Moreau, et al., 2004, p. 632). Réaliser une IVG ne demande pas de compétences poussées – même si, pour le faire dans de

²³ Marie-Noëlle Battistel et Cécile Muschotti, dans leur rapport, soulignent d'ailleurs que les responsables politiques rencontrés en Espagne et aux Pays-Bas (pays qui ne disposent pas d'une telle législation), se sont montrés vivement intéressés par ce dispositif (Battistel et Muschotti, 2020).

bonnes conditions, il faut y être convenablement formé·e. Le geste, très répétitif, ne comporte pas d'enjeu technique et présente peu d'intérêt médical. Chronophage, il suscite rapidement la lassitude – plusieurs fois sur le terrain on m'a répété que « j'allais m'ennuyer » et de fait, l'orthogénie se caractérise par sa redondance. Pour les professionnel·les qui travaillent en orthogénie à temps plein, l'investissement à long terme de l'IVG peut conduire à une perte de compétence dans le reste de leur activité, faisant de l'IVG un cul-de-sac professionnel à moyen-long terme (Thizy, 2016, 2023). Il en va de même pour les jeunes gynécologues, à qui l'IVG n'offre pas vraiment de perspective de carrière à l'hôpital, ni d'engagement universitaire dans l'enseignement ou la recherche (Perrin, 2021, p. 116). Dit autrement, quelle que soit la profession considérée, il est plutôt difficile de faire carrière dans l'IVG.

Or, la hiérarchie des professions en général (Hughes, 1997), et des professions de santé en particulier (Arborio, 2001), repose sur le degré de technicité des tâches à accomplir. Le prestige professionnel est directement lié au degré de compétence nécessaire pour exercer. Les tâches les plus simples sont ainsi confiées aux subalternes. Ce qui caractérise le sale boulot, c'est bien la délégation dont il fait l'objet, en contribuant à hiérarchiser les groupes professionnels. Le docteur Voltaire (gynécologue, 54 ans, CIVG7) l'avait résumé en une formule sans appel, à propos des internes structurellement contraint·es, en dehors des centres d'orthogénie, de prendre en charge l'avortement dans les services de gynécologie non-dédiés : « c'est sûr que les IVG ça les gonfle, ils préfèrent les cancers du sein ou les accouchements ! ». Raphaël Perrin a également montré comment les internes, « désigné·es volontaires », sont chargé·es par les chef·fes de service plus âgé·es de réaliser « les aspis » dans les services de gynécologie (2021, p. 48-49 ; p. 60 ; p. 116 et 118). La structure des rapports de pouvoir les oblige à faire les IVG dont les seniors ne veulent plus, pour ne pas compromettre leur carrière universitaire – étant entendu que plus tard, mais bientôt, il leur sera possible à leur tour de déléguer cette tâche aux plus jeunes (*ibid.*, p. 119).

Dans les centres d'IVG, les médecins qui acceptent les vacances d'IVG (souvent faiblement rémunérées) sont bien souvent des médecins généralistes formé·es à la gynécologie par un Diplôme Universitaire (DU), ou des gynécologues médicaux·ales (Brival, 2012 ; Rapport du groupe de travail n°2, 2011, p. 19) – les médecins rencontrés sur mes terrains ne font pas exception. Alors même que les sages-femmes investissent rapidement l'orthogénie depuis qu'elles y sont autorisées, les gynécologues libéraux·ales restent frileux·ses : à peine un quart d'entre eux réalise des IVG (Battistel et Muschotti, 2020, p.47). Les thèses d'Aurore Koechlin et de Myriam Borel confirment ce phénomène de délégation de l'IVG selon la hiérarchie des professions : les gynécologues obstétricaux délèguent les IVG aux gynécologues médicaux (la gynécologie médicale ayant historiquement construit son identité professionnelle sur

l'orthogénie), qui les délèguent aux internes, puis aux médecins généralistes et aux sages-femmes (Koechlin, 2021, p. 360 ; Borel, 2023, p. 368 – 378). La généralisation de la méthode médicamenteuse peut même être interprétée comme une délégation du travail abortif aux femmes elles-mêmes (Schnegg, 2007b).

Cependant, Myriam Borel montre aussi que la perception de l'IVG comme « sale boulot » délégué aux dominé·es dans la hiérarchie des professions médicales est surtout valable dans les lieux de prise en charge où le travail est fortement segmenté – Raphaël Perrin ne dit pas autre chose à propos des internes, qui ne réalisent souvent pas les consultations d'IVG, seulement le geste chirurgical d'aspiration. À l'inverse, dans certaines circonstances (collaborations professionnelles importantes) et pour certain·es professionnel·les (surtout les médecins généralistes et les sages-femmes), investir l'avortement peut aussi permettre de renouer à moindre frais avec le prestige de la gynécologie et de la chirurgie (Koechlin, 2021, p. 360). Sur mon terrain, c'est par exemple le cas, au CIVG1, du docteur June (33 ans), qui a préféré ne pas se spécialiser pour « avoir un internat plus cool » lui permettant d'élever ses enfants en même temps, mais qui passe son DU de gynécologie pour maintenir son intérêt premier pour cette spécialité. Le travail d'avortement peut aussi, pour certain·es gynécologues qui n'y sont pas contraint·es, être source de valorisation professionnelle, ou la possibilité d'accéder à des postes hospitaliers autrement difficiles à obtenir (Perrin, 2021, p. 66). De même, pour les sages-femmes, avoir accès – depuis 2022 – à un geste chirurgical jusque-là considéré comme le pré carré des médecins, c'est remettre en cause quelque chose de la hiérarchie des professions et des rapports de pouvoir historiques entre médecins et sages-femmes. C'est d'ailleurs ce brouillage des frontières qui expliquait les réticences médicales à ouvrir l'IVG par aspiration aux sages-femmes. Si « l'IVG comme sale boulot » domine dans les analyses et dans la pratique, elle n'est cependant pas systématique (Borel, 2023, p. 35), puisque l'IVG peut constituer une voie d'accès, ou de maintien, à l'hôpital

Il faut également nuancer l'idée d'une dévalorisation de l'IVG en raison des faibles compétences qu'elle suppose : c'est bien souvent le manque de formation à cet acte qui est mis en avant comme raison – mais aussi comme prétexte – pour ne pas réaliser d'IVG, surtout à un stade de grossesse assez avancé. Si l'IVG médicamenteuse ne demande que peu de formation, en dehors d'éventuelles complications, l'aspiration, quant à elle, est bien plus invasive. La pose d'un spéculum, la maîtrise du geste technique sans endommager l'utérus, mais aussi la qualité de la relation avec l'avortante dans le cas d'une anesthésie locale où celle-ci est éveillée, sont autant de compétences qui supposent un véritable apprentissage technique pour être menées à bien. Or, en la matière, ce qui frappe est le manque de formation initiale et continue chez les médecins (Gelly, 2006 ; Koechlin, 2021, p. 349) comme chez les sages-femmes (Borel, 2023).

Dans l'ensemble, ce manque de formation fait que les logiques profanes se substituent à l'expertise scientifique : c'est vrai pour les représentations de la sexualité (Koechlin, 2022), de la contraception (Roux, Ventola et Bajos, 2017 ; Ventola, 2014, 2016a) et aussi de l'avortement, surtout au-delà de 10 semaines de grossesse (Perrin, 2021).

Deux autres éléments, moins centraux, concourent à faire de l'IVG un acte dévalorisé : les moyens matériels et l'arrivée à l'âge de la retraite des médecins militant·es de la première heure. Pour les structures de santé, l'activité est bien souvent coûteuse et déficitaire (Collet, 2011). En comparaison à une activité gynécologique similaire, comme les fausses couches, l'IVG est ainsi moins bien rémunérée alors qu'elle mobilise autant de ressources (Borel, 2023, p. 160) : cette tarification signale en elle-même la dévalorisation de l'acte. Pour les professionnel·les de santé, notamment pour celles et ceux payé·es à la vacation et non praticien·nes hospitalier·es, l'activité reste faiblement rémunératrice (Brival, 2012) – c'est aussi un argument avancé par les professionnelles de santé rencontrées. Les enjeux matériels ne se limitent cependant pas à la tarification de l'acte ; il est aussi question d'avoir accès à des équipements et des lieux de rendez-vous appropriés. Myriam Borel raconte par exemple la bataille pour obtenir ne serait-ce qu'un bureau (2023, p. 142) et met en avant, de même que les rapports publics, le combat pour obtenir des créneaux IVG dans les blocs opératoires (Battistel et Muschotti, 2020, p. 45). L'IVG par aspiration est ainsi en concurrence avec d'autres activités, plus techniques, plus prestigieuses et mieux rémunérées, qui font qu'il n'est pas toujours facile pour les équipes d'orthogénie de négocier des temps de disponibilité au bloc face aux autres spécialités.

Enfin, l'IVG, qui est peu ou prou entrée dans les mœurs, y compris médicales, ne fait plus l'objet d'une forte mobilisation militante : la génération de jeunes médecins qui s'est engagée dans la pratique des avortements dans les années 1970 atteint désormais l'âge de la retraite et peine à trouver ses remplaçant·es, qui – pour toutes les raisons avancées précédemment – se désintéressent de la pratique des IVG (Bousquet et Laurant, 2013, p. 59). La jeune génération considère que l'IVG est un droit n'ayant plus besoin d'être défendu et ne revendique pas une pratique militante (Thizy, 2016). La démographie des gynécologues permet de constater le vieillissement des gynécologues médicaux, le faible nombre de place à l'internat pour la spécialité ne permettant pas un renouvellement générationnel, contrairement à l'obstétrique. Les revendications féministes du Planning Familial sont considérées comme obsolètes, désormais inutiles puisque l'IVG semble un droit acquis, comme le suggère le docteur Voltaire (gynécologue, 54 ans, CIVG7) :

L'attitude du planning est particulière... Les femmes du Planning, c'est des bagarreuses. C'est-à-dire qu'il faut toujours qu'elles se battent contre quelque chose. Donc féminisme, se battre contre... là, bon, on a moins à se battre. Y'a plus de délai de réflexion. Et je trouve qu'elles ont

du mal à exister du coup maintenant. Comment elles existent si elles se battent plus ? Enfin si elles battent sur plein d'autre chose hein. Mais y'a quand même une évolution de la société.

La faible importation, en France, de la rhétorique internationale autour des droits reproductifs limite d'autant une problématisation militante de la réalisation des avortements. Il résulte de cette délégation structurelle et genrée du travail d'avortement que celui-ci est bien souvent confié à des personnes qui subissent elles-aussi des rapports sociaux pluriels. L'analyse de la stigmatisation ne peut ainsi s'extraire de rapports de pouvoir qui produisent et réaffirment ceux qui stigmatisent comme dominants, et celles qui sont stigmatisées comme dominées.

« C'est un métier de femmes » : une stigmatisation prise dans des rapports de pouvoir pluriels

La stigmatisation des professionnel·les qui pratiquent l'avortement doit ainsi être replacée dans des rapports sociaux plus vastes, et en particulier – mais non exclusivement – dans la matrice des rapports de genre. Du côté des gynécologues, la partition genrée entre la gynécologie médicale, historiquement très féminisée, et l'obstétrique qui ne comptait qu'une femme sur 5 en 2004 encore (Bessière, 2005), s'estompe avec la forte féminisation des professions médicales en général. Dans les services de gynécologie, les avorteurs sont donc en grande majorité des avorteuses, qui restent en situation dominée : le plafond de verre propre au milieu professionnel, public ou privé (Laufer, 2005), ne fait pas exception à l'hôpital (Le Jeune, 2021 ; Rosso, Leger et Steichen, 2019), où les postes de pouvoir restent octroyés en majorité à des hommes. À cela s'ajoute les rapports de force entre professions déjà évoqués, sachant que la délégation se fait en réalité des professions *les moins féminisées* vers les professions *les plus féminisées*. La délégation du « sale boulot » s'explique structurellement par des représentations genrées qui dévalorisent le travail des femmes et auprès des femmes. Les instances représentatives de la profession (celles qui plaident pour le maintien de la clause et ne font pas d'IVG) s'avèrent de fait très masculinisées, comme le rappelle Emmanuelle Piet, médecin historiquement très engagée au Planning Familial et présidente du Collectif Féministe contre le viol, dans un entretien un peu daté – mais pas tant que ça si l'on considère les débats sur la clause de conscience :

Le corps des médecins était très machiste. Le conseil de l'Ordre des médecins a vraiment été arc-bouté contre les droits des femmes [...]. Mais là aussi, il reste encore du boulot. Un médecin qui se consacre à l'IVG aujourd'hui est encore stigmatisé par ses collègues. Le conseil de l'Ordre est un ordre qui est toujours essentiellement masculin, alors que les femmes occupent 40 %, voire presque 50 % de la profession (et 60 % des étudiant·e·s). (Andro et Hamel, 2010)

L'effet du genre dépasse ainsi largement les seuls enjeux professionnels : il conditionne en réalité la capacité des professionnelles non seulement à se mobiliser, mais aussi et surtout à être

entendues. Les associations de défense de la pratique de l'IVG, comme l'Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception (ANCIC) ou la plus récente Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO, petite association créée en 2009 par une sage-femme hospitalière), composées en majorité de femmes, ont face à elles des réseaux masculins assis sur d'anciens privilèges et fort peu enclins à céder de leur pouvoir. Myriam Borel montre par exemple dans sa thèse la difficulté, pour l'ANSFO, à se faire entendre (2023).

Cette difficulté des professions très féminisées à avoir accès à un espace de parole public et aux sphères de pouvoir semble également vraie s'agissant des conseillères conjugales et familiales. Bénédicte Faure (CCF, 52 ans, CPEF1) met ainsi sur le compte de la féminité quasi totale de sa profession l'importante difficulté de son association professionnelle à se faire reconnaître, en comparaison à d'autres professions davantage masculinisées :

[À propos de l'Association Nationale des Conseillers Conjugaux et familiaux]. Elles ont un grand problème pour se faire reconnaître, c'est hallucinant. Les médiateurs familiaux, qui ont une histoire extrêmement courte par rapport au conseil conjugal et familial, sont déjà reconnus à bac +3. On est nulles, les femmes. Les médiateurs familiaux, y a des hommes, parce qu'il a pas d'homme hein quasiment dans le Conseil conjugal, enfin il y en a, mais très très peu. Et putain, mais on avance pas, on est nulles, on est nulles ! Les médiateurs familiaux, ils sont reconnus à bac +3 ! Et nous on en est encore à être reconnu au niveau bac ! on a toutes bac +3 bac +4 bac +5, toutes quasiment... [...] alors oui il y a l'ANCCEF. [...] Et c'est des femmes ! mais pour aller gueuler au niveau du ministère... [...]. Et on le voit bien dans des structures où il y a des hommes la vitesse à laquelle ça va... Conseillère conjugale, c'est un métier qui est pas jeune quand même ! ça a quelques années hein ! Le pire, c'est qu'on a une reconnaissance par nos pairs. Mais par contre pas au niveau national et institutionnel ! C'est parce que c'est un métier de femmes !

Le militantisme professionnel semble ainsi entravé quand il n'est pas porté par des voix masculines plus audibles institutionnellement, ce qui confirme des résultats déjà avancés en sociologie des professions : la féminisation est concomitante d'une perte de prestige (Cacouault-Bitaud, 2001) et la possibilité d'un féminisme institutionnel est tributaire des rapports au travail.

Dans les centres d'IVG spécialisés, cette féminisation est même renforcée par l'organisation du travail et les obligations familiales des professionnelles de santé. Les horaires d'un centre d'IVG sont en effet particulièrement appréciables, en comparaison à d'autres services, pour des femmes chargées de famille, devant concilier travail domestique et travail salarié : des horaires de semaines en 8h – 16h ou 17h, du lundi au vendredi ; pas de travail le soir, la nuit, les week-ends, pas d'astreinte ; la perspective de jours travaillés fixes, anticipables, qui facilitent d'autant l'organisation de la vie familiale. Ces caractéristiques structurelles de l'activité amènent ainsi auprès des avortantes des mères de famille qui ont choisi de « lever le pied » professionnellement pour se rendre davantage disponibles sur le plan personnel. La division du

travail abortif ne peut donc se comprendre indépendamment d'une division beaucoup plus vaste du travail incluant l'assignation des femmes au travail domestique et parental. Le paradoxe d'une telle organisation du travail, c'est que les femmes qui refusent une grossesse sont prises en charge par d'autres femmes qui, elles, ont priorisé leur engagement conjugal et maternel : tel est le résultat principal d'un article que j'ai récemment publié (Thizy, 2023).

Les services d'orthogénie enquêtés s'avèrent ainsi des « services de nanas », des « services de mamans », où la frontière entre espace domestique et espace professionnel est floue : la prise en charge des avortantes et les discussions professionnelles sont entrecoupées à longueur de temps par le partage d'anecdotes personnelles et domestiques. Cela favorise une naturalisation de l'expérience du corps féminin procréateur et des représentations du soin comme une activité plus ou moins ontologiquement féminine (Thizy, 2016, 2023). Dans les CIVG, il ne fait aucun doute que ce qui se joue est « une affaire de femmes » et les professionnelles s'en félicitent. Ainsi, « l'institution est organisée par les femmes pour les femmes. La non-mixité reste une constante assumée sans être officialisée » (Dupuy et Roux, 2018, §8). Mais cette féminisation est le résultat des rapports de force professionnels au sein du champ de l'avortement.

*

Malgré la virulence du débat autour de la « clause de conscience », le droit à l'IVG, en France, est largement défendu – en droit – par les professionnel·les de santé. Cependant, la stigmatisation latente de l'avortement fait de l'orthogénie le « sale boulot » de la gynécologie, avec deux conséquences principales. D'une part, puisque l'IVG est un droit dont la remise en cause est stigmatisée, les oppositions à l'IVG se font implicites et sont rarement nommées comme telles : ainsi, *l'entrave au soin est plus difficile à identifier*. D'autre part, la réalisation des IVG, déléguée aux moins bien positionné·es du champ, amène auprès des avortantes des professionnelles de santé elles-mêmes dominées de plusieurs façons : dans la hiérarchie des rapports entre profession ; dans la hiérarchie des rapports de genre ; dans la hiérarchie des rapports d'âge. Pour revaloriser leur travail, celles-ci n'ont alors d'autre choix que (sur)-valoriser leur accompagnement psychologique auprès des avortant·es, ce qui contribue à maintenir des représentations de l'IVG comme difficile épreuve, nécessitant un encadrement émotionnel, comme on le verra en troisième partie. Comme le résumait Erika Millar pour la situation australienne, « l'intégration de la "dramatisation" [...] de l'avortement dans un cadre pro-choix est essentielle pour historiciser un paradoxe contemporain, où les choix des femmes

en matière d'avortement sont à la fois acceptés comme nécessaires et dénoncés comme moralement douteux²⁴ » (2017, p. 122).

2.2 Avorter : une expérience stigmatisante

La prise en charge de l'avortement sur le territoire français hexagonal, comme on l'a vu, n'est pas harmonisée : elle peut se faire à l'hôpital public ou privé, dans des services généraux de gynécologie ou dans des centres d'IVG, dans le cabinet d'un médecin ou d'une sage-femme conventionnée, dans des centres de santé ou des CPEF, par méthode médicamenteuse ou par aspiration – les protocoles variant très fortement selon les lieux de prise en charge. Pour prendre la mesure de l'impact d'un tel « enchevêtrement » des pratiques (Borel, 2023), il faut donc se pencher sur leurs effets concrets pour les femmes qui avortent. Dans ce qui suit, je voudrais montrer comment la complexité et la diversité des prises en charge ouvrent la porte à des maltraitances plus ou moins prononcées et plus ou moins explicites envers les avortantes, en m'appuyant sur leurs témoignages. Étant donnée la temporalité de mon enquête de terrain, clôturée en 2019, les résultats ici présentés concernent des IVG réalisées avant les dispositions importantes prises pendant la pandémie. Si des enquêtes ultérieures pourront en amender les résultats, la pesanteur organisationnelle des prises en charge²⁵ me pousse à croire que les réflexions proposées restent éclairantes. En rappelant la relative complexité des démarches d'IVG, je montrerai d'abord les difficultés d'orientation structurelles rencontrées par les femmes, à plus fortes raisons quand elles font face à des professionnel·les implicitement anti-IVG (2.2.1). Je montrerai ensuite que les violences médicales envers les avortantes n'ont pas disparu : au début du troisième millénaire, certaines femmes sont encore confrontées à des comportements médicaux punitifs (2.2.2). Par contraste, les prises en charge non-stigmatisantes sont considérées par les avortantes non comme la norme mais bien comme un privilège : la reconnaissance dont elles font preuve envers les professionnel·les de santé bien traitantes montre à quel point la stigmatisation est intériorisée (2.2.3).

²⁴ "The incorporation of the "awfulisation" (Boyle 1997, pp. 30–31) of abortion into a pro-choice framework is essential for historicising a contemporary paradox, where the abortion choices of women are simultaneously accepted as necessary and admonished as morally dubious".

²⁵ Pour s'en convaincre, il suffit de rappeler que lors de mon enquête au CIVG2 en 2019, l'organisation observée était encore celle d'avant 2016 : la suppression du délai obligatoire d'accès à l'IVG n'a pas entraîné une transformation de l'organisation du service, qui continuait, par habitude, à donner le rendez-vous d'IVG une semaine après le rendez-vous pré-IVG (l'argument officiel était de faire l'avortement avec le même médecin, dont les vacances se résument souvent à une demi-journée par semaine ; mais l'argument ne tient pas car la loi autorise désormais à réaliser les IVG le jour même – il faut donc plutôt y voir une façon de maintenir la semaine de délai, appuyée sur la conviction que ce temps de réflexion structurel est souhaitable).

2.2.1 Comment la stigmatisation ralentit l'accès au soin

Selon des données du Ministère de la Santé datant de 2019, le délai entre demande d'IVG et réalisation de l'avortement varie entre 3 et 11 jours²⁶, avec une moyenne de sept jours (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019). Cela signifie qu'alors même que le délai obligatoire a été supprimé, les personnes enceintes attendent une semaine en moyenne avant de pouvoir avorter – sans compter le temps de décision, plus ou moins long, qui a pu précéder les premières prises de contact. Pour comprendre cette relative lenteur dans l'accès au soin, je mettrai en évidence les multiples étapes d'un parcours de soin « normal » et les difficultés à s'orienter rencontrées par les avortantes, avant de me pencher sur les fréquentes entraves implicites à l'IVG.

« C'est quand même un tas de trucs à gérer ! » : la nébuleuse de l'accès à l'avortement

Le parcours de soin pour accéder à l'IVG est souvent désigné comme un véritable « parcours de la combattante » (Battistel et Muschotti, 2020, p. 8 ; Mathieu, 2016, p. 260) tant il suppose de se rendre disponible pour réaliser l'ensemble des démarches. En présentant les caractéristiques de ce parcours, je voudrais montrer comment l'IVG constitue un véritable travail – un *travail abortif* – qui est une composante du plus large travail procréatif (Mathieu et Ruault, 2017) assigné aux femmes. De la même façon que l'accès à la Procréation Médicalement Assistée entre en concurrence avec l'activité professionnelle des femmes (Hertzog, 2016), l'accès à l'IVG impose aux femmes de se rendre disponibles très rapidement pour un ensemble de tâches liées à l'avortement.

Il faut d'abord prendre contact avec un·e professionnel·le susceptible de réaliser l'intervention. Or, les personnes qui souhaitent interrompre une grossesse, y compris les plus favorisées, sont souvent déboussolées et ne savent pas à qui s'adresser. Le travail abortif se compose d'abord d'un travail de *recherche d'information* sur les modalités d'IVG et les lieux de prises en charge. Les personnes rencontrées décrivent de longues heures sur internet et au téléphone pour chercher à obtenir un rendez-vous dans des délais raisonnables. Les spécialistes étant souvent débordé·es, et ouvert·es seulement en horaire de bureau, les femmes prennent sur leur temps de travail pour trouver une structure susceptible de les prendre en charge.

²⁶ Ce délai a nettement diminué si on le compare avec les chiffres issues de l'enquête de la DREES consacrée à l'IVG en 2007, qui donnait des délais moyens entre une et trois semaines, avec une moyenne à 12 jours et une médiane à 9 jours (Vilain, 2011).

Mais il n'est pas seulement question de trouver un lieu où avorter : après la découverte de la grossesse (souvent via un test urinaire), il faut souvent la confirmer par un bilan sanguin et/ou une échographie de datation. L'échographie peut être réalisée de façon externe ou par voie endovaginale, qui consiste en une pénétration par une sonde échographique. Très souvent, une autre prise de sang est exigée pour établir le groupe sanguin en cas d'hémorragie et vérifier l'absence de maladie sexuellement transmissibles (VIH, hépatites, chlamydias...). En dehors de certaines structures hospitalières où toutes ces étapes peuvent être réalisées sur place²⁷, plusieurs rendez-vous, auprès de différents professionnels, s'accumulent sur une brève période de temps. Parfois, ces étapes sont réalisées en double – certaines structures peuvent par exemple refaire l'échographie par principe, ou les services n'ont pas les mêmes procédures²⁸.

Outre ces étapes préliminaires à l'IVG, les consultations supposent bien souvent de venir plusieurs fois sur le lieu de prise en charge. Dans les CIVG enquêtés, l'obtention de l'IVG se fait en deux fois, à deux dates différentes, bien que la loi autorise désormais la réalisation des IVG le jour même²⁹. Les consultations « pré-IVG », dans les services étudiés, sont composées de trois temps : un temps avec une conseillère conjugale et familiale et/ou une psychologue, bien souvent intégré d'office à la prise en charge et ce alors même que l'entretien pré-IVG n'est plus obligatoire pour les majeures depuis 2001 ; un temps avec le médecin qui explique le déroulé de l'intervention et les différentes modalités de l'acte – lorsque la structure laisse le choix aux femmes ; un temps avec une infirmière ou une sage-femme pour vérifier que tout a été bien compris et décider de la contraception post-IVG. En cas d'IVG par aspiration sous anesthésie générale, il faut ajouter un rendez-vous avec l'anesthésiste. La réalisation de l'IVG a lieu quelques jours plus tard – la date étant souvent imposée par les services selon leur calendrier, les médecins disponibles et les créneaux (difficilement) réservés au bloc opératoire.

²⁷ Le Rapport d'information fait au nom de la délégation aux Droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) du 16 septembre 2020 préconise de rassembler ces démarches en une seule pour accélérer l'accès au soin au-delà de la 9^e semaine de grossesse (recommandation numéro 16).

²⁸ Elisabeth (25 ans, service civique dans une association culturelle, deux IVG à 21 ans en 2014 et une à 25 ans en 2018) par exemple me raconte longuement la situation kafkaïenne dans laquelle elle s'est retrouvée pour sa 3^e IVG. Enceinte en plein été, alors qu'elle travaille dans un camping de campagne, elle s'adresse d'abord au centre d'IVG local, ouvert seulement un ou deux jours dans la semaine. Elle commence à réaliser la prise de sang pour faire faire sa carte de groupe sanguin dans cette structure mais il n'est pas possible d'avorter rapidement sur place. Elle rentre alors dans la ville où elle réside et se rend au CHU où elle avait avorté les deux fois précédentes, qui exige sa carte de groupe sanguin. Or, le CIVG de campagne lui a dit et répété que cette carte, suite à une loi récemment parue au Bulletin Officiel quelques semaines plus tôt, n'est plus obligatoire. Le CHU ne l'ignore pas, mais refuse de mettre en application cette disposition controversée. Malgré l'insistance d'Elisabeth, la secrétaire refuse de la laisser accéder à l'IVG, en l'absence de cette carte. Elisabeth, qui explose en sanglot de rage et d'impuissance, est alors orientée vers la psychologue (voir chapitre 3). Les différences de protocoles entre services peuvent ainsi ralentir encore la prise en charge.

²⁹ Les avortantes doivent signer un formulaire de consentement comme celui présenté en Annexe G.

La réalisation de l'IVG en elle-même dépend des modalités d'IVG : les IVG par aspiration supposent une hospitalisation en ambulatoire, de même que les IVG médicamenteuses réalisées à l'hôpital – selon les services, les équipes peuvent laisser prendre les premiers comprimés (la mifégyne) à domicile, mais en général, elles font venir les femmes deux fois, à deux jours d'intervalle. Les IVG réalisées entièrement à domicile permettent de limiter les déplacements mais laissent les femmes seules face à l'expulsion de la poche de grossesse. Enfin, trois semaines après l'IVG, un rendez-vous de contrôle permet de vérifier que l'IVG a bien eu lieu et qu'il n'y a pas de complication (surtout en cas d'IVG médicamenteuse).

Il ne s'agit là que du parcours *le plus court*, en l'absence de services surchargés, de refus de soin, de réorientations justifiées ou fallacieuses, d'échecs d'une IVG médicamenteuse imposant d'en repasser ensuite par une IVG par aspiration³⁰, ou de complications post-IVG. Bien souvent, des délais d'attentes sont imposés, alors même que les femmes souhaitent souvent avorter au plus vite, comme en témoigne par exemple Astrid (24 ans, chargée de projet dans une collectivité territoriale, IVG à 23 ans) :

J'appelle l'hôpital, ils me disent, on a de la place, mais seulement vendredi matin et on était lundi. Et j'ai dit non mais vous vous foutez de ma gueule ! Vendredi matin, c'est beaucoup trop long. Et elles me disent non, c'est comme ça. Donc je dis OK. « Mais il faudra venir avec une échographie ». Alors, trouver un centre d'échographie en une semaine, c'est compliqué. J'ai fait tous les centres de ma ville et ils me disaient, ah non 3 semaines de délai. Et je disais mais non, c'est une urgence et on me disait « Bah si c'est une urgence, allez aux urgences ». Donc super la bonne volonté ! Donc j'ai fini par trouver un petit centre qui fait les échographies.

Les personnes rencontrées – les plus jeunes, mais pas seulement – font état de leur surprise devant l'ampleur des démarches³¹. Fleur (19 ans, danseuse, IVG à 19 ans en 2019) s'exclame par exemple :

Mine de rien, c'est quand même un tas de trucs à gérer ! [...] quand je me suis dit je vais avorter, je pensais pas qu'il y aurait tout ça, je pensais que c'est juste OK, on va à l'hôpital, on prend un médicament, on pleure, on a mal, on ressort, c'est bon, c'est fini. Mais non ! [rire].

Nina (32 ans, travailleuse sociale, IVG à 32 ans en 2017) fait exactement la même réflexion : « je pensais que j'allais sortir avec une ordonnance, prendre un médicament et c'est tout ! alors que pas du tout ! ». Elle ressort avec une liste de médecins réalisant des IVG, qu'elle peine d'abord à contacter, quoiqu'elle salue leur professionnalisme.

³⁰ L'échec de l'IVG médicamenteuse n'est pas une situation rare : dans mon corpus elle concerne quatre personnes sur 50, sur un total de 64 IVG en tout.

³¹ Une bande dessinée récemment publiée sur l'avortement, *Cher Bloblob : lettre à mon embryon*, de Léa Castor (Leduc graphic, 2022) décrit dans les détails ce travail abortif et la façon dont il entre en concurrence avec la vie professionnelle. L'héroïne du récit, qui vient de monter une librairie indépendante avec une collègue et amie, se trouve soulagée de sa profession libérale qui lui permet de s'absenter facilement en déléguant le travail. Elle s'inquiète – à juste titre – des femmes qui doivent composer avec un employeur et trouver du temps sur leur vie professionnelle.

De fait, quand je demande aux femmes de faire le récit de leur prise en charge médicale, celui-ci est souvent confus, y compris pour les personnes ayant avorté peu de temps avant l'entretien. Les démarches laissent bien souvent le souvenir d'une urgence et d'un défilé de professionnel·les mal identifié·es. Si les femmes se souviennent surtout des remarques qui les ont blessées ou au contraire des accueils chaleureux, elles peinent à restituer les différentes temporalités de leur parcours médical : on peut y voir l'effet direct de « l'enchevêtrement » des structures et des actrices, qui signale l'opacité de l'accès concret au soin, que je désigne sous l'expression de « nébuleuse de l'accès à l'IVG ». Or, une telle nébuleuse expose les femmes à des inégalités de traitement, selon les ressources sociales individuelles dont elles disposent pour accéder à l'IVG.

« J'étais perdue en fait » : le rôle des intermédiaires dans l'accès au soin

La rapidité d'accès à l'IVG dépend en effet fortement des premiers contacts et du réseau des avortantes, à la fois personnel et médical. L'identification des filières d'accès à l'IVG permet de mettre en évidence le rôle joué par les proches ou des professionnel·les de santé de confiance.

- **Les professionnel·les de santé de confiance**

Les femmes qui disposent d'un·e professionnel·le de santé déjà connu·e et disponible (généraliste, sage-femme, gynécologue...) s'adressent prioritairement à celui ou celle-ci pour être ensuite réorientées. Les enquêtes statistiques ont ainsi montré comment le parcours d'IVG est plus rapide et efficace quand les femmes peuvent compter sur leur praticien·ne habituel·le (Vilain, 2011). C'est aussi le cas dans mon enquête. Coline (22 ans, enseignante, IVG à 22 ans en 2016) découvre tardivement sa grossesse alors qu'elle est à l'étranger, dans un pays où l'IVG est interdite. Elle rentre en France en catastrophe pour avorter et peut compter sur le soutien de sa mère et de sa généraliste, qui téléphone elle-même aux hôpitaux pour exiger une prise en charge en urgence le jour même. L'insistance de sa médecin traitante lui évite de justesse de dépasser le délai légal autorisé en France : « tout ça c'était grâce à mon médecin généraliste » conclut-elle avec gratitude.

Cependant, cette situation reste relativement rare. Les personnes rencontrées, souvent de jeunes femmes encore étudiantes, peuvent rarement compter sur un·e professionnel·le de confiance, malgré leur socialisation précoce à la « norme gynécologique » décrite par Aurore Koechlin (2021). Les gynécologues de leur mère³², souvent consultés au début de leur vie

³² A. Koechlin a montré le rôle d'adjuvantes que jouent les mères dans l'entrée dans la « carrière gynécologique » des filles (2021, p. 452 – 454).

sexuelle, ont pris leur retraite ou bien les femmes n'habitent plus la même ville. La forte mobilité géographique associée aux études et/ou à l'entrée sur le marché du travail a souvent éloigné les femmes de leur médecin traitant, et nombreuses sont celles dont le suivi n'est pas régulièrement assuré par une même personne – quand il n'est pas simplement mis de côté, comme pour Élane (38 ans, chargée de mission dans une association humanitaire, IVG à 34 ans en 2015) :

Laurine : Tu avais un gynéco que tu allais voir régulièrement ?

Élane : Oui, mais il y en a un, il a pris sa retraite, et l'autre je suis partie en voyage et quand je suis revenue bah il était plus là... Et en fait, j'en ai vachement sué parce que pour trouver, c'est dur. Et puis aussi, il y a eu un moment où j'en ai eu marre et je me suis dit *fuck off* j'en ai marre d'aller me faire tripoter tous les ans, je prends pas la pilule, je me permets d'y aller moins souvent, et je sais que c'est pas très bien, mais tant pis. Donc là j'en ai vu un, ben ouais pour l'IVG, et puis ensuite pour me faire enlever et changer le stérilet et puis voilà quoi, tous les 5 ans.

La difficulté à retrouver un·e professionnel·le de santé disponible est ici pointée du doigt, de même que la lassitude des femmes face à la médicalisation de leur corps : elle entraîne, pour Élane, une sortie de la « carrière gynécologique » (Koechlin, 2021). Pour d'autres, ce qui est en jeu est la fragilité de l'entrée dans cette « carrière gynécologique » à l'heure d'une forte mobilité géographique. Aussi, en l'absence d'un suivi établi de longue date, les femmes s'en remettent bien souvent à des proches qu'elles estiment compétentes en la matière.

- **Les proches « expertes »**

Les amies, connaissances ou les amies d'amies sont fréquemment sollicitées : Laura (21 ans, étudiante en relations internationales, IVG à 20 ans en 2016) s'adresse par exemple à sa marraine sage-femme ; Cynthia (17 ans, lycéenne, IVG à 17 ans en 2017) se fait prescrire l'échographie par la maman médecin d'une amie ; Tiphany (35 ans, psychologue et experte judiciaire, IVG à 35 ans en 2017) s'adresse à une amie sage-femme ; le père médecin de Camille (22 ans, enseignante, IVG à 18 ans en 2012) la confie à un collègue et Férouze (42 ans, aide-soignante, IVG à 26 en 2003 et 30 ans en 2007) s'adresse directement à sa cadre de santé, qui la met en relation avec le service d'orthogénie. Il m'est d'ailleurs moi-même arrivé, à plusieurs reprises, au cours de mes années de doctorat, d'être sollicitées par des amies et des proches qui faisaient face à une grossesse non prévue pour les conseiller sur les filières d'accès à l'IVG. Ainsi, même des personnes particulièrement dotées en capital culturel, à qui j'ai eu de nombreuses fois l'occasion de parler de mon travail de recherche (amies de longue date, collègues de travail...) se sont trouvées désemparées quand elles ont eu à entreprendre des démarches d'IVG pour elles-mêmes, malgré leur connaissance et leur intérêt pour le sujet.

Ces difficultés rendent compte de la nébuleuse de l'accès à l'avortement et du manque d'informations disponibles. Elles suggèrent qu'il s'agit bien là d'un acte stigmatisé : le premier réflexe ici est de rechercher une expertise médicale dans son entourage plus ou moins proche, plutôt que prendre un rendez-vous avec un·e professionnel·le de santé avec qui le lien n'est pas affinitaire et dont le jugement est redouté. Cette sélection dans les contacts préliminaires peut être interprétée comme une stratégie de contournement du stigmatisme (voir chapitre 9).

- **Le « réflexe Planning Familial »**

Enfin, en l'absence de professionnel·les de confiance et de proches expertes, de nombreuses femmes, lorsqu'elles se découvrent enceintes, témoignent de ce que j'appellerai un « réflexe Planning familial », qui est bien souvent la trace résiduelle des rares cours d'éducation à la sexualité dispensés à l'école³³. Cynthia (17 ans, lycéenne, IVG à 17 ans en 2017), par exemple, cherche sur internet le planning familial le plus proche parce que « depuis le collège [elle] en avai[t] entendu parler ». Le centre de planification contacté s'est ensuite « occupé de tout », notamment de la réorientation vers l'hôpital – ce n'est que dans un second temps, quand il a fallu cacher l'IVG à sa mère, qu'elle a contacté l'infirmière de son établissement scolaire. De même Laurianne (27 ans, assistante sociale, IVG à 27 ans en 2018), peine à se repérer dans les démarches :

Je ne sais plus si j'ai d'abord pris rendez-vous ou si je me suis rapprochée du planning familial... [...] En fait je me suis souvenue de ça, à l'école, quand on nous disait que le planning familial, c'était... ça traitait de la sexualité, des grossesses [...] Donc là, la dame m'a aidée dans toutes les démarches, elle m'a donné la liste des centres qui pratiquaient les IVG, elle m'a expliqué un petit peu comment ça se passait, elle m'a aussi parlé de la contraception, tout ça [...] Parce que j'étais perdue en fait, on y pense pas avant, on en entend pas tellement parler, finalement, et on ne sait pas vers qui se tourner, je ne savais pas quoi faire.

Pendant, la différence est rarement faite entre les services de planification familiale des hôpitaux, les centres de planification et d'éducation familiale gérés par les municipalités et l'association féministe militante du Planning Familial. Les dénominations, très proches, entraînent une confusion durable entre des structures aux pratiques professionnelles pourtant différenciées (Memmi, 2003). Outre ces différences de prise en charge, les plannings peuvent n'être ouverts que quelques jours en semaine, ce qui limite leur accessibilité – quand ils ne sont pas simplement fermés pour travaux comme pour Julia (26 ans, auxiliaire de vie scolaire, IVG à 18 ans en 2010 et 25 ans en 2016). Le Planning familial reste ainsi une ressource importante pour de nombreuses enquêtées, surtout quand elles ne disposent pas, dans leur entourage, d'un·e interlocuteur·ice de confiance. Mais la méconnaissance de la nébuleuse de l'accès à

³³ Toutes les enquêtes en la matière attestent que l'obligation d'une éducation à la sexualité à l'école n'est que très rarement réalisée en pratique (voir chapitre 5).

l'IVG expose les femmes à des ralentissements de leur parcours de soin face auxquels elles sont bien souvent démunies.

« *Il a jamais voulu me donner de RDV* » : les parcours entravés

Les retards volontaires ou involontaires de prise en charge, en effet, ne sont pas rares. Dans certaines situations les services, encombrés, ne sont pas accessibles avant des semaines : quand Élane (38 ans, chargée de mission dans une association humanitaire, IVG à 34 ans en 2015), orientée par son médecin généraliste, cherche à prendre rendez-vous pour une échographie de datation, aucune date ne peut lui être donnée avant deux mois – sans qu'il soit possible de savoir si les services sont vraiment débordés ou s'il s'agit d'un prétexte pour ne pas dater la grossesse d'une personne qui souhaite y mettre fin. Cette hypothèse ne peut pas être écartée *a priori* : plusieurs personnes de mon corpus ont été entravées dans leur démarche par des professionnel·les de santé discrètement anti-IVG, qui s'opposent à l'accès au soin non pas avec un discours franc et ouvert (qui imposerait, légalement, une obligation de réorientation) mais de façon plus subreptice, en recourant à de faux prétextes. Noémie (24 ans, étudiante en école d'architecture, IVG à 22 ans en 2015) contacte par exemple son praticien habituel, mais sa secrétaire refuse de lui donner un rendez-vous lorsqu'elle en apprend le motif :

Globalement, j'ai eu de la chance, je suis tombée sur des gens plutôt cool [rire], qui m'ont bien renseignée. J'ai eu juste une malchance, je suis tombée sur... Donc moi j'ai un gynécologue régulier [...] un mec très bien... Et... Sa secrétaire médicale, elle, elle est un peu moins sympathique. Et du coup quand je lui ai dit que je voulais prendre un rendez-vous assez rapidement pour la question de l'IVG, en fait elle m'a dit que non, que le docteur pouvait pas me recevoir pour un truc comme ça, et que lui faisait pas ce genre de... ce genre de pratique. Et j'ai dit, ben excusez-moi, c'est mon gynéco, au pire on peut en parler, il peut quand même m'expliquer, je me doute bien qu'il s'y connaît dans ce domaine-là et qu'il peut me rediriger vers quelqu'un ! « Non non », elle m'a dit, « il vaut mieux appeler l'hôpital » genre « ils sauront mieux que nous » quoi. Donc j'étais un peu scotchée quoi genre ah, merci, alors en fait on peut même pas accéder à l'information, c'est sympathique ! Donc après, je me suis pas énervée, je l'ai pas fait au forcing, et j'en ai parlé plus tard à mon gynéco et il m'a dit qu'il... il s'est vraiment excusé.

Dans cette situation, la secrétaire médicale n'expose pas explicitement son opposition à l'avortement, mais ses jugements sur l'IVG sont manifestes dans sa façon d'affirmer – à tort – que le gynécologue de Noémie ne peut pas la recevoir. Margot (31 ans, psychologue, IVG à 27 ans en 2016) raconte également les « petites embuches qu'[elle a] eues pendant la démarche » : « un professionnel qui a un positionnement pas très clair, plus une deuxième qui est censée s'occuper de la prise en charge et qui du coup, ne la fait pas vraiment... ».

Laurie (25 ans, informaticienne, IVG à 21 ans en 2015), quant à elle, a été transbahutée d'un établissement à un autre. Un premier centre, qui ne pratique pas les IVG par aspiration, refuse

de pratiquer la méthode médicamenteuse alors qu'elle n'est qu'à 6 semaines de grossesse (8 d'aménorrhées). Aucun centre de son département ne pouvant la prendre en charge, elle finit par se rendre dans le département voisin, proche de son lieu de travail, où un médecin refuse de lui fixer un rendez-vous immédiatement :

Laurie : Là j'arrive avec un médecin, un homme aussi du coup... Et il me dit « ah mais vous savez, il faut prendre le temps de la réflexion » ! Bah comment vous dire [seul moment de l'entretien où elle est ironique], je suis déjà à 7 semaines, le temps de la réflexion je l'ai plus trop, moi je veux juste une date, c'est réfléchi, on en a déjà parlé... Je sais ce que je veux quoi ! Surtout que les délais de réflexion avaient été supprimés déjà ! Donc y'avait pas légalement de... Et il a jamais voulu du coup me donner de RDV. Pour lui, il fallait que je réfléchisse parce que j'allais le garder quoi.

Laurine : Ah ouais, et là t'as carrément pas pu...

Laurie : Non, il m'a pas donné de date de RDV, il fallait que je revienne dans deux semaines parce que peut-être j'aurais changé d'avis quoi ! Limite pour... pour lui dire bah... pour un suivi normal quoi, pas pour avorter !

La volonté de certains médecins de convaincre les femmes de revenir non pas pour l'IVG mais pour un suivi de grossesse ordinaire n'a donc pas disparu – la situation dramatique de Nolwenn, présentée plus bas, en est un exemple terrible.

Dans ce rapport de force entre les femmes et les médecins, l'asymétrie d'information laisse les femmes parfois très démunies. Le premier médecin rencontré par Anissa (22 ans, étudiante en école de commerce, IVG à 19 ans en 2014) lui affirme par exemple, après avoir réalisé son échographie, que la grossesse est impossible à dater :

Et c'est là que le cauchemar a commencé, entre guillemets. Donc j'y suis allée, j'ai expliqué ma situation, j'ai été reçue par un médecin assez jeune, qui m'a fait une échographie et qui m'a dit « écoutez, compte tenu des images que j'ai, je peux pas dater la grossesse, donc... essayez dans une semaine si possible de refaire une échographie, si possible dans un laboratoire privé » [...]. Donc c'est ce que j'ai fait, j'ai fait des prises de sang, j'ai attendu et la semaine suivante, je suis allée dans un laboratoire, et j'ai amené les images de l'autre échographie en fait, que j'avais faite la semaine précédente, la première. Et le mec dans le laboratoire l'a regardée et m'a dit « mais... on peut très bien la dater votre grossesse, je vois pas où a été le souci ». [...]. Et il me dit « par contre, le médecin qui vous a reçue est très très bête, parce qu'il pouvait la dater » [...]. Et en fait, en en reparlant avec les dames du planning, on s'est rendu compte que j'étais tombée sur quelqu'un qui était anti-IVG. Parce que du coup j'avais posé des questions sur comment ça allait se passer, le processus, où est-ce que je pouvais aller, et il avait toujours été hyper flou, hyper vague, un peu dans le jugement, etc.

Le médecin rencontré par Anissa ne lui dit pas explicitement qu'il est opposé à l'avortement mais il ralentit à dessein son parcours de soin en prétextant que l'échographie n'est pas lisible – et en la renvoyant vers des cliniques privées où les dépassements d'honoraires sont plus fréquents, comme s'il refusait que l'IVG relève du service public. Ce retard volontaire de prise en charge empêche Anissa de pouvoir avorter grâce à la méthode médicamenteuse, alors qu'elle l'aurait souhaité et était encore dans les délais pour cela lors de sa première demande. Anissa

n'a pas immédiatement conscience de cet obstacle dans son parcours : il lui faut être accueillie dans une autre structure et échanger avec d'autres professionnelles au Planning Familial pour qu'elle prenne conscience que l'attitude à son égard relève d'un comportement anti-avortement. Cet exemple³⁴ montre comment des oppositions médicales *non-verbalisées comme telles* contribuent en pratique à entraver l'accès à l'IVG. On voit les conséquences paradoxales de la stigmatisation du recours ouvert à la clause de conscience médicale : des refus de soin sans réorientation. Mais il est aussi possible d'inverser la causalité en proposant l'hypothèse que le faible recours explicite au droit de retrait *découle* de l'obligation légale de réorienter. Pour des médecins plus ou moins fermement réticent-es à pratiquer des IVG, se défausser sans le dire ouvertement reste en effet la meilleure façon de faire concrètement obstruction à l'accès au soin. Les prises en charge contraires au droit à l'IVG ne se limitent cependant pas au seul ralentissement des démarches : elles se traduisent aussi dans des attitudes ouvertement culpabilisantes, voire dans des maltraitements physiques et/ou émotionnelles.

2.2.2 Les violences abortives, conséquence et expression de la stigmatisation de l'IVG

Les violences envers les femmes constituent un mode de contrôle historique de l'avortement. Les historien·nes ont montré qu'avant 1975, les curetages à vif, très douloureux, étaient pratiqués sans scrupules par nombre de médecins pour « faire passer aux femmes l'envie de recommencer ». Ils s'accompagnaient parfois de viols³⁵. La redondance des témoignages sur les curetages à vif³⁶ atteste de la banalité de cette pratique, alors même que les recommandations

³⁴ Des témoignages en ligne font le récit de pratiques similaires : voir par exemple un témoignage publié dans le journal en ligne *Madmoizelle* le 09/06/2020, «Enceinte par accident, j'ai découvert que ma médecin était anti-IVG », accessible à l'adresse <https://www.madmoizelle.com/grossesse-non-desiree-medecin-anti-ivg-1055843>, consulté le 21/03/2023.

³⁵ Le journal du Mouvement de Libération des Femmes, *Le Torchon Brûle*, évoque par exemple dans son numéro de juillet 1971 l'histoire d'une jeune fille de seize ans à qui un médecin impose un « curetage à vif pendant une heure pour [lui] donner une leçon », avant de la violer. La jeune femme n'osera en parler qu'après plusieurs années (Bérard, 2013, p. 102).

³⁶ Fabrice Cahen, dans son article de 2011 (Cahen, 2011, p. 111), recense dans la note de bas de page numéro 70 un ensemble de références au curetage à vif. Il renvoie notamment à l'ouvrage de Françoise Thébaud *Quand nos grands-mères donnaient la vie : la maternité en France dans l'entre-deux guerres* (Thébaud, 1986, p. 216) et à celui d'Anne-Claire Rebreyend (Rebreyend, 2008). Ces pratiques ont suscité l'indignation de Gisèle Halimi dans *La cause des femmes* (Grasset, 1973) et de Suzanne Képès et Danielle Lévy dans *Du corps à l'âme* (L'Harmattan, 1996, p. 101). Dans son article de 2015 sur les maltraitements des avortées à l'hôpital (Cahen, 2015), Fabrice Cahen complète ces références. Les brimades et les curetages à vif sont également évoqués dans *Des enfants malgré nous*, de Jacques Dérogy (Editions de Minuit, 1956, p. 37 – 39), dans *Le livre noir de l'avortement* de Marcelle Auclair (Fayard, 1962, p.37), dans *La vérité sur l'avortement* d'Anne-Marie Dourlen-Rollier (Maloine, 1963, p.137). Les témoignages d'avortées réunis par Xavière Gauthier dans *Paroles d'avortées : quand l'avortement était clandestin*, (La Martinière, 2004) attestent également de ces violences. Emmanuelle Piet, médecin et gynécologue engagée de longue date auprès du Planning Familial, témoigne, elle aussi, de ces maltraitements infligés aux femmes avant la loi Veil : « Il y a une chose au moins qui a fondamentalement changé, c'est l'IVG. En 1972, alors que j'étais en séjour à l'hôpital pour une opération dans une chambre double, j'ai vu défiler en quatre jours sept filles qui avaient

sanitaires stipulaient qu'un curetage devait se faire sous anesthésie³⁷. Ces prises en charge punitives érigeaient les médecins en juges et bourreaux des femmes. Au nom de la morale qui étaient la leur, ils s'octroyaient un droit au châtement. La douleur était ainsi « [parée] de vertus à la fois expiatoires (selon une logique qui évoque la pénitence imposée à la pécheresse) et préventives de la "récidive" » (Cahen, 2011, p. 111). Ces violences, qui ne peuvent être comprises que dans le cadre de rapports de genre s'exerçant aux dépens des femmes, ont été qualifiées par Gisèle Halimi d'*actes de torture*³⁸, d'autant plus difficiles à dénoncer que l'avortement était illégal. Presque un demi-siècle après la légalisation de l'IVG, peut-on considérer que de telles pratiques appartiennent à un passé révolu ? Pour répondre à cette question, il faut entrer dans le détail des récits des avortées et montrer la persistance de maltraitances liées à l'IVG, qui peinent cependant à être pensées et nommées comme telles. Je distinguerais les actes volontairement malveillants et punitifs (violence « active ») des actes où les femmes sont laissées en souffrance par défaut (violence « passive »).

« Je l'ai trouvée un peu violente avec sa sonde » : la violence active, ou les maltraitances physiques

À l'heure où les mauvaises expériences des femmes dans les prises en charges médicales sont mises en sens par la dénonciation des violences gynécologiques et obstétricales, *les violences abortives constituent un angle mort de la constitution des violences gynécologiques en problème public*. La rhétorique des violences gynécologiques et obstétricales, constituée en Amérique Latine à partir des années 2000 pour dénoncer une surmédicalisation de la naissance, a été importée en France au cours des années 2010 par les réseaux féministes militants et associatifs autour de la naissance³⁹ (Audibert, 2016). Elle s'est diffusée sur les blogs et les

été curetées à vif en se faisant engueuler et dans des souffrances terribles. Je me souviens également de visites des patrons de service pendant mes études, disant à une femme qui avait un cancer de l'utérus : « Ça c'est tous les avortements que vous avez faits, c'est bien fait pour vous ! ». Les médecins étaient à la fois odieux, culpabilisants et orduriers. Et menteurs : les avortements n'ont jamais entraîné de cancer de l'utérus » (Andro et Hamel, 2010, p. 99).

³⁷ Dans *La Grand'peur d'aimer*, paru en 1960 chez Julliard, Marie Andrée Lagroua-Weill Hallé explique par exemple son engagement dans la cause contraceptive fait suite à son stage d'internat en gynécologie médicale, au cours duquel elle a entendu une femme hurler de douleur à la suite d'un curetage à vif (Sanseigne, 2009, p. 52-53). Ses collègues lui ont présenté ces maltraitances comme un moyen de dissuader les femmes d'avorter de nouveau : « lorsqu'une femme en arrive là, seule la douleur peut l'empêcher de recommencer » (cité par Garcia, 2011, p. 30).

³⁸ « Cette insupportable douleur physique infligée volontairement et contre laquelle on ne veut rien faire... La torture, c'est imposer la souffrance avec l'humiliation. Je me suis sentie très humiliée au moment de mon avortement quand on m'a tutoyée, curetée à vif et que je hurlais. C'était mon premier avortement. On est face à des hommes qui ont la volonté de vous imposer leurs lois. Le médecin qui ne voulait pas qu'on avorte m'a dit : « Comme ça tu ne recommenceras pas ». Sur quoi il se trompait d'ailleurs. C'est vrai que je l'ai assimilé à la torture parce que la torture c'est un peu ça, évidemment avec des variantes politiques. » (Angeloff et Maruani, 2005, p. 13).

³⁹ Le CIANE (Collectif inter associatif autour de la naissance) réalise dès 2013 une première enquête pour mettre en évidence le trop fort taux d'épisiotomies dans les maternités françaises. Une étude de l'association

réseaux sociaux⁴⁰ et à travers la publication de plusieurs ouvrages dénonçant les maltraitances lors de l'accouchement et au cours de la prise en charge gynécologique en général⁴¹. En juillet 2017, cette visibilité des violences subies par les femmes pousse Marlène Schiappa, alors Secrétaire d'Etat chargée de l'Égalité, à demander un rapport sur la question – la pratique de l'épisiotomie étant au cœur de cette demande. Le projet fait scandale parmi les médecins qui se sentent attaqués dans leur pratique. Malgré cette levée de bouclier, le Haut Conseil à l'Égalité (HCE) entre les Femmes et les Hommes rend en juin 2018 un premier rapport qui requalifie en « actes sexistes » les violences gynécologiques et obstétricales, définies comme suit :

des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un.e ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignant.e.s — de toutes spécialités — femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant.e.s. (Bousquet, Couraud et Collet, 2018, p. 3)

Le rapport dresse un état des lieux des pratiques et formule un ensemble de 26 recommandations pour améliorer les prises en charge. La perspective adoptée par la puissance publique consiste ainsi à réinscrire les prises en charge maltraitantes dans des rapports de genre : il est bien question de violences commises envers les femmes parce qu'elles sont femmes, dans le cadre d'une prise en charge médicale du corps féminin.

La polémique autour de ce rapport a contribué à imposer la notion de « violences obstétricales et gynécologiques » dans le débat public à partir de 2018, tandis que les recherches en sciences sociales sur cette thématique se multiplient (Bourrellet, 2018 ; Debauche et Hamel, 2013 ; El Kotni, 2018 ; El Kotni et Quagliariello, 2021 ; Fonquerne, 2021 ; Lévesque et al., 2018 ; Pomicino et al., 2013). Au début de mon enquête, cependant, une telle rhétorique n'était pas disponible. Considérons ainsi l'histoire de Nolwenn (27 ans, préparatrice en pharmacie, IVG à 19 ans en 2010), que je rencontre peu de temps après l'explosion de #metoo mais avant la problématisation des violences obstétricales.

Maman Travaille avance en 2013 le chiffre de 75% d'épisiotomie, qui sera invalidé par le rapport du HCE mais permet d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur les actes invasifs et la surmédicalisation de la naissance. La [demande de rapport du HCE](#) sur les violences obstétricales s'appuie sur le travail d'alerte des associations de terrain.

⁴⁰ Le blog [Marie Accouche-là](#) est lancé en septembre 2013 par Marie-Hélène Lahaye pour revendiquer un accouchement démedicalisé et dénoncer les prises en charges traditionnelles. La multiplication de témoignages sur Twitter, Facebook et désormais Instagram permet ensuite une large visibilité des maltraitances liées à l'accouchement en particulier et à la gynécologie en général. Le hashtag #payetonutérus, largement relayé sur Twitter en 2014 pour faire émerger les agressions physiques et verbales de certain-es gynécologues, a été ainsi suivi par la [page Facebook](#) et le [Tumblr](#) Paye Ton Gynéco et la page Facebook [Paye Ton IVG](#) en 2017, sur le modèle de [Paye Ta Schnek](#).

⁴¹ Je pense notamment au livre de Mélanie Déchalotte, *Le livre noir de la gynécologie*, First, 2017 et à celui de Marie-Hélène Lahaye (autrice du blog Marie Accouche-là), *Accouchement. Les femmes méritent mieux*, Michalon, 2018.

- **Nolwenn (27 ans, préparatrice en pharmacie, IVG à 19 ans en 2010), victime de violences abortives**

Nolwenn a 27 ans quand, grâce à une connaissance en commun, j'échange avec elle, en 2018. Elle a avorté huit ans plus tôt.

À 19 ans, Nolwenn est étudiante en école d'infirmière, dans un département voisin de celui de ses parents. Elle a un copain depuis trois ans, qui étudie dans une autre ville, et elle prend la pilule depuis ses quatorze ans. Elle découvre sa grossesse par hasard : après un cours sur la contraception et l'avortement où des tests de grossesse sont distribués par son école d'infirmière, elle et une amie décident, par jeu, d'essayer les tests sur elles-mêmes. L'un des deux tests s'avère positif. Nolwenn refait alors un test et se découvre enceinte. Prise par « la honte », elle décide d'avorter dans le petit centre hospitalier où elle réalise son stage infirmier, en cachant le plus possible sa situation. Elle choisit d'abord de ne pas parler de sa grossesse à son compagnon. La prise en charge qu'elle décrit est d'une violence extrême : l'équipe médicale l'oblige à passer « trois fois » devant des psychologues qui tentent de la dissuader d'avorter, en lui parlant comme si la grossesse allait être poursuivie. On lui propose des aides pour « mères seules », on lui donne des conseils pour « le bien-être du fœtus » : « C'est facile d'être endoctrinée, et d'être dissuadée dans la démarche parce que... ces trois RDV là en gros ils te RABAISSENT, ils te disent que c'est pas un acte bien, c'est pas un acte sain [...]. C'étaient les psychologues et la conseillère, du centre IVG. Tout ce qu'elles ont pu me sortir... Tu te rends compte, qu'il y a des femmes qui n'arrivent pas à avoir d'enfants ? Tu te rends pas compte que là tu vas tuer quelqu'un ? ».

Nolwenn insiste auprès du personnel de santé : son choix est fait. L'IVG médicamenteuse échoue, et Nolwenn ignore s'il s'agit d'un manque de chance ou de mauvais médicaments prescrits. Quand la jeune femme revient plus tard pour avorter par aspiration, sous anesthésie locale, on la renvoie chez elle, cette fois au motif qu'elle n'est pas accompagnée, alors qu'il serait soi-disant⁴² impératif de l'être, ce que personne ne lui a précisé au préalable. L'avortement est repoussé à deux semaines plus tard, ce qui l'amène en dehors des délais légaux.

L'avortement est finalement réalisé par un interne non-spécialiste, dans des conditions dramatiques. Durant toute l'opération, qui dure plus d'une heure sous anesthésie locale, les professionnel·les de santé font des commentaires à son attention : « ah bah c'est un beau fœtus ». On lui montre le produit de la grossesse extrait, on lui donne le sexe de l'embryon : « c'est un garçon, vous vous rendez compte, vous auriez eu un garçon ? ». Nolwenn vit évidemment « très mal » cette prise en charge. Elle ne va pas au rendez-vous de contrôle un mois plus tard car elle « ne veut plus du tout avoir affaire à ces femmes ». Dans les semaines qui suivent, Nolwenn arrête ses études d'infirmières pour lesquelles elle s'était pourtant endettée, rend son appartement, quitte sa colocataire, seule personne au courant de son IVG, et rentre chez ses parents. Elle « coupe tout contact » avec cette amie et s'enfonce dans une période qu'elle décrit comme dépressive, dormant beaucoup, s'isolant de ses ami·es et de sa famille. Les rapports sexuels avec son compagnon lui deviennent insupportables : à cause de cela, il se met à croire qu'elle le trompe ou veut le quitter pour un autre. Ils se séparent brièvement, avant de se retrouver. Nolwenn entame par ailleurs un suivi gynécologique dans un autre centre proche de chez ses parents. Sa nouvelle gynécologue, avec qui elle a « une relation assez privilégiée », trouve l'aspect de son utérus suspect : elle a « des cicatrices sur l'endomètre ». C'est ainsi que Nolwenn découvre que le curetage qu'elle a subi lui a « brûlé la membrane utérine », la laissant « stérile ». Sa gynécologue, qui la « prend sous son aile, écœurée par ce [qu'elle] a vécu », la réoriente vers des médecins spécialistes à Paris. La mère de Nolwenn, huissier de justice, finit par découvrir sa situation en raison des nombreux courriers médicaux qui arrivent à son domicile. Si elle lui reproche de lui avoir caché

⁴² L'enquête que j'ai menée montre qu'ailleurs, seules les IVG sous anesthésie générales imposent d'être accompagnée à la sortie : en cas d'IVG médicamenteuse ou d'anesthésie locale, les femmes peuvent rentrer seules. Dans le cas de Nolwenn, l'anesthésie locale ne justifiait donc pas cette obligation à être accompagnée.

son avortement, elle s'indigne du traitement subi par sa fille, affirme que « ça ne va pas se passer comme ça », pousse Nolwenn à déposer plainte.

Pourtant, malgré le soutien véhément de sa mère et ses ressources juridiques, malgré les encouragements de sa nouvelle gynécologue, Nolwenn refuse tout net de porter l'affaire en justice : entre temps, le centre hospitalier en question a été fermé, ce dont elle tire un « grand soulagement » puisque « personne n'aura à vivre ça ». Les autres potentielles victimes étant à l'abri grâce à la fermeture du centre, porter plainte lui semble vain : « qu'est-ce que je vais gagner au pire, de l'argent ? Ça ne me rendra jamais la chance de pouvoir être mère... ». Après une dépression de plusieurs mois, elle reprend des études, ne parle à personne de ce qui lui est arrivé : elle a « peur que les gens prennent pitié [d'elle] ». Par-dessus tout, elle ne « veut plus en entendre parler ».

Durant tout l'entretien, Nolwenn fait le récit des violences subies sur un ton très doux, très calme, parfois avec un petit rire ironique devant sa situation, et un fatalisme déstabilisant pour l'enquêtrice⁴³. Elle parle comme si elle n'avait pas de rancune pour ce qui lui est arrivé, redoute encore « le regard des gens ». Elle travaille désormais comme préparatrice en pharmacie, en particulier avec un centre réalisant des IVG – elle a insisté pour être affectée là, « pour changer l'image [qu'elle a] de l'IVG ». Travailler dans ce CHU lui permet de constater que la prise en charge est « complètement différente ». Elle (re)découvre que l'IVG ne rend pas stérile, et affirme qu'elle aurait vécu tout cela autrement si elle n'avait pas été autant culpabilisée. Elle estime que les mauvais traitements subis – qu'elle ne nomme jamais comme tels – viennent du manque de savoir-faire des équipes et des problèmes financiers de l'hôpital et qu'elle aurait dû être réorientée.

Désirant par-dessus tout porter un jour un enfant malgré sa situation, Nolwenn espère que les progrès de la médecine, et pourquoi pas la greffe d'utérus, lui permettront d'être enceinte. Elle témoigne en espérant aider d'autres femmes, de la même façon qu'elle a fait un don d'ovocyte pour « aider aussi celles qui sont dans le même cas que moi, mais pas pour la même raison ». Au moment de notre entretien, elle ne s'est toujours pas départie d'une forme de culpabilité par rapport à son choix d'avorter et sa stérilité, preuve de l'efficacité – même des années après – des discours auxquels elle a été exposée : « Finalement, je me dis, bah tu vois, dans un sens, elles avaient raison, parce que finalement, j'aurais dû le garder quoi. Enfin, c'est horrible de dire ça, parce que c'est pas vrai... mais je sais que ça me trotte [dans la tête]... En me disant si je l'avais gardé, bah j'en serais pas là aujourd'hui ». Seul « le recul » lui permet de se rendre compte « qu'elle n'a pas été bien prise en charge ».

Par souci de confidentialité pour Nolwenn, je ne nommerai ici ni la région ni la clinique concernée. Les informations qu'elle m'a données m'ont cependant permis de recouper les sources : la maternité en question a bien fermé ses portes à la date qu'elle m'a donnée, la presse évoquant des « dysfonctionnements financiers » dans un contexte plus global qui est celui de la fermeture des maternités de proximité (Freysson et al., 2017). Quelques rares articles évoquent de mauvais traitements sur les femmes, en maternité, mais le scandale sanitaire, à ma connaissance, n'a pas eu lieu. Nolwenn elle-même refuse d'y prendre part, préférant rompre avec cette histoire. Par-dessus tout, Nolwenn refuse d'être considérée (et de se considérer) comme *victime* de maltraitements, mot qu'elle ne prononce jamais au cours de notre échange. Son expérience de ce que je qualifie de *violences abortives* n'est donc pas mise en récit sur un mode victimaire. Dit autrement, la production du statut de victime, exigeant reconnaissance et

⁴³ Je prends souvent cet entretien comme exemple dans les cours de méthodologie de l'enquête que j'ai pu donner en licence et master, qui questionne sur la bonne posture éthique à adopter. Voir *Méthodologie pour la discussion de cet aspect*.

réparation, n'opère pas, alors même que Nolwenn disposerait de plusieurs ressources sociales pour porter plainte : un médecin très accompagnant soucieux de témoigner en sa faveur, un père gendarme, une mère huissier de justice scandalisée, qui voudrait intenter un procès à la clinique⁴⁴. Je défendrai l'hypothèse qu'ici c'est bien la peur de la stigmatisation qui s'avère paralysante pour Nolwenn.

Sa situation est en effet celle d'une jeune femme qui, parce qu'elle redoute « les regards » – sur son avortement, mais aussi sur l'infertilité qui en découle – préfère ne pas réclamer justice : tout au long de notre entretien, Nolwenn ne cesse de rappeler sa peur d'être jugée et/ou de faire l'objet de commisération. Elle est issue d'un petit village où les commérages vont bon train, et elle redoute que « ça parle » dans son dos (voir chapitre 9). Par ailleurs, le coût émotionnel, social, temporel et économique d'un procès la dissuade *a priori*, d'autant plus qu'obtenir une compensation monétaire ne réparera pas l'atteinte à son corps et à sa fertilité. Tout cela empêche Nolwenn de se penser comme victime de maltraitements médicaux, à plus forte raison quand notre entretien, réalisé début 2018, a lieu avant la polémique autour des violences obstétricales – cette rhétorique n'est alors pas aussi disponible qu'elle l'est par la suite. La stigmatisation sociale de l'avortement est ici un frein puissant à la dénonciation des violences, qui découlent directement de la stigmatisation de l'IVG et de la volonté explicite du personnel de santé de la dissuader d'avorter.

Il serait possible d'avancer que cet exemple relève, comme celui présenté en introduction, d'un fait divers terrible mais exceptionnel et non-significatif. Cependant, s'en tenir là reviendrait à individualiser sa situation, sans tenir compte du fait que les maltraitements constituent un éventail bien plus large, allant du désintérêt pour la douleur aux actes médicaux brutaux et/ou non consenti, qui ne sont pas exceptionnels. Lors du rendez-vous de contrôle post-IVG d'Ophélie (19 ans, étudiante en DUT, IVG à 18 ans et demi en 2018), les pratiques du médecin pourraient probablement relever de la définition pénale du viol.

⁴⁴ Les travaux en sociologie politique concernant la production du statut de victime montrent que ce statut est toujours construit (Barbot, Winance et Parizot, 2015 ; Dodier et Barbot, 2009 ; Fassin et Rechtman, 2011) : il suppose la reconnaissance d'un dommage et d'une injustice, par la personne concernée et/ou par d'autres acteur·ices, ce dommage donnant lieu à une demande de réparation accompagnée par une mise en accusation des acteur·ices considéré·es comme responsables. La violence ne doit pas seulement être nommée comme telle pour avoir une existence publique, elle doit aussi être visibilisée. Cela suppose la mobilisation de différents réseaux et ressources afin 1/ de concevoir la situation comme celle d'une victime ayant subi un préjudice dont la responsabilité peut être attribuée à certain·es acteur·ices 2/ d'engager concrètement une procédure en justice ou toute autre forme de mobilisation. La production du discours victimaire n'est pas donnée *a priori* mais construite en interaction. Dans le cas de Nolwenn, l'accès aux réseaux de la justice et du maintien de l'ordre, le soutien d'une professionnelle de santé investie de l'autorité médicale, auraient pu constituer des relais vers une judiciarisation des violences qu'elle me raconte – de la même façon par exemple que Paul François, agriculteur intoxiqué par des pesticides, réussit à mettre en accusation Monsanto grâce aux relais d'une pluralité d'acteurs médicaux et médiatiques (Jouzel et Prete, 2013). Ce n'est pourtant pas le cas.

Ophélie : J'ai jamais eu de rendez-vous spécialement gynécologique, et en fait... Bah le mec il m'a fait rentrer... Il m'a dit « Déshabille-toi », donc j'ai dû me déshabiller... Après j'ai dû... Enfin, j'étais pas prévenue en fait ! Et après j'ai dû me mettre sur la planche... Et... ben ça fait bizarre, en fait, juste qu'ils ont pas prévenu, qu'est-ce qu'ils allaient me faire ou quoi ! Donc après ben... Il a mis des gants... Il a touché lui-même avec ses doigts... Ensuite, il m'a inséré un autre truc, mais sans me dire en plus, il m'expliquait pas du tout ! Alors que la gynécologue [d'avant IVG], quand elle mettait la sonde, même si c'était que l'extérieur, elle m'expliquait bien, « ben je fais ci, je fais ça », alors que cet homme-là, il était assez froid, il m'expliquait rien, j'étais même pas au courant de base que le rendez-vous ça allait être ça ! [...] Je pensais pas que c'était déjà une examination [sic]. Parce qu'ils m'avaient pas expliqué. Et voilà, le mec il m'expliquait rien du tout à ce qu'il faisait, il prenait la sonde, il me la mettait, ça faisait mal... enfin c'est un peu... [rire nerveux] perturbant.

Laurine : Oui, pas du tout dans l'échange, dans le dialogue...

Ophélie : Ouais, non, pas du tout pédagogue... Et que juste on m'ait pas expliqué, juste, ce que ça allait être, ce qu'est une examination... Qu'on allait regarder à l'intérieur... Non, ils m'ont juste dit, tu repasses après la prise de sang, c'est un truc de contrôle... Voilà. Et puis en plus ça, quand je l'ai raconté à mon copain... Mon copain est très très jaloux, il est jaloux de tout un peu [rire gêné]. Et dès que je lui ai raconté, sachant que c'est peut-être plus traumatisant pour moi tu vois, c'est moi qui ai ressenti le truc et tout, bah lui il était pas bien, il l'a limite mal pris... Il a mal pris que, que... [elle ne trouve pas ses mots]. Et j'étais là mais ouais, mais c'est dans le cadre de la visite et tout ! Surtout que moi je lui montrais pas que j'étais pas très bien après ça, j'essayais justement de le rassurer, je faisais pas genre ça m'avait traumatisée, genre en soi ça m'a pas traumatisée non plus, c'est pas la mort ! Mais lui, il l'a pas très bien pris non plus. [...] Le mec, c'est son métier hein ! Et donc du coup je lui disais mais pourquoi t'es comme ça, arrête ! C'est son métier [rire] ! Il m'a pas violée ! Je sais pas pourquoi il a réagi aussi bizarrement, je sais pas.

L'article 222-23 du Code pénal définit le viol comme suit : « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, ou tout acte bucco-génital commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle ». Insérer des doigts puis une sonde dans le vagin d'une jeune fille sans la prévenir (c'est-à-dire par surprise) relève ainsi, que l'on soit ou non médecin, de la définition légale du viol. D'ailleurs, si Ophélie, devant son copain, s'en défend, le mot lui vient tout de même à l'esprit – pour mieux être écarté. Ophélie procède en réalité, dans l'interaction avec moi, à une double rationalisation, pour justifier et minimiser à la fois le comportement du médecin et celui de son copain.

S'agissant du médecin et de sa façon de lui imposer des actes pénétratifs sans explication ni demande de consentement, elle s'en remet à une légitimation liée à son statut : « c'est son métier ». Que le rôle du praticien soit d'ausculter les patientes justifie le traitement qu'elle a subi, peu importe sa forme. S'en remettre à l'institution est une façon de mettre en sens l'expérience vécue, en adoptant une logique conséquentialiste : la preuve que « c'est pas la mort », c'est bien qu'elle n'est « pas traumatisée non plus ». Prendre le parti d'en rire reste une forme de mise à distance. Ophélie adopte ici ce que Lucile Quéré a nommé un « cadre

d'interprétation conformiste en gynécologie » (2019, p. 419), qui est une des trois « formes ordinaires du consentement » dans la consultation gynécologique⁴⁵. Face à la réaction de son copain, Ophélie choisit de ne pas remettre en cause l'attitude du médecin qui lui a pourtant « fait bizarre » et elle lui accorde sa confiance – comme Priscilla Dray a fait confiance au médecin qui a refusé de lui prescrire l'antibiotique qui l'aurait sauvée.

Pour cela, Ophélie cache en partie ses émotions à son copain (« je lui montrais pas que j'étais pas très bien après ça »), et même plus : outre son propre travail émotionnel, elle aide son compagnon à faire le sien en le « rassurant » et fait comme si elle ne comprenait pas pourquoi son copain « réagit aussi bizarrement ». Cela constitue la deuxième rationalisation de cet épisode. En réalité, il est possible qu'Ophélie comprenne bien pourquoi son copain réagit ainsi, mais préfère ne pas affronter cette hypothèse : son compagnon voit ce qu'elle a vécu comme un acte à caractère sexuel, lui fait porter la responsabilité de ne pas s'y être soustraite, et considère peu ou prou qu'il s'agit là d'une infidélité. C'est *a minima* ce qu'elle suggère quand elle affirme que son copain est « très très jaloux ». Mais elle écarte une telle interprétation : en même temps qu'elle lui donnerait une image trop mauvaise de son partenaire, cela l'obligerait à considérer ce qu'elle a vécu comme autre chose (un viol), dont son copain pourrait, par-dessus le marché, la tenir pour responsable. L'hypothèse est donc inenvisageable. Pour Ophélie qui est prise dans un double rapport de force avec le médecin et avec son compagnon, la normalisation reste la stratégie la plus simple, puisqu'elle permet une recatégorisation des faits comme un acte médical désagréable mais ordinaire, sans connotation sexuelle. On voit ici comment, comme pour Nolwenn, la production d'un statut de *victime de violence* n'opère pas. Les actes qu'elle décrit relèveraient pourtant, *a minima* pénalement, de cette catégorie. Il est cependant difficile, ici, de dire si l'attitude du professionnel est liée à l'IVG en elle-même ou à un manque de considération plus général envers sa patientèle.

Dans la situation d'Inès (27 ans, ingénieure, IVG à 20 ans en 2010 et 26 ans en 2016), qui décrit une situation comparable, l'IVG semble plus explicitement être la cause des violences. Inès a vécu deux fois une grossesse non prévue. La première fois, elle a 20 ans et réalise toutes les démarches d'IVG avant de faire une fausse-couche spontanée la veille de son opération. Dans son parcours de soin, elle est exposée plusieurs fois à des jugements :

[Les médecins jugeants, c'était] pas dans le service d'orthogénie vraiment mais plus ce qui allait avec, notamment l'échographie tout ça. Qui ont tendance à porter des jugements et à les verbaliser. Devant toi [rire ironique]. Ce qui finalement te fait te remettre en question et ne t'aide pas du tout dans ta démarche.

⁴⁵ Les deux autres sont le cadre d'interprétation *contractualiste* de la « confiance limitée » et le cadre *féministe* qui pense la relation de soin comme un rapport de pouvoir

Mais c'est le curetage après sa fausse-couche qui lui laisse le pire souvenir :

Inès : Je me suis même pas déplacée à la clinique, parce que je me suis dit là, clairement, c'est pas la peine. Et c'est eux qui m'ont rappelée, qui m'ont demandé de venir pour faire une échographie pour vérifier que ça soit bien vide. Ce qui était pas cool. Ce qui était franchement pas cool. La nana qui m'a fait la dernière échographie a pas été tendre du tout... J'avais encore mal, elle y allait n'importe comment, c'était... Je sais pas. J'ai vraiment l'impression qu'elle m'a prise pour une irresponsable. C'était... Bon, t'as réussi à passer à côté de l'IVG, tu l'as faite toute seule chez toi, mais c'est pas une raison, donc c'était... Elle m'a un peu malmenée en fait. C'était pas très sympa.

Laurine : Oui, t'as presque été accusée de l'avoir provoquée toi-même ?

Inès : Ouais... Ouais... [songeuse, on sent que c'est douloureux]... C'était... [elle hésite] C'était... C'est pas comme ça que je vois le personnel soignant d'habitude. Je l'ai trouvée un peu... un peu violente avec sa sonde. C'est... ben... C'est pas comme ça qu'on travaille sur... je sais pas [elle hésite]. Moi, en tout cas je ne fonctionne pas comme ça [...]. Faire mal aux gens, les brutaliser, surtout quelqu'un qui est dans le mal...

À ce moment de l'entretien, Inès est déstabilisée. Elle qui parle le reste du temps sans hésitation et en s'affirmant peine ici à trouver ses mots, hésite, comme si elle contournait un peu le souvenir. La violence, on le voit, est difficile à exprimer. Là encore, il est question d'une professionnelle de santé, une femme cette fois, qui utilise une sonde et ne tient pas compte des douleurs provoquées. Pourtant, Inès modalise la violence : « *pas très sympa* », « *un peu violente* », « *pas tendre* ». L'euphémisme et la litote semblent dessiner en creux des gestes dont la brutalité est atténuée – peut-être pour ne pas risquer une accusation excessive ou calomnieuse, peut-être pour minimiser la violence à ses propres yeux – alors même que le souvenir de la douleur reste vif des années après. Pourtant, Inès disposerait elle aussi de ressources pour les mettre en mot : elle se décrit comme féministe, elle lit des blogs, écoute des podcasts. La temporalité de mon terrain est là encore importante : nous ne sommes alors qu'en juillet 2017, quelques mois avant l'explosion du #metoo en octobre de la même année, qui donnera aux personnes victimes de violences sexuelles la capacité à mettre en sens leur expérience, et près d'un an avant la médiatisation du débat sur les violences obstétricales et gynécologiques – il n'est pas impossible, depuis, qu'Inès ait transformé son discours⁴⁶. Les comportements punitifs actifs n'ont donc pas disparu et peinent à être dénoncés comme tels. Mais les maltraitances s'observent aussi par défaut, dans l'absence de prise en charge adaptée de la douleur.

⁴⁶ J'ai choisi – peut-être à tort – de ne pas recontacter les personnes enquêtées *a posteriori* : j'ignore où la vie les mène après l'entretien, dans quelles relations elles sont engagées, et je redoutais, en le recontactant, de réintroduire unilatéralement une discussion sur l'IVG à un moment qui n'était peut-être pas opportun dans leur présent.

« J'ai eu très très mal » : la violence passive, ou l'absence de prise en charge appropriée de la douleur

Le manque d'attention à la douleur est par exemple frappant dans la trajectoire de Camille (22 ans, enseignante, IVG à 18 ans en 2012). Celle-ci avorte grâce à un ami de son père, médecin, qui lui prescrit des comprimés abortifs sans lui retirer son stérilet⁴⁷. Elle est alors étudiante en classe préparatoire. L'IVG a lieu chez elle le samedi et, le lundi, elle attaque une semaine de concours blanc que sa mère lui interdit de rater.

Camille : Donc c'était vraiment assez traumatisant, d'autant que comme tout s'est fait trop vite, il m'avait pas retiré mon stérilet, et avec les contractions... Et puis j'ai pas été re-checkée après... Et donc, ça s'était infecté avec les contractions... [...]. Et j'avais mal, j'avais mal... Et tout le monde me disait « c'est normal que t'aies mal, c'est normal, c'est normal, on peut rien faire, souffre en silence ». Mais j'avais tellement mal que quand je suis revenue pour les vacances deux semaines plus tard, bah ça s'était complètement infecté et j'ai été aux urgences. C'était dégueulasse. Mais je commençais à voir que c'était infecté, parce que ça commençait à sentir mauvais ! Et à y avoir du pus et tout... Et je pensais que c'était normal ! Et j'osais pas trop trop me la ramener. Et... voilà, et aux urgences, on m'a retiré mon stérilet en me l'arrachant sans m'anesthésier. Et... j'ai eu hyper mal, hyper mal. J'ai eu très très mal. [...] ça a fait des déchirures, j'ai eu super mal. Et voilà... Et après, j'ai été franchement pas très bien pendant trois mois.

Non seulement Camille avorte seule enfermée dans sa chambre et en souffrant, mais en plus, dans les jours qui suivent, personne ne prête attention à sa douleur, pas même son père, alerté, qui pourtant est un médecin spécialiste dans les douleurs chroniques. Cela pousse Camille à croire que les douleurs sont *normales* – c'est d'ailleurs ce que lui dit son père, qu'elle a toutes les raisons de croire compétent – et à minorer des symptômes alarmants. Il faut attendre des douleurs aiguës et une infection poussée et odorante, deux semaines plus tard, pour qu'elle se rende aux urgences où son stérilet lui est retiré à la pince, sans anesthésie. Pour Camille, il est clair que le manque de considération pour sa souffrance s'explique par son motif (l'IVG). Dans d'autres circonstances où elle a eu mal, personne n'a minoré son ressenti. L'absence d'anesthésie lorsqu'on lui retire son stérilet infecté ne rappelle que trop les pratiques de curetage à vif d'avant les années 1970. L'idée explicite que les femmes devraient souffrir pour payer leur IVG n'a d'ailleurs pas disparu. Férouze (42 ans, aide-soignante, IVG à 26 en 2003 et 30 ans en 2007) raconte que pour sa première IVG, une soignante relativement âgée lui aurait dit : « Vous avez de la chance de le faire par anesthésie générale, vous allez pas voir le mal que vous allez faire, vous mériteriez de souffrir et de garder les yeux grands ouverts » (voir 7.2.2 pour son portrait). Cette culpabilisation explicite lui fait renoncer (comme Nolwenn) au suivi post-IVG alors qu'elle souffre de complications post-opératoires (comme Camille) : un bout de

⁴⁷ J'ignore si le médecin refuse de le lui retirer ou s'il ignore qu'elle en a un.

membrane est resté accroché, qui s'infecte. Férouze revient sur cet épisode en fin d'entretien, après plus de deux heures d'échange :

Et ça, c'est un truc, moi, ça m'avait marquée. Ça m'a tellement marquée que j'y ai plus jamais remis les pieds. Et c'est pour ça que quand il m'est resté ce bout de membrane, j'ai pas voulu y retourner. Je devais y retourner deux semaines après et j'ai pas voulu. [...] Et derrière, j'aurais pu avoir un suivi que je n'ai pas eu parce que d'entrée, on m'a traumatisée en fait ! Et je serais tombée sur elle, elle m'aurait dit : franchement, c'est bien fait pour ta gueule ! Et là t'es pas bien prise en charge quoi. [...] On n'a pas forcément envie d'entendre ça. Et même si on est soutenue par nos amies et nos familles autour. Moi, ça m'a beaucoup, ça m'a beaucoup choquée et marquée. Et c'est là que tu dis, ils sont encore arriérés.

La stigmatisation effective et l'absence de prise en compte des douleurs ont ainsi des conséquences très directes sur la santé des femmes, en les décourageant à avoir un suivi – comme l'ont montré plusieurs travaux (Levandowski et al., 2012 ; Makleff, Labandera, et al., 2019). Les récits de Nolwenn, Camille et Férouze sont cependant un peu datés : ils retracent des avortements remontant aujourd'hui à 10 voire 20 ans et il est possible que de telles pratiques soient en voie de disparition. Mais rien ne permet de l'affirmer avec certitude : on sait qu'il faut parfois plusieurs années pour produire le récit de violences vécues, ce qui peut laisser penser que des personnes ayant connu récemment un épisode traumatisant lors d'une prise en charge IVG n'aient pas l'envie de contacter immédiatement une sociologue pour lui en faire récit.

Si la disponibilité de la rhétorique des violences gynécologiques peut désormais faciliter la prise de conscience et la dénonciation des pratiques maltraitantes, le silence autour des mauvais traitements abortifs a cependant toutes les raisons de persister : d'abord, parce que la politisation des violences abortives n'a presque pas eu lieu en France depuis 2018 (voir chapitre 10). Ensuite, parce que les femmes elles-mêmes peuvent se punir d'avorter en refusant les anti-douleurs ou en ne les prenant pas⁴⁸ – l'intériorisation du caractère stigmatisé de l'avortement rend acceptables des douleurs qui ne le seraient pas par ailleurs. Enfin, parce que les femmes ont tendance à anticiper et donc normaliser des prises en charge maltraitantes.

L'absence de prise en charge de la douleur peut aussi relever plus simplement d'un désintérêt ou d'une faible implication. Mélanie (26 ans, étudiante en sciences sociales, IVG à 21 ans en 2013) me raconte ainsi longuement à quel point son IVG, réalisée dans un petit centre hospitalier, a été douloureuse. Si elle estime « avoir eu de la chance au niveau du corps

⁴⁸ Voir par exemple dans la section 6.3.2 le cas de cette mère de deux jumeaux que son mari oblige à avorter et qui n'a que faire que l'on soulage sa douleur physique tant elle a le sentiment d'avoir « tué son bébé ». Ou encore Romane (25 ans, comédienne au RSA, IVG à 24 ans en 2017) qui me raconte l'IVG de sa mère : « Elle se souvient qu'on lui a proposé des médicaments et qu'elle les a refusés. Et elle se souvient avoir passé une heure à souffrir et à s'infliger ça exprès quoi, tu vois ? Comme s'il fallait qu'elle se fasse souffrir parce que c'était mal ce qu'elle faisait, enfin tu vois, bizarre. Et quand elle m'a raconté ça j'étais là, attends c'est chaud quoi, pourquoi se punir de ça, c'est horrible quoi ! ».

médical » parce qu'elle « ne [s'est] pas sentie culpabilisée », elle décrit cependant la désinvolture des équipes de soin envers elle. Lors de son IVG médicamenteuse, elle perd en effet énormément de sang (elle « changeait la couche toutes les 20 minutes »). En fin de matinée, à l'heure où les avortées rentrent chez elles, elle « saigne toujours à mort » et demande à rester à l'hôpital, mais l'infirmière, qui a fini son service, la renvoie chez elle. L'hôpital est excentré et avec son compagnon ils ne sont pas véhiculés. Elle rentre en bus « et puis un petit peu à quatre pattes aussi » :

Donc j'étais là en fait, avec mon sang qui coulait le long de mes jambes dans le bus, horrible, parce que forcément, je pouvais pas changer de couche dans le bus hein, forcément, à essayer de me traîner jusque chez moi, enfin c'était l'enfer ! Après en plus [...] j'avais super super mal aux reins en fait [...] pendant 3 jours à la suite. [...] Et [pour la visite de contrôle] j'y suis retournée, du coup j'avais dit que j'avais perdu beaucoup de sang, [...] tout un bordel, et j'étais pas très bien [...] et de refaire une écho, parce qu'en plus cette écho on l'a fait en interne, et avec le sang et tout machin, je me suis mise à pleurer pendant l'écho et tout. [...] Et ils ont pas franchement réagi quoi. J'ai dit Ben je continue à saigner à mort, alors que ça faisait des semaines, je continuais à avoir mal aux reins, et [le médecin] il m'a dit non mais c'est normal, et donc je me suis dit bon bah ok c'est normal, et ça a continué comme ça pendant à peu près 3 mois, à saigner de façon semi-continue on va dire. Et puis avec les douleurs dans les reins et tout.

La normalisation de la douleur n'est pas forcément associée à de la culpabilisation : ici, elle relève plutôt de la banalisation fréquente des douleurs génésiques, que la mise en problème publique de l'endométriose (Millepied, thèse en cours ; Neve De Mevergnies, thèse en cours) ne conteste que depuis la fin des années 2010 – Mélanie ayant avorté en 2013. Par contraste avec ces prises en charge peu attentives voire maltraitantes, auxquelles les femmes s'attendent, les soins « dans la bienveillance » sont considérés avec une immense gratitude.

2.2.3 La bientraitance : norme ou privilège ?

Dans les entretiens réalisés, les récits de mauvaises prises en charge le disputent fréquemment à des témoignages où la reconnaissance envers les équipes soignantes est très vive. Gaëlle (46 ans, dessinatrice, IVG à 46 ans en 2018) a par exemple avorté au CIVG1, que j'ai ethnographié (Thizy, 2016) :

Gaëlle : J'étais vraiment surprise. Y a vraiment une écoute et une... Même l'intervention, tu vois. [...] L'aide-soignante vient me chercher. Et là, c'est presque marrant, mais en fait c'est pas du tout marrant. En fait, les portes de la salle opératoire se sont ouvertes et il y avait une petite lumière tamisée et de la musique. [...] J'étais vraiment ouais... [air impressionné et appréciateur ; elle imite l'attitude de la soignante, voix douce, haut perchée] « Bon alors, je vais tout nettoyer. Ça va être un peu froid ». Et là, il y avait l'aide-soignante et l'infirmière qui me tenaient la main, en me disant « C'est bien, vous respirez bien, c'est bien ! ». Vraiment, un accompagnement, j'étais là, et je leur ai dit, vraiment, bravo... Bon, ils te mettent un gaz hilarant aussi quand même. J'en revenais pas ! Et puis ça s'est terminé. J'ai rien senti en plus, du coup.

Et puis, je leur ai dit mais vraiment c'est incroyable, ah, vous faites du bon boulot, j'étais un peu sonnée ! Elles ont rigolé. Mais c'est vrai que c'est vraiment un accompagnement... C'est vraiment... ça a pas été douloureux, désagréable.

Laurine : Tu as pas eu de réflexion déplacée pendant le parcours le soin ?

Gaëlle : Rien du tout. Absolument pas. Non, non. J'en dirai que du bien [rire] !

De fait, dans ce centre d'IVG, les pratiques revendiquées et observées sont très attentives au bien-être des femmes. Les équipes s'efforcent de souscrire à un idéal de « non-jugement » et de « bienveillance », ont à cœur de démedicaliser le plus possible la prise en charge, accordent une grande attention à la douleur. Contrairement à d'autres centres où les IVG sont réalisées en dehors du service, dans une unité de chirurgie ambulatoire, le CIVG1 dispose de sa propre « salle blanche » pour réaliser les aspirations, mais ne pratique pas d'anesthésie générale et refuse pour cela les IVG au-delà de 10 semaines de grossesse⁴⁹, en réorientant vers les autres hôpitaux de la ville qui « font les 12 – 14 » (10 à 12 semaines de grossesse). Les méthodes proposées sont la méthode médicamenteuse avant 5 semaines de grossesse (7SA)⁵⁰, puis l'aspiration sous anesthésie locale entre 5 et 10 semaines (7SA et 12 SA). Le choix n'est pas laissé aux avortantes, c'est le stade de grossesse qui détermine la méthode. Le service a mis en place des pratiques d'accompagnement pour faciliter l'IVG : sophrologie en chambre pour favoriser l'expulsion en cas de médicamenteuse, hypnose et « gaz hilarant » (moitié oxygène moitié protoxyde d'azote) pour les aspirations. Pendant les aspirations, les infirmières tiennent la main des avortantes, leur parlent, les rassurent, leur caressent parfois le visage ou les cheveux : cette méthode « d'anesthésie verbale », mise en place par les MLAC dans les années 1970⁵¹(Pavard, 2009b, 2012a ; Ruault, 2021), persiste dans les centres spécialisés où les équipes sont formées à l'accompagnement. Gaëlle a bénéficié d'une telle prise en charge et s'en réjouit, tout comme Elisabeth (25 ans, service civique dans une association culturelle, deux IVG à 21 ans en 2014 et une à 25 ans en 2018) pour sa troisième IVG :

C'était trop bien, et ils étaient trop gentils, donc la dame qui m'a mis ça [le gaz hilarant], elle m'a dit : « bon, Elisabeth, on va... Vous allez partir en voyage, où est-ce que vous voulez partir ? » et donc je lui disais voilà, en Espagne et du coup, elle me racontait : « d'accord, en Espagne, ah oui ok, vous êtes avec qui en Espagne ? », avec ma famille, on fait des canyons, et tout et du tout voilà : « vous êtes au soleil, vous êtes dans la rivière » et [...] je me sentais trop heureuse à ce moment-là, et c'était trop bien, et je me sentais en parfaite confiance, et j'en

⁴⁹ C'est bien l'absence d'anesthésiste dans le service qui est avancée pour justifier la non prise en charge au-delà de 10 semaines : pour ces professionnelles, passé « le cap des 12SA », une anesthésie générale s'impose « pour le bien être des femmes ». Toutefois, rien ne contre-indique une anesthésie locale au-delà de 10 semaines : il est possible de lire dans ce refus un héritage de pratiques antérieures à la loi de 2001 allongeant le délai, lequel a, dans l'ensemble, été mal vécu par les professionnelles rencontrées en raison du stade de développement plus avancé de l'embryon (voir 7.3.2).

⁵⁰ En l'absence de bloc opératoire et de possibilité de gérer des complications hémorragiques, le service, en 2016, refusait la méthode médicamenteuse entre 5 et 7 semaines de grossesses (7 et 9SA).

⁵¹ Comme on peut le voir à l'écran avec film documentaire *Histoire d'A* de Charles Belmont et Marielle Issartelou (1973), restauré en 2022 ou plus récemment dans le film *Annie Colère* de Blandine Lenoir (2022).

n'avais plus rien à foutre, je me disais, tout va bien se passer. Et après, je me suis réveillée... [...] et je me souviens, j'étais trop contente et je me sentais tellement bien, et je me suis mise un peu à pleurer, et je lui ai dit, à la personne qui était en face : « je suis émue parce que vous êtes trop gentils ! ». Je me disais : « ah ils sont trop gentils, je les aime trop, c'était trop beau ! ».

Hélène (28 ans, étudiante sage-femme, IVG à 23 ans en 2011) aussi se félicite d'avoir avorté dans une maternité connue pour ses pratiques militantes (que je n'ai pas moi-même enquêtée) : « Le staff est tellement super, tellement adorables [...] plein d'amour pour eux, ils sont vraiment super ! [...] Parce qu'évidemment on entend des histoires atroces sur du personnel qui est jugeant, t'as mal ben tant pis... Là, c'est pas ça ! ».

La reconnaissance envers les professionnelles de santé, dans le discours de Gaëlle, d'Elisabeth ou d'Hélène, passe par des procédés d'intensification remarquables. Outre le ton enjoué et exclamatif et les moues de satisfaction, les termes employés sont dithyrambiques : « vraiment bravo », « j'en dirai que du bien », « super », « trop gentils », « adorables », « plein d'amour pour eux », etc. Rien n'oblige, face à moi, à des louanges si prononcées. L'enthousiasme des avortées traduit ainsi une expression de leur gratitude sincère envers les bons soins reçus. Mais le discours d'Hélène laisse transparaître que ce ne sont pas seulement les *bonnes pratiques* des professionnelles (attention à la douleur, délicatesse, accompagnement...) qui sont saluées : c'est aussi le soulagement d'avoir été épargnées par de *mauvaises pratiques*, comme le confirme Ony (31 ans, employée dans la restauration collective, IVG à 31 ans en 2018) :

Et surtout, y'avait pas justement ce genre d'obligation de jugement. Moi, quand j'étais allée voir l'infirmière, elle était toute bienveillante. Ça, j'ai bien apprécié. Mais toutes les personnes que j'ai vues étaient bienveillantes. Ce n'était pas dans les jugements. Pas de regard méchant ou quoi que ce soit. C'était bien, oui.

En disant « c'était bien », Ony dit en fait « ce n'était pas mal » (« pas de jugement, pas de regards méchants »).

Marlène (20 ans, serveuse, IVG à 20 ans en 2018) est encore plus claire :

Ça s'est passé nickel. [...]. En plus, ils sont vraiment bienveillants... [...] J'avais peur d'avoir des accroches, vu que j'ai vu des témoignages par rapport à ça. Et franchement, j'ai été agréablement surprise de voir qu'ils se sont bien occupés de moi, que y'avait pas de... Vous savez, les petites piques qui donnent envie de se protéger ? Et non, y'avait pas... Franchement ça m'a vraiment fait du bien d'avoir des personnes très bienveillantes comme ça.

Ce qui apparaît, c'est que les femmes, par défaut, *s'attendent à être jugées et culpabilisées* par les équipes de soin et s'y préparent. Dès lors, en comparaison, les *bonnes* prises en charge, qui pourraient n'être que des prises en charge *normales*, sont perçues comme une chance inattendue, voire un *privilege*. Le témoignage de Cynthia (17 ans, lycéenne, IVG à 17 ans en

2017), qui a vu deux conseillères différentes avant son IVG, laisse tout autant voir ce nivellement :

La première a été géniale ! Elle ne m'a pas vraiment brusquée, elle m'a demandé ma décision et elle ne m'a pas... Et elle ne m'a en aucun cas parlé de la deuxième option, celle de le garder. Elle m'a juste parlé de ce que je lui avais dit, elle m'a dit que je pouvais retourner la voir, on a pris les rendez-vous, elle a vraiment été au top. La deuxième a été un peu plus... Je pense aussi que vu que c'était trois jours avant le premier cachet, elle a essayé de me faire prendre conscience que je prenais vraiment une décision importante, donc elle m'a vraiment demandé si j'étais sûre, elle m'a dit que je pouvais encore refuser après la prise des premiers cachets, mais que le fœtus risquait d'avoir des séquelles importantes, elle a été un peu plus... crue dans ses paroles celle-là, plus que les premières. Mais elle ne m'a pas choquée non plus, elle ne m'a pas... elle m'a un peu plus encouragée à davantage réfléchir si vraiment je voulais pas le garder que l'autre... Mais elle a pas été non plus odieuse ou voilà.

La deuxième conseillère, qui lui suggère de bien réfléchir à sa décision et d'envisager sérieusement la poursuite de la grossesse, est qualifiée de « pas odieuse » quand la première, qui s'abstient d'orienter sa décision, est « géniale ». Cynthia considère la mise en question de sa décision comme une attitude relativement neutre (elle n'était « pas choquée », comme Ophélie plus haut affirmait que « c'est pas la mort »), tandis que le respect de son choix sans contestation est vu comme exceptionnel. Or, une telle façon de se préparer à faire face à un corps médical brutal, de considérer des traitements désagréables comme acceptables et de (sur)valoriser les « bonnes » prises en charges est le produit de la stigmatisation historique de l'avortement. Même sans connaître les détails de cette histoire, les avortantes savent qu'avorter les expose au discrédit et tout se passe comme si elles considéraient avoir à payer le prix de l'IVG en acceptant d'avoir mal et d'être plus ou moins déconsidérées. La gratitude reflète la forte intériorisation de la stigmatisation de l'avortement. La bienveillance n'apparaît pas comme le « contrat de base de l'institution » (Strauss, 1991) mais comme une faveur, un privilège, une chance, comme le souligne encore Romane (25 ans, comédienne au RSA, IVG à 24 ans en 2017), qui avorte dans une maternité militante :

Les conditions c'était trop bien, je me suis pas du tout sentie jugée... [...] et je me suis rendu compte que c'était une chance, parce j'ai entendu beaucoup d'histoires vraiment beaucoup plus trash quoi. [...] Mais moi ce que j'ai vécu j'ai eu l'impression que ça devrait être normal. Mais en fait, c'est pas normal.

*

Les modalités de prise en charge de l'avortement déterminent très fortement l'expérience abortive des femmes. Si dans l'ensemble l'accès au soin est réalisé, il se fait au prix de parcours parfois retardés et de maltraitements persistants qui ne sauraient être mises sur le compte de brebis galeuses de l'institution. Les entraves à l'IVG et autres violences doivent être replacées dans les conditions qui les rendent possibles. D'abord, elles sont d'autant plus susceptibles

d'avoir lieu que la quantité de démarches à réaliser multiplie les professionnel·les de santé rencontrés – et en particulier ceux et celles dont l'IVG ne constitue pas le cœur de métier (secrétaire, échographes, infirmières de bloc, anesthésistes, etc.). Ensuite, l'organisation du travail hospitalier précarise le personnel de santé (Juven, Pierru et Vincent, 2019) et crée une tension sur l'IVG. Enfin, les mauvais traitements peuvent traduire des représentations médicales somme toute banales, plus ou moins hostiles à l'avortement, et s'inscrivent dans des violences plus générales envers le corps des femmes dans les prises en charge gynécologiques.

L'analyse des violences abortives doit ainsi être comprise de façon structurelle, comme conséquence et expression d'un rapport de pouvoir imposé aux femmes, qui les expose triplement : parce qu'elles sont femmes dans une institution médicale souvent sexiste ; parce qu'elles sont dépendantes de l'autorité médicale pour avorter ; et enfin parce que, parmi tous les actes de la gynécologie, elles ont recours à celui qui est le plus stigmatisé.

En comparaison aux prises en charge culpabilisantes voire violentes auxquelles les avortantes *s'attendent*, les accompagnements spécialisés attentifs au bien-être physique et psychique apparaissent « exceptionnels » au double sens du terme.

Bilan 2 : une stigmatisation en poupées gigognes

Existe-il des Priscilla Grey de l'ombre, victimes elles aussi – pendant ou après l'IVG – de « prises en charge défaillantes » laissant de lourdes séquelles ? La réponse est oui : Nolwenn, par exemple, a été rendu stérile en raison des violences abortives qu'elle a subies, alors même qu'une IVG pratiquée dans de bonnes conditions n'a pas d'impact sur la fertilité⁵². Mais la situation de Nolwenn n'est que l'exemple le plus frappant de traitements qui, s'ils ne sont que rarement pensés comme punitifs, peuvent être *a minima* désinvoltes, infantilisants, voire brutaux, et par-là maltraitants et dissuasifs. Si les violences abortives ne constituent pas la norme de la prise en charge, si l'on peut faire l'hypothèse qu'elles sont sur le déclin, elles restent trop fréquentes pour être envisagées autrement que structurellement.

L'enjeu d'une sociologie médicale de la prise en charge de l'avortement est donc grand, comme l'écrivait déjà Ann Oakley, pionnière des études sociologiques sur les femmes et la maternité : « La sociologie médicale [...] a représenté la médecine comme une agence de contrôle similaire à l'éducation ou à la religion ; elle a sapé la position de neutralité des valeurs de la médecine, et a ainsi ouvert son territoire à l'enquête sociologique » (1980, p. 81). En

⁵² De nombreuses études scientifiques l'ont montré (Frank et al., 1993) et cela est également reconnu par les gynécologues (voir par exemple le document du SYNGOF formulant des Recommandations pour la clinique de l'IVG, accessible à <https://ansfl.org/document/cngof-2016-livg-medicamenteuse/>, consulté le 09/03/2023).

l'occurrence, la sociologie du travail d'avortement permet de mettre au jour les rapports de pouvoir qui sous-tendent la prise en charge. La « clause de conscience » s'avère relativement inopérante sur le terrain. Les rares médecins qui affirment haut et fort refuser de faire des avortements sont stigmatisés par leurs pairs, tant l'adhésion *de principe* au droit à l'IVG relève du discours institutionnel (Perrin, 2021). Mais ce consensus masque un phénomène de délégation de la pratique des IVG, qui demeure, sauf exception (Baird, 2014), le « sale boulot » de la gynécologie. Plusieurs lignes de force se dessinent : des rapports de force internes au champ médical, qui s'expriment dans le bras de fer permanent entre différent·es professionnel·les pour faire valoir leurs compétences, et des rapports de force entre les professionnel·les de santé et les usagères, qui doivent être réinscrits dans la matrice plus vaste encore des rapports de genre, mais aussi de classe, de race, d'âge, etc., qui traversent tout l'espace social – la thèse en cours de Raphaël Perrin apportera à ce sujet de nouveaux éléments.

J'ai montré pour ma part que les entraves médicales vécues par les avortantes ne procèdent pas ouvertement et elles sont souvent – mais pas exclusivement – le fait de professionnel·les de santé non-orthogénistes (secrétaires, échographes, infirmières non-spécialisées, médecins généralistes...). Les femmes y sont d'autant plus exposées que le parcours de soin, pluriel, leur fait rencontrer de très nombreux·ses professionnel·les, ce qui multiplie la probabilité de « tomber sur une pomme pourrie » (Férouze, 42 ans, aide-soignante, IVG à 26 en 2003 et 30 ans en 2007). Ainsi, plusieurs niveaux de stigmatisation s'emboîtent. Il s'avère *in fine* que les avortantes sont prises en charge par des professionnel·les elles-mêmes stigmatisées et dominées dans l'institution médicale : les internes, les médecins généralistes et les sages-femmes, dans leur immense majorité des femmes. Cette situation de domination peut faire émerger un discours critique des pratiques médicales « masculines » dominantes (Thizy, 2016, 2023) et participe à l'élaboration d'un discours accordant une attention centrale au bien-être des femmes. Les prises en charge spécialisées observées en centre d'IVG revendiquent ainsi de « ne pas juger » et « d'accompagner » au mieux les avortantes et de fait, les pratiques observées attestent d'une forte attention au bien-être (traitement de la douleur, explicitation des gestes médicaux, accompagnement), qui sont en général – mais pas systématiquement – très bien reçues par les avortantes.

L'inconfort moral d'une pratique toujours considérée comme portant atteinte à « une vie, même embryonnaire » (docteur Armana, médecin généraliste, 57 ans, CIVG1) – voir chapitre 7 – reste en effet patent. Cette articulation entre enjeux matériels et symboliques contribue à maintenir la stigmatisation : si des enjeux symboliques entravent l'amélioration concrète des prises en charge, c'est aussi la pesanteur structurelle de l'organisation du travail qui contribue à maintenir une charge symbolique autour de l'IVG. Pour mieux le comprendre, il faut

s'intéresser à une dimension de la prise en charge que j'ai jusque-là laissée de côté : la psychologisation de l'avortement. Dans les services spécialisés, le discours revendiquant une volonté de ne pas juger et de prendre soin des femmes perpétue, presque malgré lui, une stigmatisation dont les équipes d'orthogénie se défendent pourtant. C'est ce paradoxe que je voudrais à présent mettre en lumière.

Chapitre 3. L'encadrement psychologique de l'avortement

La grossesse mobilise un état psychologique avec ses mécanismes spécifiques, que le projet d'interruption volontaire n'annule pas [...]. On observe en particulier un appel à l'aide latent, et une grande disponibilité psychique. Les femmes reçues refusent rarement l'occasion qui leur est proposée d'un retour sur elles-mêmes et sur leur histoire [...]. En ouvrant ainsi aux patientes – y compris celles pour qui tout semble clair – un espace favorisant l'émergence d'une parole personnelle, l'entretien pré-IVG constitue un lieu de prévention par rapport à d'éventuelles difficultés ou pathologies psychologiques ultérieures [...]. En nommant, en prenant la parole, le sens de la décision peut se construire et s'inscrire dans l'histoire de celle qui s'y trouve confrontée. La consultation est un lieu où dire, décrire parfois dans le détail, les ambivalences présentes, le désir de grossesse ou d'enfant, et l'incapacité ou le refus de mener la grossesse plus loin. [...] Dans l'entretien, nous abordons souvent des événements anciens ou plus récents qui pèsent lourdement dans la vie de la consultante ou du couple. Seront convoqués, dans le discours, les parents et beaux-parents, l'histoire conjugale de ceux-ci, l'enfance, d'autres deuils.

Mortureux A., 2010, « La place de la parole dans l'entretien pré-IVG », *Laennec, Tome 58, 2*, pp. 8, 10, 14 et 15

Les extraits présentés ci-dessus sont issus d'un texte écrit par une psychologue clinicienne d'un centre de planification familiale de l'Assistance Publique. Celle-ci réalise fréquemment des entretiens pré-IVG et entend en défendre les apports. Sont présents tous les ingrédients de la prise en charge émotionnelle et psychologique de l'avortement que j'ai pu observer sur le terrain : le postulat que la grossesse est un moment psychique particulier ; la conviction que l'entretien psycho-social, « bienveillant et neutre », est toujours une opportunité pour les femmes et permettrait même de prévenir des pathologies psychiques ultérieures ; la nécessité de réinscrire l'IVG dans « l'histoire de celle qui s'y trouve confrontée » en la remettant en perspective avec des moments forts de la trajectoire personnelle.

Tous ces éléments relèvent d'une « clinique de l'avortement » décrite par les psychologues et les conseillères conjugales et familiales sur le terrain ou dans des articles publiés (Avon, 2004 ; Bastien, 2011 ; Dinechin, 2002 ; Mortureux, 2010), laquelle suscite d'ailleurs l'adhésion de l'ensemble des équipes de santé rencontrées. Or, comme nous l'avons montré avec Marie Mathieu et Raphaël Perrin dans un article récent (Mathieu, Perrin et Thizy, 2023), une telle appréhension de l'avortement relève d'une forme de *psychologisation*, c'est-à-dire d'un réductionnisme de l'ensemble des phénomènes qui concourent au choix de l'IVG à des variables psychiques individuelles, relatives au rapport intime à la maternité et à d'éventuels

bouleversements intimes biographiques. D'un point de vue sociologique, ce réductionnisme est problématique car il occulte très largement les postulats moraux sur lesquels il repose et les rapports sociaux dans lesquels il s'inscrit. La compréhension individualisée de l'expérience abortive néglige la puissance des normes sociales et de leur intériorisation et, en prenant pour postulat la difficulté psychique de l'IVG, relève de l'imposition de problématique décrite par Pierre Bourdieu (1993).

Je me propose, dans ce chapitre, de me focaliser sur une catégorie d'actrices en particulier : les conseillères conjugales et familiales (CCF), à qui revient, historiquement, la réalisation de l'entretien pré-IVG, en théorie facultatif pour les majeures depuis la loi Aubry-Guigou de 2001. À partir de mes terrains ethnographiques et des entretiens auprès des professionnelles de santé, mon objectif est de montrer comment, dans les centres enquêtés, les conseillères sont au cœur de l'encadrement émotionnel des avortantes, qui repose sur le discours – partagé et relayé par l'ensemble des équipes – de « bienveillance », « non-jugement » et « neutralité » envers les femmes.

Pour comprendre la forme que prend la psychologisation dans les centres d'IVG, il est nécessaire d'en décrire le mode de fonctionnement et les conditions de possibilité, avant d'en envisager les effets sur les avortantes. Après avoir montré concrètement en quoi consiste cet encadrement émotionnel et les principes sur lesquels il s'appuie (3.1), j'analyserai comment la formation des conseillères et l'organisation du travail dans centres d'IVG enquêtés contribuent structurellement à cette psychologisation (3.2), laquelle perpétue une stigmatisation *implicite* de l'avortement (3.3).

3.1 La psychologisation, au cœur du dispositif de prise en charge

La psychologisation n'est pas seulement le fait des psychologues ou des conseillères conjugales et familiales : elle est portée et partagée par l'ensemble des équipes et par l'héritage des prises en charge d'avant la loi Aubry-Guigou de 2001. Je propose donc de mettre en évidence la psychologisation partagée (3.1.1), avant de montrer sur quels fondements théoriques – la « clinique de l'avortement » – elle repose (3.1.2).

3.1.1 Des attentes émotionnelles performatives

La persistance d'une pratique systématique de l'entretien psychosocial dans les services enquêtés contribue, on va le voir, à imposer une lecture particulière de l'IVG comme une

épreuve émotionnelle nécessitant un bon accompagnement, pour éviter des dommages durables sur le psychisme.

« C'est pas obligatoire, c'est systématique » : la persistance d'un entretien pré-IVG imposé

L'encadrement psychique des avortantes constitue une modalité historique de contrôle de l'IVG, explicite dans la loi Veil. En imposant un entretien psychosocial obligatoire, le législateur a confié aux professionnel·les de santé la régulation de l'avortement : c'est ce que Dominique Memmi a nommé la « biopolitique déléguée », qui s'exerce à travers un « gouvernement par la parole » (Memmi, 2003). Le contrôle des corps ne passe plus par un autoritarisme contraignant, mais par l'échange discursif qui permet une régulation douce des comportements. De longue date, l'entretien pré-IVG a ainsi été pensé comme l'occasion d'un soutien émotionnel auprès de femmes vivant un moment douloureux (Devreux, 1982).

Or, la suppression du caractère obligatoire de l'entretien pré-IVG pour les femmes majeures, entérinée par la loi Aubry-Guigou en 2001 (Bajos et Ferrand, 2011), n'a pas fondamentalement modifié les pratiques professionnelles dans les centres enquêtés. Vingt ans plus tard, l'entretien avec une conseillère y est toujours vivement encouragé, quand il n'est pas simplement imposé *de facto* par la prise en charge. Au CIVG1, 2 et 4, ce sont toujours les conseillères conjugales et familiales qui reçoivent en premier les avortantes en consultation et commencent à remplir le dossier médical. Cela offre un prétexte systématique à l'entretien, dont le caractère facultatif n'est pas mentionné tant les équipes s'accordent à le considérer indispensable. La discussion autour de la contraception peut servir d'amorce pour amener ensuite vers des sujets plus personnels qui sont considérés comme le cœur de l'échange, comme en témoigne Charline Pasquier (CCF, 45 ans, CIVG5) :

Les femmes, on essaye de toutes les voir, oui. Après bon, on peut pas les forcer hein ! Si vraiment y'en a qui marquent une opposition nette en disant « je veux pas voir la conseillère », on va pas insister. Mais si on sent qu'elle est hésitante, on lui dit « si si allez la voir ! ». Même quand elles ont pas trop envie y'a toujours un moyen, un peu informel, de les faire parler, d'elles, de leur contraception. C'est important d'avoir cet espace.

« Les faire parler » : le champ lexical de l'aveu ou de la confession n'est pas loin et la frontière entre sollicitation et extorsion de parole semble floue, y compris dans le vocabulaire des professionnelles. Au CIVG5, Anna (39 ans), la psychologue en charge des entretiens, reçoit automatiquement les femmes dont elle considère qu'elles nécessitent un suivi particulier (celles qui avortent au-delà de 12 semaine d'aménorrhée et celles qui avortent plusieurs fois), « indépendamment des réformes », selon ses termes. De même, Bénédicte Faure (CCF, 52 ans,

CPEF1) tient à ce que l'accueil des femmes soit réalisé par des conseillères et pas par des médecins, en distinguant le « champ de la parole » de « celui du corps ». Elle ne s'embarrasse d'aucune précaution rhétorique sur l'imposition de l'entretien aux avortantes :

Alors, en effet, il n'y a plus d'entretiens psychosociaux obligatoires pour la majeure, mais nous, on s'en fout en fait. Il y a une prise en charge dès la première demande. Il y a une prise en charge dès le début, et toutes les personnes qui viennent la première fois en centre, et bien, elles sont reçues par une conseillère conjugale, ça fait partie du format. C'est pas un lieu où y a une obligation de parler, on le présente souvent comme un lieu où on va faire un premier dossier administratif pour pouvoir remplir des statistiques, quelques éléments à avoir, mais c'est surtout un lieu où [...] on va être à l'écoute de la première demande.

Tous les prétextes sont bons pour amener les femmes vers un espace où l'échange de parole, sans être imposé avec autoritarisme, n'en est pas moins institutionnellement inévitable. De fait, « les praticiennes désirent avant tout que les femmes qu'elles accompagnent adhèrent à ces recommandations et exercent – comme femmes émancipées – leur libre arbitre, toutefois dans un sens attendu et normalisé » (Dupuy et Roux, 2018, §24). Si les professionnelles se défendent d'être coercitives, en affirmant que les femmes sont « libres », qu'elles peuvent « ne pas parler », que la consultation peut « ne durer que cinq minutes si elles sont pas réceptives », il n'en reste pas moins que tout est fait pour susciter un échange jugé bénéfique¹.

Alors même que la mention de « détresse » pour accéder à l'IVG a été supprimée du texte de loi en 2014, les conseillères rencontrées pendant mon enquête entre 2016 et 2019² s'accordent sur un besoin de « mise en sens », de « déposer quelque chose » qui serait intrinsèque à l'IVG. En réalité, la prise en charge psycho-émotionnelle déborde très largement le seul cadre de l'entretien : « y a pas juste un entretien psychosocial, il y a un accompagnement autour de l'IVG » résume Bénédicte Faure (CCF, 52 ans, CPEF1). Les conseillères sont ainsi amenées à intervenir dans les chambres d'hospitalisation et à tout moment de la prise en charge – avant, pendant, après. Au CIVG3 par exemple, Delphine (39

¹ Cette grande importance accordée à l'entretien a d'ailleurs mis en porte-à-faux de nombreux services en 2016, au moment de la suppression du délai d'une semaine avant l'accès à l'IVG. La loi prévoyait en effet de réintroduire 48h de délai pour les femmes acceptant l'entretien – l'idée du texte étant de laisser infuser cet échange avant de procéder à l'IVG. Les professionnelles, qui savent que les femmes souhaitent en général avorter au plus vite, y ont vu une désincitation à l'entretien, puisque celles qui rencontraient la conseillère se voyaient « pénalisées » par un retard de deux jours dans l'accès à l'avortement. La mesure a suscité de nombreuses discussions dans les services au moment de mon enquête, et autant de contournements ou réinterprétations de la loi, pour maintenir l'incitation (voire l'obligation de fait) à l'entretien, sans pour autant retarder les prises en charge - cette disposition a depuis été supprimée, en 2022, à la suite des nombreuses critiques de professionnel·les. Au CIVG5 par exemple, Charline Pasquier (CCF, 45 ans, CIVG) m'explique que l'entretien a été renommé « entretien d'accueil » (et pas « entretien pré-IVG ») pour justifier, en cas de contrôle, l'absence d'imposition des 48h d'attente après l'échange systématique avec la conseillère – cette décision faisant suite à un long échange avec le médecin référent l'Agence Régionale de Santé.

² Il faut rappeler que ces équipes ne sont pas militantes : j'ai enquêté dans les hôpitaux publics et pas au Planning Familial.

ans), la sage-femme chargée du suivi des IVG, a également une formation au conseil conjugal et familial : elle se sert de sa double casquette pour amener les femmes les plus réticentes à réaliser un entretien plus approfondi dans son bureau. Quand l'entretien pré-IVG n'est pas imposé, il est ainsi vivement recommandé, à toutes les étapes de la prise en charge.

« On sait que l'IVG, c'est pas forcément évident » : l'injonction à parler de ses émotions

Cette invitation à la mise en récit émotionnelle, présentée comme au service des femmes, est particulièrement lisible dans la façon d'amorcer les entretiens psycho-sociaux. Dans les centres d'IVG ethnographiés, ils débutent toujours de la même façon, par une remarque et une posture soulignant une difficulté qui serait inhérente à l'IVG et rendrait la parole et l'écoute indispensables : « c'est un lieu de parole et d'écoute, parce qu'on sait que l'IVG ça peut provoquer des choses pas très simples sur le plan émotionnel », « on sait que ça peut venir convoquer des choses un peu compliquées sur le plan émotionnel », « on sait que l'IVG, c'est pas forcément évident », « vous pouvez déposer ici des choses qui vous encombrent » répètent les conseillères d'un air grave, compatissant et concerné. Ce discours, quoique modalisé – la difficulté est présentée comme une *possibilité* plutôt qu'une certitude – impose cependant une analyse psycho-émotionnelle de « l'événement », présenté comme une épreuve. Sans nier les difficultés exprimées par nombre d'avortantes, pour qui l'IVG est un véritable travail émotionnel (voir chapitre 8), il serait possible, pourtant, de débiter l'interaction autrement, par exemple en rappelant qu'avorter est un droit (c'est ce que fait Sylvie Bichet, une des gynécologues enquêtées par Aurore Koechlin (2021, p. 461), certes médecin et non conseillère). L'incitation à parler de ses émotions se fait parfois très ferme :

Catherine réalise l'entretien pré-IVG avec une femme de 35 ans, infirmière en congé parental car elle a deux enfants en bas âge (5 ans et 18 mois). L'usagère explique ne plus vouloir d'enfant car elle a « d'autres envies, d'autres projets » ; son mari est d'accord avec elle. Elle explique qu'elle « met l'émotionnel de côté ». Pourtant, par trois fois, Catherine l'interroge avec insistance sur ses émotions. « Comment vous le vivez ? », demande-t-elle d'abord. « Et l'émotionnel ? avec un jeune enfant en plus on sait que c'est plus dur » ajoute-elle plus tard ; puis « Faut que ça sorte un peu quand même... ». La jeune femme finit par se mettre à pleurer. Catherine lui propose de revenir la voir en consultation une après-midi si cela ne va pas, elle insiste plusieurs fois encore. Juste après le départ de la jeune femme, quand nous échangeons sur l'entretien qui vient d'avoir lieu, Catherine me précise « qu'elle ne s'était pas autorisée à pleurer, cette dame ». Je m'interroge sur cette façon d'insister (j'ai l'impression que c'est plutôt l'imposition émotionnelle qui a « fait craquer » l'usagère) et partage ce questionnement à Catherine lors du débriefing. Elle me répond qu'elle trouve vraiment nécessaire que « ça sorte », parce que « ça soulage ».

[CIVG 2, juillet 2019]

Catherine considère ici les pleurs comme très bénéfiques, y compris lorsque j'exprime prudemment mes réserves (mon avis était sollicité après chaque entrevue). La tristesse des patientes, ou du moins la perte de contrôle émotionnel, n'est donc pas seulement constatée : elle est toujours postulée, et plus encore, *elle est attendue*. La docteure Voltaire (gynécologue, 54 ans, CIVG7) m'explique ainsi :

Y'a des personnes qui refusent l'aide aussi hein [...] Et nous l'objectif c'est qu'elles craquent à un moment, on est très contents, si c'est au bloc c'est parfait, on est ravis, nous on est ravis qu'elles lâchent, on les laisse puis on attend qu'une chose, c'est qu'elles lâchent à un moment... Mais y'en a qui lâchent pas hein, qui sont complètement dans le contrôle... Et ça on le voit tout de suite.

L'émotion doit donc non seulement être ressentie, mais aussi visiblement exprimée, en dehors de quoi les avortantes sont suspectées d'une rétention émotionnelle dommageable à long terme pour leur équilibre psychique. Ce soulagement est légitime car le vécu est réputé difficile. Il est bien question, par la parole, de conjurer une difficulté qui serait intrinsèque à l'avortement. Ainsi la prise en charge ne se contente pas de *constater* d'éventuelles difficultés émotionnelles : de façon performative, elle contribue largement à les supposer, à les attendre, à les solliciter. En cela, les centres d'IVG constituent bien, à la manière des lieux de prise en charge autour de la naissance étudiés par Déborah Guy et Anne-Sophie Vozari, des « institutions socialisatrices, davantage productrices que révélatrices de techniques relationnelles et corporelles visant à terme à faire incorporer des manières de faire, d'agir, et de ressentir » (2019, p. 103). Il y est question d'une « pédagogie émotionnelle » (Dupuy et Roux, 2018, §5) imposée par l'institution qui, bien plus que recueillir une situation, contribue activement à la produire. Cette idée qu'une « libération émotionnelle » aurait des effets psychiques désirables n'est pas propre à mon terrain : elle a déjà été identifiée ailleurs, dans des travaux qui ont montré comment l'encadrement émotionnel des professionnel·les de santé relève d'un gouvernement des conduites procréatives (Dupuy et Roux, 2018, §22³ ; Mathieu et Ruault, 2014, p. 53⁴). Mais pour en prendre la pleine mesure, il est indispensable d'aller plus loin et d'en expliciter les conditions de production et de félicité.

³ « L'inquiétude est une émotion attendue lors de la première rencontre. Son absence apparaîtrait même problématique ; elle serait la marque d'une "banalisation" ou d'une incapacité "à saisir ce qui se joue". Mais cette inquiétude doit être dépassée par la prise en charge ».

⁴ « Ce qui est toutefois remarquable, c'est l'usage professionnel qui en est fait, lorsque la création ou l'entretien d'émotions s'apparente à un outil de travail. Il consiste notamment à valoriser les larmes, c'est-à-dire la tristesse qu'il convient d'éprouver, probablement en soupçonnant, derrière leur absence, un déni des affects potentiellement nocif. »

3.1.2 La « clinique de l'avortement »

L'idée que l'IVG serait par nature difficile et obligerait pour cela à un accompagnement psychologique spécifique ne sort pas de nulle part. Elle est très largement théorisée par tout un pan de la psychologie qui parle à ce sujet d'une « clinique de l'avortement » et relayée par les conseillères rencontrées qui en font leur assise théorique.

L'IVG, « symptôme d'autre chose »

Cette clinique de l'avortement repose sur l'idée fondamentale qu'une IVG n'est jamais le fruit du hasard. Elle serait plutôt une manifestation psychique symptomatique, le « symptôme d'autre chose », « l'expression d'un dire » à la signification enfouie, que l'échange avec la conseillère pourrait mettre au jour, pour « aider » les femmes à « mettre en sens leur expérience ». Les conseillères et psychologues rencontrées l'expriment avec des formulations qui varient peu : « le but ça va être de faire des liens déjà avec quelque chose, pour que ça prenne sens un peu tout ça » (Odile, 59 ans, CIVG 1) ; « ce qu'il faut c'est intégrer l'événement traumatique à l'histoire personnelle, mettre en sens, faire des liens » (Anna, psychologue, 39 ans, CIVG5). Bénédicte Faure (CCF, 52 ans, CPEF1) le répète à plusieurs reprises :

L'objectif c'est que ça vienne dire quelque chose. Et des fois y a des choses qui peuvent sortir. Par exemple « ma mère elle a perdu un enfant »... et ça vient répéter une histoire. Une grossesse, c'est un dire. Nous, on part du principe qu'une grossesse, c'est un dire. Il faut accepter, bien sûr, que la personne ne veuille rien en dire, elle a le droit. Mais la grossesse, c'est un dire, qui n'a pas trouvé d'autres moyens de s'exprimer que de passer par le corps. Ça c'est vraiment notre spécificité de travail en tant que conseillère. C'est d'attraper l'IVG comme ça. [...] Qu'est-ce que ça vient dire dans l'histoire et comment elle va prendre appui là-dessus.

Dans cette perspective, il faut donc chercher la raison de l'IVG ailleurs que dans l'accident de contraception : il devient nécessaire de replacer l'IVG dans la « trajectoire de vie » des avortantes pour qu'elle prenne son sens. Ainsi, la « clinique de l'avortement » ne considère jamais un « échec de contraception » comme tel mais plutôt comme un « lapsus » ou un « acte manqué »⁵. Les écarts à la norme contraceptive (voir 4.1) sont toujours révélateurs, selon les conseillères, d'autres enjeux, liés à la relation amoureuse, au « désir d'enfant », ou tout événement potentiellement « traumatique ».

Odile rencontre une jeune femme de 24 ans, étudiante, en couple depuis un an. Elle a déjà eu 4 IVG, à chaque fois en utilisant un moyen de contraception (pilule et DIU), elle est encore

⁵ Une conseillère écrit par exemple : « Il est courant que des femmes évoquent un échec contraceptif, comme "l'oubli de pilule". Or, celui-ci est bien le signe que l'inconscient parle. Je me souviens de cette femme qui, retournée pour Noël dans son pays d'origine après dix ans d'absence, me racontait qu'elle avait oublié de prendre la pilule durant son séjour, d'où sa grossesse. Et nous avons pu élaborer l'entretien autour de l'importance que revêtait pour elle ce retour aux racines, à savoir son pays et ses parents. Il lui avait donné l'envie inconsciente de mettre au monde » (Dinechin, 2002, p. 40).

enceinte alors qu'elle n'a pas oublié sa pilule et ne l'a pas vomie. Elle précise que sa mère l'a eue « très jeune » et se dit « très colère » : « Je suis à un moment de ma vie où je suis responsable, où je m'assume, et j'ai l'impression de ne pas être maîtresse de mon corps, c'est très frustrant ». Elle a le sentiment d'être tombée enceinte « à chaque fois que [sa] relation sexuelle était très forte » et se définit comme « très intense, très passionnelle ». Odile lui demande si « ça s'accompagne d'un désir de maternité et de famille », elle répond « inconsciemment, j'imagine que oui, je me suis beaucoup analysée ». Odile, qui dispose par ailleurs de son cabinet en ville comme psychothérapeute, lui donne alors sa carte et lui propose un travail thérapeutique parallèle « pour dissocier le fantasme et le possible » et « reconstituer le puzzle de sa vie » parce que « il y a peut-être des choses à creuser avec votre maman qui vous a eue très jeune ». Elle ajoute : « tout ça peut être plus fort que la technique [médicale], un médecin vous dira peut-être que non mais... ». La jeune femme accepte de la revoir.

[CIVG 1, janvier 2016]

Ici, Odile met en lien les échecs de contraception répétés de la jeune femme avec sa « trajectoire de vie ». Elle invite l'avortante à prolonger l'échange psychologique à son cabinet, en proposant une piste qui est la suivante : ces grossesses répétées sont peut-être la manifestation d'un lien particulier à sa propre mère, qui l'a eue très jeune. D'autre fois, Odile interprètera un échec de contraception comme une façon de « tester » la relation sentimentale, comme elle l'explique en entretien :

Un exemple : un couple, difficile, et qui arrive pas à faire le lien que mettre... Qui pensent que c'est vraiment un oubli de pilule qui fait qu'elle est enceinte... Et en fait, en discutant, on se rend compte que c'est vraiment un acte manqué... Donc qu'est-ce qu'elles sont en train de venir tester de leur couple ? Du coup on parle du couple... Et du coup ça prend sens. Et pffff ça libère... [...] Ce matin justement j'avais un couple comme ça [...] ils s'étaient séparés, et ils venaient de se remettre ensemble, et elle me disait du coup c'est beaucoup trop tôt pour avoir un bébé, et en même temps elle a 39 ans... Donc elle regrettait tu vois, elle pleurait, elle disait que c'était dur et tout... Et moi j'essayais d'en parler avec elle, en lui disant que si elle était aussi douloureuse et peut-être dans le regret de faire cette IVG, peut-être que ça lui confirmait que son couple valait le coup... Alors que si elle était venue en disant « oh lalala il faut vraiment que je fasse l'IVG... ». Là, je lui dis là, on devrait s'inquiéter de votre couple, parce que bon elle est vraiment pas prête avec cet homme, ben oui... Et du coup elle m'a regardé, elle a commencé à parler de son mec, tout ça, elle avait tellement honte de l'IVG, tout ça, qu'elle avait pas pu comprendre que ça pouvait être quelque chose ... de dur... mais qui parle justement de ce qu'elle vit.

Dans le récit de cette consultation, Odile n'envisage pas que les difficultés exprimées par l'avortante puissent être la conséquence de l'intériorisation de la stigmatisation de l'avortement, exprimée travers le sentiment de « honte » (voir chapitre 8). Elle préfère y voir l'expression d'un enjeu conjugal. Cette posture qui consiste à penser qu'un oubli de pilule n'est « jamais par hasard » (selon l'expression de Bénédicte Faure) est largement partagée par l'ensemble des conseillères. Or, je le développerai dans les chapitres qui suivent, une telle psychologisation occulte le travail contraceptif imposé aux femmes, naturalise leur rapport au couple hétérosexuel et à la parentalité, et participe à la remédicalisation de la contraception post-IVG.

Toutefois, il n'est pas seulement question, à travers l'analyse de l'IVG, d'expliquer l'échec contraceptif ou d'élucider un « désir d'enfant inconscient ». L'avortement est présenté par les conseillères comme une immense opportunité existentielle, l'occasion d'un questionnement plus général sur sa vie, qu'il s'agisse de mieux vivre un deuil difficile ou de surmonter des violences vécues, parce que la grossesse serait un moment particulier de « transparence psychique » : l'expression, forgée par le pédiatre anglais Donald W. Winnicott, a été diffusée en France notamment par les essais de Monique Bydlowski, psychiatre et psychanalyste française (Bydlowski, 2001 ; Bydlowski et Golse, 2001). Elle est employée par plusieurs conseillères. Il est ainsi fréquent que les conseillères s'essaient à des mises en sens de l'avortement relatives à un deuil⁶. Au CIVG2, après un entretien avec une jeune femme de 17 ans issue d'un milieu très populaire, dont la mère est décédée d'un cancer six mois plus tôt, Maryse (51 ans) me fait par exemple remarquer, avec un regard entendu : « une grossesse juste après un décès, ça me surprend pas, ça vient combler un vide ». De la même façon, Delphine (sage-femme et CCF, 39 ans, CIVG3) m'explique qu'« avec l'IVG, ce sont toujours des choses beaucoup plus profondes qui se jouent, tout dépend du chemin de vie », avant de préciser que l'IVG « fait souvent écho à un deuil enkysté ». Si ce n'est un deuil, il peut aussi s'agir de violences vécues :

Février 2019. Je rencontre pour la première fois Delphine, sage-femme et conseillère conjugale et familiale au centre d'orthogénie de la petite ville de X. [...] Son bureau, un peu isolé, a été aménagé pour offrir une intimité particulière, qui m'évoque un centre de bien-être et de relaxation : rideaux roses tirés, lumière tamisée, diffuseur de parfum. Des bougies en forme de fleurs sont posées sur le rebord de la fenêtre, des tableaux représentant des galets et des gros plans sur des roses sont accrochés au mur. Tout semble pensé pour créer une chaleur particulière – Delphine me dit elle-même qu'elle a à cœur que son bureau soit « cosy » [...] Nous échangeons presque une heure sur son travail et ma venue dans le service. [...] Elle insiste sur l'inscription de l'IVG dans les « chemins de vie » des femmes, et finit par me raconter « son plus bel entretien », qui a eu lieu avec une jeune femme d'une vingtaine d'années, battue par son père durant son enfance. La jeune femme date le début de ces violences au jour où, petite fille, elle a par maladresse cassé un œuf, devenu prétexte aux maltraitances paternelles. L'IVG décidée par la jeune femme est interprétée par Delphine comme une réappropriation de cet événement fondateur et traumatique. Elle se focalise particulièrement sur cette symbolique de l'œuf. La grossesse interrompue, dans son discours, devient métaphoriquement « l'œuf brisé » par la jeune fille dans son enfance, puisqu'avorter c'est bien se débarrasser d'un œuf. Delphine analyse l'IVG comme une façon de dépasser symboliquement les violences vécues : « elle s'est autorisée à briser cet œuf, à en accepter les conséquences et être maîtresse de sa vie,

⁶ Une amie ayant avorté pendant mon enquête de terrain, qui avait perdu son grand-père juste avant son début de grossesse, a été reçue par la conseillère du CIVG6 où j'ai enquêté. Celle-ci a souligné les liens entre « la naissance et la mort », avant de se rattraper d'une façon que mon amie juge très maladroite : « enfin dans votre cas ce n'est pas une naissance ». La scène, rapportée sur le ton de l'humour scandalisé, n'a fait que confirmer ce que j'ai régulièrement observé.

contrairement à quand elle était enfant ». Elle conclut : « ça peut être une chance extraordinaire d'avancer sur d'autres traumatismes, à l'occasion de cette IVG ».

[CIVG3, février 2019]

Dans cette situation, l'IVG a, pour Delphine, un sens qui est valorisant : elle permet symboliquement à la jeune femme qu'elle a rencontrée de s'émanciper des violences vécues, de les dépasser par une forme de réappropriation de son histoire qui passe par l'avortement. Une telle mise en relation de l'IVG avec des violences vécues n'est pas rare. Bénédicte Faure (CCF, 52 ans, CPEF1) fournit un récit comparable :

Si on va pas chercher la signification de tout ça, les personnes elles vont répéter hein. On a eu deux fois ici des situations avec des jeunes vraiment jeunes, une IVG, 2 IVG, alors là y a des trucs hein quand même... Et puis voilà, des infections... et alors beaucoup de lien avec la conseillère, un grand travail au niveau de la parole, et on s'est rendu compte après 2 ou 3 ans d'accompagnement, elle a pu commencer à mettre des mots sur des relations incestuelles qu'elle avait vécues. Et c'était ça, ce dire, qui venait s'exprimer dans ce corps-là. Alors oui, il y a eu beaucoup de fois une IVG, beaucoup de fois elle est allée montrer son sexe à un médecin. Donc nous on savait qu'il y avait une agression, parce que nous les signes on les a, mais une fois qu'elle a pu se connecter à cette souffrance-là, qu'il y a eu un retour du refoulé, de la relation incestuelle, qu'elle a pu mettre des mots, et ben voilà, elle peut l'élaborer et en tirer différentes conclusions. Et voilà, cette femme-là elle a pu vivre sa vie sexuelle et c'est pour ça que c'est important. Et c'est pour ça que c'est un dire. Une femme qui répète une IVG, c'est pas qu'elle est inconsciente, ou qu'elle prend ça comme un moyen de contraception, non, c'est qu'il y a un dire. Quelque part. Et vraiment le travail c'est d'aller chercher ce dire-là, de l'accompagner, jusqu'à ce qu'elle arrive à le dire. Et de la respecter si elle veut rien en dire parce que c'est pas le moment, c'est toujours pareil.

Ici, la conseillère considère que l'IVG a eu pour fonction de révéler un passé traumatique : elle en fait la manifestation corporelle de violences incestueuses qui n'auraient pas trouvé autrement la possibilité d'être formulées. Pourtant, pour pouvoir scientifiquement établir une causalité entre les abus sexuels et l'IVG, il faudrait pouvoir montrer quantitativement une surreprésentation des victimes d'abus sexuels parmi les avortantes – à ma connaissance, de telles données, qui poseraient d'ailleurs un ensemble de difficultés méthodologiques, n'existent pas. Dès lors, il est possible d'analyser autrement la situation, en commençant par reconnaître la grande banalité statistique à la fois de l'inceste, qui concerne *a minima* 10% de la population (Dussy, 2013a), et de l'avortement (une femme sur trois). Ainsi, si l'on prend au hasard une femme – avortée ou non – dans la population, il y a plus d'une chance sur dix pour qu'elle ait été incestée. Si la possibilité lui est offerte d'un espace de parole et d'une relation de confiance avec une professionnelle anonyme, il est probable que – avortement ou pas – cette femme finisse par faire le récit des violences vécues, qui plus est quand la personne en face d'elle l'incite fortement à se confier sur sa vie. Qu'une jeune femme évoque des violences *à l'occasion*

de son avortement et du suivi qui l'accompagne ne suffit donc pas à faire de l'IVG une *conséquence* des violences vécues.

C'est pourtant bien ce que suggèrent les conseillères. Dans leur approche, l'IVG n'est pas seulement un prétexte, une occasion, un moment opportun pour aborder d'autres violences systémiques vécues par les femmes (comme les abus sexuels et les violences sexuelles et conjugales), *qui n'auraient rien à voir avec l'IVG*. Non : le principe est bien que l'IVG non seulement *s'explique* par ces violences mais que ces celles-ci doivent être mises en mot et en sens, « élucidées », *pour éviter que l'IVG – comme symptôme – ne se répète*. Mais cet objectif latent de contrôle social de l'IVG, devant être limité par de bonnes pratiques contraceptives (que les conseillères peuvent aider à faire advenir grâce à un travail sur le psychisme – voir chapitre 4), est occulté au bénéfice d'un argumentaire qui met en avant le bien-être des femmes. Bénédicte Faure (CCF, 52 ans, CPEF1) encore :

Au niveau du Conseil conjugal, le travail il va vraiment être, qu'est-ce que ça va bien signifier pour vous d'interrompre cette grossesse ? L'objectif, il est uniquement là, hein. C'est qu'est-ce que ça vient signifier cette grossesse ? Comment ça peut devenir un appui pour vous ? qu'est-ce qu'on peut en comprendre pour en sortir grandie ? [...] Une grossesse, si on l'attrape dans ce champ-là, c'est une occasion d'en sortir aussi. Donc c'est quelque chose qui n'est plus un poids dans l'histoire, un boulet à porter, mais quelque chose qui nous a permis de comprendre quelque chose, qui est certes douloureux, mais qui permet d'en sortir autrement. C'est là qu'on passe du trauma à une construction.

Les vertus psychiques de la parole ne font ainsi aucun doute pour les conseillères qui voient dans l'avortement une opportunité pour « avancer », « dépasser », « construire ». En réalité, derrière la clinique de l'avortement, ce qui pointe est la généralisation de la rhétorique dépolitisante du développement personnel. Dans certains cas, il ne s'agit pas seulement d'éviter que l'IVG n'ait des effets néfastes : l'enjeu peut être aussi, surtout pour celles qui n'expriment pas de difficultés particulières, d'en faire une opportunité pour faire advenir un nouveau soi.

L'IVG, une opportunité de développement personnel ?

Dans le discours des conseillères, la rhétorique du développement personnel n'est en effet jamais loin, comme dans le discours de Charline Pasquier (CCF, 45 ans, CIVG5) :

Le but c'est d'essayer de les rebooster sur l'estime qu'elles ont d'elles, parce que par exemple quand elles font une IVG, on a l'impression quand même qu'elles sont un peu fragiles au niveau de l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes. Donc c'est comment on peut les rebooster pendant l'entretien à ce niveau-là, essayer de les reconnecter à leur force intérieure, avoir un discours un peu positif, on va dire, sur leur décision sur cet accompagnement.

L'IVG est ainsi perçue comme l'occasion d'une fortification du rapport à soi, si et seulement si l'accompagnement psychique est bien mené. Le discours genré différentialiste, assez

caractéristique des approches contemporaines du « féminin sacré » (Rimlinger, 2021), pointé ici à travers l'idée d'une « force intérieure » des femmes à laquelle il faudrait se « reconnecter » – comme on va le voir, il est le fruit de la socialisation personnelle et professionnelle de Charline Pasquier.

Mais considérer l'IVG comme « opportunité existentielle » n'est possible qu'en occultant d'autres logiques sociales. Prenons l'exemple d'Anissa (22 ans, étudiante en école de commerce, IVG à 19 ans en 2014), qui se satisfait très bien de l'explication proposée à ses difficultés à prendre la pilule :

Elle m'en a donné une qui est un peu moins dosée, parce que la première que je prenais j'avais un peu de mal à la prendre en fait... Elle me donnait un peu mal à la tête, un peu la nausée de temps et temps, des petits vertiges... [...] Quand je disais que j'avais du mal à prendre ma pilule, elle m'a dit « mais celle que vous aviez est déjà assez peu dosée, moi je pense que ce que vous avez, c'est que vous avez peut-être un désir d'enfant à ce moment-là et que du coup vous avez du mal à prendre une contraception inconsciemment en fait ». Elle m'a dit ça. Et effectivement, je me suis dit qu'il y avait des chances que ça soit ça, à l'époque. [...] Voilà oui, j'avais vraiment du mal à prendre un cachet tous les jours etc., j'avais du mal... En fait, j'avais du mal à avaler le cachet. Alors qu'il est minuscule ! En fait, c'était vraiment ça le problème, alors qu'un cachet de Doliprane comme ça [elle montre deux centimètres en le pouce et l'index] j'avais aucun souci. J'avais l'impression de le sentir là en fait [elle fait le geste de quelque chose coincé dans sa gorge], je le gardais là. Et elle me dit « je pense que c'est une dimension purement psychologique en fait ».

Ce discours, porté par la médecin prescriptrice elle-même⁷, offre à Anissa une explication à ses difficultés contraceptives : le « désir d'enfant inconscient ». Pas la charge que constitue la prise quotidienne d'un cachet, pas la pénibilité de porter seule la responsabilité de rapports sexuels à deux, mais bien le désir d'enfant inconscient. Si cette explication paraît satisfaisante à Anissa, dans un contexte où son compagnon plus âgé insiste pour qu'elle garde la grossesse, c'est bien parce qu'on ne lui en propose pas d'autre. Outre qu'il contribue à réimposer la norme contraceptive médicalisée (voir chapitre suivant), le succès du discours psychologique s'explique en fait parce qu'il permet de donner du sens à un événement contingent et non-maîtrisé (Anissa pense, sans en être certaine, avoir oublié une pilule). Il relève en cela d'une forme de pensée magique – mais pas absurde – identifiée de longue date par les anthropologues (pensons aux habitants des îles Trobriand étudiés par Malinowski, qui bénissent la mer parce qu'ils se savent vulnérables sur leurs pirogues). Cette pensée magique consiste à s'en remettre à des forces extérieures (divines ou psychiques) pour expliquer une situation, l'identification

⁷ Je n'exclus pas qu'Anissa amalgame en une seule personne un discours porté par plusieurs, tant il est difficile aux avortées d'identifier et de se souvenir des différents professionnel·les rencontrés. Il est possible que la médecin ait prescrit une contraception et que ce discours ait été appuyé par une conseillère. Mais il est aussi possible que la médecin ait d'elle-même proposé ce discours, tant le point de vue des conseillères infuse dans les équipes d'orthogénie. Le résultat reste le même : un discours institutionnel intériorisé par Anissa.

d'une causalité étant toujours plus satisfaisante que le hasard *qui ne veut rien dire*, et l'imputation causale donnant le sentiment de contrôler une situation peu contrôlable. Nicolas Marquis, en proposant l'hypothèse d'une « forme de pensée magique à la moderne » (p. 189), le montre très bien à propos des lecteur·ices de livres de développement personnel : le raisonnement magique permet de *donner un sens au malheur* (pourquoi cela m'arrive-t-il à moi et pourquoi maintenant) en lui trouvant une cause – en l'occurrence, l'individu lui-même (Marquis, 2014, chapitre 7). Mais, comme le montre également l'auteur, un tel raisonnement, qui fait de l'individu le responsable inconscient de ce qui lui arrive, en occulte les logiques sociales – par exemple en imposant des stéréotypes genrés. Ce qui est à l'œuvre, en effet, avec le « désir d'enfant inconscient », c'est bien une essentialisation du rapport des femmes à la maternité, qui constitue une modalité centrale de la stigmatisation de l'avortement (Kumar, Hessini et Mitchell, 2009). La recherche en sciences sociales montre ainsi comment le développement personnel et l'injonction au bonheur (Cabanas et Illouz, 2018) contribuent à dépolitiser la compréhension des dynamiques sociales : le développement personnel est un « a-sociologisme » (Marquis, 2016) faisant croire à des relations sociales non-conflictuelles. Avant d'envisager les conséquences de cet « a-sociologisme » dans les chapitres suivants, il faut cependant continuer à en identifier les causes et revenir à l'organisation du travail en orthogénie.

Les conseillères se donnent ainsi pour fonction de constituer l'IVG en « problème », quel qu'il soit, ce problème étant profondément enraciné dans la personne singulière qu'elles ont devant elle. Pas de sanction physique ni morale (à la différence, comme on l'a vu, d'autres soignant·es) et pas de culpabilisation non plus, à proprement parler. Il est plutôt question d'une « problématisation » qui traduit l'IVG en termes négatifs, renvoyant à d'autres « malheurs », présents ou passés, de l'individu. Qui faut-il être pour exercer avec un tel empressement cette fonction de problématisation ?

3.2 Une attention au psychisme tributaire de l'organisation du travail

Pour le comprendre, il faut réinscrire la psychologisation observée dans l'organisation du travail⁸. Je propose d'analyser les trajectoire personnelles et professionnelles des conseillères

⁸ Dans mon mémoire de M2 et un article récemment publié, j'ai montré combien, en l'absence d'une forte technicité lié à l'acte d'IVG, les équipes d'orthogénie (infirmières, aides-soignantes, sages-femmes mais aussi médecins) investissent le *care* (l'accompagnement relationnel) plutôt que le *cure* (le soin technique) (Thizy, 2016, 2023) pour valoriser un travail stigmatisé. Il s'agit ici d'appliquer et de développer cette analyse pour le cas particulier des conseillères conjugales et familiales.

conjugales et familiales, susceptibles d'expliquer leur disposition à la psychologisation (3.2.1). Je montrerai ensuite que la façon dont ces professionnelles sont intégrées aux équipes facilite la diffusion de cette rhétorique psychologisante (3.2.2), avant de mettre en évidence combien celle-ci est indispensable à la reconnaissance du travail de l'ensemble de ces équipes 3.2.3).

3.2.1 Devenir conseillère : l'expérience personnelle comme support à la reconversion professionnelle

En France, le Conseil Conjugal est historiquement une profession très divisée (Philippe, 2007)⁹. La formation au Conseil peut être menée auprès des militantes féministes du Planning Familial ou au contraire auprès d'associations confessionnelles faisant – entre autres – de la préparation au mariage catholique. Entre les deux, des formations plus psychanalytiques, présentées volontiers, sur mon terrain comme « plus neutres idéologiquement », selon l'expression de Bénédicte Faure (CCF, 52 ans, CPEF1) qui résume ainsi sa perception de l'histoire du Conseil Conjugal et Familial :

Entre les putes [le Planning Familial], je caricature, et les religieuses [le CLER], c'est quand même des représentations fortes des femmes hein ! Entre la vierge et la pute... C'est quand même rigolo cette histoire-là. [...] Et puis, au milieu, y a quelques personnes qui sortent comme moi d'une école qui est plus psychanalytique, sur le Conseil Conjugal.

L'opposition caricaturale entre « les putes » (c'est-à-dire les militantes féministes revendiquant une sexualité libre et autonome, et à ce titre stigmatisées) et « les religieuses / les vierges » (c'est-à-dire les femmes ayant choisi de renoncer à la sexualité, ce qui est également stigmatisé – voir chapitre 5) pour décrire son champ professionnel lui permet de se positionner, elle et la formation qu'elle a reçue, dans une troisième voie raisonnable face à des positions « extrêmes ». Tropisme de mon enquête ethnographique, menée dans une seule région française : toutes les conseillères rencontrées ont suivi la même formation, dans un centre local,

⁹ Il trouve son origine dans les groupes de préparation au mariage catholique qui se développent en France entre les années 1930 et 1960 (Dumons, 2017). Dans les années 1960, alors que Le Mouvement Français pour le Planning Familial s'engage dans la diffusion de méthodes contraceptives pourtant prohibées par la loi (Bard et Mossuz-Lavau, 2006 ; Garcia, 2011b), d'autres collectifs issus de la mouvance catholique pour la préparation au mariage, comme le Centre de liaison des équipes de recherches (le CLER, créé en 1962) se positionnent pour le maintien de la loi prohibant les « pratiques anticonceptionnelles » de 1920, tout en plaidant pour un contrôle des naissances par des « méthodes naturelles ». Ces « militant·es de l'amour », revendiquent une morale sexuelle traditionnelle et défendent une vision naturaliste de la famille (Fradois, 2017). En 1966, sous l'influence de médecins catholiques, la fédération Couple et famille fait pourtant sécession d'avec le CLER et renonce à suivre l'expression officielle de l'Église en défendant la contraception médicale (Sevegrand, 1995). Si l'autorisation de la contraception en 1967 vient assoir les positions des défenseur·ses de la contraception médicale, les tensions historiques entre mouvement féministe et catholique persistent. La loi Neuwirth est l'occasion d'organiser la formation des spécialistes du conseil familial. En 1974 ouvrent les premiers établissements d'information, de consultation et de conseil familial.

rattaché à l'université catholique¹⁰. Les enseignements dispensés sont présentés, sur le site de l'université privée, comme pluridisciplinaires : droit, sociologie, histoire, philosophie, anthropologie, médecine, psychanalyse et psychologie. En pratique, ils s'avèrent largement dominés par l'approche psychologique et surtout psychanalytique de la « clinique de l'avortement » – Claudine Philippe a montré que la psychanalyse est une « référence transversale » et « constante dans tous les courants » (2007, p. 68).

La formation, payante, se répartit sur deux ans et se compose de 400 heures d'enseignement, de deux stages de 40h heures et du rendu d'un mémoire. Continue et non pas initiale, elle est ouverte aux personnes titulaires d'un équivalent bac +2¹¹ dans les domaines de la santé, de l'éducation, du droit et/ou de la psychologie. Les conseillères formées dans cet institut et rencontrées sur le terrain s'inscrivent ainsi dans une trajectoire de reconversion professionnelle coûteuse en temps¹², en disponibilité mentale et affective, en argent¹³. Au CIVG 2, Maryse (51 ans) vient par exemple de terminer sa formation, qu'elle a pu mener à bien grâce à un double mi-temps entre son ancien poste d'assistante sociale et son poste de conseillère. Elle disposait de quatre jours par mois sur son temps de travail pour aller suivre les cours à l'université, et travaillait par ailleurs sur son temps libre, le soir et les week-ends, aux dépens du temps passé avec son mari et son fils lycéen. Elle m'explique un jour qu'elle n'est « plus capable de faire ça » et qu'elle est bien « contente d'avoir terminé [sa formation] et d'avoir rendu son mémoire ». Elle ne se serait pas lancée dans cette reprise d'étude si son fils avait été plus jeune – il passe désormais son bac – et sans le soutien économique et émotionnel de son mari, technicien spécialisé.

La reconversion dans le conseil conjugal et familial intervient bien souvent à partir de la fin de la trentaine et suit différentes logiques. Pour certaines, déjà professionnelles de santé, il s'agit d'ajouter « une corde à son arc » : Delphine (39 ans) était sage-femme en centre d'IVG avant de se former comme CCF, Anna (39 ans) est psychologue. Pour d'autres, issues de professions dans le domaine de l'éducation, du social et de la santé, il s'agit de renouveler sa trajectoire professionnelle : Bénédicte (52 ans) était enseignante dans le secondaire et ses collègues, que

¹⁰ Il ne faut donc pas minorer l'idiosyncrasie de mon enquête : une enquête dans une autre région mènerait probablement à des résultats différents. En tout, sept organismes disposent de l'agrément d'État pour former des conseillères : le Planning familial, l'Association Française des Centres de Consultation Conjugale, l'École des parents et des éducateurs, Familles rurales, Couples et familles, l'Institut des sciences de la famille et le CLER-Amour et Famille.

¹¹ En l'absence de diplôme, elle est accessible aux personnes ayant effectué deux cents heures d'activité d'accueil et d'information relative à la vie relationnelle, affective, sexuelle et familiale.

¹² Il leur faut être présentes aux journées de formation entre trois et cinq jours par mois, à quoi s'ajoute le travail personnel et la rédaction du mémoire. Cet investissement scolaire se fait aux dépens de leur activité professionnelle et de leur temps familial et de loisir.

¹³ Le tarif est réalisé sur devis et varie en fonction de la situation des demandeur·euses. D'après les retours des CCF rencontrées, il faut compter plusieurs milliers d'euros.

je n'ai pas personnellement rencontrées, étaient éducatrice de jeunes enfants et conseillère en économie sociale et familiale. D'autres enfin travaillaient dans des entreprises privées, comme Catherine (58 ans, CIVG 2) ou Charline Pasquier (45 ans, CIVG5), et cherchaient un travail qui fasse « davantage sens », « orienté sur l'humain ». Toutes ont en commun d'avoir pris appui sur leur expérience personnelle et familiale pour engager leur reconversion, et d'avoir bien souvent accepté une baisse de revenu. Or, ces trajectoires sont assez caractéristiques du recrutement social des conseillères : Martial Vildard a montré dans sa thèse sur les professions « d'accompagnement » que les CCF, bien souvent reconverties après quarante ans, viennent principalement des secteurs médico-social et éducatifs et des professions intermédiaires, et qu'elles vivent difficilement de leur seul revenu de conseillère – certaines continuent d'exercer leur ancienne profession à temps partiel ou peuvent compter sur la solidarité conjugale (Vildard, 2022).

- **Charline Pasquier (CCF, 45 ans, CIVG5), un exemple de reconversion en conseillère conjugale et familiale**

Charline Pasquier est en milieu de quarantaine. Après un début de carrière dans le commerce international, elle a profité d'un congé parental pour entamer une reconversion. Mère de trois enfants dont elle s'occupe (« et ça prend du temps ! »), elle a choisi le conseil conjugal parce qu'elle voulait un métier davantage « orienté sur la relation humaine ». Elle juge que son ancien poste avait « beaucoup de technique et beaucoup de paperasse administrative ». Son compagnon, qui a un poste important en entreprise, a les moyens d'assurer un revenu à la famille.

À la naissance de son premier enfant, Charline a commencé à s'intéresser à la communication non-violente (CNV) pour établir avec lui un lien « de confiance, d'écoute et d'empathie ». Elle s'est autoformée en lisant des blogs en ligne, puis des livres avant de participer à un module de formation sur la question, au point d'organiser à son tour des demi-journées puis des journées de formation. Elle estime que c'est cet intérêt pour la « CNV » qui l'a amenée à s'intéresser à la psychologie. Lors de son congé parental, à la naissance de son troisième enfant, elle a cependant privilégié le conseil familial, moins coûteux en temps, en argent et en disponibilité : « sans aller jusqu'à refaire des études de psycho assez chargées, je me suis orientée sur le conseil conjugal qui était un bon compromis entre la vie de famille et reprendre des études dans ce domaine-là ».

Pendant sa reprise d'étude, elle consacre des demi-journées à faire de la formation sur la CNV et s'investit bénévolement dans une association sur la parentalité positive et une autre qui organise des groupes de parole entre femmes. Elle insiste : pour elle « la bienveillance » « l'empathie » « la parole » « oser se confier » sont très importants. Elle a choisi l'orthogénie parce qu'elle trouve que les entretiens y sont « très très riches au niveau émotionnel en termes de rapports humains ». Même si les échanges ne sont « pas faciles », c'était pour elle « un peu un challenge de voir si c'était ok pour[elle] de faire ça ». Elle répète combien le sujet est « riche » et « infini » et « débouche sur d'autres problématiques ».

Pour Charline Pasquier, le choix du conseil conjugal s'inscrit dans sa propre expérience de la conjugalité et de la parentalité, qui l'amène à s'intéresser aux techniques de communication et à se former progressivement. Sa reconversion a lieu à un moment de lassitude et de charge parentale importante : la venue d'un troisième enfant qui lui fait prendre un congé parental et

l'amène à reconsidérer ses priorités existentielles. Il s'avère qu'une telle trajectoire est assez paradigmatique : les conseillères rencontrées sont venues au conseil conjugal bien souvent par le biais de leurs expériences personnelles, associée à une opportunité de changement professionnel. Odile (CCF, 59 ans, CIVG 1), qui est devenue conseillère après avoir « vadrouillé » et « fait l'andouille » (elle a occupé de petits emplois dans des crèches et des associations avant de reprendre vers la quarantaine des études de psychologie), est ainsi convaincue que « c'est une formation qu'on fait après un vécu, après une maturité » et exprime son scepticisme face aux « conseillères maintenant qui sortent qui ont 30 ans, 35 ans... bon voilà [grimace]. C'est pas la même expérience de vie ». Catherine (CCF, 58 ans, CIVG2) a vécu une relation très conflictuelle avec son ex-conjoint, qu'elle qualifie de « manipulateur » : elle s'est intéressée à la psychologie au travers de son expérience conjugale et parentale et s'inquiète de la relation de ses enfants à leur père. Maryse (CCF, 51 ans, CIVG2), quant à elle, a choisi de se reconverter, fatiguée par son travail d'assistante sociale. Son expérience de la parentalité est particulière : elle a connu d'importantes difficultés pour procréer et s'était résolue, avec son compagnon, à adopter un enfant. La dernière PMA qu'elle réalise finit par fonctionner, au moment même où elle et son compagnon obtiennent l'agrément pour adopter. Son parcours l'a ainsi obligée à avoir une réflexivité sur la parentalité.

Plusieurs ont également eu, en parallèle de leur formation, un suivi psychologique complémentaire : Bénédicte Faure (CCF, 52 ans, CPEF1) et Charline Pasquier (CCF, 45 ans, CIVG5) ont fait une psychanalyse. L'une comme l'autre présente ce « travail sur soi » comme une condition préliminaire à leur travail d'écoute, qui permet d' « avoir toujours du recul » et de « ne pas projeter sur les patientes [ses] peurs ou [ses] intérêts ».

Bénédicte Faure : C'est quand même compliqué d'écouter la violence des gens, la souffrance des gens, sans avoir pris une distance avec son histoire, avoir nettoyé ses propres problèmes... Après, on projette et en fait, on fait un travail de merde. C'est très recommandé ! On peut pas obliger à un travail sur soi. Mais de toutes façons, quand on arrive ici, vu le travail clinique qu'il y a, tout de suite si on n'est pas, si on est juste, on se dit mais j'ai pas suffisamment de billes là pour accompagner les gens, il faut que j'apprenne... donc là les collègues elles rentrent en formation complémentaire.

Comme pour d'autres reconversions (Negroni, 2005), le choix de celles qui deviennent conseillères conjugales et familiales dépend de leurs opportunités de reconversion et de leur disponibilité biographique. De façon notable, leur nouvel engagement professionnel s'inscrit pleinement dans leur trajectoire intime, ce qui les pousse à investir leur reprise d'étude de façon à la fois personnelle et professionnelle, en s'appuyant sur des dispositions préalablement constituées. Mon enquête recoupe là aussi les conclusions de Martial Vildard (2022, p. 247) qui montre que les professionnel·les de l'accompagnement souscrivent elles-mêmes à la rhétorique

du « travail sur soi » et du « développement personnel ». Et c'est bien ce qu'il nomme « l'appartenance à l'univers de référence » (ici, le secteur sanitaire et sociale) et « l'exercice d'un métier du travail sur autrui » qui forment les prédispositions à une reconversion dans le conseil conjugal. Cependant, à la différence des professionnelles rencontrées par Martial Vildard, aucune des conseillères de mon enquête ne met vraiment en avant la *dimension vocationnelle* de son travail. Au fond, cela n'est pas surprenant : si cette rhétorique est fructueuse lorsqu'il s'agit de défendre un accompagnement familial, visant l'optimisation de soi, elle s'essouffle s'agissant de l'avortement – aucune professionnelle ne se targue d'avoir toujours voulu travailler en centre d'orthogénie¹⁴. Là encore, c'est bien le caractère stigmatisant de l'avortement qui entrave une mise en discours vocationnelle dans les centres d'IVG.

La formation des conseillères renforce ainsi leurs dispositions préalables à l'introspection existentielle genrée – une telle socialisation, qui consiste à envisager les trajectoires de vie comme les effets de choix personnels et individuels, mis en récit de façon téléologique, contribue largement à dépolitiser les questionnements relatifs à la sexualité, la conjugalité et la parentalité. Mais il ne suffit pas que les conseillères soient socialisées à la psychologisation des expériences procréatives pour que le gouvernement émotionnel identifié opère. Encore faut-il créer, dans les centres d'IVG, les conditions de possibilité qui rendent un tel discours audible.

3.2.2 La place des conseillères dans la prise en charge

La perspective des conseillères n'est en effet opérante que parce qu'elle est acceptée, reconnue et partagée par l'ensemble des professionnel·les prenant part à la réalisation des avortements (Mathieu, Perrin et Thizy, 2023). La nécessité d'une « élaboration psychique » autour de l'IVG ne fait pas seulement consensus pour les conseillères conjugales dont c'est le métier : elle est relayée par l'ensemble des équipes – comme le remarque également Myriam Borel (2023, p. 379). Un jour par exemple, au CIVG2, se présente une femme de 26 ans, ayant eu 6 grossesses en 6 ans (un enfant né avec prééclampsie, suivie d'une IMG parce qu'il y avait 90% de chance que l'enfant présente un handicap, puis d'un deuxième enfant également né prématuré et de 3 IVG). L'avortante explique avoir rencontré de grandes difficultés avec la contraception et tomber enceinte très facilement – sa grossesse serait liée à une seule relation sexuelle sans préservatif. Durant l'échange informel à son sujet dans le couloir, Florence, la sage-femme (41 ans), suggère à Maryse, la conseillère (51 ans), que « le problème est ailleurs que dans la contraception », en signalant explicitement qu'elle reprend son discours et Maryse,

¹⁴ J'ai trop peu questionné, dans les entretiens menés, le choix de travailler en CIVG : il est toutefois possible de supposer qu'il ne s'agissait pas d'un choix de première intention, et je n'exclus pas que Charline Pasquier, qui le présente comme « un challenge », se soit approprié une situation qu'elle aurait plutôt subie à l'origine.

ensuite, culpabilise de n'avoir pas elle-même avancé cette hypothèse et de ne pas l'avoir assez développée en entretien [journal de terrain, septembre 2019]. L'idée que « le problème est ailleurs » est ainsi largement partagée, y compris par les médecins, les infirmières et les sages-femmes. Dans les rares services où l'entretien n'est pas automatique, les médecins elles-mêmes poussent à accepter une consultation avec la conseillère, comme en témoigne la docteure Voltaire (gynécologue, 54 ans, CIVG7) :

Docteur Voltaire : On les incite beaucoup à avoir une consultation avec [la conseillère]. Parce que ça se passe toujours mieux quand la conseillère a été rencontrée. Toujours !

Laurine : Ah oui, de quel point de vue ?

Docteur Voltaire : Bah pour la patiente, sur le parcours de soin on va dire. Ce qui est une belle phrase. C'est un parcours. Il faut gravir toutes les petites étapes, voir toutes les personnes qui sont là, pour que l'histoire se termine bien.

Le travail psycho-émotionnel des conseillères conjugales et familiales est ainsi particulièrement soutenu et valorisé par l'ensemble des équipes. Comment l'expliquer ? D'abord, par la spécialisation des tâches : les soignantes se réjouissent de pouvoir confier aux conseillères la gestion des situations émotionnellement délicates (crise de larmes, hésitations importantes, etc.) pour lesquelles elles estiment ne pas être assez formées et qui peut-être les incommode. Mais ce n'est pas la seule raison : cela tient également à la nature des rapports interprofessionnels en centre d'IVG, qui sont à bien des égards très spécifiques en comparaison à l'organisation du travail dans d'autres services hospitaliers. Dans les deux CIVG ethnographiés plus longuement, la hiérarchie entre les différentes professions, médecins, sages-femmes, infirmières, aides-soignantes, secrétaires médicales, s'avère en effet très estompée.

Un jour au CIVG2, par exemple, Julie (33 ans), la jeune médecin, a besoin d'un dossier, alors que Maryse (51 ans), la conseillère conjugale et familiale, est en train de terminer la rédaction de son compte rendu d'entretien. Julie la presse d'un « plus vite ! plus vite ! » de cartoon, ironique, et Maryse rit, en expliquant qu'elle doit bien détailler sa prise de note pour que tout soit clair. Julie, exactement sur le même ton, s'exclame alors « moins vite ! moins vite ! ». Un autre jour, sur le même ton ostensible de la plaisanterie, Julie demande un dossier qui arrive lentement et dit à mon attention, de ce même ton ironique : « à quoi ça sert d'avoir des subalternes qui n'avancent pas ! ». Dans ces différentes scènes, Julie se livre au fond à une parodie des rapports de pouvoir entre professions de santé : elle se moque de la forme d'autoritarisme que d'autres médecins exercent et les tourne en dérision. Elle signifie ainsi que les rapports de pouvoir existent – chacune a une fonction bien définie – mais qu'elle s'en joue au point d'en faire une sorte de plaisanterie collective. Mais peut-être, aussi, se moque-t-elle des limites de sa propre autorité, à cause de son jeune âge en comparaison de ses collègues – Marie-Christine, une autre médecin plus âgée et moins boute-en-train, n'a pas besoin de ce

genre de blague. De fait, au CIVG1, les médecins se plaignent parfois de la trop grande autonomie des soignantes lorsqu'elles prennent des décisions qui, selon les médecins, devraient leur revenir.

L'atténuation de la hiérarchie professionnelle, très réelle, ne découle donc pas tellement d'un lâcher-prise ou d'un refus de l'autorité médicale. L'explication est ailleurs : dans la légitimité de fait qu'acquièrent les équipes soignantes et administratives comparativement aux médecins, par leur fréquentation plus régulière du centre d'IVG. Les médecins, en effet, pratiquent les IVG par vacation d'une demi-journée, à raison d'une, deux ou trois demi-journées par semaine. Au contraire, les autres professions sont présentes tous les jours ou presque¹⁵. L'organisation du travail se caractérise ainsi par des équipes soignantes et administratives très intégrées, qui se fréquentent quotidiennement, tandis que les médecins n'interviennent que ponctuellement. La continuité dans le travail est donc assurée *par les moins bien positionnées dans les rapports hiérarchiques*, ce qui contribue à brouiller les frontières entre les professions. Cela crée les conditions de possibilité d'une diffusion du discours des conseillères auprès leurs collègues (ou d'une actualisation d'un tel discours déjà entendu en formation¹⁶), d'autant plus que 1/ les « trous » dans l'emploi du temps laissent la place à de tels échanges et 2/ les conseillères se sentent le devoir de socialiser les équipes d'IVG à leurs mots d'ordre – « bienveillance » et « non-jugement ». Bénédicte Faure (CCF, 52 ans, CPEF1) se félicite par exemple de son influence sur une jeune médecin :

Nous, là, on a un jeune médecin, et on fait un travail de déconstruction... enfin JE fais un travail de déconstruction de ses années de médecine... Et ça commence... voilà ça commence... voilà par exemple, elle va me dire « mais [telle patiente] elle se fout de ma gueule, je lui ai tout dit ! » [elle soupire]. C'est catastrophique. Alors j'explique, la sidération, la patiente elle entend pas ce qu'elle lui a dit... Alors là maintenant en effet elle est vigilante. Elle fait répéter, elle fait attention quand elle comprend que la femme n'a rien entendu, elle lui dit « vous allez voir ma collègue je crois ». Et elle va prendre le temps, et puis elle lui dit « on se reverra le lendemain », elle est moins dans le jugement, elle arrive à entendre que y a des moments où c'est compliqué, hein, le parcours d'IVG !

¹⁵ Au CIVG2, par exemple, Guillemette, la secrétaire (43 ans), assure au quotidien, et depuis des années, le bon fonctionnement du centre d'IVG. C'est donc sur elle que repose toute la continuité du travail, elle qui connaît les dossiers, fait remonter les informations, coordonne les tâches entre les différentes professionnelles. C'est aussi elle qui connaît le mieux les évolutions de la loi, les pratiques des médecins, l'organisation des prises en charge. Son ancienneté et son temps plein au centre d'IVG en font une personne ressource, gardienne de la mémoire du service. De même, au CIVG1, les trois infirmières et les deux aides-soignantes sont présentes dans le service chaque jour, au contraire des médecins qui se relaient d'un jour à l'autre. Les conseillères, quant à elles, sont souvent à mi-temps et jamais plus de deux dans les services enquêtés, quand les médecins sont plus nombreuses (entre 2 et 8).

¹⁶ Une médecin enquêtée par Aurore Koechlin a par exemple reçu, en tant que médecin, une formation initiale organisée par le département qui lui a parlé de l'inceste et des violences sexuelles et conjugales et a participé à des séances de formations aux enjeux psychologiques des médecins – pour ma part, je n'ai pas assez enquêté auprès des médecins pour savoir à quel point l'approche psychologique est présente dans leur formation.

L'entreprise de conversion menée par les conseillères est donc plutôt un succès, facilité ici par la différence d'âge entre une jeune médecin et la conseillère plus âgée qui se charge de la former.

D'une façon plus générale, les conseillères envisagent volontiers leur rôle comme un rôle d'intermédiaire. En tant que spécialistes des émotions, elles se considèrent et sont considérées comme des « médiatrices » en charge d'apaiser les conflits, d'offrir à toutes un espace de parole et d'écoute, de faciliter les discussions, comme l'explique Charline Pasquier (CCF, 45 ans, CIVG5) :

On est là, on essaie de se soutenir, d'être des soutiens mutuels. Et peut-être plus notamment les conseillères conjugales vis-à-vis des cas rencontrés mais aussi vis-à-vis des frictions qu'il y a dans le service inévitablement. Et donc d'être aussi à l'écoute de ce que vivent les unes et les autres et de comment nous aussi on se positionne. Ça fait partie aussi de notre travail de temporiser, d'être à l'écoute, de proposer ces temps de discussion informelle.

Cette attention aux émotions des unes et des autres est par ailleurs renforcée par la non-mixité des services et les affinités électives entre professionnelles, qui sont dans l'ensemble issues de milieux sociaux très proches – la classe moyenne favorisée, blanche, diplômée. Ainsi l'ambiance dans les centres d'IVG est souvent cordiale, voire franchement amicale. Les professionnelles de santé déjeunent ensemble, médecins incluses, elles se racontent entre deux consultations leur vie personnelle, plaisantent des caprices de leurs enfants et partagent les soucis de (ou avec) leurs conjoints. Anniversaire, fêtes, apéro du samedi soir, week-end à la campagne, souvenir de vacances, problème de santé des plus jeunes, lèche-vitrine en ville sont autant de sujets de discussion quotidiens. Les compagnons et les enfants sont nommés par leur prénom sans besoin d'explicitier. Souvent, les professionnelles se rendent service entre elles : une médecin prescrit gracieusement une ordonnance de médicament pour la petite-fille d'une aide-soignante (CIVG1), une secrétaire apporte les vêtements qu'elle ne met plus pour que les collègues se servent, du covoiturage est organisé pour faciliter les déplacements (CIVG2). Tout le monde s'accorde à dire que « le service est sympa, tout le monde s'entend bien » (CIVG2) ou reconnaît que c'est « une chance de bien [s']entendre, toutes et tous » (CIVG5).

Les compliments et les encouragements sur le travail sont très fréquents. Au CIVG2, par exemple, Guillemette (43 ans), la secrétaire en place dans le service depuis plusieurs années, prend le temps de rassurer Maryse (51 ans), une conseillère conjugale et familiale débutante, sur sa prise en charge. Florence (41 ans), la sage-femme, mettra en avant sa douceur quand Maryse doute d'elle-même, en affirmant que « c'est une chance énorme » et une « grande qualité » de toujours « voir la vie du bon côté ». Un autre jour, ce sera au tour de Florence d'être rassurée par Guillemette. La sage-femme me raconte qu'elle a fait un DU en imagerie médicale « qui ne lui sert à rien » : elle ne supportait pas d'être « l'oiseau de mauvais augure » qui

annonce aux femmes des problèmes avec leur grossesse, raison pour laquelle elle a finalement quitté le service de diagnostic prénatal où elle exerçait pour venir au centre d'IVG. Guillemette, qui assiste à l'échange, s'en réjouit : « nous, on a gagné dans le service d'avoir quelqu'un de formé », et ajoute, pour ne pas être suspectée de flagornerie : « c'est sincère ! ». Une autre fois encore, Maryse dira de la jeune interne qui a fait un gâteau pour fêter sa première pose de stérilet « c'est super gentil ! ». Or, cette façon de complimenter les collègues, de célébrer le travail fait ensemble et la douceur des unes et des autres n'est pas anecdotique : outre son caractère éminemment genrée, elle est caractéristique de représentations professionnelles qui mettent en avant « la bienveillance », le « non-jugement », « les bonnes prises en charge ».

Ainsi l'attention aux émotions et au bien-être ne s'applique pas seulement aux avortantes : elle caractérise aussi les rapports entre professionnelles. De la même façon que les avortantes doivent être accompagnées émotionnellement parce qu'avorter est présenté comme intrinsèquement difficile, les équipes d'orthogénie doivent être accompagnées parce que faire avorter constituerait en soi une épreuve morale. Les séances consacrées à l'analyse de la pratique en sont la meilleure preuve : au CIVG1, toute l'équipe dispose chaque mois d'une supervision avec une psychologue¹⁷. Au CIVG2 et au CIVG5, seules les conseillères bénéficient d'un tel accompagnement, ce qu'elles déplorent : elles estiment que toute l'équipe tirerait bénéfice d'un tel suivi. Une telle attention au bien-être psychique des équipes de santé a de quoi surprendre si on la met en regard avec la brutalité de la socialisation professionnelle des jeunes médecins et soignant·es, décrite dans de nombreux travaux¹⁸.

Elle traduit en partie l'inconfort moral lié à la réalisation des IVG. Mais ces réticences morales n'épuisent pas les raisons de la psychologisation observée. Si les professionnelles sont convaincues des bienfaits de leur approche, c'est aussi parce que l'attention au psychisme constitue la source de leur reconnaissance au travail, comme je l'ai montré dans un article récemment paru (Thizy, 2023). Et il s'agit bien là d'une conséquence structurelle de l'organisation des prises en charge.

¹⁷ Je n'ai pas été autorisée à assister à ces séances, qui sont sanctuarisées par les équipes comme un moment de retrouvailles et de débriefing sur leurs pratiques.

¹⁸ Je pense par exemple au travail d'Emmanuelle Zolesio sur les chirurgiennes (2012), à celui d'Anne-Marie Arborio sur les aides-soignantes (2001), et surtout celui d'Emmanuelle Godeau (2007) sur les étudiant·es en médecine. Elle montre comment « la culture du carabin » consiste en des mises en scènes macabres et/ou sexualisées des corps – lors des bizutages en début d'études, des dissections, en salle de garde, etc. – qui permettent aux (futur·es) médecins de transgresser les normes de pudeur.

3.2.3 Le psychisme, seule possibilité de valorisation professionnelle

La possibilité d'investir aussi intensément les enjeux émotionnels autour de l'IVG ne tient pas seulement à la croyance que l'IVG l'imposerait *par nature*. Cela vient aussi de la spécificité des prises en charge en orthogénie. Le « care » reste la principale possibilité de valorisation professionnelle des équipes soignantes et leur permet de ne pas (trop) être placées dans une position de prestataire de service. À la différence de la majorité des actes de santé où le médecin et ses adjuvant-es sont prescripteur-ices, la réalisation de l'IVG fait des équipes d'orthogénie des exécutantes de la volonté des femmes, ce qui les dérange (Borel, 2023 ; Gelly, 2006 ; Perrin, 2021) – « c'est pas à la carte » ai-je parfois entendu sur mon propre terrain, quand les avortantes cherchaient à négocier le jour de l'IVG pour des raisons personnelles, notamment des vacances déjà planifiées. De plus, dans une situation où l'orthogénie reste le sale boulot de la gynécologie, « la patiente en détresse permet aux médecins de ne pas douter de la légitimité de leur travail, d'éviter l'inconfort moral et de constituer une image valorisante de leur travail » (Perrin, 2021, p. 90). Quant aux conseillères, l'accompagnement psychologique constitue fondamentalement *leur raison d'être dans le dispositif*.

C'est la raison pour laquelle la suppression d'un caractère obligatoire de l'entretien en 2001 a déstabilisé cette profession, qui souffrait déjà d'un manque de reconnaissance¹⁹. Outre les dissensions internes présentées plus haut, le conseil conjugal et familial est faiblement rémunérateur et ne dispose pas d'un diplôme d'État malgré des revendications en ce sens depuis les années 1970 (Gal et Vilchien, 2006 ; Philippe, 2007, p.64). Les conseillères ne sont pas non plus considérées comme fonctionnaires et comme on l'a vu plus haut, l'association professionnelle qui les représente, l'ANCCEF (Association Nationale des Conseillers Conjugaux et Familiaux), peine à faire entendre sa voix. Ce sentiment de précarité explique par exemple les difficultés rencontrées par Anna (39 ans, psychologue de formation) auprès de ses collègues conseillères lorsque la cheffe de service de son établissement lui a proposé de réaliser des entretiens pré-IVG, en plus de son travail en cancérologie : les conseillères ont eu l'impression de se « faire voler leur travail » par une professionnelle au champ de compétences plus vaste et moins spécialisé. C'est donc bien la nécessité de donner du travail aux conseillères qui explique à la fois le maintien des entretiens pré-IVG systématiques dans les centres publics et l'insistance à proposer un suivi post-IVG auquel rien n'oblige.

¹⁹ C'est la raison pour laquelle de nombreuses praticiennes, comme Micheline Colin (1987), Bernadette Avon (2004 ; 1994), Blandine de Dinechin (2002), Anne Mortureux (2010) ont pris la plume pour défendre la nécessité d'une écoute ; des psychologues très lues dans la profession se sont également engagées dans la défense du conseil conjugal, comme Marie-Magdeleine Chatel (1998) ou Bernadette Rondot-Mattauer (2003).

Ainsi Odile (CCF, 59 ans, CIVG1), qui dispose de son cabinet en ville, n'hésite pas à proposer des entretiens post-IVG quand elle estime (de façon différenciée, comme on le verra) que les avortantes en ont besoin. Au CIVG 2, Maryse (51 ans) et Catherine (58 ans), salariées de l'institution, disposent de créneaux spécifiques l'après-midi pour des entretiens post IVG, mais elles peinent à trouver leur public. L'autorité qu'elles mettent à persuader les femmes de « revenir les voir » (répétition de la proposition dans plusieurs entretiens, cartes de visite données sans sollicitation, voire prise de rendez-vous ultérieur décidée directement pendant l'entretien pré-IVG et imposée de façon directive) ne doit pas seulement être comprise comme un souci majeur de la santé psychique des femmes : c'est aussi, de façon peut-être plus élémentaire, un moyen d'assurer leur légitimité et de donner sens à un travail auxquels elles se sont formées sur le tard, aux dépens de leur temps de loisir, de leur présence auprès de leur famille et de salaires plus conséquents.

Quarante ans après le travail d'Anne-Marie Devreux sur le rôle des conseillères, force est de constater qu'une partie de ses conclusions sont toujours d'actualité. D'une part, « la mise en avant du besoin d'aide et d'écoute ressenti par les femmes permet [...] de justifier la présence des conseillères dans le dispositif et offre l'occasion d'une sorte de renaissance officielle de la fonction de conseil » (1982, p. 463). D'autre part, le « besoin impérieux de parler de ses difficultés et d'accepter le dialogue » reste au cœur des prises en charge observées car « le principe même de l'entretien est bien fondé sur l'idée que l'avortement doit être vécu de façon dramatique pour rester exceptionnel » (p. 462).

Ce dernier point mérite cependant d'être nuancé : désormais, les professionnelles rencontrées affirment ouvertement que l'IVG peut « ne pas être un drame » et insistent sur la dimension non-traumatique d'une IVG *bien prise en charge*. Toutefois, si l'avortement n'est ni drame ni trauma, ce n'est pas parce qu'il est un acte d'une banalité statistique confondante, mais bien parce que l'encadrement émotionnel, vertueux, aura permis de « bien vivre » cet épisode toujours présenté comme intrinsèquement « difficile ». Malgré le relâchement de la volonté de dissuasion, le gouvernement émotionnel, quant à lui, persiste.

J'ajoute pour ma part qu'une telle psychologisation est la conséquence d'une organisation du travail qui dévalorise la réalisation des avortements. En l'absence d'une forte reconnaissance institutionnelle, la reconnaissance professionnelle passe en quasi-totalité par le travail de terrain auprès des avortantes. Soignantes et conseillères se réjouissent ainsi de la gratitude que leur témoignent les femmes, comme l'exprime Charline Pasquier (CCF, 45 ans, CIVG5) :

Eh bien, elles ressortent, « ça fait du bien d'avoir parlé », elles disent « merci de m'avoir écouté ». Elles sont plutôt dans la reconnaissance, quand même, que ce temps leur a été proposé,

plutôt que l'inverse. Jamais on m'a dit « je regrette d'être venue vous voir », jamais ça m'est arrivé, parce qu'on n'est pas dans le jugement, on est dans l'accueil.

La reconnaissance des femmes envers la prise en charge devient ainsi nécessaire aux professionnelles pour tirer de la satisfaction d'un travail par ailleurs répétitif et peu valorisé. Elle permet, en retour, de ne pas remettre en cause l'imposition d'un « entretien systématique » – et donc la présence des conseillères dans le dispositif.

À l'inverse, quand les femmes refusent cet accompagnement, la déception est perceptible. Un jour par exemple, au CIVG2, Maryse (51 ans) assiste à une conversation téléphonique de Guillemette (43 ans) avec une usagère. La secrétaire explique qu'il faut effectuer l'échographie de datation et prévoir une matinée de consultation car trois personnes seront rencontrées – la conseillère conjugale et familiale, la médecin et la sage-femme. À son interlocutrice qui demande si l'entretien avec la conseillère est obligatoire, Guillemette répond honnêtement : « Vous pouvez tout à fait choisir de ne pas les voir ». Maryse, qui assiste à la scène, lève les yeux au ciel – légèrement vexée qu'on refuse ses services (CIVG2, septembre 2019). Le discours d'une Charline Pasquier concernant les femmes qui ne « regrettent jamais d'être venues » peut s'effriter dès lors que l'on pose la question aux premières concernées, en dehors des murs du CIVG.

3.3 La réception du gouvernement émotionnel par les avortantes

La foi exprimée dans le nécessaire travail psychique ne dit pas grand-chose de sa réception par les avortantes. Je voudrais ici montrer que, loin de l'image d'Epinal de l'entretien pré-IVG comme par principe bénéfique, et *a minima* « ne pouvant pas faire de mal », il est reçu de façon différenciée par les femmes et peut au contraire être coercitif.

3.3.1 Les conditions de félicité de la psychologisation de l'IVG : une disposition à l'auto-analyse psychologique

Les avortées rencontrées s'avèrent parfois extrêmement réceptives au gouvernement émotionnel autour de l'IVG. Les conditions de félicité de ce discours sont toutefois à chercher dans les socialisations particulières des premières concernées, et elles préexistent très largement à la survenue de la grossesse. Tiphany (35 ans, psychologue, IVG à 35 ans en 2017) par exemple cherche immédiatement à « donner du sens » à l'IVG, par habitude professionnelle à s'auto-analyser : « En plus comme je suis psychologue, je suis partie fouiller dans ma tête entre guillemets, pour savoir qu'est-ce qui s'était joué là, qu'est-ce que ça voulait dire... bon j'ai trouvé

hein ! ». Elle a donc toutes les dispositions à penser que « l'IVG vient dire quelque chose de [son] histoire ». Astrid (24 ans, chargée de projet dans une collectivité territoriale, IVG à 23 ans en 2018) « pense que c'est quelque chose qu'il ne faut pas garder pour soi » : « elle m'a vraiment bien écouté et donc j'ai vidé mon sac » – sa propre mère est coach en bien-être. Ce succès de la rhétorique de « l'avortement comme symptôme » trouve chez Nina (32 ans, travailleuse sociale, IVG à 32 ans en 2017) une expression paradigmatique.

- **Nina (32 ans, travailleuse sociale, IVG à 32 ans en 2017) ou la sur-socialisation à une analyse psychologique de sa trajectoire de vie**

Nina a 32 ans quand je la rencontre en septembre 2017, au moment de son IVG. Elle est alors en couple, depuis trois ans, avec un jeune homme de 28 ans cadre en entreprise, avec qui elle vient tout juste d'acheter une maison. Elle travaille depuis plusieurs années dans une grosse ONG, où elle a monté une structure d'accueil pour les personnes en difficulté d'insertion, et espère prochainement accéder à une formation à laquelle elle postule « depuis cinq ans ». Nina refuse que devenir mère soit « un choix par défaut », estime qu'elle doit « d'abord prendre soin d'elle » et pense aussi que son compagnon, plus jeune, n'est « pas prêt ». Elle considère qu'avorter n'est « pas un tabou » et n'a pas de difficulté à prendre sa décision. Pourtant, la façon dont elle présente son expérience de l'IVG reprend en tous points la « clinique de l'avortement » décrite plus haut. Pour elle, « c'est pas dit qu'on puisse sortir comme ça d'un IVG du jour au lendemain ! ». Elle commence l'entretien en précisant que son IVG « fait un peu écho par rapport à [son] histoire familiale et à l'histoire dans [sa] famille ». Outre une discussion quelques jours plus tôt avec la psychothérapeute qui la suit depuis plusieurs années, elle a fait des recherches sur internet :

« Et donc voilà j'ai lu cet article, c'est sur *Psychologie.com*, il disait que souvent les IVG tombaient sur des dates soit de décès, soit d'anniversaire, et là mardi en fait pour moi c'est l'anniversaire de ma mère, et donc voilà du coup ça résonne dans cette lignée des femmes dans ma famille. Moi je suis un peu la petite dernière qui règle plein de choses de cette histoire familiale ».

Le discours de Nina reprend ainsi la rhétorique de l'IVG comme « symptôme d'autre chose ». De fait, « l'histoire familiale » dont elle me fait le récit témoigne d'une enfance, selon ses mots, « très compliquée, très carencée », avec de nombreuses maltraitances, dont des violences incestueuses. La mère de Nina les a eues, elle et sa sœur aînée, « hyper jeune » : « elle m'a balancée à 3 ans et ne s'est pas vraiment occupée de moi ». Quand Nina a 17 ans, sa mère s'exile à l'étranger avec un nouveau compagnon, les laissant, sa sœur et elles, livrées à elles-mêmes et déscolarisées. Nina n'a alors plus de contact avec son père, coupable d'abus sexuels sur elle et sa sœur dans l'enfance – sans que l'affaire ne soit portée en justice. Elle décrit, entre ses 17 et 21 ans, des troubles du comportement alimentaire (anorexie et maigreur importante) et « de gros problèmes d'addiction » à la cocaïne. À 21 ans, elle s'éloigne de plusieurs centaines de kilomètres de sa région de naissance et emploie son énergie à se soigner. Elle est alors prise en charge par différent-es professionnel·les : psychiatres et addictologues, mais aussi une psychothérapeute et un magnétiseur avec qui elle décrit « un lien paternel ». À 26 ans, elle « commence à se reconstruire », passe un diplôme d'animatrice socioculturelle, avant d'être recrutée dans l'ONG où elle travaille au moment de son IVG – le « job de ses rêves » « très épanouissant ». Presque la moitié de l'entretien est consacré au récit de sa trajectoire médicale, corporelle et psychique.

La situation de Nina, on le voit, peut facilement s'insérer dans la narration proposée par la « clinique de l'avortement », qui met en relation l'IVG avec des expériences personnelles

traumatiques – notamment les violences sexuelles dans l’enfance. Nina elle-même reprend ces analyses à son compte.

Une telle narration me semble cependant contestable. Sociologiquement, il est possible d’interpréter la trajectoire de Nina non pas comme *une confirmation des théories psychologiques*, mais plutôt comme *l’effet d’une socialisation poussée à cette rhétorique* ayant structuré une *disposition à la psychologisation de soi*. Sélim Smaoui, en étudiant la trajectoire d’une militante pour la reconnaissance des crimes franquistes, a par exemple montré comment une longue cure psychanalytique a constitué, pour son enquêtée, une expérience socialisatrice particulière, qui a en partie façonné ses dispositions militantes (2021). De la même façon, il faut concevoir la fréquentation assidue de thérapeutes variés par Nina comme une expérience socialisatrice particulière, qui crée les cadres sociaux de son adhésion à la clinique de l’IVG.

Pour Nina, la psychologisation de son expérience de vie précède très largement son avortement. Depuis plus de dix ans, elle consulte très régulièrement des professionnel·les du corps et du psychisme pour « se nettoyer » (l’expression revient à de multiples reprises). La psychologisation est son prisme d’interprétation ordinaire : elle estime par exemple – comme le suggère sa psychothérapeute – que nombre de ses « blocages » sont dus à « ce qu’il s’est passé pendant la grossesse de [sa] mère », qui aurait été « extrêmement difficile » au point « qu’il y a eu un rejet, en tant que fœtus ». Dès le début de l’entretien, elle m’a pourtant signalé qu’elle n’était pas une enfant désirée : « mon père a toujours dit qu’il avait jamais voulu de moi, que j’aurais dû mourir, [...] ma mère elle-même voulait m’avorter, voilà ». Mais dans son discours, la causalité sociale cède le pas à une causalité psycho-biologique, déterminée *in utero*, plutôt que construite dans la socialisation primaire.

Or, un tel rapport aux « thérapeutes » et à la psychologisation en général n’ont rien d’anecdotique dans sa trajectoire de vie. Au contraire, depuis plus de dix ans, ce rapport constitue une facette de sa sortie de l’addiction, le socle qui lui a permis de « se reconstruire ». Au cours de l’entretien, elle évoque une grande diversité de « bons thérapeutes ». Outre son magnétiseur, sa psychothérapeute, et sa psychologue du travail, elle consulte régulièrement une ostéopathe étiole et une hypnothérapeute, à qui elle estime devoir d’importants « déblocages » corporels et émotionnels (la première l’a aidée à faire passer des douleurs dorsales, ventrales et gynécologiques, interprétées comme une conséquence des agressions sexuelles vécues ; la seconde l’a aidée à surmonter un « trauma » lié à une humiliation scolaire vécue enfant, qui « la bloquait » dans sa reprise d’étude).

Si Nina insiste sur le fait qu’elle « fait attention à ne pas tomber sur des tarés », à « éviter les gourous », sa confiance dans les thérapeutes s’accompagne d’une méfiance face à la médecine conventionnelle, construite à la fois dans son expérience de patiente et de professionnelle. Elle

estime que ses collègues médecins « se prennent pour Dieu », s'est déjà personnellement « sentie humiliée par rapport à des médecins » et critique les médecins « qui ont des fois le pouvoir [...] de poser des choses qui peuvent vraiment vous marquer à vie ». Son rapport à une médecine alternative attentive aux enjeux psychosomatiques se construit donc *en réaction* à la domination des médecins qu'elle perçoit et décrit comme telle²⁰.

Le prisme d'interprétation psychologisant est par ailleurs renforcé par des croyances ésotériques : Nina estime par exemple que la maison dont elle a eu les clés le jour même de la découverte de sa grossesse doit « être nettoyée au niveau des énergies », parce que le premier propriétaire, dans les années 1940, y aurait prostitué sa fille et qu'il y a « quelque chose de lourd dans cette maison ». Or, elle fait immédiatement le lien entre cette anecdote, l'IVG, et sa propre histoire, traversée de violences sexuelles :

Je me suis dit, punaise mais c'est fou [cette histoire] ! Parce qu'en fait ma sœur a fait de la prostitution, enfin elle est dans toute cette lignée des femmes où [...] il y a eu beaucoup d'attouchements dans cette famille, même moi en étant petite [...]. Je ne sais pas si j'arrive à être très claire mais je ne suis pas perchée non plus. [...] Et voilà par rapport à ça une IVG c'est vrai que ça peut venir réveiller pas mal de choses.

Les représentations de Nina – qui se défend d'être irrationnelle – traduisent la porosité importante, voire la continuité, dans son système normatif, entre croyances ésotériques et représentations psychologiques existentielles. L'importance accordée à « [ses] thérapeutes » est d'autant plus grande que, par contraste, elle est relativement isolée socialement, en dehors de son couple. Elle ne voit presque plus ni son père ni sa sœur (elle a brièvement revu son père, n'a rencontré ses neveux qu'une seule fois des années après leur naissance, redoute ces interactions), a des relations conflictuelles avec sa mère, notamment autour de l'IVG, se décrit comme quelqu'un qui « a du mal à avoir des ami·es » (le seul groupe qu'elle fréquente est celui des amis d'enfance de son compagnon), s'est brouillée avec une de ses rares camarades. Sa collègue de travail, avec qui elle forme un binôme quotidien, est une des seules à qui elle se confie et, lorsqu'elle reçoit une promotion, c'est à sa psychologue qu'elle est heureuse de l'annoncer. Sa façon de se représenter sa propre trajectoire est donc en majorité structurée par et auprès de professionnel·les du psychisme et/ou de thérapeutes alternatif·ves, qui majorent les effets de l'esprit sur le corps.

²⁰ Le travail de Joana Michel-Costa sur l'accouchement à domicile sans professionnelle de santé, présenté le 19 avril 2023 à l'occasion du colloque *Genre et Gynécologie* à la MSH Paris-Nord, suggère que le choix d'accoucher chez soi sans l'intervention d'un·e professionnel·le de santé n'est pas un choix de première intention. Bien souvent, ces « dissidentes de l'obstétrique » ne font le choix « d'enfanter par elles-mêmes » qu'après un premier accouchement plus conventionnel qui les a exposées à des maltraitements médicaux et l'absence de sage-femme à domicile ne traduit pas un rejet de ces professionnelles de santé, mais au contraire la difficulté à trouver une professionnelle pratiquant ce type d'accouchement, souvent à ses risques et périls. Les pratiques de santé non-conventionnelles semblent ainsi se développer en réaction à une insatisfaction face aux pratiques hégémoniques.

Enfin, Nina n'a pas vraiment eu l'opportunité de politiser ses représentations. Outre que l'on n'est encore qu'en septembre 2017 (c'est-à-dire un mois avant #metoo et quatre ans avant le #metooinceste) et que le répertoire interprétatif féministe est moins disponible qu'aujourd'hui, Nina ne se définit pas comme militante. Quand je lui pose la question, elle répond : « alors non. [...] j'aime pas les gens dans les extrêmes vous voyez ce que je veux dire ? [...] les gens qui sont dans le trop c'est pas bon », avant de revenir à la description de son propre fonctionnement émotionnel (« j'ai beaucoup de mal dans les relations, je suis très vite déçue, parce que je suis très idéaliste aussi je suis très très sensible, je suis très entière dans mes rapports »). Sa psychothérapeute lui a d'ailleurs suggéré la possibilité qu'elle soit une adulte « zèbre » et d'avoir été une enfant précoce, ce qui pourrait expliquer ses difficultés scolaires et interactionnelles – selon une logique toute contemporaine qui est à la démultiplication des catégories psychologiques (Lignier, 2012).

Les éléments qui concourent à une adhésion très forte à la rhétorique de « l'IVG comme symptôme d'autre chose » et la construction de sa *disposition à l'interprétation psychologisante* sont ainsi manifestes et procèdent comme suit : 1/ une expérience personnelle des violences sexuelles dans l'enfance ; 2/ un parcours en santé mentale qui l'a très fortement socialisée à la nébuleuse psychologique, avec des consultations répétées pendant des années ; 3/ un refus partiel de la domination exercée par la médecine conventionnelle ; 4/ la place importante occupée par les différents thérapeutes dans son parcours, y compris sur le plan affectif et symbolique (son magnétiseur décrit comme une figure presque paternelle) ; 5/ l'absence d'autres cadres d'interprétations, qui est un effet combiné du relatif isolement social et de la non-politisation de sa trajectoire. Tout cela traduit et renforce l'importance accordée à la psychologisation.

L'adhésion de Nina à la clinique de l'IVG ne se limite d'ailleurs pas à l'IVG comme « symptôme d'autre chose ». Elle souscrit aussi à l'idée que l'IVG peut être une « opportunité existentielle » :

Il n'y a pas seulement les 3 jours [de l'IVG]. Il y a aussi tout un recentrage avec soi, avec son corps. Il y a avant, pendant, après et puis qu'est-ce qu'on en fait ? Et c'est pour ça que pour moi, je vous ai contacté parce que c'était important pour moi d'en faire quelque chose... de valoriser ça, et de pas le prendre dans un sens négatif, je sais pas comment dire vous voyez ?

Quand je lui demande, à la fin de l'entretien, si elle veut ajouter quelque chose, elle réaffirme sa volonté de faire de l'IVG « quelque chose de valorisé » : « c'est important, je pense, de poser tout ça. Je suis fière de moi. Je suis fière d'être dans cette démarche, d'en faire quelque chose, je pense que c'est riche », avant de me comparer à sa psychologue du travail (voir

Méthodologie). Cette posture s'avère très différente de celle de nombreuses enquêtées, qui témoignent « pour servir à d'autres » ou « pour me rendre service ».

L'adhésion au cadre de la psychologie de l'avortement ne vient donc pas de l'IVG elle-même, mais bien de la socialisation plus générale des personnes qui avortent, dans le contexte d'une large psychologisation des expériences individuelles (Castel, Enriquez et Stevens, 2008 ; Otero, 2005) et d'une démocratisation des discours sur la santé mentale. Si Nina est un exemple paradigmatique, nombre d'enquêtées sont comme elles sensibles au discours psychologique²¹. Mais une telle félicité du discours des conseillères (et plus généralement des psychologues) est loin d'être systématique, surtout quand les avortantes ne sont pas familières du discours psychologique.

3.3.2 Les limites empiriques du gouvernement émotionnel

La réception du gouvernement émotionnel n'est pas toujours aussi incontestable et enthousiaste que les professionnelles le présentent, y compris dans des situations émotionnellement complexes, comme en attestent à la fois mes entretiens et mes observations. Parfois, la psychologisation rend même bien plus compliqué le vécu de l'IVG.

« Ça m'a pas du tout aidée » : des entretiens psychologiques sans effet

Laurianne (27 ans, assistante sociale, IVG à 27 ans en 2018) fait partie, par exemple, des enquêtées qui ont beaucoup pleuré de devoir avorter. Sa décision a été le fruit d'une longue réflexion avec son conjoint (voir 6.3.1). Mais cette hésitation, pour Laurianne, ne nécessitait pas une prise en charge psychologique.

Laurine : Est-ce qu'ils t'ont proposé ou est-ce que tu as vu une psychologue ou conseillère conjugale ?

Laurianne : Ils me l'ont proposé. Au centre de planification, déjà, elles m'en ont parlé, et aussi après, à l'hôpital, quand j'ai vu je crois la sage-femme, elle a dû m'en parler, si j'avais besoin, par la suite, ou même là tout de suite. Et je n'en ressentais pas le besoin, et puis j'en ressens toujours pas le besoin. Après je sais que ça existe et que si j'avais... Mais oui, elles m'en ont parlé, oui, oui. [...] Et j'ai senti qu'ils insistaient... pas qu'ils insistaient, mais ils me l'ont dit plusieurs fois, et ils m'ont dit que ça pourrait être bien, si je me sentais pas bien, qu'il ne fallait pas que je reste dans une situation où je me sens mal. Et c'est bien de savoir aussi qu'il peut y avoir ce suivi-là [...]. Mais c'est vrai qu'on en voit tellement, on voit tellement de professionnel·les, en peu de temps, qu'après, on a envie de se laisser un peu de temps. Je ne dis pas que j'irai jamais en parler, la voir, mais pour le moment, j'en n'ai pas ressenti le besoin.

²¹ C'est aussi un effet du recrutement des enquêtées : l'entretien sociologique peut être perçu comme thérapeutique et les personnes habituées à se mettre en récit de façon psychologique sont plus susceptibles que d'autres d'accepter un entretien (voir Méthodologie).

Si Laurianne est réticente à critiquer des soignant·es dont elle estime par ailleurs le suivi très satisfaisant (la sage-femme est « très gentille » et « se sentir accompagnée et pas jugée est très important »), il lui apparaît que la priorité n'est pas de parler à une personne supplémentaire dans un parcours d'IVG déjà très chargé. Ophélie (19 ans, étudiante en DUT, IVG à 18 ans et demi en 2018) s'agace également que la gynécologue l'ait incitée à voir la psychologue :

La matinée à l'hôpital, comme je disais, la gynéco était vraiment super, vraiment ! Elle m'a parlé pour me remonter le moral, je lui ai tout expliqué un peu le contexte... vraiment super ! Après, vu que je pleurais, c'est elle qui m'a fait voir une psychologue, vu que je pleurais tout le temps. Et j'ai trouvé ça un peu... Enfin, totalement inutile, ça m'a pas du tout aidée. J'ai rien spécialement contre les psychologues, après je pense que ça dépend des personnes, mais elle était là, et je pleurais, et elle fait « c'est pas une question de choix ? » [elle imite une sollicitude caricaturale avec une voix minaudante]. Et j'étais là, mais elle a pas compris, c'est pas du tout par rapport au choix ! C'est... j'étais là, je sais pas, c'est par rapport aux démarches... Et elle était là, elle disait pas grand-chose « qu'est-ce que t'en penses... » [elle imite encore, voix haut perchée, en se penchant vers l'avant dans une attitude compassionnelle] enfin, ça fait un peu le stéréotype ! Enfin... la gynécologue a été bien mieux pour me remonter le moral, pour me faire parler tout ça que ELLE. [...] Elle, elle me disait « mais y'a bien une raison pour que tu pleures ? ». Et moi j'étais là, je sais pas, ça te tombe dessus... Ah oui, en plus ce qui m'énervait, c'est qu'on avait fait les choses ultra bien !

Dans cette scène rapportée, la situation est proche du quiproquo : alors que la conseillère, avec ses outils, veut « faire parler » Ophélie en adoptant cette attitude compassionnelle que j'ai si souvent observée sur le terrain (voix calme, apaisante, ton compassé, regard pénétrant, buste incliné vers l'avant), Ophélie enrage de devoir avorter en pleine rentrée scolaire alors qu'avec son copain, ils avaient « fait les choses ultra-bien ». Elle veut dire par-là qu'ils ont fait des tests de dépistage avant d'enlever le préservatif et qu'elle a consulté un gynécologue, qui lui a donné des informations erronées – pour se faire prescrire la pilule. Elle qui, bonne élève, s'est astreinte à un suivi médicalisé étroit qui échoue, a de bonnes raisons d'être en colère.

L'accompagnement émotionnel devient ainsi *imposition* dès lors que les avortantes qui ne suivent pas le script attendu – une détresse initiale soulagée par le travail d'accompagnement – sont suspectées d'être émotionnellement déviantes. Si les professionnelles rencontrées concèdent que « certaines le vivent très bien » ou qu'« on a le droit d'aller très bien après une IVG », ne pas manifester de bouleversement psychique initial (ou être affectée pour d'autres raisons que le choix de l'IVG) les laisse perplexes. Quand je demande à Bénédicte Faure (CCF, 52 ans, CPEF1) si toutes les femmes font ce « travail de mise en sens » qu'elle m'a longuement décrit, elle reconnaît que non :

Non, non non... On rencontre aujourd'hui... c'est assez intéressant, où on a le sentiment, je dis bien on a le sentiment, que cette grossesse ne s'inscrit pas dans le réel. Elles vivent l'IVG avec aucune émotion, aucune angoisse, ça ne vient rien signifier. On l'accepte hein. On l'accepte aussi. Et je les revois ces femmes-là, et on n'a pas l'impression qu'elles vont mal hein ! Donc il

y a aussi ça. Et il faut aussi l'accepter. Et là est-ce que c'est un dire ? Je saurais pas répondre à ça. Là je saurais pas.

Les conseillères se trouvent ainsi désemparées quand leurs outils s'avèrent moins heuristiques qu'elles ne le pensaient. Elles adoptent alors une forme de prudente tolérance et fournissent un travail d'acceptation, mais qui les laisse dubitatives. Car le malaise de Bénédicte Faure réside bien dans l'écart qu'elle constate à une norme émotionnelle.

Bénédicte Faure : Et il y a des jeunes qui n'ont rien à en dire ! Pour moi, ça me fait toujours un peu bizarre, mais c'est aussi ma déformation professionnelle !

Laurine Thizy : Ça vous fait bizarre sous quel aspect ?

BF : Bah parce qu'on reste quand même dans une culture... ou l'interruption volontaire de grossesse... reste... très... euh... [hésite] au cœur de polémique. Il suffit de regarder la dernière campagne électorale, pour les présidentielles, c'était quand même hallucinant ! Et je me dis comment c'est possible que dans un social où cet acte est autant controversé, autant sujet à polémique, que ça traverse sans rien ? Et évidemment je respecte ça, mais ça me questionne. On est pas en Russie où l'IVG est un moyen de contraception ! C'est pas du tout la même chose ! Mais pardon, on a une société très catholique, avec des discours très fort quand même, sur l'IVG ! [...] Et pour moi elles vont bien ces femmes hein ! [...] Et moi je vais pas aller chercher un truc si y a pas ! Mais ça m'étonne.

Cet extrait est particulièrement intéressant, parce que cette conseillère – qui lit régulièrement de l'anthropologie et de la sociologie et considère que ce sont des appuis pour son travail – a tout à fait conscience de la variabilité des normes autour des méthodes pour contrôler la fécondité (elle développe la comparaison avec la Russie où l'IVG serait « un moyen de contraception »). Ce qui la travaille, au fond, reste la non-conformité à un comportement social attendu : l'absence d'émotion exprimée est perçue comme une déviance (Paperman, 1995). Derrière le déni de l'affect potentiellement nocif, l'inquiétude porte en réalité sur un défaut de socialisation aux normes dominantes, une *mauvaise intériorisation de la stigmatisation de l'IVG*. En creux, donc, et en des termes sociologiques : l'ombre de l'anomie. Les jeunes femmes qui n'adoptent pas le comportement attendu portent en elles la menace d'un trouble à l'ordre social – ce qui déstabilise Bénédicte.

« Comment il est mort, votre papa ? » : des entretiens psychologiques qui suscitent le mal-être

Les attentes émotionnelles déterminent ainsi les modalités de narration de l'IVG autorisées aux avortantes – c'est pour cela qu'elles sont performatives. Mais parfois, cela va plus loin : ce qui est présenté comme un dialogue au service des femmes devient une épreuve supplémentaire dans l'accès à l'IVG. À plusieurs reprises sur le terrain, la tendance des conseillères à imposer une lecture suivant la « clinique de l'IVG » m'a laissée circonspecte, voire mise dans des situations particulièrement inconfortables. Je prendrais deux exemples.

Juillet 2019. Deuxième consultation de la matinée. Une jeune femme de 20 ans, en short, jean, basket, accompagnée par un homme un peu plus âgé en jean et T-shirt (26 ans). Maryse (CCF, 51 ans) demande à la jeune femme si elle veut qu'elle la reçoive seule, elle dit « non, tous les deux » et on la sent un peu perdue sans lui. [...] Dans l'ensemble, l'entretien est très gênant pour moi. Je trouve que Maryse met tout le monde mal à l'aise, surtout la jeune femme qui est déjà très stressée.

L'entretien commence, Maryse se présente, et tient l'habituel discours qui explique pourquoi la CFF a un rôle dans la prise en charge IVG « Un espace de parole pour la femme et le couple » « face à cet événement inattendu » (« ah ça ! » s'exclame la jeune fille) « une démarche pas évidente qui fait émerger des émotions, on est là pour déposer ces émotions ». Elle explique qu'ils vont remplir le dossier. C'est souvent le partenaire qui répond, avec délicatesse (on sent qu'il ne veut pas confisquer la parole, mais relaie la jeune fille). Si je résume la situation : elle a 20 ans, lui 26 ans. Elle vient de finir ses études et de commencer son nouveau travail de technicienne de laboratoire. Il travaille dans la même entreprise. Je comprends qu'ils se sont rencontrés ici et que ce que Maryse considère comme un « couple » (Madame, Monsieur) est en fait une relation qui a maximum deux mois, ce qu'ils nous confirment. Je m'étonne en moi-même que le garçon soit présent alors que la relation est si neuve et brève. [...] Par deux fois ensuite, Maryse pose la même question, formulée de la même façon : « Alors cette grossesse, qu'est-ce que vous pouvez en dire ? ». Par deux fois, la jeune femme fait la même réponse : « ça me dépasse » avant de se taire – elle n'a rien à en dire. Maryse explique qu'elles peuvent se revoir après, elle les raccompagne en salle d'attente, tout le monde je crois est très soulagé. Lorsque je débrieife avec Maryse, qui prend des notes pour les médecins puis des notes dans son propre carnet de suivi, elle me dit qu'elle « ne savait pas quoi lui dire » et « sentait qu'il ne fallait pas aller la chercher ». Je lui re-raconte ce qu'on vient de voir à ma façon plutôt qu'à la sienne : la précocité de cette relation, le fait que peut-être ils ne se considèrent pas comme « en couple » (ça ne lui est pas venu à l'esprit et elle ne réagit pas à ma remarque), qu'ils viennent de se rencontrer au travail, et qu'elle tombe enceinte dès les premiers rapports. J'ajoute « ils n'ont pas eu de chance ». Mais cette explication ne semble pas la satisfaire.

Maryse s'essaie alors immédiatement à une mise en récit qui me convainc peu : elle dit d'abord « parfois c'est juste un accident de préservatif », mais l'hypothèse ne la satisfait pas, alors elle va piocher dans la clinique de l'IVG. « C'est pas banal, ça arrive au moment où elle prend son envol » « elle a parlé de sa maman, c'est une façon de dire ça y est maman je suis une femme, je peux être une mère aussi » « ça on le voit beaucoup dans la clinique de l'IVG ». Quand elle passe le relai à Julie, la jeune médecin, elle redit sensiblement la même chose sur la grossesse : « elle découvre la vie d'adulte, de femme, au moment où elle prend son envol » et conclut : « il devrait te plaire, ce petit couple ».

J'ai volontairement laissé visibles, ici, mes propres jugements et interprétations de la situation, pour rendre compte du décalage de perception entre Maryse et moi et de la difficulté à faire entendre un autre discours que celui de la « clinique de l'IVG », alors même que Maryse sollicite régulièrement mon avis et le prend en considération. Outre l'impossibilité à penser une sexualité en dehors d'un couple se projetant à long terme dans une relation cohabitante (voir chapitre 5), ce qui est frappant ici c'est à quel point la rupture de préservatif ne peut être un banal accident, mais bien l'expression « d'autre chose », une façon de « prendre son envol », d'affirmer à sa mère « qu'elle est une femme » (un autre jour, avec une autre patiente, Maryse m'expliquera longuement que « la première IVG dit quelque chose du rapport à la mère »).

Cette façon d'appliquer de façon presque mécanique la « clinique de l'IVG » n'est pas seulement maladroite : elle peut aussi être particulièrement violente, comme en témoigne une autre scène à laquelle j'ai assisté avec la même conseillère – qui se revendique pourtant d'une grande douceur, est valorisée comme telle par ses collègues, ne hausse jamais le ton, parle d'une voix douce et enjouée.

Septembre 2019. Premier entretien de la matinée. La jeune femme a 26 ans mais en fait davantage, elle a les yeux cernés malgré son maquillage. Elle a une queue de cheval haute et plaquée, une mèche blonde, un t-shirt décolleté, un jean et des baskets blanches, les sourcils épilés, des faux cils, les ongles manucurés. Avant de venir dans le service, elle a consulté une sage-femme qui ne lui a « pas donné son accord » pour faire une IVG médicamenteuse parce qu'elle est « pas très très bien moralement » et qu'elle est enceinte de deux embryons. Qui plus est, elle est très malade à cause de la grossesse (elle vomit beaucoup) et a été mise en arrêt. Elle travaille de nuit : elle fabrique des tissus pour des marques de luxe, travail très fatigant qui lui impose de beaucoup se déplacer dans l'usine. Elle a déjà eu une première IVG à 19 ans et, à 16 ans, elle a fait une fausse-couche la veille d'une IVG programmée. Elle était sous pilule, puis stérilet qu'elle a fait enlever, puis pilule qu'elle a arrêté de prendre parce que c'était contre-indiqué avec d'autres médicaments. Quand Maryse demande si son partenaire (qu'elle « fréquente depuis trois ou quatre mois ») est au courant de la grossesse, elle répond « oui mais là, il est aux urgences pour un mal de dos » et Maryse commente « c'est pas un hasard ». Le partenaire en question, déjà père d'une petite de 5 ans qu'il n'a pas désirée, considère qu'elle a « fait ça dans son dos » et « il n'attend que l'IVG ». Voici la conversation qui s'engage alors :

— Comment va le moral ? demande Maryse.

— Ça va mieux, répond la jeune femme, mais il me semble évident qu'elle se retient de pleurer. Maryse lui donne alors tous les détails pratiques de l'intervention, avant de lui proposer de se revoir après l'IVG.

— Je vois déjà quelqu'un, j'ai un suivi thérapeutique, c'est vraiment quelqu'un de super ! répond doucement la jeune femme, en souriant.

— Oui, allez le revoir, abonde Maryse à plusieurs reprises, très encourageante, avant d'ajouter : Y'avait des événements sur lesquels il fallait travailler ?

— Oui, répond la jeune femme, sans rien ajouter.

Elle se tait, se mord la lèvre, tripote ses ongles faits, se retient de pleurer mais sourit toujours un peu. Maryse continue de l'interroger :

— Votre maman habite là ? (La jeune femme nous a expliqué être venue se reposer chez sa mère).

— Oui, je suis partie depuis un an.

— Vos parents sont toujours ensemble ?

— Mon papa est décédé, lâche la jeune femme, alors que le malaise devient pour moi étouffant. Je pose alors mon stylo, pour montrer visiblement, à ce moment-là, que j'arrête de prendre des notes. Mon malaise empire quand Maryse demande comment il est mort. La jeune femme répond d'un seul mot, les yeux pleins de larmes, d'un ton sans appel :

— Suicide.

Son visage se ferme mais Maryse ne s'excuse pas, ne dit pas qu'elle est désolée et ne semble pas percevoir la lourdeur ambiante. Elle embraye :

— C'était il y a longtemps ?

— J'avais sept ans.

— C'est votre maman qui vous a élevée ?

— Oui voilà.

- Vous devez être proche de votre maman...
- Oui... même si elle est contre les avortements.
- On est pas forcément pour, mais la situation fait que les dames qui viennent ici sont pas forcément pour.

La conversation revient ensuite assez longuement sur la réaction de son partenaire à qui sa première compagne aurait déjà « fait un enfant dans le dos » et sur l'absence de contraception (« il s'est dit moi aussi je suis con » précise la jeune femme). Maryse commente alors, avec des suspensions dans la voix :

- Après, ce qui m'interroge, c'est que déjà l'IVG, la contraception, vous connaissez. Est-ce qu'au fond de vous, vous vous êtes dit... ? C'était peut-être un moment particulier... ?
- Après oui, y'a eu des événements qui ont fait que je pensais plus à ça qu'à autre chose.
- Quels événements ?

La jeune femme, qui s'est mise à pleurer, se ferme :

- J'ai pas envie d'en parler.

Puis elle se mouche plusieurs fois, alors que j'ai envie de disparaître sous terre pour ne pas être complice de ça. Quand l'entretien se termine (Maryse la félicite encore pour son suivi psychologique), j'aimerais suivre la jeune femme et m'excuser à la place de la conseillère, mais je reste avec Maryse pour débriefer, comme d'habitude. Elle m'explique que lorsque les femmes sont enceintes, elles sont « à fleur de peau », « les hormones font émerger plein de choses », c'est pour ça que « elles expriment les histoires de famille en entretien ». Je me retiens de rétorquer que non, elles n'expriment rien spontanément : de tels récits sont sollicités. Maryse ajoute « c'est pour ça que c'est vraiment très important cet entretien » et commente « elle était très défensive cette dame. On a tiré quelques fils, on est rassurée par le fait qu'elle est suivie, mais ça va être dur pour elle de fonder une famille ». Elle note sur son cahier de suivi : « Histoire de famille très douloureuse dont elle ne veut pas parler. Pleure pendant l'entretien. Son ami l'accompagne mais il est absent car aux urgences pour mal de dos ». Quand je lui suggère que certaines questions peuvent être intrusives (la scène était asphyxiante pour moi et je peine à maîtriser ma colère), Maryse trouve qu'elle essaie d'éviter de l'être.

[CIVG2, septembre 2019]

Ce jour-là, je quitte le terrain plus tôt, épuisée et en colère²². J'ai choisi ici de retranscrire assez extensivement la lettre de l'échange, car cela me paraît indispensable à l'administration de la preuve et à la mise en évidence *objective* de l'imposition émotionnelle – plutôt que risquer la surinterprétation en m'appuyant sur mon seul ressenti. Ce qui est très visible, c'est la façon dont, à de multiples reprises, la conseillère fait advenir, par sous-entendus, une mise en récit existentielle autour de l'avortement : le mal du dos du compagnon n'est « pas un hasard », l'absence de contraception traduit peut-être ce que la jeune femme « au fond d'elle se serait dit ». Surtout, la conseillère juge absolument nécessaire de continuer à poser des questions très précises, y compris quand tout, dans l'attitude corporelle de la jeune femme, reflète son malaise grandissant (regard humide, mâchoire serrée, mouvements de mains nerveux et finalement sanglots). Pour Maryse, au fond, si cette jeune femme avorte, plusieurs fois de surcroît, c'est

²² Je me rappelle avoir raconté la scène plusieurs fois à des ami-es en ironisant : « c'est limite si elle lui a pas demandé "et alors ce suicide, c'était par pendaison ou arme à feu ?" », ce qui me semble un bon indicateur de la façon dont j'ai perçu l'insistance de la conseillère.

peu ou prou parce que son père s'est suicidé dans son enfance. Et une telle certitude lui donne le sentiment d'être légitime à fouiller sa vie personnelle en accumulant les questions. Maryse reproche même implicitement à la jeune femme *son refus de coopérer* (« elle était très défensive »), alors que, tout au long de l'entretien, celle-ci s'efforce de garder une contenance (elle sourit, parle doucement, retient ses larmes) et de répondre aux questions qu'on lui pose (de façon de plus en plus brève). Ce n'est qu'à la toute fin, poussée dans ses retranchements, qu'elle finit par refuser l'échange.

Il faut bien voir que cette conseillère n'a aucune intention de nuire, au contraire : elle ne fait qu'appliquer les principes – si chèrement acquis pendant sa reprise d'étude – de la « clinique de l'IVG ». Et c'est bien les postulats de cette clinique de l'IVG qu'il faut questionner, plutôt que leur mise en application. Considérer l'IVG comme « le symptôme d'autre chose » et systématiser l'entretien psychosocial revient, structurellement, à réclamer aux femmes de dévoiler les profondeurs de leur intimité pour accéder à l'IVG. L'exigence institutionnelle fait que les avortantes ne peuvent, simplement, chercher une solution (l'IVG) à leur problème (une grossesse dont elles ne veulent pas) : elles doivent, pour cela, en passer par un exercice de mise en récit de cet « évènement » dans leur trajectoire de vie et exposer – quoique de façon rapide et concise – les dimensions les plus intimes de leur expérience de vie à de parfaites inconnues que, bien souvent, elles ne reverront jamais²³.

« Je pense que vous avez besoin d'un rendez-vous avec le psychologue » : l'invocation du psychisme pour ralentir les parcours de soin

Dans de plus rares occasions, la rencontre avec la psychologue du service est imposée par les médecins à de jeunes femmes en larmes, au motif qu'elles en auraient besoin, et alors même que les larmes sont la *conséquence* d'une consultation brutale. Le récit que fait Elisabeth (25 ans, service civique dans une association culturelle, deux IVG à 21 ans en 2014 et une à 25 ans en 2018) de sa rencontre avec le gynécologue, pour sa troisième IVG, est en ce sens très significatif. Quand elle se présente à l'hôpital, elle n'a pas sa carte de groupe sanguin : elle a égaré celle qui lui avait été faite lors de ses IVG précédentes, et elle est dans l'attente de l'attestation du premier petit centre d'IVG de campagne auquel elle s'était d'abord adressée. Le médecin commence par la moraliser fort longuement, en détaillant ce que son étourderie

²³ Cela est d'autant plus surprenant que n'importe quelle relation de soin psychique s'élabore dans la durée et non lors d'une interaction unique. Le suivi régulier dont témoignait Bénédicte Faure (CCF, 52 ans, CPEF1) plus haut est très rare : il s'explique par le fait qu'elle exerce dans un centre de planification généraliste réalisant du suivi contraceptif, et non dans un centre d'orthogénie consacré aux IVG.

coûte à la sécurité sociale. Si Elisabeth se révolte en son for intérieur (« c'est qui ce bouffon qu'ils m'ont mis ? genre, sérieusement, j'ai pas besoin qu'on me fasse la morale, c'est bon, je ne suis pas quelqu'un qui abuse du système ! »), elle garde sa rage pour elle : « moi, je ne suis pas du tout une rentre dedans, moi je m'écrase ». Le médecin revient alors sur son historique de contraception. Elisabeth explique qu'elle ne veut pas d'hormones :

Elisabeth : Il me regarde et il me fait : « ah oui, pourquoi ? ». Je lui dit : « bah parce que je sentais que ça ne me faisait pas circuler dans le corps... ». Il me regarde comme ça il me dit : « bah... », l'air de pas... et j'avais l'impression que devais me justifier, et là, déjà que dès le début, je me sentais pas bien avec lui... là je commençais à me mettre à pleurer, et du coup, je me perds dans ce je dis. Je me disais : « Mais j'ai pas envie de lui raconter mes choses intimes, de ma contraception de ce que je ressens, pourquoi tel truc ça me va pas, ou tel truc ça me va pas... ». Parce que c'est pas une oreille bienveillante, c'est un gars, là, que limite je devrais être en train de me justifier, qui me fait un procès, j'ai pas du tout envie de lui raconter mon intimité et du coup je me mets à pleurer [...] et lui, même pas il me dit : « ah bon, ça va pas, qu'est-ce qui se passe » ou alors « vous voulez un mouchoir ? », même juste un mouchoir ! [...] Et le gars, il continuait à me poser ses questions, l'air de rien quoi... [...] Et là, quand même, on m'avait pas dit qu'on allait me faire un... un... un espèce de frottis ou je ne sais pas quoi... [...] j'avais l'impression que c'était une scène horrible, c'était un cauchemar, et du coup, là [...] j'étais en train de pleurer en plus, et c'était un homme qui venait de me faire pleurer, qui va me... [...] il m'a rien expliqué du tout, j'étais méga tendue, comme ça, avec les jambes sur le truc, en plus j'avais pas envie de montrer mes parties intimes, c'était horrible [...] J'avais l'impression que c'était comme un viol, enfin c'était horrible, genre, et le pire après ça... C'est que moi je ne savais pas qu'après, il allait mettre deux doigts dedans, et tâter pour tâter l'utérus... C'était juste horrible...

Laurine : Et il ne t'a pas prévenu ?

Elisabeth : Non, non [...] Rien... c'était horrible... vraiment... Et du coup après, à la fin, il me dit... [...] Parce que parmi les entretiens qu'on a cette matinée, on a le choix d'avoir un entretien avec un psychologue. Bon, je n'en ressentais pas le besoin [...] d'autant plus qu'à la limite, j'avais pu me confier à la femme du planning et ça m'avait suffi, de pouvoir en discuter, d'avoir une bonne oreille attentive [...]. Et là, il me dit... Parce que je pleurais encore un peu tellement j'étais pas bien, il me dit : « vous avez pris rendez-vous avec le psychologue ? », je lui dis : « non, mais je pense que ça va... », il me dit : « moi je pense que vous avez besoin d'un rendez-vous avec le psychologue... », comme si je pleurais parce que... Le gars, il n'a tellement pas de sensibilité, je ne pleurais pas parce que... je pleurais parce que j'étais en face d'un espèce de connard ! Et que j'avais l'impression de m'être fait violer, c'était horrible... ! J'avais tellement juste qu'une envie, c'était de sortir de ce bureau et de ne plus jamais voir ce mec !

À la suite de cette consultation où une pénétration vaginale est imposée à Elisabeth, celle-ci se confie immédiatement à une infirmière présente qui s'insurge, lui dit qu'elle va faire remonter la scène, lui propose un thé, lui dit qu'elle est désolée et que ce n'est pas normal. Mais, quand Elisabeth revient avec sa carte de groupe sanguin, elle est de nouveau renvoyée de force vers la psychologue, ce qu'elle finit par accepter de guerre lasse : « je voulais juste qu'elle me foute la paix et qu'elle me laisse me faire avorter surtout... ». Outre l'imposition de soins non consentie, une telle psychologisation contribue à présenter les femmes comme de petits êtres

sensibles, si ce n'est des « hystériques » (Edelman, 2003), tout en masquant les effets iatrogènes de l'institution qui produit en réalité les effets qu'elle prétend soigner. Comme pour l'accouchement (Jordan, [1997] 2023), l'enjeu de fond est bien l'autoritarisme médical face à la vulnérabilité des femmes qui attendent leur IVG de l'institution : « j'ai l'impression que tout était dans leur pouvoir, dans leurs mains [...] en plus, moi je pleurais surtout en plus parce que [...] on se sent mise à nue, quand on est face au corps médical, comme ça et que tout est dans leurs mains et... alors encore plus quand on se fait engueuler par eux ». Celles-ci peuvent en effet être soumises à l'arbitraire des décisions médicales, comme le décrit Charline Pasquier (CCF, 45 ans, CIVG5) :

Si elles savent ce qu'elles veulent, donc là bon, elles prennent le comprimé comme c'était prévu. Si vraiment, il y a de l'hésitation et qu'elles sont pas au clair avec leur décision, on leur dit : « nous, on imagine que c'est mieux que vous preniez un peu plus le temps de réfléchir » ou alors « on sent que ça va trop vite, on sent que vous êtes pas bien avec ça, on ne veut pas s'immiscer à votre place dans la décision mais ça serait quand même judicieux de repousser la prise médicamenteuse » [...]. Alors des fois, on a même des médecins qui sont plus catégoriques que ça et qui disent : « non mais moi, je ne vous autorise pas à prendre le comprimé, vous êtes trop mal, c'est pas possible ». Mais en général, on leur laisse le choix... On leur dit : « ça serait quand même mieux que... ». Après, c'est elles qui choisissent.

Toute l'euphémisation rhétorique de la conseillère conjugale et son insistance sur le choix laissé ne masquent pas une pratique assumée : parfois, les médecins s'érigent en juges de la détresse et retardent volontairement l'IVG.

*

De telles attentes institutionnelles, qui exigent de produire une mise en récit intime pour accéder à un service, n'a rien de spécifique à l'IVG : il en va par exemple de même pour les personnes qui demandent l'asile politique et se trouvent sommées de faire démonstration des violences vécues justifiant la migration (Fassin, 2000 ; Fassin et Kobelinsky, 2012 ; Shumam et Bohmer, 2004) ou pour les personnes trans qui doivent, pour avoir accès à un traitement hormonal, performer devant les médecins leur dysphorie de genre pour convaincre (Bujon et Dourlens, 2012 ; Picard et Jutant, 2022). La psychologisation institutionnelle joue ainsi un rôle de contrôle social et contribue, dans toutes ces circonstances, à maintenir le soupçon et la stigmatisation sur les usager·es des services publics.

Bilan 3 : la psychologisation, obstacle paradoxal à la déstigmatisation

Dans les centres d'IVG enquêtés, la volonté de ne pas juger les avortantes et de ne pas les culpabiliser, qui atteste d'une moindre stigmatisation de l'IVG, se heurte à une *psychologisation*

systematique qui empêche une véritable déstigmatisation. L'attention au psychisme permet aux conseillères mais aussi à l'ensemble des équipes de justifier l'encadrement de l'IVG et par là même de donner du sens à leur travail stigmatisé. Il faut y voir en partie une conséquence de l'organisation du travail : l'enjeu est de donner du travail aux conseillères conjugales et familiales (qui se maintiennent dans le dispositif malgré la suppression de l'obligation d'entretien pour les majeures depuis plus de 20 ans) et de valoriser le travail de *care* de l'ensemble des équipes, faiblement reconnues par ailleurs.

Mais ces prises en charge compassionnelles portent en elles le postulat que l'IVG est toujours difficile à vivre et les avortantes qui ne suivent pas le script émotionnel d'une tristesse préalable à l'avortement, suivi d'un soulagement, restent suspectées d'être émotionnellement déviantes : en cela, la psychologisation est l'adjuvant implicite d'une stigmatisation renouvelée. Les difficultés émotionnelles supposés de l'IVG reposent en fait sur deux postulats : le premier est celui, explicite, d'un « désir de grossesse ou d'enfant » qui caractériserait ontologiquement le sujet féminin ; le deuxième, plus souterrain et volontairement laissé de côté jusque-là, renvoie à l'idée que l'IVG est contre-nature et relève d'une *confrontation avec la mort*. Anne Mortureux écrit par exemple dans le texte cité en introduction (2010, p. 9 et 15) :

En décidant d'avorter, [la femme] assume qu'un fœtus va mourir, ce qui peut provoquer une fêlure dans l'image de soi, parfois une atteinte à sa propre morale ou à son système de croyances. Dans les hésitations autour de la demande d'IVG, deux mouvements se confrontent : désir de mort, désir de vie. [...] La consultation offre aussi un lieu pour exprimer de la culpabilité, celle qui naît dans la décision d'accomplir un acte de mort plus ou moins explicitement désigné.

Bénédicte Faure (CCF, 52 ans, CPEF1) pointe aussi d'où vient, selon elle, le risque de dommages psychologiques durables en l'absence de suivi psychologique : « Ce qui fait trauma, c'est le silence. C'est quand ça se passe comme ça sans rien dire et puis d'un coup, comme ça, boum ! *Il y a plus d'enfant* et un jour ça ressort ». Des fœtus morts et des enfants disparus, telle est au fond l'origine de la douleur de l'IVG pour les psychologues et les conseillères. Or, cet implicite repose sur une forme de stigmatisation très ancienne : l'idée que l'avortement relève d'une *atteinte à la vie*, qui est une rhétorique largement instrumentalisée par les anti-IVG et diffusée dans le monde social (voir Chapitre 7). La psychologisation renouvelle ainsi, quoique très subtilement et sous couvert de protéger les femmes, la stigmatisation de l'IVG.

Si un tel procédé peut être très bien accueilli par les premières concernées, la focalisation sur l'expérience psychologique individuelle contribue à en occulter les logiques sociales. En cela la psychologisation est un a-sociologisme, qui empêche la réinscription de l'expérience abortive dans les rapports de genre ordinaires relatifs à la sexualité, à la contraception et à la parentalité, c'est-à-dire dans le système hétéronormatif tel que le décrit Judith Butler : un

« système, asymétrique et binaire, de genre, qui tolère deux et seulement deux sexes, où le genre concorde parfaitement avec le sexe (au genre masculin le sexe mâle, au genre féminin le sexe femelle) et où l'hétérosexualité (reproductive) est obligatoire, en tout cas désirable et convenable » ([1990] 2006, p. 24). Ce faisant, la psychologisation entrave aussi la présentation de l'IVG comme un droit relatif à la santé sexuelle et reproductive. Une telle narration de l'avortement, parce qu'elle invisibilise ou minore les rapports sociaux genrés dans lesquelles sont prises les personnes qui avortent, mérite d'être questionnée : tel est bien l'objectif des quatre chapitres qui suivent.

CONCLUSION INTERMEDIAIRE I. La persistance d'un soupçon moral sur l'IVG

Ce parcours dans l'histoire de l'encadrement juridique et médical de l'avortement confirme un résultat fort de la littérature : il ne suffit pas que la loi autorise l'IVG ni même que l'accès au soin soit organisé pour faire disparaître la stigmatisation abortive (Divay, 2004 ; Løkeland, 2004). Si la dépénalisation de l'avortement en 1975 a ouvert la voie à une prise en charge légale de l'Interruption Volontaire de Grossesse, sa mise sous tutelle médicale et son encadrement strict en ont fait un acte de santé « à part ». Les mauvais traitements infligés aux femmes par un corps médical soucieux de les moraliser voire de les punir n'ont pas disparu avec la loi Veil, quoiqu'ils s'atténuent au fil du temps. Désormais, dans les centres d'IVG, les professionnel·les de santé ont à cœur de ne pas maltraiter les femmes et même de leur proposer des conditions d'avortement « bienveillantes » et « sans jugement ». La puissance publique elle-même revendique son attachement au droit à l'IVG, tandis que le délit d'entrave permet, au moins théoriquement, de condamner les discours et les actes qui cherchent à empêcher ou dénoncer l'accès à l'IVG. À l'heure du débat sur la constitutionnalisation de l'avortement, force est de constater qu'en France, il a acquis une certaine légitimité sociale.

Mais s'en tenir là reviendrait à masquer tout ce qui fait encore de l'IVG un acte soupçonné : comme le constataient déjà des chercheuses états-uniennes, « l'abaissement des barrières légales a en fait révélé un stigmate culturel persistant¹ » (Norris et al., 2011, p. 7). Ce soupçon est perceptible à différentes échelles. D'abord, le militantisme anti-avortement, quoique minoritaire, reste particulièrement visible en ligne et dans des manifestations publiques (voir Chapitre 7). Or, il n'est pas seulement le fait d'acteur·ices vieillissant·es, mais il attire à lui une frange de la nouvelle génération. Ensuite, la prise en charge médicale de l'IVG est l'objet d'une délégation au sein même de la profession médicale et entre professions de santé, ce qui signale l'avortement comme « sale boulot », du moins pour les gynécologues. En ce sens, la stigmatisation ne touche pas seulement celles qui avortent, elle concerne aussi ceux et surtout celles qui les font avorter. Enfin, la surveillance médicale de l'IVG repose sur l'*a priori* d'une difficulté émotionnelle intrinsèque à cet acte, qui se traduit par un encadrement psychique

¹ "In fact, lowering the legal barriers revealed an enduring cultural stigma".

spécifique, porté par les équipes de santé et en particulier par les conseillères conjugales et familiales.

Tous ces éléments concourent à la persistance d'ambiguïtés, d'inconforts, de tensions autour de l'IVG, voire produisent des injonctions contradictoires. Pour mieux comprendre cette stigmatisation structurelle atténuée, mais persistante, il est alors nécessaire de déplier les argumentaires sur lesquels elle repose et de faire apparaître les formes qu'elle prend. La stigmatisation s'explique-t-elle par des accusations portant sur la contraception ? la sexualité ? le refus de maternité ? les représentations de l'embryon ? Comment ces différentes formes de stigmatisation s'articulent-elles pour produire la stigmatisation structurelle de l'avortement aujourd'hui en France ? En quoi traduisent-elles un certain état des rapports de genre ? Voici les questions auxquelles il faut à présent s'atteler.

Partie II. Les formes contemporaines de la stigmatisation de l'avortement

Les stéréotypes genrés – voire les insultes – pour qualifier les femmes qui avortent ne manquent pas, dans la littérature scientifique comme dans l’espace social : « Les revendications [des antiavortements] ont présenté les femmes qui avortent comme égoïstes et irresponsables¹ » écrivent Jonelle Husain et Kimberley Kelly (2017, p. 2). « Il existe deux stéréotypes dominants sur les femmes qui ont avorté : la "bonne", la "femme avortée victime", et la "mauvaise", la femme "égoïste et à la recherche du plaisir"² » souligne pour sa part Erika Millar (2017, p. 122). En France, les travaux historiques montrent comment les représentations des femmes qui avortent ont oscillé entre « la pauvre jeune fille piégée par un séducteur » ; « la mère de famille déjà débordée d’enfants » et « la débauchée » (Cahen, 2016, Chapitre 1.II.2). Je propose dans cette partie d’identifier les stéréotypes *actuels* et de questionner leur puissance de classification. Ce faisant, j’entends mettre en évidence les normes qui les sous-tendent et les effets qu’ils produisent. Car stéréotyper, c’est bien « rationaliser des rapports de pouvoir et de domination » en produisant « un ensemble de croyances et de préjugés associés à une catégorie de personnes ou de groupes » (Durif-Varembont et Weber, 2014, p. 153). De même que l’insulte est en fait un rappel à l’ordre social, le stigmate représente « un certain type de relation entre l’attribut [ici, l’avortement] et le stéréotype » (Goffman, [1963] 1975, p. 14) : le but est donc bien d’interroger ces relations en adjoignant à la perspective goffmanienne une perspective plus foucauldienne attentive à la configuration historique des formes de gouvernementalité.

En identifiant quatre figures stéréotypées des femmes qui avortent – l’« irresponsable », la « salope », l’« égoïste » et la « meurtrière », je voudrais montrer qu’elles renvoient en fait à

¹"These claims [...] presented women who abort as selfish and irresponsible".

²"There were two prevailing stereotypes of women who had abortions: the "good," "aborting woman as victim," and the "bad," "selfish and pleasure-seeking" woman".

quatre formes de stigmatisation de l'avortement distinctes³ – stigmatisation de *l'échec contraceptif* (chapitre 4) ; stigmatisation de la *sexualité récréative* (chapitre 5) ; stigmatisation du *refus de maternité* (chapitre 6) ; stigmatisation enfin de « *l'atteinte à la vie* » (chapitre 7). Ces figures stéréotypées, qui n'ont pas d'équivalent masculin⁴, participent de l'ordonnement des sexes en même temps qu'elles en permettent la reproduction et me semblent une façon heuristique d'« identifier les constructions genrées de la déviance⁵ » (Cockrill et Nack, 2013, p. 975) en matière d'avortement. Dans chacun des chapitres, je voudrais ainsi déplier les différentes dimensions de la stigmatisation abortive et les réinscrire dans la matrice des rapports de genre contemporain, pour en montrer les ambiguïtés, les recompositions mais aussi les déclinaisons. Car les rapports de genre ne sont pas les seuls rapports de domination qui président à la construction des stéréotypes de l'avortement : « la stigmatisation est inextricablement liée à d'autres formes d'oppression, en particulier [autre] le sexisme, le racisme et les inégalités socio-économiques⁶ » (Hessini, 2014, p. 618). Cette articulation des rapports de genre à des rapports de classe, d'âge, de race, impose ainsi une analyse intersectionnelle de l'*abortion stigma* français pour en montrer les variations fines.

Il est donc question d'étudier, dans une approche sociohistorique dynamique, la façon dont ces formes de stigmatisation se reconfigurent, s'imbriquent, s'articulent voire se contredisent les unes par rapport aux autres – car toutes n'ont pas la même trajectoire historique ni la même capacité à stigmatiser. Dans son ouvrage pionnier de la sociologie de l'avortement aux États-Unis, la sociologue Kristin Luker (1985) avait déjà montré comment l'argument moral relatif à la nature de l'embryon, qui oppose « pro-choice » et « pro-life », masquait au fond des divergences fortes dans les représentations de la maternité et dans le tabou sexuel⁷. De même,

³ Bien entendu, je ne suis pas la première à utiliser ce type de procédé (partir d'une figure stéréotypée pour mettre en évidence les normes qui la produisent) : je m'inspire ici largement du travail d'Isabelle Clair dans « Le pédé, la pute et l'ordre hétérosexuel » (2012) ou « S'insulter entre filles » (2017), ou de celui de l'historienne Véronique Blanchard dans *Vagabondes, voleuses, vicieuses - Adolescentes sous contrôle* (2019).

⁴ Ilana Löwy a montré de même comment la stigmatisation des « mères âgées » dans les processus d'assistance médicale à la procréation n'a pas pour corolaire celle de « père âgé » : la catégorie elle-même n'existe pas dans la littérature médicale (2009, p. 110).

⁵ "Identify "gendered constructions of deviance"".

⁶ "Abortion stigma is inextricably tied to other forms of oppression, especially sexism, racism and socio-economic inequality".

⁷ À partir de plus de deux cents entretiens réalisés avec des militant·es des mouvements « pro-choice » et « pro-life » aux États-Unis, la chercheuse montre que l'enjeu principal du débat n'est pas la nature de l'embryon mais plutôt les représentations de la maternité : là où, pour les « pro-life », elle est présentée comme centrale dans l'identité féminine, elle est pour les « pro-choice » une potentialité parmi d'autres. Dans ces positionnements face à la maternité se jouent en fait des rapports sociaux de fond : les premières sont plus souvent mariées, sans-emploi, de *middle-classe*. Les autres sont davantage autonomes, ont des emplois souvent bien payés et un haut niveau d'études. Chaque groupe considéré a donc intérêt à faire valoir ses vues : les « pro-choice », qui ont le plus de ressources, veulent faire reconnaître la légitimité de leur choix de vie là où les « pro-life », plus dominées dans les rapports de pouvoir qui traversent l'espace social, tirent reconnaissance de leur engagement maternel qui les valorise (Luker, 1985).

en France, les différentes formes de stigmatisation s'articulent entre elles, se concurrencent, se renforcent, se servent de paravent, quand certaines s'épuisent. La stigmatisation de l'avortement basée sur le « péril démographique », portée par les natalistes jusque dans les années 1970 (Cahen, 2016), a par exemple presque totalement disparu⁸ : il n'y a pas de « traîtresse à la Nation » dans mon corpus – raison pour laquelle j'ai laissé de côté cette dimension, quoique l'enjeu démographique ressurgisse aujourd'hui sous sa forme malthusienne, au nom de l'écologie et des ressources environnementales.

Mais l'objectif n'est pas seulement de décrire ces différentes formes de stigmatisation et de montrer comment elles sont (re)produites et déclinées aujourd'hui. Il est aussi question d'identifier les acteurs et actrices qui se font entrepreneur·ses des normes sur lesquelles le stigmatisme se fonde. L'enjeu de cette partie est donc de répondre à une double question : sur *quoi* et sur *qui* repose la stigmatisation de l'avortement aujourd'hui en France ?

⁸ Il n'a pas complètement disparu : en réalité, il est encore très présent dans des discours d'extrême-droite complotistes qui croient à la thèse du « Grand Remplacement » et déplorent que la baisse de la natalité en France ait été compensée par une augmentation de l'immigration – pour l'extrême droite, la dénonciation de l'IVG se fait bien au motif qu'on empêcherait la naissance d'enfants français et blancs comme il faut. Ces discours sont bien réels et des travaux ultérieurs en éclaireraient les tenants et aboutissants. Mais ils sont produits par une frange trop marginale pour avoir des effets mesurables sur les avortées – du moins sur les avortées de classe moyenne et supérieure de mon corpus, qui ne sont pas toutes blanches mais dont aucune n'est migrante de première génération. Quelques journalistes se sont penchés sur la question, et notamment Victor Mottin pour *Usbek&Rica* du 17/05/2022, « La lutte anti-IVG, obsession de la sphère complotiste française », accessible à l'adresse <https://usbeketrica.com/fr/article/la-lutte-anti-ivg-obsession-de-la-sphere-complotiste-francaise>, consultée le 29/05/2023.

Chapitre 4. Irresponsable ? Stigmatiser l'échec contraceptif

« L'association
Laissez-les Vivre a fait profondément du mal, en culpabilisant les femmes, estime Simone Iff. Avant la loi, les avortements, c'était la délivrance, on voyait des sourires sur les visages des femmes, elles nous embrassaient, alors que maintenant on voit des filles qui pleurent, qui pensent pécher. Celles qui avortent semblent plus traumatisées qu'autrefois ». Et l'ancienne présidente du Planning de marteler : « Il faut leur dire qu'un enfant a quand même bien le droit d'être aimé et désiré avant d'être conçu ! » « Les femmes n'ont plus cette idée que c'est leur droit, complète Colette Gallard, il y a une culpabilisation par la société qui fait qu'elles s'excusent de ne pas avoir pris la contraception »
(Mouvement français pour le planning familial, 2006, p. 258)

L'histoire contraceptive française est originale à bien des égards. Dans les années 1960, la nécessité de conjurer les inquiétudes natalistes a conduit à présenter la contraception comme « le premier rempart à l'avortement » (De Luca Barrusse, 2018) : un moyen de protéger la fertilité des femmes, et donc de contenir la baisse de la natalité (voir 1.1.3). Le développement de méthodes médicales à haute efficacité théorique semblait promettre « d'en finir avec l'avortement », et cette croyance dans la « contraception moderne » (Leridon, 1987) a facilité la diffusion massive de la pilule, puis des dispositifs intra-utérins : « la légitimation de la pilule repose sur la production de plusieurs évidences sur les contraceptifs oraux, qui se structurent autour de la rhétorique de la lutte contre l'avortement » (Roux, 2020, p. 110).

Si l'espoir d'éradiquer l'avortement a vite été déçu, la réduction du nombre d'IVG, du moins la réduction du nombre de grossesses non prévues, est restée un objectif de santé publique (*ibid.*, p. 49). Ainsi la contraception, en France, n'a jamais cessé d'être pensée comme une « prophylaxie » de l'avortement – la « bonne méthode » de limitation des naissances face à « la mauvaise » (Mathieu, 2016).

Or, une telle approche de la contraception est très spécifiquement française¹ et relève de ce qu'Alexandra Roux a nommé le « pilulocentrisme » : un modèle contraceptif largement dominé

¹ La mise en perspective avec d'autres pays permet de constater que des méthodes contraceptives alternatives couramment utilisées ailleurs ont été largement délaissées en France (Le Guen et al., 2017). La stérilisation masculine ou féminine est très marginale, alors qu'elle constitue le premier mode de contraception à l'échelle internationale – elle est par exemple dominante au Mexique, en Chine ou aux États-Unis. Les injections

par la pilule (au début des années 2000, plus d'une femme sur deux² l'utilise) et par les autres méthodes médicales comme le Dispositif Intra-Utérin (DIU, nom moderne du stérilet) ou l'implant. Depuis la loi Neuwirth de 1967, la contraception en France s'est ainsi caractérisée par un double mouvement de *médicalisation* et de *féminisation* (Le Guen et al., 2017), faisant des femmes, les principales responsables de la prévention des grossesses non voulues – si ce n'est les seules. Cette « norme contraceptive française » varie selon le cycle de vie : en début de vie sexuelle, le préservatif est davantage utilisé, parfois couplé avec la pilule, laquelle est utilisée seule une fois la relation conjugale stabilisée, alors que le DIU est majoritairement investi comme contraception d'arrêt par des femmes ayant le nombre d'enfant souhaité (Bajos et Ferrand, 2004, 2005).

Ce modèle est toutefois en pleine recomposition depuis le début des années 2000. Le déclin du recours à la pilule (Bajos et al., 2012), qui s'est accéléré avec la « crise de la pilule » en 2012 (Rouzaud-Cornabas, 2019), conduit à des reports vers d'autres moyens de contraception (Bajos, Rouzaud-Cornabas et Panjo, 2014), en particulier le DIU au cuivre ou hormonal (Le Guen, Agius, et al., 2020 ; Le Guen, Rouzaud-Cornabas, et al., 2020). La contraception orale reste le premier dispositif contraceptif, utilisée dans presque 40% des situations, mais désormais elle est suivie par le DIU (environ 25%), le préservatif (15%) et d'autres méthodes hormonales comme l'implant, le patch ou l'anneau (plus de 5%) (Rahib, Le Guen et Lydié, 2017) – il est d'ailleurs probable que cette tendance se soit encore accentuée depuis les derniers chiffres publiés. L'intérêt pour une contraception davantage répartie entre les sexes et moins médicalisée se fait ainsi plus vif, sans pour autant que des méthodes agissant sur la fertilité masculine ne soit vraiment répandues : la vasectomie est encore très peu pratiquée en France et la contraception thermique n'en est qu'à ses débuts (voir *infra*, 4.3.2).

En dépit d'une telle démocratisation de la contraception, les grossesses non prévues demeurent fréquentes : elles concernent une grossesse sur trois (Régnier-Loilier et Leridon, 2007) et mènent à une IVG dans six cas sur dix (Bajos et al., 2012). Ainsi, presque deux tiers des IVG (64,1% selon les données de DREES de 2007) concernent des grossesses survenues alors qu'une méthode de contraception a été utilisée (Moreau, Desfrères et Bajos, 2011). Malgré ces statistiques qui montrent la banalité de « l'échec contraceptif », « les femmes sont encore parfois culpabilisées par la décision d'IVG et peuvent être encore jugées comme irresponsables,

hormonales, massivement utilisées dans plusieurs pays d'Afrique Subsaharienne (Kenya, Mozambique, Burkina Faso...), ne sont pas employées, à l'exception de rares prescriptions à des femmes racisées migrantes (Bretin, 1992). Voir aussi l'infographie très bien faite de *The Conversation*, accessible à l'adresse <https://theconversation.com/la-pilule-premiere-methode-de-contraception-en-france-mais-pas-dans-le-monde-89207>, consultée le 16/06/2023.

² En âge de procréer et ne souhaitant pas d'enfant.

voire comme délinquantes, surtout si elles sont "récidivistes", par les médecins et bien que les mentalités médicales aient évolué » (Athéa, 2020, p. 135).

À l'heure des transformations importantes de la norme contraceptive, l'objectif de ce chapitre est donc bien d'interroger cette figure de l'avortante en femme « irresponsable » n'ayant pas utilisé, ou mal utilisé, sa contraception. Dans quelle mesure cette identité est-elle ou non assignée aux femmes (selon leurs caractéristiques sociales et les techniques contraceptives utilisées) ? Par qui procède une telle stigmatisation de « l'échec contraceptif » ? En quoi contribue-t-elle à reconduire des rapports de genre asymétriques ? Je voudrais montrer que cette forme de stigmatisation – largement produite par les professionnel·les de santé et expérimentée par les femmes de mon corpus – constitue la pierre d'achoppement de l'*abortion stigma* français et doit être comprise comme la résultante d'une histoire contraceptive récente spécifique. Elle a pour conséquence une forte remise sous contrôle médical de la fertilité des femmes après l'avortement et perpétue ainsi leur assignation à la responsabilité contraceptive, tout en dédouanant les hommes de la maîtrise de leur propre fertilité.

La stigmatisation de « l'échec contraceptif » est d'abord identifiable dans les prises en charge médicales de l'IVG – sans s'y résumer. Le moment de l'avortement se présente comme l'occasion d'une (ré)éducation des femmes (plus rarement des couples) à la contraception légitime, c'est-à-dire médicalisée (4.1). Mais cette stigmatisation de « l'échec contraceptif » ne se décline pas seulement selon le dispositif contraceptif utilisé. Elle s'inscrit pleinement dans des hiérarchies sociales et des rapports de force, non seulement entre les avortantes et les professionnel·les de santé, mais aussi entre différentes catégories d'avortantes : en cela, la stigmatisation contraceptive est *stratifiée* (4.2). Cette focalisation sur une contraception médicale et féminine contribue pourtant à reproduire des inégalités genrées : en même temps que le *travail contraceptif* des femmes (Thomé et Rouzard-Cornabas, 2017), c'est-à-dire l'ensemble de tâches nécessaires pour assurer l'efficacité de la contraception, est minimisé, la réalité des rapports sexuels et la fertilité quotidienne des hommes est passée sous silence (4.3).

4.1 L'avortement comme remédicalisation des pratiques contraceptives « déviantes »

L'enjeu principal de la prise en charge de l'IVG en France aujourd'hui est moins de comprendre pourquoi les femmes avortent que pourquoi elles sont enceintes si elles ne le voulaient pas. Sur les lieux de prises en charge, il est ainsi question de diagnostiquer « l'échec contraceptif », dans le but de proposer une contraception plus adaptée et, partant, de limiter le risque d'une nouvelle IVG – les IVG « répétées », objet d'une préoccupation démographique

et sanitaire particulière (Mazuy, Toulemon et Baril, 2014, 2015), étant parmi toutes les plus stigmatisées (Hoggart, Newton et Bury, 2017 ; Mathieu, 2016 ; Norris et al., 2011 ; Novaes, 1982). La littérature épidémiologique, qui s'attache à comparer les pratiques contraceptives avant et après l'avortement, a montré d'une part que la grossesse non prévue survient à l'occasion d'une *démédicalisation* de la contraception (Moreau, Desfrères et Bajos, 2011, p. 155) et d'autre part que l'IVG est l'occasion d'une forte *remédicalisation* contraceptive (Bajos et al., 2006 ; Moreau et al., 2010 ; Moreau, Desfrères et Bajos, 2011 ; Schoub-Thieblemont et Nadjafizadeh, 2018). Ce phénomène est également observé au niveau international (Johnson et al., 2002 ; Wang, Yan et Feng, 2004). Ainsi, selon les données de la DREES de 2007, après l'IVG, « plus de la moitié des femmes passent d'une contraception non médicale ou d'une absence de contraception à la prescription d'une méthode médicale après l'IVG (54,5%), tandis que 22,1% déclarent une méthode médicale avant et après l'intervention et que 16,6% recourent à des méthodes non médicales ou sont sans méthode » (Moreau, Desfrères et Bajos, 2011, p. 157).

La remédicalisation consiste ainsi dans l'incitation très forte faite aux avortées d'investir une méthode de contraception médicalisée agissant sur leur fertilité, indépendamment des pratiques sexuelles (comme la pilule, le DIU au cuivre ou hormonal, l'implant, et plus marginalement l'anneau contraceptif et le patch), en limitant les autres dispositifs technologiques (comme le préservatif interne ou externe, la cape cervicale) et en évitant les méthodes non-technologiques (comme l'auto-observation des cycles couplée à l'abstinence périodique ou le retrait)³. Je voudrais montrer ici comment la stigmatisation de « l'échec contraceptif » dépend non seulement des pratiques contraceptives pré-IVG, mais aussi de l'acceptation – ou non – de la remédicalisation post-IVG.

4.1.1 Le soupçon d'incompétence ou de mauvaise foi des usagers d'un dispositif médicalisé

La force de la norme contraceptive médicalisée est telle que même les personnes qui y souscrivent peuvent être suspectées d'incompétence : les mauvaises pratiques des femmes sont mises en cause avant même les limites de la technologie contraceptive. Si cette stigmatisation

³ Les travaux sur la contraception qui récusent la distinction entre contraception « moderne » (médicalisée) et « traditionnelles » se sont employés à dresser de nouvelles typologies contraceptives, selon leur efficacité supposée, la personne qui en est destinataire – voir (Thomé, 2019, pp. 23-26) pour une présentation critique de ces différentes typologies. Pour ma part, à la suite de Mona Claro (2018, p. 668), je distinguerai entre d'une part les dispositifs technologiques, qui incluent les dispositifs médicalisés (pilule, DIU, implant – plus rarement patch et anneau vaginal), les autres dispositifs technologiques (préservatif, cape cervicale) et d'autre part les dispositifs non-technologiques (retrait, suivi des cycles, abstinence ponctuelle) souvent désignés sous le terme de « contraception naturelle ».

de l'échec contraceptif est limitée pour les grossesses sous DIU, elle reste très fréquente s'agissant de la contraception orale.

« Personne pourra rien me reprocher » : les usagères de DIU et d'implant faiblement soupçonnées

Les grossesses survenues en dépit d'un DIU ou d'un implant⁴, c'est-à-dire indépendamment de l'observance contraceptive des femmes et de leurs pratiques sexuelles, constituent la principale situation où les femmes rencontrées espèrent échapper à la stigmatisation de leurs pratiques contraceptives (par les professionnel·les de santé ou leurs proches) : « au moins, quand tu as un stérilet, t'as pas de culpabilisation de "vous vous êtes mal protégée", ça c'est déjà bien » explique Camille (22 ans, enseignante, IVG à 18 ans en 2012), qui utilisait un DIU au cuivre. Hélène (28 ans, étudiante sage-femme, IVG à 23 ans en 2011), elle aussi enceinte malgré son DIU, tient le même discours : « je me suis dit, entre guillemet, personne pourra rien me reprocher, moi j'ai tout bien fait comme il faut ! ». La grossesse sous DIU est considérée par les professionnel·les de santé (et le reste du monde social) comme un rare accident, n'engageant pas la responsabilité des femmes. La stigmatisation de l'échec contraceptif s'en trouve limitée et la défaillance est attribuée à l'aléatoire de la technologie.

Il est d'ailleurs notable que les limites du dispositif lui-même ou les possibles mauvaises manipulations lors de sa pose ne sont pas envisagées : l'éventuelle responsabilité de l'industrie pharmaceutique (par exemple si le dispositif est mal conçu) ou celle d'un·e praticien·ne (par exemple une mauvaise mise en place du dispositif) ne sont pas en cause – alors même qu'un DIU mal placé a plus de chance d'être éjecté⁵ ou qu'une mauvaise conception industrielle n'est jamais exclue.

Malgré tout, il peut arriver que la responsabilité des femmes soit implicitement engagée, via la psychologisation de leur rapport à la contraception. Au chapitre précédent, l'exemple d'une jeune femme de 24 ans, qui avorte pour la cinquième fois malgré l'utilisation systématique de la pilule ou du DIU a été présenté (voir 3.1.2) : la conseillère l'invite à engager un travail psychologique pour expliquer ces grossesses successives, en postulant « qu'il y a peut-être quelque chose à creuser avec [sa] mère qui l'a eue très jeune ». L'échange ne comporte pas de stigmatisation *explicite* des pratiques contraceptives : la conseillère parle avec douceur, ne

⁴ Je n'ai pas rencontré, au cours de cette enquête, de grossesse sous implant.

⁵ L'association entre un DIU et une coupe menstruelle pour recueillir le sang menstruel semble être à l'origine d'un certain nombre de grossesses non prévues : la coupe, par un effet ventouse sur le col de l'utérus, pourrait déplacer voire aspirer le stérilet. Cette association qui nuit à l'efficacité du DIU fait encore l'objet d'une controverse scientifique, mais elle est un exemple possible de situation où la moindre efficacité du dispositif est imputable à la combinaison de deux technologies différentes en place sur le corps féminin, les usagères n'étant pas informées de ce risque puisque les praticien·nes eux et elles-mêmes n'en ont pas encore pris la mesure.

remet pas en cause la bonne foi de la jeune femme et ne lui reproche pas d'avorter une fois de plus. Mais ce qui est en jeu reste l'attribution d'une *responsabilité féminine* dans la survenue de la grossesse, ici émotionnelle (le désir inconscient de maternité et de famille). Selon la conseillère, les grossesses à répétition pourraient être dépassées par un travail sur soi, que la jeune femme est invitée à mener. Ni sa sexualité ni la fertilité de son partenaire ne sont prises en compte (à son propos, la jeune femme précise d'ailleurs : « il est très présent, il est pas bien mais *il y est pour rien*, ça l'a beaucoup chamboulé... »). La responsabilité des femmes dans la survenue de la grossesse peut ainsi être engagée, sous une forme émotionnelle, alors même qu'elles respectent scrupuleusement les prescriptions médicales, c'est-à-dire quand leur observance contraceptive n'est pas en cause.

« Vous la preniez correctement la pilule ? » : soupçon sur la contraception orale et bonne volonté contraceptive

Mais pour celles qui utilisent un contraceptif oral, l'observance est bien plus souvent en cause. Plus d'un quart des IVG – 26,7% selon l'enquête de la DREES de 2007 (Moreau, Desfrères et Bajos, 2011) – concernent des femmes qui prenaient la pilule. Dans cette situation, l'assiduité des femmes est presque toujours questionnée. L'efficacité de la contraception orale dépend en effet de leur capacité à avaler un comprimé chaque jour à la même heure – avec parfois une semaine d'interruption toutes les trois semaines. Aurore Koechlin (2021) souligne à juste titre que les gynécologues qui prescrivent la pilule partent du principe qu'elle sera oubliée et insistent sur ce qu'il faut faire dans ce cas pour éviter une grossesse. Ce postulat fait que les avortantes sous pilule sont d'emblée suspectes, y compris lorsqu'elles sont certaines de n'avoir pas manqué la prise d'un comprimé, comme Laurie (25 ans, informaticienne, IVG à 21 ans en 2015) :

[Les médecins] ils m'ont dit « ah mais vous avez dû pas la prendre... t'façon la pilule on sait très bien que les femmes vous la prenez pas rigoureusement, ou vous êtes décalées dans l'heure » ! Donc en gros c'était de ma faute [...]. Le premier médecin que j'ai vu a été vachement... C'est une sage-femme homme du coup, il était pareil vachement stigmatisant sur la question de la pilule.

Cette mise en question de l'assiduité des usagères peut aller jusqu'à questionner la prise de la contraception orale elle-même, comme pour Inès (27 ans, ingénieure, IVG à 20 ans en 2010 et 26 ans en 2016) :

C'était la honte parce que... Alors... Bon y'a un truc, j'étais sous pilule donc je peux pas vraiment y faire grand-chose. Mais je sais pas, y'a toujours un peu ce truc de... L'infirmière qui a pas été cool au planning m'a dit « mais vous êtes sûre que vous étiez sous pilule ? » Mais... Oui, merci, ça fait quatre ans que je la prends !

Les *compétences contraceptives* des femmes mais aussi *la sincérité de leurs déclarations* sont régulièrement mises en cause, même quand elles estiment ne pas avoir oublié de comprimé – Anissa (22 ans, étudiante en école de commerce, IVG à 19 ans en 2014) cherche pendant « des semaines » à quel moment elle aurait pu en oublier un.

Mais ce soupçon peut vite devenir accusation explicite dès lors que l'oubli de pilule est avéré. Cindy (30 ans, infirmière, IVG à 15 ans en 2003) raconte que les médecins qui l'ont prise en charge l'ont culpabilisée : « c'était genre... "et vous prenez quoi comme contraceptif ?" La pilule. "Ah bah fallait pas l'oublier". Voilà ! ». Les exemples de culpabilisation explicite, rapportés en entretien, sont nombreux. Et ils ne se limitent pas aux professionnel·les de santé.

Les familles, les parents en particulier, se font le relai de la norme contraceptive. Inès décrit également les propos de son père : « j'ai déjà eu une discussion avec mon père qui critiquait les *plannings familiaux*, et il disait "bon, une fille qui avorte une fois, je veux bien, mais plus, c'est quand même qu'elle est irresponsable". Oui et non. Aujourd'hui j'en suis plus si sûre ». Mélanie (26 ans, étudiante en sciences sociales, IVG à 21 ans en 2013), pour sa part, cache son IVG à ses parents pour s'épargner :

Ils ont tendance à être quand même plutôt culpabilisants par rapport à certains trucs. Et je pense pas qu'ils m'auraient déculpabilisée par rapport au fait de faire une IVG, par contre, je pense que... Ils m'auraient peut-être culpabilisée par rapport au fait d'être tombée enceinte, d'avoir oublié ma pilule. Et c'était quelque chose, c'est vrai, que je me sentais pas trop en fait de porter, à ce moment-là.

Du côté des professionnel·les de santé, l'oubli de pilule – comme la grossesse sous DIU – est régulièrement mis au crédit du « désir de maternité » implicite, plutôt que de difficultés très concrètes à s'astreindre à la prise régulière d'un comprimé :

Jeune femme de 34 ans, cinq enfants, quatorze grossesses en tout, dont quatre fausses-couches, une grossesse extra-utérine. C'est sa quatrième IVG. Elle est ASH [...]. Elle prenait la pilule mais explique qu'elle n'arrivait pas à la prendre régulièrement « je mets des alarmes, je mets des alarmes, mais je coupe l'alarme. À un moment donné, j'ai cherché mon mal, mais avec mon travail de 12h, avec les 5 enfants à gérer... ». Elle avait auparavant essayé le stérilet, qu'elle a expulsé et refuse l'implant. Dès son 4^e enfant, elle a demandé une ligature des trompes qui lui a été refusée au motif qu'elle est trop jeune. Elle précise « moi je veux quelque chose de radical, parce que je sais qu'à chaque fois je vais retomber enceinte ». Maryse, la conseillère, lui suggère également qu'elle est trop jeune pour cela. [...] Plus tard, quand Maryse (CCF, 51 ans) et Marie-Christine (médecin, 55 ans) échangent à son sujet, la médecin ironise méchamment « Ah ben quand on prend pas de contraception, on tombe enceinte, hein ! ». La discussion en vient à rapidement à son « désir inconscient de grossesse ». « Elle doit quand même avoir envie d'être enceinte cette dame, sinon elle prendrait bien sa pilule, elle l'oublierait pas ».

[CIVG2, octobre 2019]

Le travail contraceptif (Thomé et Rouzard-Cornabas, 2017) exigé par la pilule est ici balayé, en même temps que sont occultées les conditions d'existence de cette jeune mère de famille

(qui cumule cinq enfants à charge et travail salarié) et son engagement contraceptif (demande de ligature des trompes refusée par les médecins). La psychologisation du désir inconscient de grossesse renvoie l'usagère à une forme d'incompétence quasi-pathologisée et elle me semble traduire aussi le mépris social de la médecin, que signale toute son hexis corporelle (sourcils froncés, nez plissé, façon de vapoter devant tout le monde dans un espace fermé ou de mettre ses pieds sur le bureau de sa secrétaire...).

L'importance de cette stigmatisation de l'oubli de pilule doit toutefois être nuancée : prendre la pilule, *même irrégulièrement*, signale une adhésion à la norme médicale dominante. La stigmatisation se trouve ainsi limitée par cette forme de « bonne volonté contraceptive » des avortantes. Laurianne par exemple (27 ans, assistante sociale, IVG à 27 ans en 2018), qui prend la pilule depuis l'adolescence, est plutôt épargnée : « j'étais sous pilule et du coup, ben je... je l'ai oubliée une ou deux fois, comme je l'avais expliqué à la sage-femme, mais en fait, j'ai toujours oublié un petit peu ma pilule, depuis dix ans que je la prends, je la prends depuis dix ans. Et c'est arrivé à ce moment-là et puis voilà ». *Depuis dix ans*, Laurianne insiste, et par-là, elle met en évidence – pour elle, pour la sage-femme, pour moi – son adhésion à la maîtrise de sa fertilité et donc sa déviance *limitée*.

Dans les centres d'IVG enquêtés, l'oubli ponctuel de pilule reste relativement excusable⁶. S'il est rare que les professionnel·les cherchent *activement* à déculpabiliser les femmes⁷ (cette rhétorique n'est déployée qu'auprès de celles qui s'accusent elles-mêmes très fortement d'avoir oublié leur pilule), le fait est qu'à l'exception d'une médecin comme Marie-Christine⁸, les autres professionnelles rencontrées estiment que « ça arrive d'oublier », déclarent « refuser de culpabiliser les femmes » et leur laissent le « droit à l'erreur ». Mireille (infirmière, 51 ans, CIVG1) estime par exemple que son rôle, « c'est enlever un peu ce sentiment de culpabilité, des fois, tu peux très bien vomir ta pilule, avoir une gastro, pas connecter qu'il faut que tu reprennes ta pilule... ». Mais l'échec de la pilule ne semble excusable que lorsqu'il ne dépend

⁶ Dans les centres d'IVG, j'ai très peu assisté à une culpabilisation explicite comme celle rapportée par les avortées en entretien. On peut bien entendu supposer que ma présence, qui me pose en observatrice et donc juge potentielle de l'interaction, a contribué à limiter la culpabilisation contraceptive, perçue comme contraire à la déontologie professionnelle. Je crois cependant que cette culpabilisation explicite est très limitée dans les centres observés : le fait même d'accepter la présence d'une sociologue témoigne de la réflexivité des services enquêtés et de leur confiance dans leurs pratiques professionnelles.

⁷ Dans des lieux davantage militants, comme le Planning Familial de Marseille, les conseillères conjugales et familiales peuvent avoir un discours explicitement déculpabilisant, mettant en avant la complexité d'assurer au quotidien et sans faute la prise de la contraception : on peut l'entendre dans le podcast *Au cœur du Planning*, réalisé par Isabelle Duriez qui a suivi le travail des conseillères, notamment dans l'épisode 3, « J'aurais dû me protéger », accessible [ici](#).

⁸ Celle-ci n'intervenait que très ponctuellement dans le service et rarement les jours où j'étais présente : je n'ai donc que très peu d'autres éléments biographiques pour expliquer son attitude dans le centre d'IVG, mais il serait nécessaire pour comprendre plus en profondeur la production du stigmate en situation selon les caractéristiques sociales et les trajectoires professionnelles des médecins.

pas de l'assiduité des femmes ou s'avère *très ponctuel*. Quoiqu'il en soit, il ne doit pas se réitérer. Cela implique, en pratique, de corriger les comportements contraceptifs jugés indésirables et stigmatisés. La docteure Carpentier (médecin généraliste orthogéniste, 61 ans) m'explique en riant : « Du coup on les gronde, on les gronde, entre guillemets, quand elles oublient leur pilule ! ». Le ton est ironique : la praticienne, très engagée auprès des associations militantes féministes, endosse son rôle coercitif un peu à contre-cœur – mais l'endosse tout de même.

D'une façon générale, les professionnel·les de santé invitent les femmes enceintes sous pilule à mettre des alarmes de rappel à l'avenir (pour celles qui poursuivent la pilule après l'IVG) ou à changer de méthode contraceptive pour aller vers une technique indépendante du comportement des femmes (DIU ou implant) : la *remédicalisation s'observe y compris entre méthodes médicales*⁹. C'est la raison pour laquelle l'IVG chirurgicale, en déclin relativement aux IVG médicamenteuses (Vilain et al., 2020), reste valorisée dans les centres d'orthogénie, car elle est l'occasion d'une remédicalisation immédiate : « au niveau contraceptif, ce qui est pas mal avec le bloc [l'IVG par aspiration], c'est que tu peux leur poser des stérilets, des implants tout de suite quoi, tu vois, t'es tranquille... » (Docteur June (médecin généraliste, 33 ans, CIVG1).

La pilule n'est (de nouveau) prescrite que lorsque les médecins considèrent les femmes comme assez « sérieuses ». Or, lorsque les professionnel·les de santé s'attellent à évaluer les possibilités pour telle ou telle femme de s'astreindre à une observance contraceptive adéquate, il est frappant que ce sont rarement leurs conditions de vie qui sont questionnées (horaire de travail, enfant(s) à charge, répartition de la charge domestique, etc.). L'importance de la situation concrète des femmes est minorée, au bénéfice de la considération de « qualités » que les usagères possèderaient ou non : aux « sérieuses », les professionnel·les de santé opposent les « pas sérieuses » (les « étourdies », les « têtes-de-linotte », les « tête-en-l'air »), c'est-à-dire les « irresponsables ». La dialectique déployée renvoie dos-à-dos les femmes à qui « on peut faire confiance » et celles à qui « on peut pas faire confiance ». Tout se passe alors comme si l'observance contraceptive relevait d'une *qualité morale des femmes* (« être assidue », « être sérieuse ») sur laquelle les praticien·nes peuvent statuer¹⁰, plutôt que de conditions matérielles

⁹ Cette préférence pour les dispositifs longs est d'ailleurs largement mise en avant par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français qui encourage la pose du DIU et de l'implant au moment de l'IVG chirurgicale elle-même (Ohannessian et Jamin, 2016).

¹⁰ Aurore Koechlin fait d'ailleurs la même observation dans sa thèse : « quand une patiente désire se voir prescrire la pilule, Sylvie Bichet demande toujours : "êtes-vous une oublieuse ?", élevant par là l'oubli au statut de catégorie ontologique, ce qui a pour effet principal que les patientes répondent rarement "oui" à une telle question » (2021, p.425).

qui favorisent ou pénalisent l'observance quotidienne¹¹. Mais cette façon de juger est largement tributaire de jugements sociaux implicites (voir 4.2). Quoiqu'il en soit, ce glissement des *pratiques vers l'individu* fait reposer l'origine de l'oubli non plus sur un contexte, mais sur une défaillance ou une faute imputable à l'usagère, laquelle devient un signal ou un marqueur de son « manque de sérieux ». La stigmatisation opère en produisant « l'irresponsabilité » comme une caractéristique identitaire indésirable, un défaut personnel – les femmes d'ailleurs le savent, et peuvent utiliser cet argument à leur avantage pour mieux refuser cette méthode de contraception.

Pour celles qui ont ponctuellement oublié leur pilule, il semble que la stigmatisation soit *mise en sursis* : suspendue, sous réserve que cela ne se reproduise pas. Pour cette raison, les femmes qui réaffirment leur assiduité contraceptive après l'IVG sont particulièrement valorisées.

En fin de matinée, avec Maryse, une conseillère de 51 ans du CIVG2, nous passons dans l'unité ambulatoire où les patientes se reposent après l'avortement. Une jeune femme de 26 ans, qui vient de terminer son master en école de commerce, se repose avec son compagnon, horticulteur. Ils sont ensemble depuis dix ans, ont choisi l'avortement pour permettre à la jeune femme d'intégrer le marché du travail dans de bonnes conditions après son master. Maryse lui demande comment elle se sent, puis elle revient sur la question contraceptive : « Vous avez choisi quoi finalement ? ». La jeune femme explique qu'elle va revenir à la pilule qu'elle prenait, mais qu'elle avait arrêtée en raison des hormones. Maryse lui rappelle de bien commencer la nouvelle plaquette ce soir, la jeune femme approuve à plusieurs reprises : « Oh oui, j'oublierai pas, je vais être encore plus attentive », elle dit « une fois mais pas deux » « on ne se brûle pas deux fois avec la même flamme ». Elle promet plusieurs fois d'être rigoureuse avec l'observance de la pilule, elle a réglé son alarme tous les soirs. Quand nous ressortons de la chambre, Maryse me confie qu'elle trouve ce couple « vraiment mignon ».

[journal de terrain, septembre 2019]

Le jugement de valeur positif formulé par la conseillère s'explique en réalité par la conformité du jeune couple aux normes contraceptives et conjugales : outre la présence du partenaire et la durée de leur relation, Maryse valorise ici l'engagement contraceptif de la jeune femme. De même Laurianne – celle qui prend sa pilule depuis dix ans, voir *supra* – est-elle relativement épargnée de la stigmatisation parce qu'elle renouvelle son allégeance à l'assiduité contraceptive :

Quand j'ai rencontré la sage-femme, à la visite de contrôle, je lui ai demandé à quel moment j'allais être sûre vraiment que je suis protégée, elle m'a dit : « vous l'êtes, puisque vous la reprenez depuis un mois » [...]. Là du coup, je suis beaucoup plus assidue, je ne l'oublie pas,

¹¹ Les femmes elles-mêmes n'hésitent pas à s'approprier ces catégories et à se reprocher leur « étourderie » : cette stratégie rhétorique est cependant employée pour refuser une pilule contraignante, la dimension stigmatisante de l'irresponsabilité étant alors réappropriée pour mieux convaincre les professionnel·les d'une contraception alternative comme le DIU. La dimension stigmatisante de « l'irresponsabilité » peut donc parfois être retournée au bénéfice des avortées et constituer un argument légitime de refus de la pilule – plus légitime que les éventuels effets secondaires des hormones.

je la prends directement, j'ai une alarme, avant j'arrêtais mon alarme et puis je partais faire ce que j'avais à faire et puis maintenant, je la prends directement, j'arrête plus l'alarme, je la prends tout de suite parce que sinon, je sais que c'est comme ça que je l'oublie. [...] J'ai plus du tout envie de revivre ça.

Le réengagement contraceptif des femmes rend ainsi plus excusable une défaillance ponctuelle. À l'inverse, quand la remédicalisation est refusée, la stigmatisation guette davantage. Tiphany (35 ans, psychologue, IVG à 35 ans en 2017) estime qu'elle n'est « pas une patiente comme les autres » :

J'étais la seule à sourire [parmi les autres avortantes], à prendre les choses un peu de manière philosophique... Et puis quand la gynécologue est venue, après que j'ai expulsé, elle a essayé comme elle a pu de me remettre la pilule. Et moi, j'ai dit non, et c'était non négociable.

Plus âgée que la plupart des avortantes, habituée, dans sa profession, à échanger avec des professions dominantes – elle travaille au quotidien avec des magistrat·es pour qui elle réalise des expertises – Tiphany peut mieux que d'autres résister à la norme médicale. Christel (27 ans, travailleuse sociale, IVG à 26 ans en 2017), pour sa part, n'y coupe pas : « j'avais vu un médecin, une sage-femme, et elle, elle m'avait fait un peu la morale sur la pilule en me disant que j'étais un peu inconsciente, que y'avait des femmes qui s'étaient battues pour que... pour que j'ai, pour le droit à la pilule ».

Pour résumer, la stigmatisation contraceptive existe donc bel et bien. Pour celles qui utilisaient déjà une contraception médicalisée, elle est cependant tempérée par la (ré)adhésion à la norme dominante. Il en va autrement pour les femmes utilisant un dispositif contraceptif non médicalisé (comme le préservatif ou le retrait), voire pas de dispositif contraceptif du tout – les deux situations étant parfois quasi-synonymes dans l'esprit de certain·es professionnel·les de santé.

4.1.2 Une stigmatisation des pratiques contraceptives non-médicalisées

Les recompositions en cours tendent à une moindre médicalisation de la contraception : alors qu'environ 75% des femmes utilisaient une méthode médicale en 2010, elles ne sont plus que 70% en 2016 (Le Guen, Rouzaud-Cornabas, et al., 2020, p. 5). Il n'en demeure pas moins que la quasi-totalité des femmes en âge d'être fertiles et ne souhaitant pas d'enfant utilisent un moyen de contraception, médicalisé ou non – entre 92 et 97% de la population, selon les études (Bajos, Rouzaud-Cornabas et Panjo, 2014 ; Rahib, Le Guen et Lydié, 2017). Les grossesses qui surviennent en dehors d'une contraception médicale sont bien plus fortement

l'objet de la stigmatisation contraceptive et l'utilisation de ces dispositifs non-médicaux est critiquée par les professionnel·les de santé.

« Le préservatif, c'est pas une contraception » : la disqualification d'une technique n'agissant pas sur la fertilité féminine

Un jour de l'été 2019, Maryse, une des conseillères conjugales et familiales du CIVG2, reçoit par exemple une jeune femme de 20 ans et son partenaire de 26 ans, tou·tes deux technicien·nes de laboratoire. Leur rencontre a eu lieu quelques semaines plus tôt et leur relation est très récente : la grossesse survient à la suite de leur premier rapport. Quand Maryse leur demande : « vous n'utilisiez pas de contraception ? », les deux s'exclament en chœur, avec véhémence « Si, si ! », avant d'expliquer que le préservatif a craqué. La conseillère se tourne alors vers la jeune femme et lui demande, en répétant la question mot pour mot : « pourquoi vous n'utilisiez pas de moyen de contraception ? ». La jeune femme répond qu'elle « n'en [avait] pas l'utilité avant », puisqu'elle n'avait pas de partenaire. Invitée à envisager à « ce qu'elle voudrait comme contraception », la jeune femme réfléchit brièvement et explique qu'elle souhaiterait par la suite opter pour un stérilet [Journal de terrain, juillet 2019].

Cette interaction me semble particulièrement symptomatique : le préservatif non seulement n'est pas considéré comme un moyen de contraception légitime, mais en plus la responsabilité passe du couple (« vous n'utilisiez pas de moyen de contraception ») à la seule jeune femme (même question, à elle seule). Entre les deux questions, un glissement de sens et une réduction de ce que la conseillère entend par « contraception » : non plus tout dispositif pour empêcher une grossesse, mais bien un dispositif de long cours, extérieur à l'acte sexuel, sous responsabilité féminine et agissant sur le corps féminin. L'échange montre combien, dans les représentations de cette conseillère conjugale et familiale, la seule contraception qui mérite ce nom est médicale et féminine – utiliser un préservatif, ce n'est pas vraiment utiliser une contraception¹².

Or cette idée que le préservatif est un moyen de se protéger des IST plutôt qu'une véritable méthode de contraception est assez commune – son remboursement par l'Assurance maladie n'est d'ailleurs possible que depuis décembre 2018¹³, alors que les autres méthodes sont prises en charge depuis la loi Veil du 4 décembre 1974. Coline (22 ans, enseignante, IVG à 22 ans en

¹² Interrogée sur mes propres pratiques contraceptives en mai 2023, lors d'une consultation médicale qui n'avait pas grand-chose à voir avec la contraception, j'ai moi-même entendu que « le préservatif, ça fait beaucoup de bébés, vous savez ».

¹³ Depuis le 10 décembre 2018, une seule marque de préservatif, Eden, peut être prescrite sur ordonnance par un·e professionnel·le de santé (et délivrée sans ordonnance pour les moins de 26 ans). Une deuxième marque, « Sortez couverts ! », est également remboursée depuis le 01/01/2023.

2016) a par exemple été confrontée à un « accident de capote » (le préservatif s'est « coincé » dans son vagin pendant le rapport sexuel) :

La sage-femme m'a dit « non mais le préservatif, c'est pas un moyen de contraception ». J'étais là ah, ok, c'est pas comme si on nous avait toujours dit que le préservatif EST un moyen de contraception ! [ironique] Donc ça m'a un peu saoulée, sur le coup j'ai rien dit, et quand je l'ai revue le jour de l'avortement, elle est venue me voir après, je lui ai dit oui, vous m'avez dit ça mais c'est bizarre, pourquoi vous dites que c'est pas un moyen de contraception ? Elle me dit « Bon. C'est parce que c'est vraiment pas fiable. Si vous saviez le nombre de jeunes filles comme vous qui viennent me voir pour faire une IVG à cause d'un problème de préservatif, c'est effrayant. Après, c'est le seul qui protège contre les maladies infectieuses donc faut quand même l'utiliser ». Mais pour elle, c'était pas un moyen, pas vraiment un moyen de contraception. C'est pour ça que moi, maintenant, je prends la pilule alors que j'ai pas de copain.

Il semble ainsi que le « régime d'infécondabilité » décrit par Arnaud Régnier-Loilier (2007) – cette façon pour les femmes de se rendre par défaut infertiles – soit indépendant de la *sexualité réelle*, raison pour laquelle les femmes sont poussées vers des dispositifs médicaux quelle que soit la fréquence véritable de leur pratique du coït (voir *infra*, 4.3.1). Le préservatif est ainsi présenté comme une sous-contraception et ce n'est qu'à contre-cœur, quand les femmes opposent une résistance, que les soignantes admettent qu'il peut faire l'affaire.

Au CIVG1, en février 2016, une jeune femme de 25 ans, étudiante en master et ne se définissant pas comme en couple, se rend par exemple au centre d'orthogénie, enceinte après une relation sans préservatif. L'échange que j'ai pu observer est très révélateur des réticences médicales à considérer le préservatif comme un moyen de contraception légitime :

[La médecin lit le dossier rempli par la conseillère avant elle].

— C'est un problème de préservatif ... Pour la contraception qu'est-ce que vous voulez faire ?

— Continuer le préservatif.

— Continuer le préservatif ?

— Oui... [précautionneuse]

— Même s'il a posé problème ?

— Oui...

— Qu'est-ce qu'il s'est passé ? c'est une rupture ?

— Non... pas mis.

— Vous le mettez pas à certains moments du cycle ou ... ?

— Juste là.

[La médecin donne alors des précisions sur la contraception d'urgence, en lui disant d'y avoir recours en cas de problème avec le préservatif. Elle reprend :]

— Si c'est trop fréquent, il faudra voir autre chose.

— Pas la pilule.

— Pourquoi ?

— Je veux pas d'hormones, j'ai des amies qui ont eu des problèmes avec la pilule, elles ont eu un problème de tumeur, un cancer du sein ; elle est vivante donc ça va.

[La médecin explique alors qu'il est rarissime qu'une tumeur cancéreuse se développe vraiment, parfois des boules se développent dans le sein mais que ce n'est pas cancéreux, il ne faut pas confondre,

elle ajoute que les problèmes avec la pilule sont « très très rares » avant d'expliquer qu'il existe des contraceptions sans hormones, comme par exemple le stérilet au cuivre. Puis elle défend sa position :]

- On a tout un panel de contraception, la femme peut choisir. Le problème du préservatif c'est les accidents... on est à 15% de grossesses avec préservatif, 8% avec pilule à cause des oublis, 1% avec le stérilet et zéro virgule pas beaucoup avec un implant... et 25% avec des méthodes naturelles comme le retrait ou la température... donc voilà. Après le préservatif si vous êtes assidue... tant mieux !

L'utilisation du préservatif est ainsi une concession accordée faute de mieux et devant être secondée par la contraception d'urgence. La mobilisation des chiffres de l'échec contraceptif selon les méthodes atteste de la volonté de la médecin de convaincre l'usagère des bienfaits d'une contraception plus fiable. Mais surtout, et c'est ce qui m'intéresse ici, le préservatif est une fois encore concédé « si [la jeune femme] est assidue ». La responsabilité lui en est explicitement confiée, alors même que le dispositif est mis en place sur le corps de son partenaire¹⁴. Cette injonction médicale confirme un fait observé en pratique : la responsabilité contraceptive, y compris quand il est question de l'achat et du port d'un préservatif externe, revient aux femmes (Thomé, 2016). Et comme pour la pilule, la bonne observance est une tâche dévolue aux femmes, alors même que les hommes se montrent régulièrement peu coopérants (voir 5.3.2).

En fonction de la formation des professionnel·les de santé, la tolérance au préservatif est plus ou moins forte. Ony (31 ans, employée dans la restauration collective, IVG à 31 ans en 2018), enceinte à la suite d'un rapport sans préservatif, a par exemple été entendue sans trop d'insistance par la médecin du centre public d'IVG où elle avorte :

Ony : Moi, je fonctionne un peu à l'ancienne [rire]. Du coup, moi, je compte avec le calendrier et le préservatif. Mais j'ai jamais pris les implants ou les pilules, ce genre de choses, j'ai jamais pris et j'évite un peu, en fait. Et donc, quand je suis allée au centre social pour faire les démarches, on m'avait justement proposé ça. Mais j'ai dit je vais rester aux préservatifs. Voilà.

Laurine : Et ça va, on vous a pas... [fait de reproches] ?

Ony : Non, non, non. Ils ont dit oui, on respecte. Ça fait partie aussi des méthodes contraceptives. Et puis la gynécologue, elle m'a clairement dit « On ne peut pas vous obliger à faire quoi que ce soit, donc, si c'est vous, si ça vous convient, le préservatif, vous pouvez rester pour le préservatif ». [...] Elle m'avait montré, elle m'avait expliqué qu'il avait la brochure pour les méthodes contraceptives, m'avait expliqué tout. J'ai écouté, puis elle a dit « C'est à vous de choisir ». Donc moi, j'ai dit je reste au préservatif et moi, je fonctionne avec le calendrier. Elle a dit « Si c'est comme ça, il n'y a pas de souci. Ça reste une méthode contraceptive. C'est à vous le choix ».

Le respect du choix d'Ony est ici mis en avant et valorisé dans le discours rapporté de la gynécologue. Pourtant, il est encore exprimé sur le registre de la concession : le préservatif « reste » une méthode de contraception (sous-entendu : malgré ses limites) et les médecins « ne

¹⁴ Le préservatif désigne par défaut le préservatif externe (anciennement appelé préservatif masculin), l'usage du préservatif interne (anciennement appelé préservatif féminin) étant anecdotique.

peuvent pas obliger à faire quoi que ce soit » (sous-entendu : même s'ils pourraient le souhaiter).

Dans l'ensemble, le risque de stigmatisation augmente à mesure que le degré de technologisation de la contraception diminue. Mais celles qui utilisent le préservatif et font valoir leur « sérieux » témoignent encore d'une « bonne volonté contraceptive », quoiqu'avec moins de force que les utilisatrices de DIU, d'implant ou pilule. Les plus exposées à la stigmatisation restent ainsi les avortantes n'ayant *pas du tout* utilisé de dispositif technologique de contraception, en s'appuyant de façon plus ou moins affirmée sur le retrait, l'abstinence périodique basée sur l'attention au cycle menstruel – ou n'envisageant pas du tout la possibilité d'une grossesse.

« La tendance actuelle au tout-bio... ça va bien un moment » : la stigmatisation de toutes les pratiques non-technologiques

Malgré le succès historique de la pilule (Roux, 2020), l'idée qu'elle contribue à émanciper les femmes a été questionnée dès les premiers temps¹⁵ et mise à mal par la « crise de la pilule ». Elle a conduit de nombreuses femmes à, désormais, « refuser les hormones » (Le Guen et al., 2021). En entretien, il est fréquent que le rejet d'une première contraception orale soit expliqué ainsi : « j'avais arrêté de prendre la pilule, parce que j'étais un peu contre tout ce qui est hormones... » (Christel, 27 ans, travailleuse sociale, IVG à 26 ans en 2017) – l'impact sur « la libido » étant fréquemment mentionné (voir 5.3.1).

Or, ce refus contemporain d'une contraception hormonale agace particulièrement les médecins et expose les femmes à la stigmatisation. Cette tension est avant tout générationnelle : elle engage des représentations différenciées de la « libération » permise par la contraception orale. « Nous on réclamait le droit de prendre la pilule tandis que les jeunes femmes d'aujourd'hui réclament le droit de ne pas la prendre... pourquoi pas, mais bon, faut voir ce qu'on propose à la place » résume la docteure Voltaire (54 ans, gynécologue, CIVG7). Si les médecins les plus jeunes sont plus ouvertes à des pratiques contraceptives non médicales,

¹⁵ « Le conflit actuel, souvent présenté comme nouveau, ou comme la résultante d'un désintérêt actuel des femmes pour les méthodes hormonales de contraception ou d'une méfiance vis-à-vis de la sphère médicale, n'est en fait pas un phénomène si nouveau que cela. Différentes voix se sont ainsi élevées, dans les années 1970, pour critiquer la médicalisation de la contraception, les risques supportés uniquement par les femmes, l'absence de partage de la responsabilité contraceptive ou encore pour remettre en cause l'idée que la pilule aurait permis de manière univoque une révolution sexuelle » (Roux, 2020, p. 473-474). Aux États-Unis par exemple, Barbara Seaman, journaliste, écrivaine et militante féministe, dénonce les effets secondaires de la pilule dans un livre paru en 1969, *The Doctor Case's against The Pill*, puis en 1972 auprès de la *Food and Drug Administration*. Elle accuse les scientifiques industriels d'une discrimination entre hommes et femmes (Oudshoorn, Akrich et Le Doaré, 1999, p. 145-146).

l'ancienne génération peut y voir une offense directe aux luttes menées en faveur de l'autonomie procréative des femmes. Cette tension se rejoue chez les militantes du Planning Familial.

En juin 2018, l'Assemblée Générale d'une antenne locale du Planning de la région enquêtée est la caisse de résonance de cette opposition : la rédaction par quelques jeunes membres de l'association d'une brochure sur les méthodes de contraception dites « naturelles », qui fait suite à des demandes répétées des usagères, suscite la colère des plus anciennes. Le débat est vif : les premières plaident la nécessité pragmatique d'informer les personnes qui le réclament (l'argument est : quitte à choisir une contraception moins fiable, autant en user le mieux possible) tandis que les secondes y voient la remise en cause de l'autonomie procréative des femmes. Les enjeux sont autant politiques qu'intimes : une militante dans la soixantaine, qui avait vingt ans lors des mobilisations en faveur de la contraception, particulièrement véhémement contre ladite brochure, me confie en aparté qu'elle a l'impression que « les jeunes crachent sur [son] combat » [Journal de terrain, juin 2018].

L'agacement des plus âgées (et de certaines jeunes) devant de jeunes femmes refusant la prise d'hormones est manifeste, y compris parmi les médecins orthogénistes mieux formé·es à la contraception et habitué·es à proposer un panel varié de méthodes – la docteure June (médecin généraliste, 33 ans, CIVG1) critique par exemple des « jeunes qui demandent un stérilet et qui après pleurent parce qu'elles le supportent pas » [CIVG1, mars 2016]. La docteur Armana (médecin généraliste, 57 ans, CIVG1) y voit pour sa part une « mode » qu'elle associe à une transformation plus générale des pratiques de consommation :

Bah y'a le fait qu'il y a eu des problèmes avec les pilules de troisième et quatrième génération... Elles n'ont pas bien compris, les patientes, ce que c'était qu'une pilule de troisième et quatrième génération, donc du coup elles sont extrêmement méfiantes. La tendance actuelle étant au tout-bio, je laisse mon corps en jachère, vive la nature et les petits oiseaux [rire], voilà, c'est un peu la tendance actuelle, retour au préservatif, au calcul des dates, voilà, méfiance vis-à-vis des stérilets, des implants, des hormones, et... Bon ben le calcul des dates et le préservatif ça va bien un certain temps mais ça n'a pas une efficacité... Et elles viennent nous voir, on essaie de leur expliquer que les médicaments qu'on leur donne pour l'interruption de grossesse ne sont pas bio hein, qu'ils sont assez puissants et... Mais bon ça... Elles voient le bio que quand ça les arrange, voilà, ça les gêne pas du tout de faire des IVG à répétition. Elles ont du mal à s'imaginer qu'il puisse y avoir un risque.

Ce discours critique est très partagé par les médecins¹⁶, mais aussi par les conseillères conjugales et familiales, comme Bénédicte Faure (CCF, 52 ans, CPEF1) :

¹⁶ Elisabeth Aubeny, ancienne gynécologue médicale, co-fondatrice de l'Association française de contraception, interrogée par Alexandra Roux (2020, p. 470-471), dit la même chose : « Il y a des femmes qui refusent des pilules. Qui sont revenues à des vieilles méthodes, de température, le préservatif. On les voit quelque

Il y a aussi toute une génération, là sur les jeunes je pense, c'est aussi intéressant hein, où il y a un problème avec les hormones. Tout bio-land là, enfin je les appelle les "bio-land", c'est pas méchant hein, parce que je les adore, mais du coup elles font des IVG à répétition ces jeunes. « Ah mais la méthode naturelle, c'est super ! » [...] Et moi, je leur dis pas « la méthode naturelle ça marche pas » je peux pas dire ça ! Effectivement, les méthodes naturelles, c'est quelque chose qui fonctionne, qui a le vent en poupe, enfin qui a le vent en poupe, enfin il y a des contraintes [...]. C'est super pour avoir des enfants !

Les équipes des centres d'IVG stigmatisent ainsi de concert ces pratiques alternatives et, si elles se contiennent en partie devant les avortantes (quoique le discours conclusif sur le « choix laissé » survienne toujours après de fortes incitations à la remédicalisation), entre elles, les commentaires vont bon train. J'ai pu assister plusieurs fois à des concertations où les professionnel·les de santé ironisent sur les « mauvaises » pratiques contraceptives de telle ou telle femme. Par exemple, au CIVG2, une femme habillée d'un pantalon en lin coloré et de grands colliers, foulard dans les cheveux, dit utiliser la « contraception naturelle » parce que la pilule lui est déconseillée pour des raisons de santé. Son hexis corporelle et son discours signalent un engagement dans des pratiques alternatives – elle se présente comme magnétiseuse. Après son passage dans le service, Maryse, la conseillère conjugale, habituellement plutôt douce et compréhensive, remarque avec sarcasme que « son magnétisme n'a pas suffi à lui dire qu'elle était enceinte » et Julie, la jeune médecin d'ordinaire très compréhensive envers ses patientes, lève les yeux au ciel, soupire et caricature d'une voix aigüe un discours hypothétique : « oh la la, je me contrôle » [CIVG2, septembre 2019].

Cette petite scène me semble extrêmement significative du conflit de légitimité qui se joue autour de la « contraception naturelle ». Les femmes qui refusent les dispositifs médicaux et technologiques refusent *en même temps* l'autorité médicale sur leur corps ; or, pour les médecins, c'est cette remise en cause de leur pouvoir et de leur compétence qui est difficilement acceptable. La stigmatisation des pratiques contraceptives non-technologiques, outre leur moindre efficacité, s'explique aussi par le désaveu médical, relativement mal vécu – la remédicalisation étant alors une réimposition de l'autorité médicale.

« Celles qui prennent l'IVG pour un moyen de contraception » : un mythe tenace

Enfin, les femmes les plus exposées à la stigmatisation restent celles qui n'utilisaient *pas du tout* de contraception au moment de la grossesse. Si elles sont surreprésentées parmi les

fois revenir avec des avortements, quand même. (...) Mais je crois que c'est l'air du temps aussi. C'est l'artificiel, tout ce qui est artificiel, c'est pas bien, il faut revenir au bio, il faut revenir au naturel, etc. ».

avortées¹⁷, elles n'en restent pas moins minoritaires (un tiers des avortements, selon les données de la DREES de 2007). Mais les statistiques ne laissent pas transparaître le recueil initial des données, et rien ne dit que la catégorie « pas de contraception » soit toujours interprétée selon la définition de l'enquête¹⁸. Définir « l'absence de contraception » reste en effet problématique : à partir de quel degré de surveillance du cycle menstruel et d'adaptation des pratiques sexuelles en conséquence (abstinence, pratiques non-pénétratives, retrait...) considère-t-on que les pratiques sont contraceptives ou non ? Un rapport sexuel exceptionnellement réalisé sans préservatif relève-t-il d'une absence de contraception ou d'un usage défaillant de ce dispositif ? Laura (21 ans, étudiante en relations internationales, IVG à 20 ans en 2016), qui était attentive à ses jours de fertilité et pratiquait le retrait, se perd par exemple dans le suivi de son cycle. Carole (38 ans, avocate, IVG à 27 ans en 2007 et 36 ans en 2016) affirme qu'elle « n'avait pas de contraception », pourtant avec son partenaire ils « faisaient gaffe » (ils pratiquaient le retrait). Elle ajoute : « les fois où c'était un peu limite [où le rapport était proche des moments d'ovulation], je prenais la pilule du lendemain pour pas que ça arrive... Et ça a fini par arriver... ». Dans quelle mesure toutes ces pratiques sexuelles sont-elles contraceptées ou non ? La frontière ici est d'autant plus fine qu'en dehors d'un dispositif extérieur à l'acte sexuel, la question se rejoue à chaque rapport.

L'absence de contraception à l'occasion d'un rapport ne signifie pas que les femmes ne sont pas engagées dans le travail contraceptif : Alison (24 ans, doctorante en sciences expérimentales, IVG à 21 ans en 2014) découvre sa grossesse lors de sa consultation pour se faire prescrire une contraception. Ophélie (19 ans, étudiante en DUT, IVG à 18 ans et demi en 2018) comme Valentine (28 ans, relectrice, IVG à 17 ans en 2009) se découvrent enceintes alors qu'elles attendaient le premier jour de leurs règles pour prendre la pilule :

Valentine : Y'a eu un souci de capote, j'en sais rien... J'ai jamais vraiment su à quel moment ça c'était passé. Je prenais pas la pilule... En fait, ce qui est drôle, enfin c'est pas drôle, mais j'avais pris rendez-vous chez la gynéco, j'avais eu l'ordonnance pour ma pilule, j'étais allée chercher la pilule à la pharmacie, et j'attendais juste le premier jour des règles... Tu sais, tu dois attendre le premier jour de tes règles pour commencer ta première pilule. Elles sont jamais arrivées... Parce que j'étais enceinte.

Plusieurs jeunes femmes rencontrées en centre d'orthogénie font le même récit. « L'absence de contraception » ne reflète pas un refus de la norme contraceptive : au contraire, elle met en

¹⁷ Les données en la matière estiment qu'un tiers des IVG surviennent sans aucune contraception (Moreau, Desfrères et Bajos, 2011) alors que la proportion de femmes ayant une sexualité active, ne souhaitant pas d'enfant, et n'utilisant pas de contraception est plutôt estimée entre 3 et 8% selon les enquêtes (Bajos, Rouzaud-Cornabas et Panjo, 2014) comme en 2016 (Rahib, Le Guen et Lydié, 2017).

¹⁸ La différence entre les 3% de l'enquête Fécond (Bajos, Rouzaud-Cornabas et Panjo, 2014) et les 8% du Baromètre Santé de 2016 (Rahib, Le Guen et Lydié, 2017) s'explique par des définitions différentes de l'absence de contraception dans les deux enquêtes.

évidence les difficultés matérielles des femmes face au travail contraceptif et la lourdeur des effets secondaires des dispositifs médicaux sur le corps. Or ce travail contraceptif est largement sous-estimé et pas toujours considéré par les professionnel·les de santé, mais aussi par l'ensemble du monde social (voir 4.3.1). L'idée que pour certaines femmes « l'IVG serait un moyen de contraception », propagé par certains médecins et dans l'opinion publique, reste ainsi largement un mythe qui stigmatise les femmes – quant aux femmes rencontrées pendant cette enquête qui tiennent ce discours, comme Férouze (42 ans, aide-soignante, IVG à 26 en 2003 et 30 ans en 2007) ou Cindy (30 ans, infirmière, IVG à 15 ans en 2003), elles sont elles-mêmes professionnelles de santé...

La stigmatisation de « l'échec contraceptif » est donc bien plus prégnante lorsque les femmes n'utilisaient pas une méthode de contraception considérée comme fiable : les circonstances de « l'échec contraceptif » dessinent une ligne de fracture entre le « bon » et le « mauvais » avortement (Norris et al., 2011, p. 5). La remédicalisation contraceptive peut alors être vécue sur le mode punitif, comme pour Elisabeth (25 ans, service civique dans une association culturelle, deux IVG à 21 ans en 2014 et une à 25 ans en 2018) après ses deux IVG à deux mois d'intervalle (ses partenaires ne se sont pas retirés) :

Moi, à ce moment-là, j'avais un problème avec la contraception, parce que déjà, j'aimais pas utiliser un préservatif, et puis aussi parce que je voulais pas prendre d'hormones [...] et puis bon, bref, du coup, après la deuxième fois, je me suis fait mettre un implant, même si je ne voulais pas les hormones. J'avais dit : « mettez-moi ce que vous voulez, je suis désolée », c'était plutôt cette attitude-là que j'avais... Et donc, je me disais que si ça se trouve, ça allait bien se passer, mais en fait l'implant, je l'ai mis en continu, en plus mentalement, ça m'a minée, de sentir que j'avais un corps étranger dans le corps, qui m'envoyait des hormones [...] et puis des saignements constants [...] j'ai l'impression d'avoir saigné en continu pendant, je ne sais pas, huit mois... ou six mois... enfin, c'était vraiment... du coup, je l'ai enlevé.

Elisabeth finit par renoncer temporairement à la sexualité elle-même : « après j'ai pas eu de rapports pendant très longtemps, [...] je [n]'ai plus ressenti le besoin d'avoir des aventures comme ça, même au contraire [...], j'étais tellement bien dans ma tranquillité ». La stigmatisation de l'échec contraceptif peut ainsi avoir un impact important sur la sexualité (voir 8.2).

Quoiqu'il en soit, l'objectif partagé des équipes de santé est d'éviter autant que faire se peut la réitération de l'IVG. Les professionnelles se donnent ainsi pour but de « rééduquer » à la contraception, en profitant de ce que les avortantes sont captives de l'institution pour ramener les femmes vers des dispositifs indépendants de l'acte sexuel et centrés sur leur propre fertilité.

*

Pour résumer, la *stigmatisation de l'échec contraceptif féminin* transforme des pratiques contraceptives non-médicalisées et/ou mal appliquées en des pratiques *déviantes*, produisant ainsi un stéréotype de femme « irresponsable » ayant manqué au devoir de se contracepter

efficacement. Envisager l'avortement comme un « échec contraceptif » des femmes pouvant et devant être corrigé par la (re)mise sous contrôle contraceptif médicalisé du corps féminin renvoie ainsi les femmes à une « responsabilité contraceptive » à laquelle elles auraient manqué. Mais cette responsabilité contraceptive ne dépend pas seulement des pratiques réelles : comme on va le voir, elle s'articule à des représentations sociales des compétences contraceptives, différenciées selon les catégories de femmes.

4.2 Figures de « l'irresponsable » : une stigmatisation contraceptive stratifiée

En matière de contraception, les professionnel·les de santé sont les principaux·les¹⁹ entrepreneur·ses de morale et participent à la production d'une « contraception stratifiée », pour reprendre l'expression forgée par Hélène Bretin (1992, 2004) à la suite de travaux sur la « reproduction stratifiée » (Ginsburg et Rapp, 1995 ; Sargent et Cordell, 2003). Cette contraception stratifiée distingue « les femmes aptes à l'usage des méthodes contraceptives dominantes et celles qui, pour une raison ou une autre et à un moment donné de leur existence, ne le seraient pas » (Bretin, 2004). Les enquêtes quantitatives, pourtant, montrent que la norme contraceptive varie peu selon la classe sociale (Leridon, Bajos et Oustry, 2002), les pratiques contraceptives ayant eu tendance à converger jusqu'à la fin des années 2010 (Bajos, Oustry, et al., 2004). La stratification contraceptive semble ainsi affaire de représentations sociales associées à la procréation et de ce fait, la stigmatisation contraceptive, elle aussi, est *stratifiée*. Le soupçon contraceptif ne se présente pas de la même façon selon l'appartenance sociale des femmes, et les catégories de « sérieuses » et « pas sérieuses » produites par les professionnel·les de santé – et le reste de la société – sont en fait la traduction de jugements sociaux implicites.

4.2.1 Des professionnel·les de santé responsables de responsabiliser les femmes

Il faut voir à *quel point* les professionnel·les de santé intériorisent leur mission d'éviter un nouvel avortement. Comme l'a souligné Aurore Koechlin, la gynécologie médicale s'était construite, en France, comme une spécialité de la prévention des IVG (2021, p. 423). C'est

¹⁹ J'ai laissé de côté, dans ce travail, le rôle des laboratoires pharmaceutiques, mais Alexandra Roux (2020) a bien montré le rôle de ces acteurs dans la promotion de la pilule. Les laboratoires sont probablement fort responsables de la persistance des méthodes médicalisés, puisqu'ils ont un intérêt économique majeur à vendre des médicaments. La diffusion de méthodes non-médicales est pour eux un réel manque à gagner. Or, ce sont les laboratoires qui financent de nombreuses brochures disponibles dans les centres d'IVG, brochures qui ne mentionnent pas le préservatif ni les méthodes non-médicales (voir le prospectus en Annexe H)... et perpétuent l'injonction à une contraception féminine et médicalisée.

encore plus vrai de l'orthogénie. Dans les centres enquêtés, l'objectif n'est pas seulement de faire les IVG ; c'est aussi d'« éviter que les femmes reviennent [les] voir », par la prévention contraceptive, comme l'explique par exemple la docteure Armana (médecin généraliste, 57 ans, CIVG1) :

Les patientes, on essaie de les convaincre de faire quelque chose [pour leur contraception]. On leur fait des p'tits blisters là, des p'tits triptyques [elle étale les prospectus sur son bureau] pour l'implant, la pilule, le stérilet, on essaye d'en parler, d'en reparler, d'en rereparler,

Cette responsabilisation des femmes engage en réalité la responsabilité des médecins et des soignantes. Les professionnelles de l'IVG sont ainsi les premières lieutenantes des pratiques contraceptives légitimes, au point d'y jouer leur propre sérénité et leur sentiment du travail accompli, comme pour Mireille (infirmière, 51 ans, CIVG1) :

Mireille : Au début j'étais beaucoup plus dans la culpabilité quand je voyais des femmes revenir et que je me disais mince, on a fait l'IVG y'a 6 mois, pourtant j'ai tout expliqué comme il faut [...]

Laurine : Tu te sens une culpabilité par rapport à toi ?

Mireille : Bah... au début tu te dis, l'IVG est faite, bon, ben c'est plus nous [les infirmières] qui voyons pour la contraception, explication des pilules, explication de tout, et quand tu te dis mince elle revient, qu'est-ce qu'elle a pas compris ? Pourquoi elle revient alors que pour moi c'était très clair ? [...] Maintenant, je pense que je suis peut-être moins catégorique [...] parce que c'est de toutes façons elle qui va choisir de prendre sa contraception, je ne serai pas chez elle pour lui faire avaler sa pilule !

Ainsi, « les professionnelles de santé sont hantées par le risque d'une grossesse non prévue de leurs patientes, malgré le fait qu'elles défendent [...] l'avortement et tiennent des discours assez engagés sur le sujet » (Koechlin, 2021, p. 423). Or, ce contrôle social ne s'exerce pas au hasard. Les professionnelles de santé en charge de la « biopolitique déléguée » (Memmi, 2003) sont elles-mêmes des femmes et plus précisément, *une certaine catégorie de femmes* : blanches, issues de la classe moyenne et supérieure, en couple hétérosexuel, souvent mères de famille (voir Méthodologie).

De la même façon que les juges qui règlent les divorces ont une vision stigmatisante de certaines femmes (notamment celles qui ne travaillent pas), ce qui influence leurs jugements (Bessière et Gollac, 2019), les professionnelles de santé ne sont pas seulement promotrices des injonctions contraceptives dominantes. Elles les expérimentent aussi par corps dans leur vie personnelle et, bien souvent, se servent de cette expérience propre pour accentuer le gouvernement des conduites contraceptives (Thizy, 2023). Une jeune médecin, par exemple, ayant elle-même opté pour un DIU hormonal, n'hésitera pas à en faire la promotion à une usagère réticente, en lui assurant que « c'est génial » et « comme ça on a la paix » [CIVG1, mars 2016]. Les professionnelles de santé exercent ainsi un *soft power*, un gouvernement par

la parole « doux » (Memmi, 2003). Elles souscrivent à la norme médicale et sont elles-mêmes parfois dans une logique d'hyper-contrôle de leur fertilité, qui rend difficilement compréhensible les « prises de risque » de certaines usagères.

Après une matinée de consultation au CIVG, avec deux profils de femmes se ressemblant (de jeunes mères de familles ayant déjà avorté une ou deux fois auparavant, et estimant ne pas trouver de contraception adaptée), Florence (sage-femme, 41 ans, CIVG2) débrieife avec Maryse (CCF, 51 ans, CIVG2) : « La deuxième, elle est repartie avec une pilule alors que de toute évidence, ça lui convient pas, parce qu'elle ne voulait pas autre chose [...] moi je comprends pas, je comprends pas ces jeunes femmes, on leur propose des contraceptions qui sont les plus fiables, elles veulent pas les tester. Oui, parce qu'en l'occurrence, celle-ci était enceinte sous pilule, bien prise donc, enceinte sous pilule, bien prise, tu commences à baliser quoi ! Enfin à te dire qu'il faut chercher, en termes de contraception ». Elle explique à la conseillère que le plus fiable, c'est l'implant, parce les hormones sont diffusées en continu, mais que la jeune femme lui a opposé un veto, parce qu'une amie à elle est « tout le temps malade à cause de ça ». Elle refuse aussi le stérilet au cuivre, qu'elle a déjà testé et fait retirer car il lui créait des kystes aux ovaires, et elle refuse de tester le stérilet hormonal. Le débat s'engage sur pourquoi les jeunes femmes refusent de tester des contraceptions alternatives et Florence, pour sa part, y voit un manque de rationalité : « je comprends pas, c'est pas du tout rationnel, c'est pas du tout rationnel » et aborde alors son ressenti personnel : « moi, avec mes études, j'étais tellement phobique d'une grossesse non prévue ! Je comprends pas que les femmes, elles cherchent pas l'efficacité maximale ! ». Elle répète plusieurs fois qu'elle était « phobique » de tomber enceinte sans le vouloir.

[CIVG2, septembre 2019]

Florence, sursocialisée par ses études de sage-femme à la norme contraceptive (et son corollaire : la stigmatisation des grossesses non prévues), raisonne depuis son système normatif, qui place la grossesse non prévue très haut sur son échelle personnelle de l'horreur – au point qu'elle parle de « phobie ». Mais cette « phobie », bien entendu, est pleinement tributaire de sa socialisation professionnelle. Ce qui est frappant, c'est que toutes les catégories professionnelles, y compris les conseillères conjugales et familiales dont ce n'est pas le cœur de métier, participent à ce contrôle contraceptif des corps. Si aborder les questions de contraception est considéré comme une bonne stratégie pour commencer les entretiens psychosociaux, les conseillères envisagent aussi qu'elles ont, relativement aux professions prescriptrices (médecins et sages-femmes), un important rôle d'adjuvantes pédagogiques. Charline Pasquier (CCF, 45 ans, CIVG5) décrit ainsi ce rôle :

Charline Pasquier : Elles sont plus enclines à en parler et à s'appropriier le sujet [de la contraception] que quand on impose et que quand on dit "Ah bah vous êtes tombé enceinte alors maintenant on fait quoi ?" d'une manière un peu péjorative. [...] alors on essaie de revenir sur tous les *a priori* qu'elles ont sur les moyens de contraception. Je pense notamment au stérilet [...]. On essaie de dédramatiser ce mode de contraception, par rapport à une pilule notamment, si la pilule a pas marché. [...]

Laurine Thizy : Et y en a qui refusent les dispositifs médicaux et qui veulent rester avec...?

CP : Alors oui y en a. [Elle hésite, cherche ses mots]. Donc sans parler que ça nous fait peur... Mais, c'est difficile de se dire... Elle fait une IVG... Voire 2... Elle revient... Et elle repart sans moyen de contraception... [Elle soupire].

La contestation de l'autoritarisme des médecins se fait sur la forme, non sur le fond : là encore, priorité est donnée aux dispositifs de long cours indépendants de l'observance. Le changement de méthode – le dialogue et le choix laissé plutôt que l'imposition – poursuit le même but. La psychologisation vient alors au renfort de la médicalisation. Bénédicte Faure (CCF, 52 ans, CPEF1) explique avec fierté son travail de pédagogie réussi :

Ils ont vachement bougé, nos médecins, vraiment, ils ont vachement bougé ! C'est fou. C'est « ouais, il y a une patiente, j'arrive pas à lui poser son stérilet, tu veux pas la recevoir ? » [sourire fier]. Voilà, on en est là aujourd'hui ! Et on fait deux entretiens, et le stérilet, il passe, quoi. [...] Et alors là, c'est pareil, on travaille la parole [...] et très souvent ça marche.

L'ensemble des équipes d'orthogénie, qui sont issues de milieux sociaux relativement comparables, malgré les hiérarchies professionnelles, concourent ainsi à la remédicalisation post-IVG. Les professionnelles de santé relaient ainsi auprès des avortantes les normes contraceptives dominantes dont elles sont en même temps les porte-parole et l'incarnation. Ainsi que le montrent Alexandra Roux, Cécile Ventola et Nathalie Bajos, à défaut d'une formation adéquate, les praticien·nes s'appuient sur un savoir profane pour prescrire des contraceptifs (2017). Mais même les praticiennes les mieux formées à la contraception et à l'avortement recourent à leur expérience de sens commun pour orienter leurs prescriptions. Il en résulte une différenciation des prises en charge selon les caractéristiques sociales des avortantes.

4.2.2 « Tomber enceinte sans le vouloir, c'est un peu "cassos" » : l'IVG au risque du déclassement

À propos de son avortement au début des années 1960, Annie Ernaux écrit dans *L'Événement* :

J'établissais confusément un lien entre ma classe sociale d'origine et ce qui m'arrivait. Première à faire des études supérieures dans une famille d'ouvriers et de petits commerçants, j'avais échappé à l'usine et au comptoir. Mais ni le bac ni la licence de lettres n'avaient réussi à détourner la fatalité de la transmission d'une pauvreté dont la fille enceinte était, au même titre que l'alcoolique, l'emblème. J'étais rattrapée par le cul et ce qui poussait en moi c'était, d'une certaine manière, l'échec social. ([2000] 2019, p. 31-32)

La lucidité sociologique de la Prix Nobel de littérature – « ce qui poussait en moi, c'était l'échec social » – me semble ici particulièrement aigüe, si l'on se rappelle les termes d'Erving Goffman : « L'idéologie du stigmaté [...] sert aussi parfois à rationaliser une animosité fondée sur d'autres différences, de classe, par exemple » ([1963] 1975, p. 15). Plusieurs enquêtées

mobilisent en effet des figures stigmatisantes inscrites dans la hiérarchie sociale pour décrire les femmes qui avortent, et notamment la figure de la « cassos ». Coralie (22 ans, étudiante en art, IVG à 21 ans en 2016) refuse par exemple de parler de son IVG à son père : « Mon père... lui il a des préjugés très tranchés. Pour lui, une jeune fille qui tombe enceinte sans le vouloir c'est un peu une "cassos" [...] Ouais, pour lui, c'est... c'est "cassos" quoi, je sais pas comment expliquer. C'est "pauvre fille", quoi ». L'expression provient de la contraction de « cas social » et décrit péjorativement les personnes les plus précaires, dépendantes de l'assistante publique. La sociologie du mépris de classe a montré comment la mobilisation de tels stéréotypes relève en fait d'un jugement moral classificatoire, venant resignifier des hiérarchies (Renahy et Sorignet, 2020).

La stigmatisation liée à l'échec contraceptif est ainsi davantage redoutée parmi les enquêtées les plus dotées, car elle porte en elle la possibilité d'un déclassement au moins symbolique, comme pour Céline (34 ans, commerciale, IVG à 32 ans en 2015) : « c'est sûr qu'il y a un peu la peur d'être prise pour... "Ben t'es conne quoi". "Ben comment tu t'es démerdée ?". Ouais c'est sûr ça, c'est sûr ». Ne pas maîtriser sa contraception, ce n'est donc pas seulement risquer d'être jugée moralement comme irresponsable : c'est aussi redouter d'être socialement associée à une catégorie sociale ou intellectuelle dévalorisée. Cette peur de passer « pour une conne » a pour corollaire un imaginaire social qui associe l'absence de maîtrise à un déclassement puisque, à l'inverse, l'idéal de maîtrise de soi en général, et de maîtrise contraceptive en particulier, reste un idéal de classe supérieure.

En creux, la stigmatisation contraceptive révèle en effet des rapports de classe qui font de la capacité à maîtriser son corps un élément de distinction. Muriel Darmon, à la suite des travaux de Pierre Bourdieu dans *La Distinction* (1979), a montré combien l'anorexie est socialement située puisqu'elle touche principalement des adolescentes issues de la classe moyenne et supérieure. Parmi cette catégorie, le contrôle sur l'alimentation procède d'un contrôle plus général sur le corps, qui s'inscrit dans des pratiques sociales et culturelles dominantes (2008). Selon la même logique, Emma Tillich a montré que les femmes stérilisées sans enfant, les « *childfree* », appartiennent aux classes supérieures et convoquent tout un imaginaire distinctif de maîtrise de soi (2019, 2020). L'idéal de maîtrise contraceptive – et la crainte d'une stigmatisation de l'échec socialement déclassante – est principalement incarné par la frange la plus favorisées de mon échantillon, qui a intégré les « bonnes pratiques » contraceptives de

même que les bonnes pratiques scolaires – la contraception médicalisée ayant d’abord été investie par les classes favorisées (Bajos et Ferrand, 2005, p. 116²⁰).

Derrière la figure de « l’irresponsable » se joue ainsi un classisme latent faisant des moins favorisées une figure repoussoir. Noémie (24 ans, étudiante en école d’architecture, IVG à 22 ans en 2015) le dit clairement :

Je me suis dit « Oh purée ! T'es pas douée », entre guillemets. « T'as toute cette chance en France que ça soit pas répréhensible de prendre une contraception, et t'arrives à tomber enceinte quoi ! » donc, entre guillemets, « t'es pas très douée ma pauvre petite » [...]. On se dit que ça arrive qu'à des nanas je sais pas, qui sont contre la contraception, ou qui sont marginales je sais pas. Et si t'es une bonne petite nana moderne qui prend sa contraception normalement [ironique], ça devrait pas t'arriver tu vois. Et en fait, non, c'est pas comme ça.

Pour Noémie, étudiante dans une formation très sélective et exigeante, issue d’un milieu bourgeois très doté en capital économique et culturel, être enceinte sans le vouloir revient à courir le risque d’être associée – par soi-même et par les autres – à une catégorie sociale inférieure et stigmatisée, « marginale ». L’échec de contraception remet ici en cause une identité de « bonne élève » sur le plan scolaire et sanitaire (Thomé, 2016, p. 75). Mais les plus dotées, une fois confrontées elles-mêmes à la grossesse non prévue, peuvent aussi remettre en question les préjugés (y compris les leurs), comme Margot (31 ans, psychologue, IVG à 27 ans en 2016), enceinte sous DIU :

Je pense que dans ma représentation, même si j’ai toujours été favorable à l’IVG, et j’ai participé à plein de manifestations pour l’IVG, etc., dans ma représentation, en termes de stats, je ne savais pas forcément que c’était principalement des personnes qui utilisaient une contraception ou autre. Donc : « mais oui, mais merde, je ne suis pas un cas isolé dans le sens où... » [...] Si personne n’en parle, on croit que c’est un truc justement qui concerne telles personnes et qui est dans un tel milieu, alors que voilà... Je me sers un peu de mon visage et d’une personne, entre guillemets, « qui n’a pas de problèmes », vraiment entre guillemets, pour dire : « ça arrive à tout le monde ». C’est un peu intéressé, mais je trouve que c’est important que les personnes sachent que t’as pas besoin d’être dans une situation précaire pour avoir recours à l’IVG.

Margot a un profil sociologique particulier : psychologue dans une structure sociale promouvant l’éducation à la sexualité, elle est issue d’une famille de cheminots positionnée à l’extrême-gauche, très engagée dans le syndicalisme – son père a toujours milité à la CGT. Si ses parents « ne sont pas féministes », ils ont toujours été « très investis au niveau politique ». Ce terreau familial permet à Margot de faire de son expérience personnelle l’opportunité d’une plus vaste politisation de l’IVG, qui lui permet de remettre en cause l’idée reçue qu’elle ne

²⁰ « La contraception est d’abord utilisée par les couches moyennes intellectuelles diplômées, urbaines, non pratiquantes et de gauche. Au fur et à mesure de la diffusion des méthodes et de l’adhésion des médecins à la contraception médicalisée, les différences s’atténuent pour laisser place à une plus grande homogénéité de la pratique. »

concernerait que les plus précaires (elle est d'ailleurs loin d'être la seule à politiser son expérience – voir 10.2).

Face à la peur du déclasserment symbolique, les avortées peuvent ainsi chercher à se distinguer des plus précaires, mais plus souvent, dans mon corpus²¹, elles préfèrent contester les représentations dominantes. La stratification sociale de la stigmatisation contraceptive existe bel et bien, mais elle peut être refusée par les avortantes – « j'avais un peu de mal avec la notion, de "bon bah c'est bon y'a qu'à pas oublier sa pilule" "ces inconscientes qui oublient leur pilule"... J'étais un peu genre... bah, c'est pas évident de prendre sa pilule tous les jours » me dit aussi Hélène (28 ans, étudiante sage-femme, IVG à 23 ans en 2011).

Dans les centres d'IVG enquêtés, en revanche, le soupçon de défaillance contraceptive pèse plus fortement sur les femmes les plus précaires, quoique les professionnel·les de santé s'en défendent. Pour s'en rendre compte, je propose de comparer le détail de deux consultations menées à une semaine d'intervalle par la même conseillère conjugale et familiale, Catherine (CCF, 58 ans, CIVG2).

Une matinée de juin 2019, un entretien est réalisé avec une jeune commerciale de 34 ans, mariée à un commercial et mère de deux garçons de 6 et 8 ans. Elle est enceinte entre deux contraceptions : elle s'est fait retirer son DIU un mois plus tôt et a repris la pilule immédiatement ; elle suppose, après avoir consulté son généraliste, qu'elle a ovulé au moment du retrait du stérilet, la grossesse étant la conséquence d'un rapport ayant eu lieu juste *avant*. La jeune femme blonde, cheveux relevés haut en queue de cheval, lunettes de soleil en serre-tête, très dynamique et souriante, en jean et T-shirt blanc impeccable, explique ainsi qu'elle « a pleuré trois heures » en découvrant cette grossesse dont elle a tout fait pour se prémunir. Après l'avortement, elle souhaite prendre la pilule. La conseillère demande « Vous êtes pas du genre à oublier ? », ce à quoi la jeune femme répond en riant « Non ! Et puis après ça... ! » tandis que Catherine hoche la tête en silence. Au départ de la jeune femme, elle me précise « qu'avec elle ça dépote » et qu'« elle est lumineuse et droite dans ses baskets cette dame » [CIVG2, juin 2019].

Or, la semaine précédente, la même conseillère, face à une autre usagère de toute évidence moins favorisée, mais tout aussi investie dans la contraception, avait bien davantage insisté sur la prise de la pilule.

La jeune femme se présente avec son compagnon : elle est en surpoids, dents abîmées et noircies, vêtements lâches et de mauvaise qualité, pas maquillée, les yeux cernés par la fatigue – elle a 32 ans mais je lui en aurais spontanément donné davantage. Son compagnon l'accompagne quoiqu'il reste silencieux tout l'entretien ; il porte un polo rouge de sport qui moule des bras musclés, un survêtement de sport en coton noir, du gel dans les cheveux. Il a 26 ans, est mécanicien automobile, elle est mère au foyer et s'occupe de son garçon de dix ans et de jumeaux issus d'une précédente union. Le couple vient d'avoir un bébé qui a quatre mois. Catherine se charge de faire l'inventaire de ses précédentes grossesses : outre ses quatre enfants,

²¹ C'est une précision importante : les femmes les plus disposées à participer à l'entretien sont aussi celles qui veulent que leur parole ait un sens et aide à transformer les représentations de l'IVG – voir Méthodologie.

l'usagère a connu plusieurs interruptions de grossesse, la distinction entre IVG et fausse-couche n'étant pas claire en raison de grossesses non voulues spontanément arrêtées. La conseillère pose des questions sur la contraception post-IVG envisagée et la jeune femme explique qu'elle et son conjoint en ont déjà parlé avec leur médecin traitant, en précisant que le rendez-vous a été pris pour discuter explicitement de cette question. La conseillère lui demande : « Vous êtes pas du genre à oublier ? ». La jeune femme répond « non non » et la conseillère insiste : « L'important c'est de savoir quoi faire en cas d'urgence ». La jeune femme répond avec lassitude : « oui, on a eu 40 minutes d'entretien avec mon médecin à ce sujet » puis elle répète les explications données par son généraliste sur la fréquence de prise, la semaine d'arrêt, la possibilité de prendre une contraception en continu. La conseillère finit par approuver, convaincue : « Très bien, très bien ». [CIVG2, juin 2019].

Le contrôle social doit ici être analysé dans les micro-interactions, pour mettre en évidence la façon différenciée dont la conseillère, elle-même de classe moyenne, ne s'adresse pas de la même façon aux usagères selon sa perception de leur appartenance sociale. D'un côté, à la jeune femme de milieu favorisé, la conseillère demande brièvement et comme par acquis de conscience ou réflexe professionnel si « elle n'est pas du genre à oublier », convaincue de son assiduité avant même que la jeune femme ne la confirme, et sans insister davantage. De l'autre côté, face à un couple dont l'hexis corporelle rend évidente l'appartenance sociale défavorisée, et que le nombre de grossesses rend suspect, la conseillère insiste sur les précautions à prendre pour bien observer la prise de pilule et les bons réflexes en cas d'échec. Cette insistance est repérable alors même que le couple, d'entrée de jeu, signale avoir rencontré des difficultés de contraception après la naissance récente de son bébé, ce problème ayant déjà longuement été discuté – et *a priori* résolu – lors de l'échange avec le médecin généraliste.

Si l'on compare les deux situations, dans un cas comme dans l'autre la grossesse survient à un moment de vulnérabilité contraceptive (changement de contraception et accouchement). Mais, parce que la jeune mère au foyer insiste moins sur la détresse causée par l'échec contraceptif, parce qu'elle a déjà expérimenté une interruption de grossesse, et parce qu'elle est de classe populaire et mère de quatre enfants en famille recomposée, sa capacité à prendre correctement sa pilule est davantage questionnée, et elle doit donner des gages de sa bonne compréhension de l'usage de la pilule. La stratification de la stigmatisation contraceptive se perçoit ainsi dans le détail des interactions, les professionnelles de l'IVG considérant *a priori les plus dotées comme les plus sérieuses*.

Marielle (31 ans, journaliste, IVG à 19 ans en 2005), qui me raconte son histoire par écrit, rend également compte de cette absence de suspicion contraceptive – mais aussi sexuelle – des médecins envers les femmes de classe moyenne et supérieure :

La gynéco qui m'a reçue est le mal incarné. Je l'ai tellement détestée que j'en garde une sensation amère plus de 10 ans plus tard. Mais j'étais tellement perdue et inquiète que je n'ai pas osé retirer mes pieds des étriers et me casser de son cabinet de merde en lui présentant mon plus beau

majeur. [...] Elle m'a demandé pourquoi je ne prenais pas la pilule. Je lui ai répondu que je n'avais pas de partenaire régulier en ce moment et que j'utilisais donc des préservatifs. Elle a levé un sourcil et m'a dit que "entre personne de mon milieu social", il y avait très peu de risques et que je ferais mieux de reprendre la pilule. Bah ouais grosse maligne, c'est vrai que retirer un embryon d'un utérus, c'est vachement plus grave que la syphilis. Quelle connoise, je m'en remets toujours pas, j'étais outrée.

L'idée que le préservatif n'est pas un moyen de contraception semble ici se préciser : ce n'est pas un moyen de contraception pour les femmes les plus dotées, dont la sexualité serait moins suspecte. Les professionnel·les de santé charrient ainsi des représentations socialement situées des pratiques contraceptives et sexuelles.

La pilule, au fond, semble moins la contraception des femmes « sérieuses » que celle des *dominantes* à qui les professionnel·les font confiance, tandis que les populations plus précaires sont poussées vers des méthodes indépendantes de l'observance, comme le montraient déjà Hélène Bretin et Laurence Kotobi à propos de l'implant : « la prescription de cette méthode de contraception apparaît beaucoup plus contrainte et imposée aux femmes issues des classes populaires, quand elle est davantage choisie par les femmes de milieux plus aisés » (2016, p. 127). Ce contrôle social différencié selon la classe, qui fait considérer les moins dotées comme « moins responsables », même quand elles présentent des gages de « sérieux », s'exerce également sur les personnes racisées.

4.2.3 Une stigmatisation redoublée des pratiques contraceptives des personnes racisées ?

Les enquêtes réalisées dans des contextes internationaux où, à la différence de la France, les « statistiques ethniques » ne sont pas interdites, attestent que les pratiques de contraception, de même que les représentations de l'avortement, varient selon l'appartenance ethno-raciale²². Dans une perspective plus qualitative, Hélène Bretin a montré que les contraceptifs injectables sont envisagés comme le « contraceptif des irresponsables » (1992) et destinés principalement à des femmes issues de l'immigration. La comparaison de la remédicalisation post-IVG dans les territoires d'Outremer semble aller dans le sens d'une remise sous contrôle contraceptif plus

²² Une enquête quantitative récemment menée aux Etats-Unis (Jackson et al., 2016) montre par exemple qu'en comparaison aux femmes blanches non-hispaniques, les femmes noires, originaires d'Amérique Latine ou d'Asie Pacifique préfèrent des dispositifs contraceptifs pouvant être interrompus n'importe quand (c'est-à-dire sans intervention médicale), directement liés aux pratiques sexuelles et sans impact sur leur cycle menstruel. En France, une enquête quantitative sur les trajectoires contraceptives de personnes migrantes venues d'Afrique Subsaharienne atteste de la forte adhésion féminine à la norme contraceptive française, quoique la contraception soit moins médicalisée (24% de recours aux méthodes non-médicales contre 18% pour les femmes de l'enquête Fecond de 2010) (Maraux et Lert, 2017, p. 305)

drastique pour les populations concernées²³, mais aucune statistique n'est disponible pour documenter en France une moindre médicalisation des pratiques contraceptives des personnes racisées. Les entretiens suggèrent toutefois un rejet plus marqué de la pilule : Imane (29 ans, hôtesse de l'air, IVG à 29 ans en 2018) ou Ony (31 ans, employée dans la restauration collective, IVG à 31 ans en 2018) n'envisagent pas cette méthode du tout ; Cynthia (17 ans, lycéenne, IVG à 17 ans en 2017) ou Anissa (22 ans, étudiante en école de commerce, IVG à 19 ans en 2014) ont dû s'opposer à leurs mères pour prendre la pilule.

La question qui se pose est ainsi la suivante : la stigmatisation repose-t-elle sur un stéréotype racial, qui considère les femmes racisées comme « moins responsables », ou les femmes racisées, parce qu'elles ont des pratiques contraceptives particulières et moins médicalisées, sont-elles stigmatisées en raison de ces pratiques contraceptives ? Dit autrement, existe-il une déclinaison de la figure de « l'irresponsable » pour les personnes racisées, de la même façon que la « cassos » est une déclinaison de la figure de l'irresponsable selon la classe sociale ? Mon matériau empirique trouve ici ses limites : outre que, au début de cette enquête, je n'avais pas encore acquis le réflexe de prêter une attention systématique aux questions raciales²⁴, il est difficile d'isoler l'effet de la race relativement à celui de la méthode de contraception.

Par exemple, à une jeune femme musulmane de 24 ans déjà mère célibataire de deux enfants de 7 et 8 ans, ayant avorté une première fois au cours de l'année précédente, réalisant des ménages pour gagner sa vie, une médecin blanche, trentenaire, veut prescrire un DIU alors même que la présence de chlamydia en contre-indique la pose étant donné le risque d'atteinte à la fertilité. La médecin propose alors un implant, face auquel la jeune femme exprime ses réticences car il supprime les règles – elle précise « si le bon Dieu a fait qu'on saigne c'est bien pour une raison »²⁵. La jeune femme préférerait prendre la pilule, mais la médecin lui explique

²³ La remédicalisation contraceptive post-IVG semble ainsi s'exercer davantage sur les personnes racisées. Les enquêtes sur les prescriptions contraceptives post-IVG dans les outre-mers, où la proportion de personnes racisées est plus importante et l'héritage colonial manifeste, attestent par exemple d'une remédicalisation post-IVG plus intense en comparaison aux pratiques en France métropolitaine. Les données de l'enquête de la DREES en 2007 permettent ainsi de dire que plus de 75% des avortées en Guadeloupe et plus de 85% à la Réunion se voient prescrire une méthode de contraceptive « très fiable » (c'est-à-dire médicalisée), alors qu'au moment où la grossesse survient ce degré de médicalisation est respectivement de 25,6% et 29,5% (Moreau et al., 2010). Cette remédicalisation atteint des degrés comparables voire supérieurs en France métropolitaine (dans les 80% de contraception médicalisée post-IVG) avec des variations faibles selon l'âge, le niveau scolaire (Moreau, Desfrères et Bajos, 2011). Cependant, étant données des pratiques contraceptives initiales différentes (la contraception dans les territoires ultramarins est beaucoup moins médicalisée qu'en métropole), la remédicalisation est comparativement plus importante.

²⁴ Cela s'explique par ma socialisation en tant que femme blanche, jamais victime de racisme et socialisée – dans ma famille et à l'école – à cet universalisme « qui ne voit pas les couleurs ». « Chausser les lunettes de la race », pour paraphraser là encore l'expression qu'Isabelle Clair utilise pour le genre (Clair, 2015), a relevé pour moi d'un apprentissage progressif et, dans les premiers temps de cette enquête, je suis probablement passée à côté de situations où cet enjeu s'exprimait sans que je le saisisse.

²⁵ Les représentations symboliques associées aux règles jouent un rôle non négligeable dans le choix de contraception : cette dimension, explorée par les enquêtes dans d'autres pays (Jackson et al., 2016), est sous-

que la pilule crée de fausses règles et que les règles ne sont pas indispensables au bon fonctionnement du corps. Elle ajoute que « comme [sa] vie sexuelle est irrégulière, les risques de l'oublier sont plus importants » et propose de nouveau la pose d'un DIU, que la jeune femme finit par accepter. La médecin suggère de le lui poser directement au bloc après l'IVG « comme ça on en profite et vous avez pas à vous embêter » – lors de son IVG précédente, la jeune femme s'était fait prescrire un DIU qu'elle n'était pas allée se faire poser.

Cet échange montre la volonté des médecins de ne pas « laisser passer » une usagère jugée moins capable de s'astreindre à la rigueur du travail contraceptif, en lui proposant des dispositifs au long cours quand bien même, en présence de chlamydia, une pose de DIU entraîne un risque d'infertilité. Mais est-ce que cela s'explique par le fait que la jeune femme a déjà deux enfants, qu'elle a eu un précédent avortement, ou qu'elle est musulmane ?

De même, ce récit d'Imane (29 ans, hôtesse de l'air, IVG à 29 ans en 2018), qui a été très mal reçue par la soignante d'une clinique privée :

Imane : Elle était détestable, cette dame, et donc elle m'a dit que [son stade de gestation] était trop tard pour les cabinets privés [...]. Et je pense qu'elle avait un problème avec moi cette dame... Elle avait... vraiment honnêtement... J'y étais allée du coup, avec la personne avec qui j'ai eu [la grossesse], elle a dit que je vivais dans le monde des Bisounours, que je croyais encore au Père Noël. Vraiment exécration.

Laurine : À propos de quoi ?

Imane : En fait parce que moi, je suis contre la pilule, j'ai pas envie. Et elle me parlait de moyens de contraception et... Je... Je lui expliquais un peu ma situation. Pourquoi aussi je me permettais de refuser de prendre la pilule. Mais en fait, elle voulait rien entendre, et pour elle j'étais naïve quoi. Mais je n'ai pas du tout apprécié la manière dont elle s'est... elle a parlé de moi, en plus, à la personne avec qui j'étais ! Ça se fait pas du tout quoi ! Mais j'ai pas voulu rentrer là-dedans.

Laurine : D'accord, parce que vous voulez dire qu'elle a pris le garçon à témoin ?

Imane : Voilà, c'est ça.

La stigmatisation de l'échec contraceptif d'Imane et son infantilisation par la soignante sont-elles une conséquence de pratiques contraceptives jugées illégitimes et/ou d'un racisme et d'une islamophobie latentes de la part de la soignante ? Si Imane elle-même considère cette interaction comme un problème entre individus (« elle avait un problème avec moi »), les sciences sociales ont montré que nombre de personnes racisées minimisent le racisme dont elles sont victimes en ramenant des enjeux systémiques à des problèmes interindividuels (Haddad, 2018). Nombre de travaux ont mis en évidence l'existence d'une médecine à deux vitesses qui, tout en valorisant la fertilité des femmes blanches dominantes (Dorlin, 2009), se préoccupe peu de préserver celles des personnes racisées – quand il ne s'agit pas explicitement de la limiter

investiguée en France, à l'exception d'une étude qualitative exploratoire (Fernandez-Sala et al., 2019) qui ne pose pas la question relativement à la variable ethno-raciale, au contraire des enquêtes états-uniennes.

(Paris, 2020a ; Vergès, 2017). La racialisation des femmes noires en maternité est par exemple documentée (Sauvegrain, 2012). Cependant, en l'état de mon matériau, il est difficile de véritablement administrer la preuve sans risquer la surinterprétation. Pour éviter « la violence faite aux données » (Olivier de Sardan, 1996), je laisserai l'idée d'un redoublement de la stigmatisation des pratiques contraceptives des personnes racisées à l'état d'hypothèse étayée par la littérature. Des travaux complémentaires pourront confirmer cette dimension.

*

Il apparaît quoiqu'il en soit que la stigmatisation de l'échec contraceptif féminin ne s'applique pas à l'ensemble des femmes de la même façon. Derrière la partition entre les « sérieuses » et les « pas sérieuses » se jouent en fait des catégorisations qui ont à voir avec les hiérarchies sociales. Dans une société où l'idéal de maîtrise corporelle (et donc contraceptive) est un idéal de classe supérieure blanche, son revers (l'échec contraceptif) se conjugue avec des rapports de classe et probablement de race. Il n'est pas seulement question des pratiques contraceptives avérées. L'accusation d'irresponsabilité s'inscrit dans la hiérarchie sociale et la figure de l'irresponsable se décline : dans l'ensemble, elle est plus fortement attribuée à des femmes dominées.

Il n'en demeure pas moins que ces identités sont toutes *féminines*. Résumer l'IVG à un « échec contraceptif » déplace en effet la problématique de la grossesse non prévue du couple à la personne dotée d'un utérus seule. Comme l'explique S. Beynon-Jones, cela revient à « retraduire une relation conjugale hétérosexuelle en un problème de santé individuel relatif au corps des femmes²⁶ ». L'injonction à une (re)médicalisation contraceptive post-IVG occulte ainsi largement les rapports de genre à l'œuvre.

4.3 Une stigmatisation contraceptive qui déresponsabilise les hommes

Si la norme contraceptive se recompose et les figures de « l'irresponsable » se déclinent, un principe demeure : la responsabilité de la prévention des grossesses revient aux femmes. Force est de constater que les hommes sont épargnés de la stigmatisation contraceptive, tant la division du travail en la matière est asymétrique. Ainsi, derrière la remédicalisation différenciée se joue en fait une double invisibilisation : du travail contraceptif des femmes d'une part et de la fertilité masculine d'autre part.

²⁶ "To enact abortion as evidence of a 'fixable' problem with contraception is the translation of the relationships of heterosexual couples into the bodily health problems of individual women".

4.3.1 La minoration et la naturalisation du travail contraceptif des femmes

La remédicalisation contraceptive repose sur le postulat que la fertilité des femmes doit nécessairement être maîtrisée ; elle se fait au prix d'une minoration du travail contraceptif que les femmes déploient tout au long de leur vie féconde.

« J'en pouvais plus » : la minoration d'un travail contraceptif de longue haleine

Si l'IVG est un acte de santé ponctuel, la contraception, elle, relève de l'ordinaire des pratiques et elle s'inscrit dans le temps long – aussi longtemps que les femmes sont fertiles et qu'elles pratiquent une sexualité avec un homme. L'analyse des biographies contraceptives des femmes permet de prendre la mesure de l'ampleur du travail réalisé. La grande majorité des enquêtées a commencé sa « carrière contraceptive » par la pilule, parfois pour des raisons n'ayant rien à voir avec la sexualité : traitement contre l'acné pour Mélanie (26 ans, étudiante en sciences sociales, IVG à 21 ans en 2013) ou Laurianne (27 ans, assistante sociale, IVG à 27 ans en 2018) ; contre les règles douloureuses pour améliorer ses performances sportives pour Férouze (42 ans, aide-soignante, IVG à 26 en 2003 et 30 ans en 2007), etc. – la pilule étant parfois prescrite pour améliorer le mode de vie (Watkins, 2012).

La contraception orale peut être poursuivie pendant de longues années, mais elle est aussi très souvent abandonnée, pour un ensemble de raisons : prise de poids importante ; impact sur l'humeur ; impact sur le désir sexuel ; rupture de la relation amoureuse et arrêt temporaire des relations sexuelles ; oublis trop fréquents ; ou tout simplement lassitude de s'astreindre chaque jour à heure fixe à la prise d'un comprimé – ou de redouter une grossesse en cas d'oubli (Le Guen et al., 2021). Noéline (20 ans, serveuse, IVG à 20 ans en 2018) regrette qu'un seul oubli ait mené à sa grossesse, malgré ses efforts pour l'éviter :

Au début c'était un peu compliqué, le temps de se mettre dans le rythme, mais je me mettais une alarme sur mon téléphone... Après, c'était régulier. Mais le problème, c'est que du coup, c'était une pilule où il y a une semaine tu prends rien et après tu la reprends. Sauf que j'ai dû me décaler d'un jour. Et il suffit d'être décalée d'un jour...

Camille (22 ans, enseignante, IVG à 18 ans en 2012) souligne la charge mentale de la contraception orale : « ça occupe l'esprit des filles peut-être une heure par jour, tu sais, quand elles se disent "Ah ben il va bientôt être 21h, mon alarme de pilule va sonner, faut que je prenne ma pilule, ou faut que je décale mon réveil sinon il va sonner pendant le dîner..." ». Malgré ces

limites intrinsèques à la pilule, il n'est pas rare que les femmes en testent plusieurs avant de se tourner vers d'autres dispositifs.

Mais les autres techniques trouvent elles aussi leurs limites et le turn-over en la matière est parfois intense. Pauline (25 ans, rédactrice free-lance, IVG à 19, 24 et 25 ans) constitue un exemple (parmi de très nombreux autres) de ces difficultés contraceptives :

Pauline : C'est clair que moi, c'est un peu galère pour moi, la contraception. C'est un peu compliqué. C'est clair. J'avais un stérilet au cuivre, et puis je l'ai perdu. Il y a des pilules que je ne supporte pas... C'était une période où j'avais plus envie de prendre d'hormones du tout, parce que je sens que ça me convient pas, et donc j'ai eu recours au stérilet, mais donc ça me convenait pas non plus, donc voilà je tâtonne...

Laurine : Parce que du coup, si je reviens un peu sur l'histoire de la contraception, ça fait longtemps que vous prenez une contraception et que vous tâtonnez ?

Pauline : C'est depuis mes 17 ans, je prends la pilule. À la base, c'était une pilule pour traiter une acné sévère, c'est pas forcément lié à la sexualité... Des pilules, j'en ai pris plusieurs. On a donné une plus dosée suite à mon premier IVG, j'avais pas d'autre choix et pas d'autres gynécologues disponibles, mais ça me convenait pas ça me rendait malade, ça m'a donné des symptômes prémenstruels terribles, je suis très fragile à ce niveau-là donc j'y arrive pas. À part le préservatif...

Par trois fois Pauline avorte et expérimente une remédicalisation contraceptive qui ne lui convient pas : « j'avais des règles très abondantes et très douloureuses, et une aggravation des symptômes prémenstruels, et donc je pense que si [le stérilet] est tombé c'est pas pour rien, quand même ! ». Son compagnon, qui serait prêt à prendre sa part, se heurte à la relative absence de méthodes à destination du corps des hommes : « y'a rien pour lui ».

Les situations de plusieurs femmes rencontrées en centre d'IVG sont, elles aussi, très éloquentes. Une jeune femme de 22 ans sans emploi (formée dans la vente), en couple depuis cinq mois avec un jeune homme en formation pour devenir conducteur de bus, explique par exemple qu'elle a pris la pilule mais l'a arrêtée car elle ne la supportait pas ; par la suite, elle a fait retirer son implant qui lui donnait des règles en continu (CIVG2, juillet 2019). À 22 ans, elle a déjà testé deux dispositifs médicalisés, avec des conséquences physiques difficiles à supporter qui l'ont conduite à arrêter. Les exemples montrant la difficulté à assurer une maîtrise de la fertilité sur le temps long ne manquent pas et les embûches lors de périodes de « fragilité contraceptive » (Mathieu, 2016, p. 172), notamment lors de changement de contraception ou de bouleversements de la vie quotidienne.

« J'étais préoccupée par plein d'autres trucs » : la minoration des effets de contexte

La stigmatisation contraceptive minore non seulement la *durée* du travail contraceptif, mais aussi nombre de *moments critiques* qui le complexifient. Les contraintes matérielles qui

expliquent un oubli de pilule sont souvent occultées. Anne (27 ans, enseignante, IVG à 24 ans en 2014) a oublié sa plaquette de pilule lors de son départ dans sa famille pour les vacances de Noël et la reprend quelques jours trop tard. Mélanie (26 ans, étudiante en sciences sociales, IVG à 21 ans en 2013) est enceinte sous pilule au moment où elle traverse une période scolaire particulièrement difficile :

C'était une période... Comme j'étais un peu ouais déprimée, un peu préoccupée par plein d'autres trucs, j'étais un peu... C'est vrai que j'avais tendance à pas faire super attention à ma contraception. Donc c'est vrai que j'ai dû oublier ma pilule peut être une fois ou 2, je sais pas trop. Et puis... Ben voilà.

La prise d'un contraceptif oral à heure fixe chaque jour suppose en effet un quotidien régulier et une certaine disponibilité mentale pour éviter les oublis. La routinisation de la prise de la pilule (en l'associant à un événement régulier de la journée comme le lever, le coucher, le brossage des dents ou grâce à une alarme systématique), qui favorise une prise plus régulière, n'est pas possible si le rythme de vie est fractionné ou bouleversé. La prise de pilule s'avère inadaptée à certains rythmes de vie. Quand elle est parfois imposée par des médecins mal formés à des personnes à qui elle ne correspond pas, le risque d'oubli se trouve augmenté (Moreau et al., 2006).

« Le médecin m'avait dit que... » : des prescriptions contraceptives inadaptées, inaccessibles ou erronées

Or, la formation à la contraception est d'une importance capitale car, derrière « l'échec contraceptif » des femmes, il n'est pas rare de trouver des prescriptions médicales inadaptées, des conseils erronés et des refus de prise en charge. Les refus de prescriptions de pilule existent encore : si Françoise (58 ans, secrétaire, IVG en 1979 à 20 ans et 40 ans en 1999) évoque un épisode qui date de sa jeunesse à la fin des années 1970 (« Le gynéco à l'époque ne voulait pas me prescrire la pilule, enfin voilà, il faisait ce qu'il pouvait pour me mettre en difficulté »), l'histoire de Coralie (22 ans, étudiante en art, IVG à 21 ans en 2016) est contemporaine :

Je pouvais pas prendre la pilule, parce que le médecin m'avait dit que la pilule c'était pas bon, machin, que j'avais une tension qui était pas très bonne, alors que j'ai une tension qui est tout-à-fait normale en fait, j'aurais très bien pu prendre la pilule, sauf que moi très naïve et j'ai trop tendance à faire confiance aux médecins. Du coup je me suis dit que bah... Du coup au début, on avait des rapports avec des préservatifs, sauf que au bout d'un moment... Enfin, on en avait un petit peu marre donc bah il se retirait et en un an et demi, enfin deux ans, j'ai jamais eu aucun souci, sauf là.

Mais il n'est pas seulement question d'une moralisation implicite de la sexualité des femmes en refusant de leur prescrire la pilule : il peut plus simplement s'agir de compétences médicales limitées en matière de contraception. Le médecin d'Ophélie (19 ans, étudiante en DUT, IVG à

18 ans et demi en 2018) lui conseille par exemple d'attendre ses prochaines règles avant de reprendre la pilule, alors que celle-ci peut être commencée à n'importe quel moment du cycle, si l'on utilise d'autres moyens d'éviter une grossesse pendant la première semaine d'utilisation. Le manque de formation des médecins à la contraception constitue ainsi un obstacle à une prescription et/ou des conseils contraceptifs adaptés (Gelly, 2006). Ce manque de formation s'accompagne d'ailleurs souvent de considérations sur « l'insouciance » des femmes (Roux, Ventola et Bajos, 2017, p. 59)²⁷ : prescriptions inadaptées et stigmatisation contraceptive sont le fait des professionnel·les les moins bien formé·es, dont la responsabilité, pourtant, n'est pas questionnée lorsque survient la grossesse non prévue – la confraternité prime. « L'échec de contraception » qui amène les femmes dans les centres d'interruption de grossesse est donc parfois imputable aux informations erronées reçues, voire à des défaillances professionnelles.

Cela est également très visible dans les difficultés des jeunes femmes sans enfant à se faire prescrire un DIU en première intention. Si cette technique est très souvent utilisée en post-IVG, de nombreuses femmes auraient souhaité s'en voir poser un *avant* et se sont heurtées aux refus des professionnel·les, comme Fleur (19 ans, danseuse, IVG à 19 ans en 2019), en couple depuis un an avec son compagnon :

Fleur : [je voulais me faire poser un stérilet au cuivre depuis plusieurs mois] mais y'a que des gens qui m'ont fait me décourager.

Laurine : Des médecins ?

Fleur : Ouais, voilà. On me dit que d'habitude, c'est plus pour les femmes enceintes [ayant déjà eu des enfants]. Au début, on m'a dit ça. Ensuite on m'a dit non, c'est plus pour les femmes qui ont une relation assez longue avec leur homme actuel. Je me suis dit bah OK, alors c'est bon ! Oui, mais finalement non, parce qu'à chaque fois on me disait oui non oui non. Et voilà, les dames du planning familial, elles m'ont dit tu peux l'essayer. Si ça ne va pas, tu l'enlèves, c'est tout.

Fleur se fait poser un DIU *après* son IVG, mais force est de constater qu'elle n'a pas pu y accéder *avant*, alors qu'elle en avait l'intention. De nombreux·ses professionnel·les, mal informé·es, continuent de refuser ce moyen de contraception aux jeunes femmes, en justifiant leur choix par des informations erronées (le DIU concernerait les femmes déjà mères) voire des jugements sur la vie affective et sexuelle (le DIU supposerait une relation stable avec un partenaire exclusif). Le paradoxe est le suivant : alors même que le DIU et l'implant, souvent prescrits comme contraception post-IVG, sont reconnus comme très efficaces (leur échec

²⁷ « Les grossesses non prévues sont dans ces groupes [les moins bien formés] davantage renvoyées à des enjeux psychologiques (insouciance vis-à-vis du risque de grossesse, ambivalence des femmes face au désir d'enfant) qu'à des difficultés techniques (échecs de DIU, de préservatifs ou de méthodes naturelles, difficultés d'observance de la contraception). À l'inverse, les médecins les mieux formés en santé sexuelle et reproductive et qui recommandent la plus grande diversité de méthodes sont ceux qui se sentent le plus à l'aise pour aborder toutes les thématiques contraceptives, qui attribuent les grossesses non prévues à des erreurs techniques plus qu'à des défaillances psychologiques, et qui ne jugent ni le DIU ni les méthodes de stérilisation dangereuses ou inutiles. »

n'engageant pas la responsabilité des femmes), ils ne sont que peu prescrits aux jeunes femmes en première intention. La norme contraceptive contemporaine conduit à des premières prescriptions contraceptives très centrées sur la pilule, alors même que la Haute Autorité de Santé invite depuis 2004 à proposer le DIU aux nullipares et recommande depuis 2007 de ne prescrire les pilules de 3^e et 4^e générations qu'en cas d'intolérance aux pilules plus anciennes (Le Guen, Rouzaud-Cornabas, et al., 2020). L'enquête FECOND révèle même que 83% des praticien·nes interrogé·es considèrent que le DIU n'est pas indiqué pour les nullipares (Moreau et al., 2014).

Les jeunes femmes souhaitant se faire poser un DIU doivent bien souvent convaincre leur praticien·ne : les changements de prescriptions faisant suite à la « crise de la pilule » sont impulsés par les usagères elles-mêmes – quitte à changer de praticien·ne en cas de refus. Or, « dans ce rapport de force, les femmes disposant d'un capital économique et culturel plus important [sont probablement] davantage en mesure de négocier leurs choix contraceptifs que leurs homologues moins dotées » (Le Guen, Agius, et al., 2020, p. 354). Mélanie (26 ans, étudiante en sciences sociales, IVG à 21 ans en 2013) rend compte de cette asymétrie :

Mélanie : C'est toujours compliqué de trouver un gynécologue qui veut bien te faire un implant ou un stérilet quand tu es nullipare ! Je sais pas pourquoi, je trouve ça super con, du coup, voilà.

Laurine : Parce que t'as cherché, du coup, à passer sous stérilet ou sous implant ?

Mélanie : Ouais j'ai cherché un peu et les gynécologues à qui j'en ai parlé... Enfin je me suis heurtée à un espèce de refus total. Genre... [sourir profond]. La fermeture d'esprit, en fait, me fait super halluciner ! Alors que moi en plus, je veux pas d'enfants, donc j'en ai rien à faire des risques potentiels !

Laurine : Parce que tu as eu la démarche du coup de voir plusieurs gynécos ?

Mélanie : Non, j'en ai pas vu beaucoup, j'en ai pas vu beaucoup... J'ai pas une super expérience avec les gynécos, en général, pour plein de raisons, pas que à ce niveau-là... J'ai vu pendant longtemps la même gynéco que ma mère qui était super super culpabilisante sur plein de trucs, et ouais ça m'a vraiment dégoûtée des gynécos quoi. Et puis, il y avait le gynéco de l'hôpital, lui il aurait peut-être été d'accord pour me poser un stérilet, mais en fait il a tellement de monde dans son cabinet qu'en fait, il prend pas les consultations pour autre chose que les suivis de grossesse. Parce que même quand j'y suis allée, j'ai attendu 02h30 dans la salle après l'heure de mon rendez-vous ! Je peux pas me permettre d'attendre trois heures chez le gynéco en fait ! C'est chaud, quand même ! [rire]

Les difficultés à se contracepter peuvent être accentuées par la saturation des spécialistes de santé, qui rend difficile pour les jeunes femmes qui s'installent dans une nouvelle ville (ou dont les praticien·nes partent à la retraite) de « retrouver quelqu'un » : « Ça fait déjà deux ans que je dis que je veux m'en faire poser un [stérilet] et que je le fais pas donc... En plus, c'est super dur de trouver un gynécologue disponible qui prend de nouveaux patients, c'est un enfer ça ! » (Marlène, 20 ans, serveuse, IVG à 20 ans en 2018). Le travail contraceptif se trouve ainsi alourdi par le manque de formation ou de disponibilité des professionnel·les de santé prescripteur·ices

et par le coût de l'accès au soin – les femmes sans mutuelle étant statistiquement surreprésentées parmi celles n'utilisant pas de contraception (Leridon, Bajos et Oustry, 2002, p. 4). Ce problème structurel, rarement mis en perspective dans les centres d'IVG par souci confraternel, ne vient pourtant pas adoucir la stigmatisation contraceptive.

« On se voyait quand même pas souvent » : l'absence de prise en considération de la fréquence des rapports sexuels

Une dernière dimension de la minoration du travail contraceptif des femmes est l'absence de mise en balance avec leur sexualité réelle. Plusieurs enquêtées, comme Coline (22 ans, enseignante, IVG à 22 ans en 2016), Imane (29 ans, hôtesse de l'air, IVG à 29 ans en 2018) ou Laura (21 ans, étudiante en relations internationales, IVG à 20 ans en 2016), ne voient tout simplement pas l'utilité de se rendre infertiles en permanence, étant données l'irrégularité et la ponctualité de leur vie sexuelle. Cette faible fréquence des rapports sexuels peut concerner des femmes qui viennent de rompre ou n'ont pas de partenaire régulier. Juliette (31 ans, productrice de documentaire à mi-temps, IVG à 30 ans en 2017) avait ainsi « un implant qui était arrivé à son terme », elle a pris une pilule pendant deux mois puis l'a arrêtée parce qu'elle allait commencer une relation à distance avec son compagnon : « dans ma tête, j'allais pas la prendre plus, parce que je me disais qu'après on allait se revoir peut-être trois fois... On se voyait quand même pas trop souvent. Et donc j'avais pas envie de prendre une pilule pour trois jours... ». Elle se dit qu'elle et son partenaire mettront un préservatif mais – par habitude de faire sans – ils n'en mettent pas.

D'autres, au contraire, arrêtent leur contraception médicalisée après une rupture, pour s'obliger à mettre des préservatifs avec leur(s) nouveau(x) partenaire(s). Marielle (31 ans, journaliste, IVG à 19 ans) écrit ainsi : « J'avais pris la pilule pendant 2 ans, puis arrêté après ma rupture car je ne voulais pas que cela me tente de ne pas me protéger si je ne devais pas avoir un partenaire régulier. Je faisais encore partie de la génération qui s'inquiétait du sida ». Cette logique de refus d'une double-protection pour favoriser la prévention sanitaire via la contraception s'observe dans les enquêtes en population générale : « si la femme prend la pilule, le préservatif est beaucoup moins souvent utilisé, suggérant que l'argument contraceptif pourrait favoriser l'utilisation du préservatif, y compris à des fins préventives » (Beltzer et Bajos, 2008, p. 453). Mon enquête confirme que l'arrêt de la pilule peut être un choix stratégique pour inciter à utiliser le préservatif de façon plus systématique et se protéger ainsi d'une éventuelle contamination par une MST – la peur de la grossesse paraissant largement supérieure à la peur des maladies, y compris à forte morbidité.

Mais l'irrégularité des rapports concerne aussi des femmes en couple. Au CIVG2, une femme de 39 ans, travaillant dans la restauration, explique par exemple être enceinte après un rapport exceptionnel avec son conjoint dont elle est en train de se séparer. Elle ne prenait pas de contraception car leurs relations sexuelles étaient très rares en raison d'une longue dépression de son mari. Elle précise que lorsque cela arrivait, « il n'y avait pas de sperme » à cause des anti-dépresseurs qu'il prenait jusque-là, « qu'ils n'ont eu qu'un seul rapport, que le préservatif a craqué » et « qu'elle a 39 ans » (elle signifie implicitement : une fertilité réduite). Elle n'a pas jugé utile de prendre la pilule du lendemain mais devant la conseillère conjugale et moi, elle estime qu'elle a « eu tort » et se justifie : avec son mari, ils ont « refait l'amour sur un coup de folie » [CIVG2, juillet 2019]. De même, Sirine (29 ans, architecte, FC à 25 ans en 2014, IVG à 26, 27 et 28 ans) sait qu'elle prend sa pilule de façon très irrégulière (« je la prenais le jour où j'avais un peu un risque, après je la prenais pas »), mais elle non plus ne s'inquiète pas, en regard de ses pratiques : « sexuellement, ça se passait pas vraiment bien avec ce mec là... Et... Pfff... Enfin voilà, il bandait presque pas... Il éjaculait une fois sur cinq... Et voilà, je me disais, statistiquement, vu le peu de chance que j'avais, ça allait réduire... ».

Les situations qui tiennent les femmes (relativement) éloignées de la sexualité coïtale sont donc plurielles, banales, fréquentes. Pourtant, les médecins n'hésitent pas à prescrire des dispositifs au long cours (DIU, implant) même lorsque les usagères n'ont pas une sexualité régulière, en invoquant un principe de précaution : « si [vous rencontrez] quelqu'un, on sait jamais » (entendu plusieurs fois). Cette médicalisation est toujours présentée comme le gage d'une tranquillité d'esprit, pour les femmes elles-mêmes, mais aussi – comme on l'a dit plus haut – pour les professionnelles de l'orthogénie qui se sentent responsables de « l'amélioration » – c'est-à-dire de la médicalisation – des pratiques contraceptives.

L'un des avantages d'une contraception médicalisée indépendante de l'acte sexuel est bien, en effet, qu'elle épargne une interaction délicate qui supposerait, pour les professionnel·les de santé et les usager·es, d'entrer dans les détails matériels des pratiques sexuelles :

D'autres méthodes comme l'anneau contraceptif ou le préservatif peuvent nécessiter des explications quant à la mise en place, et donc une éventuelle discussion sur la sexualité qui peut gêner les praticiens, tandis que la prescription d'une pilule peut faire l'impasse sur ces dimensions intimes, pour les médecins peu à l'aise avec les questions touchant à la sexualité de leurs patient(e)s (Roux, Ventola et Bajos, 2017, p. 53).

Pourtant, refuser de penser la sexualité elle-même, ainsi que les rapports de pouvoir genrés qui s'y jouent, a au moins deux conséquences : la première est de renouveler la stigmatisation sexuelle des femmes (voir chapitre 5). La seconde est de faire comme si les hommes n'étaient pas eux-mêmes fertiles à chaque rapport.

4.3.2 L'invisibilisation de la fertilité masculine

La remédicalisation de la contraception post-IVG, opérée sur le corps des femmes, constitue une forme de naturalisation de la maîtrise contraceptive faisant de la prévention de la grossesse « une caractéristique ontologique du sujet féminin fertile²⁸ » (Beynon-Jones, 2013) :

Les relations de plaisir (et de pouvoir) hétérosexuelles sont traduites en une variable mesurable : le risque qu'une femme devienne enceinte pendant un rapport hétérosexuel. Ce processus transforme un problème contraceptif irrémédiable (l'interférence des préservatifs avec le plaisir corporel d'un couple hétérosexuel) en quelque chose (l'"ignorance" d'une femme des risques corporels auxquels sa sexualité l'expose) qui peut être géré par des professionnels de santé grâce à l'interaction individuelle avec des femmes lors de la prise en charge de l'avortement²⁹.

Remédicaliser la contraception post-IVG revient ainsi à *transformer les relations hétérosexuelles* en un *problème de santé féminine*. Quand les professionnel·les de santé envisagent la place des hommes dans la contraception, ce n'est jamais en tant qu'individus fertiles, susceptibles d'être des sujets de la médecine préventive, mais comme adjuvants d'une contraception féminine.

« Je me tourne vers le monsieur en disant "est-ce que c'est OK pour vous ?" » : un travail contraceptif masculin réduit au strict minimum

Plusieurs professionnelles de santé rencontrées soutiennent que la contraception « n'est pas une affaire de femmes mais une affaire de couple » et cherchent à intégrer les partenaires aux démarches contraceptives – la confrontation à une interruption de grossesse ayant un impact sur les pratiques masculines de contraception (Le Guen et al., 2015). Mais une telle affirmation trouve bien vite ses limites. En dehors du préservatif, les techniques contraceptives portant sur le corps des hommes ne sont pas mentionnées par les professionnelles de l'orthogénie rencontrées : le retrait, jugé trop peu fiable, n'est pas considéré comme une méthode légitime et la vasectomie n'est qu'exceptionnellement évoquée – la stérilisation contraceptive, rarement envisagée, reste une option proposée aux femmes déjà mères³⁰, alors même qu'une ligature des

²⁸ "The naturalisation of contraceptive control over pregnancy as an intrinsic state of 'being' a fertile female subject"

²⁹ "Heterosexual pleasure (and power) relations are translated into a calculable measurement: the risk that a woman will conceive a pregnancy during heterosexual intercourse. This process transforms an unfixable contraceptive problem (condoms interfering with a heterosexual couples' bodily pleasure) into something (a woman's 'ignorance' of the bodily risks which she is taking through her sexual practices) which can be managed by health professionals through their interactions with individual women within the abortion clinic"

³⁰ Les rares cas où une contraception masculine de long terme est envisagée concernent des couples ensemble de longue date ayant déjà un ou plusieurs enfants et n'en souhaitant plus. Lors de l'avortement, les médecins proposent aux femmes les plus âgées une stérilisation, en faisant parfois la première attestation pour une demande de ligature des trompes (un délai de réflexion de quatre mois est nécessaire). Cependant, cette stérilisation est rarement envisagée pour les partenaires masculins. Seule une infirmière rencontrée, mère de deux enfants, défend la vasectomie comme contraception conjugale d'arrêt, ce qui ne manque pas de lui attirer les railleries de ses

trompes est plus longue, complexe, coûteuse et douloureuse qu'une vasectomie³¹. La responsabilité contraceptive des hommes est ainsi abordée avec précaution, comme le suggère Charline Pasquier (CCF, 45 ans, CIVG5) :

Alors y en a qui sont très gênés de parler de sexualité et de contraception. Mais de manière générale, ceux qui viennent, c'est quand même qu'ils sont concernés par la question. Et donc ils vont écouter, ils vont poser des questions, ils vont inciter la femme aussi à prendre une contraception. Ou quand on parle de la pilule, et qu'il y a une période d'oubli, on leur dit de prendre la pilule, mais que pendant 15 jours, il faudra faire attention avec un autre moyen de contraception, notamment le préservatif. Et là, je me tourne toujours vers le monsieur en disant « est-ce que c'est ok pour vous ? ». [...] Donc on essaie vraiment de les impliquer dans la contraception.

Le rôle des partenaires, tel que l'envisagent les soignantes, n'est donc pas de *prendre leur propre responsabilité* mais d'encourager les femmes, de les seconder, voire de les « convaincre de faire quelque chose pour leur contraception » (Bénédicte Faure, CCF, 52 ans, CPEF1), c'est-à-dire d'accepter un dispositif médicalisé. La place réservée aux partenaires est donc bien celle d'accompagnant, soucieux du bien-être de sa partenaire et pouvant éventuellement lui rappeler de prendre sa pilule (Desjeux, 2008b) ou être scrupuleux sur le port du préservatif (Desjeux, 2008a). Mais une telle approche pose question : outre le fait qu'elle suppose implicitement que la sexualité légitime est celle d'un couple stable, monogame et cohabitant (comment rappeler une prise de pilule sans vivre ensemble, ou *a minima* échanger au quotidien ?), la contraception reste envisagée comme une prérogative féminine³². Le travail contraceptif des hommes n'est

collègues, qui la considèrent comme « radicale » (CIVG3, mars 2018). Cette dimension ne sera pas davantage approfondie ici, étant donné que la question de la stérilisation n'est jamais posée aux personnes sans enfant.

³¹ La vasectomie est une opération très simple, pouvant être réalisée sous anesthésie locale en très peu de temps : les canaux déférents, qui acheminent les spermatozoïdes dans le sperme, sont ligaturés (l'opération est réversible dans un cas sur deux). Une telle opération n'a aucun impact sur la production de sperme ou la capacité à avoir une érection : elle empêche simplement les gamètes de rejoindre le sperme (Jardin et Izard, 2013). Elle peut être accompagnée par une demande de congélation des spermatozoïdes. Au contraire, une ligature ou section des trompes est une opération bien plus lourde : elle est pratiquée sous anesthésie générale et suppose une hospitalisation d'un voire plusieurs jours. La technique employée, souvent par coelioscopie, est bien plus inconfortable voire douloureuse, et très rarement réversible.

³² A ce titre, parler, comme le fait Cyril Desjeux, d'une « occultation des pratiques masculines de contraception » (Desjeux, 2008a) pour qualifier le manque de reconnaissance des femmes envers les quelques efforts consentis par les hommes pour s'investir dans la prise de la pilule ou le port du préservatif, semble une négation de l'immense travail contraceptif accompli quotidiennement par les femmes (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017). C. Desjeux considère ainsi comme pratique contraceptive « une contribution financière à la contraception ou son achat direct ; une vérification que le rapport sexuel ne se fait pas sans contraception ou que la contraception n'a pas été oubliée ; l'accompagnement dans la salle d'attente ou la salle de consultation du gynécologue ; une discussion avec la partenaire des problèmes qu'elle peut avoir avec sa contraception ; l'utilisation d'une contraception masculine (tel que le préservatif ou la méthode du retrait) ou une participation symbolique en prenant une gélule en même temps que la partenaire prend sa pilule » (Desjeux, 2008a). Si toutes ces attentions témoignent d'un intérêt et d'un soutien masculin à la prise d'une contraception féminine médicalisée, elles ne constituent pas en elles-mêmes des pratiques contraceptives et doivent être mises en balance avec l'ensemble de tâches routinisées accomplies par les femmes. Insister sur leur exceptionnalité ressemble fort à une héroïsation d'un partage ponctuel de la charge mentale qui invisibilise le travail ordinaire des femmes – de la

ainsi envisagé que comme une *solution de secours*, un back-up en cas de problème, et le maximum demandé aux compagnons est d'avoir l'obligeance, en cas d'accident de pilule, de bien vouloir – brièvement et exceptionnellement – s'astreindre deux semaines au préservatif.

La promesse d'une contraception agissant comme « levier de la domination masculine » (Héritier, 1996) est une nouvelle fois mise en question (Héritier, Leridon et Baulieu, 1999). Comme l'ont fait remarquer Nathalie Bajos et Michèle Ferrand, ce levier n'est que symbolique, étant donné la persistance d'inégalités de genre structurelles, en particulier dans l'emploi et la répartition du travail domestique (2004b) ; mais surtout, la contraception médicalisée, en assignant aux seules femmes la charge de rendre la sexualité non fécondante, produit une très forte asymétrie du travail contraceptif (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017). Cela n'a pourtant rien d'une évidence naturelle, ni d'une fatalité, et une invitation comme celle des féministes hollandaises à « être responsable de son propre sperme » (Oudshoorn, 1999, p. 149) conduit à repenser l'attribution genrée de la responsabilité contraceptive – et la stigmatisation en cas d'échec.

« Être responsable de son propre sperme » : penser le travail contraceptif au masculin

L'occultation de la fertilité masculine – mais aussi des rapports sexuels pénétratifs – doit être analysée de façon structurelle. Les prescriptions contraceptives des professionnel·les de santé dépendent d'un contexte institutionnel bien plus vaste, caractérisé par les technologies contraceptives disponibles, le degré de formation des médecins, leur autonomie relativement aux recommandations sanitaires en vigueur et globalement des représentations de genre. Cécile Ventola a montré que la plus grande facilité des médecins anglais à prescrire une contraception masculine, par rapport à leurs homologues français, s'explique par une organisation différente du système de soin : le protocole sanitaire impose une présentation systématique de toutes les méthodes de contraception. Cette application des recommandations sanitaires par les médecins permet « une prise en charge moins genrée de la contraception » (2016, p. 117), portée par des représentations médicales essentialisant moins de la responsabilité contraceptive. En France, au contraire, la logique libérale et la grande autonomie des médecins relativement aux autorités sanitaires conduit à une forte médicalisation de la contraception féminine.

Les *pratiques médicales* ne sont pas les seules en cause : il faut aussi questionner *l'offre de technologie médicale*, les technologies à destination du corps masculin n'ayant presque pas

même manière, on félicite les pères qui changent une fois la couche de leur enfant ou les compagnons qui s'occupent du déjeuner du dimanche, au mépris du travail domestique accompli quotidiennement par les femmes.

évolué depuis un demi-siècle (Granger et Vergonjanne, 2019). Les travaux de Nelly Oudshoorn, historienne et sociologue des sciences et techniques, ont montré que l'absence d'une contraception orale masculine, alors même que des essais cliniques ont lieu depuis les années 1970, est moins la conséquence d'une impossibilité à trouver un dispositif efficace qu'une frilosité des laboratoires pharmaceutiques à commercialiser une « pilule masculine », de peur que l'offre ne rencontre pas la demande (Oudshoorn, Akrich et Le Doaré, 1999 ; Oudshoorn, 2003)³³.

En France, la perspective d'une contraception masculine (hormonale, thermique ou chirurgicale) est portée par l'Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine (ARDECOM) créée en 1979 et principalement active dans la première moitié des années 1980³⁴. Les difficultés contraceptives rencontrées par leurs compagnes (Desjeux, 2013a) et la volonté de maîtriser leur fertilité amènent un groupes de jeunes hommes issues du militantisme d'extrême gauche et proches des milieux féministes à expérimenter divers procédés de contraception masculine (Desjeux, 2010 ; Welzer-Lang, 2013), avant d'abandonner. En dehors des travaux de Cyril Desjeux sur la contraception masculine (Desjeux, 2008a, 2009, 2013b), la littérature en sciences sociales elle-même, très silencieuse sur les pratiques de gestion de la fertilité masculine, reflète la faible attention à un tel questionnement. Au-delà des conséquences corporelles sur le corps et la sexualité masculine, les enjeux sont aussi symboliques : toucher à la fertilité masculine est perçu comme une atteinte à la virilité, l'infertilité étant associée à l'impuissance (Kalampalikis et Buschini, 2007).

La transformation des rapports de genre en cours amène cependant à des revendications individuelles et collectives en faveur d'une plus grande implication des hommes dans la contraception, grâce à une plus grande visibilité de la vasectomie, une mise en avant des méthodes thermiques de contraception³⁵ et de nouvelles recherches pour développer des gels à

³³ Les usagers, « activement placés par les innovateurs au cœur même du développement technologique » (Oudshoorn, 1999, p. 141), ont été perçus comme trop réticents : à l'échelle internationale, le plaidoyer pour une contraception masculine n'est pas porté par les usagers mais par des gouvernements malthusiens soucieux de réduire leur population (Inde, Chine...) ou des militantes féministes réclamant une meilleure répartition de la charge contraceptive. Les effets secondaires d'une contraception hormonale, en particulier la douleur et l'impact sur le désir masculin, ont ainsi eu raison de tentatives pourtant encouragées par l'Organisation Mondiale de la Santé (Oudshoorn, 2003).

³⁴ Entre 2015 et 2019, il semble que l'association ait connu un nouveau souffle, comme en témoigne les publications sur son site officiel <http://www.contraceptionmasculine.fr/>. De plus amples investigations en la matière permettraient d'en savoir davantage sur les acteur·ices de ce renouveau de l'ARDECOM dans plusieurs villes de France. Un [article](#) des *Inrocks* par Gaëlle Lebourg, « On a rencontré des hommes utilisant la contraception masculine », paru en juin 2019, donne la parole à ces utilisateurs.

³⁵ La « méthode thermique » repose sur une propriété de la spermatogénèse, qui pour être effective doit avoir lieu à une température inférieure à 37°C. Le principe de la méthode thermique consiste donc à augmenter la température des testicules une quinzaine d'heures par jour de façon à bloquer la spermatogénèse. Cette contraception suppose d'attendre trois mois pour être effective, un spermogramme devant être réalisé pour vérifier que le sperme n'est plus fertile. Différentes techniques permettent de chauffer les testicules, la principale consistant

injecter dans les canaux déférents³⁶. Les médias et les réseaux sociaux contribuent de façon importante à une réflexion collective sur les masculinités³⁷ et au partage de connaissances empiriques sur les contraceptions masculines disponibles³⁸, notamment thermique comme le slip chauffant, le « remonte-couille toulousain » ou l’anneau en silicone³⁹. De futurs travaux en sciences sociales sur ces questions seront bienvenus pour éclairer ces transformations en cours – les premiers résultats du mémoire en cours de Léa Terzibachian sur les hommes et l’IVG suggèrent que dans les parcours procréatifs masculins, l’avortement peut être « un levier pour modifier les pratiques contraceptives »⁴⁰.

Reste que la conception des hommes comme « irresponsables » de leur fertilité n’est pas universelle mais propre à la situation française, dominée par la norme contraceptive médicalisée. Lorsque que j’interroge Imane (29 ans, hôtesse de l’air, IVG à 29 ans en 2018), jeune femme franco-marocaine, musulmane pratiquante, sur sa pratique du retrait, je suis surprise que la technique n’ait pas nécessité d’accord préalable avec son partenaire mais elle me répond que « c’était naturel » (voir 0.1.3). Une telle pratique apparaît comme suffisamment évidente pour n’avoir pas besoin d’être mentionnée. Les partenaires d’Imane, tous socialisés

à les remonter au plus près du corps pour les réchauffer avec la seule chaleur corporelle – pour cela, plusieurs dispositifs existent : anneau en silicone, « slip chauffant » ou « remonte-couille toulousain ». Une étude exploratoire (Amouroux et al., 2018) suggère que la méthode est relativement acceptable pour les personnes avec un pénis, mais là encore il faut distinguer les intentions de la pratique : être théoriquement favorable à une contraception masculine n’est pas synonyme d’une prise en charge effective de la contraception.

³⁶ C’est notamment le principe du « Vasagel » dont la commercialisation est promise depuis plusieurs années : la technique consiste à injecter un gel polymère dans les canaux déférents pour bloquer le passage des spermatozoïdes sans bloquer les fluides, la technique étant réversible grâce à une seconde injection (Reynolds-Wright et Anderson, 2019).

³⁷ Je pense en particulier à l’immense travail accompli par Victoire Tuillon dans son podcast *Les Couilles sur la Table* produit par Binge Audio entre 2017 et 2020, qui a donné lieu à un livre du même nom en 2019. En interrogeant la plupart du temps des universitaires, la journaliste a proposé tous les quinze jours une réflexion sur les masculinités contemporaines et leurs recompositions. Relativement à la contraception et à l’avortement, on peut signaler plusieurs épisodes d’une grande richesse : « [Contraception masculine : au tour des hommes](#) » qui interroge la sociologue Cécile Ventola (épisode 20) ; « [Bien choisir sa capote](#) » (épisode 3 de « Eux ») ; « [Quand la grossesse n'est pas prévue](#) » (épisode 05) qui interroge la réalisatrice Coline Grando sur son documentaire *La place de l’homme* (2017).

³⁸ A titre indicatif, *Arte Radio* publie dès 2016 *Les bijoux de famille*, un [reportage](#) à la première personne de Benoît Bories sur son expérience de la contraception masculine, pour « ouvrir le débat ». En 2017, le journal en ligne féministe *Madmoizelle* consacre un [article](#) aux différents dispositifs de contraception masculine.

³⁹ A titre indicatif, cet anneau a été mise au point par Maxime Labrit et a notamment fait l’objet d’une [capsule vidéo](#) par le média Konbini en février 2020, laquelle a suscité en un an plus de 22000 « likes » et 4500 commentaires seulement sur Facebook. Le slip chauffant fait aussi l’objet d’une publicisation croissante, par exemple sur [Médecine TV](#) en 2019, [RTBF](#) en janvier 2020, ou dans le journal en ligne féministe [Rockie](#) en septembre 2020. Ces exemples, illustratifs, invitent à une enquête approfondie analysant la production d’information contraceptive dans les différents médias et la façon dont ces contenus circulent, sont partagés et commentés dans différents réseaux sociaux. Davantage d’informations sur la production et la réception de ces contenus seront nécessaires à une meilleure compréhension des transformations contraceptives masculines en cours.

⁴⁰ Léa Terzibachian (masterante en études sur le genre à l’EUR Gender and sexuality studies (GSST) EHESS-INED), « L’avortement dans les parcours procréatifs masculins, un levier pour modifier les pratiques contraceptives ? », communication au séminaire du laboratoire junior Genre et Contraception le 08/06/2023.

dans des familles musulmanes, semblent ainsi pratiquer le retrait de façon régulière, sans qu'il soit nécessaire d'en convenir en amont. Une anecdote qu'elle raconte au détour de l'échange confirme cette coopération masculine dans la prévention des grossesses (la scène rapportée a lieu alors qu'Imane est en vacances dans la famille de sa mère au Maroc – elle a appris sa grossesse quelques jours plus tôt sans le dire à sa mère) :

Quand on était en vacances au Maroc ensemble, on a rencontré le fils d'une amie à elle, dont la maman avait eu un cancer, et il disait à ma mère « depuis qu'elle a eu son cancer elle s'est vraiment affaiblie ». Et le hasard a fait qu'il a dit à ma mère : « je peux plus lui faire de blagues. Avant, je venais lui faire des blagues genre "ah maman, j'ai mis une femme enceinte" ». Et donc sa mère, elle pétait un câble. Et depuis qu'elle est malade [...] elle est plus aussi virulente qu'avant.

Ce récit suggère que les mères marocaines stigmatisent avec véhémence l'irresponsabilité contraceptive de leurs fils, à la différence de la logique dominante en France où les garçons ne sont pas stigmatisés. Mais cette quasi-absence de stigmatisation envers les hommes n'est compréhensible que dans un modèle contraceptif français les dégageant de leur responsabilité contraceptive : tourner le regard vers les pratiques minoritaires en France permet de se rendre compte d'arrangements contraceptifs alternatifs.

*

L'invisibilisation de la fertilité masculine, évidente dans les prises en charge sanitaires, s'inscrit dans l'histoire longue de la médicalisation du corps des femmes et de leur assignation à la procréation. C'est elle qui déplace la responsabilité de la survenue de la grossesse du coït hétérosexuel vers un problème de maîtrise du corps des femmes. Partant, c'est elle qui explique que la stigmatisation contraceptive s'exerce de façon dominante sur les personnes dotées d'un utérus, et pas sur celles dotées de testicules produisant des spermatozoïdes. Dire que les hommes sont « irresponsables » de la contraception (Spencer, 1999) n'a alors absolument pas le même sens que pour les femmes : « l'irresponsabilité » masculine, présentée comme une évidence, consiste en fait à nier la fertilité et la participation des hommes à l'acte sexuel ; elle est une permission donnée au désengagement contraceptif des hommes. Au contraire, « l'irresponsabilité » féminine est une mise en accusation, la dénonciation d'un manquement et porte en elle l'injonction au réengagement contraceptif des femmes. Là où les hommes « irresponsables » sont autorisés à le rester, les femmes « irresponsables » s'exposent au stigmat.

Bilan 4 : la stigmatisation contraceptive, un élément central de l'abortion stigma français

Penser la contraception médicale et féminine avant tout comme moyen de lutter contre l'avortement, ou de prévenir sa réitération, n'a rien d'une évidence. C'est le résultat d'une histoire contraceptive pilulocentrée, qui a érigé la norme contraceptive française comme telle. Les transformations de cette norme dans le monde social en général, et dans les prescriptions post-IVG en particulier, sont à la fois manifestes et limitées : si la contraception post-IVG est de moins en moins centrée sur la pilule et fait la part belle à des dispositifs comme le DIU ou l'implant (que nombre de praticien·nes sont encore frileux·ses à prescrire en première intention), la remédicalisation quasi-systématique après l'IVG renouvelle l'idée que la contraception est d'abord une affaire de femmes, sous étroite surveillance médicale.

En France, cette forme de stigmatisation est particulièrement frappante. Les professionnel·les de santé constituent les premier·es entrepreneur·ses de la bonne morale contraceptive, mais non les seul·es, tant l'idée que la contraception permettrait d'éviter l'avortement est répandue dans la société française. En cela, la stigmatisation de l'avortement en France relève *d'abord* d'une stigmatisation de l'échec contraceptif féminin. La centralité d'une telle stigmatisation contraceptive en France doit être mise en regard avec la relative perte de vitesse de la stigmatisation de « l'atteinte à la vie » (voir chapitre 7), qui a en partie déplacé l'attention de la nature de l'embryon vers la maîtrise de la fertilité féminine.

Cette forme de stigmatisation produit une identité féminine dégradée, une figure repoussoir, que j'ai appelé « l'irresponsable » : quand la responsabilité contraceptive féminine semble aller de soi en raison de la norme contraceptive, un écart à cette norme renvoie à un manquement à cette responsabilité. Cette figure de « l'irresponsable » ne traduit pas seulement une hiérarchie sexuée assignant aux femmes la gestion de la procréation dans son ensemble, par une naturalisation de la gestion de la fertilité. Elle reflète aussi une hiérarchie *sociale* qui fait du contrôle de soi et de la maîtrise corporelle un idéal dominant. L'idéal de contrôle procréatif s'avère un idéal d'autocontrôle (Elias, [1939a] 2003), intériorisé plus fortement par les enquêtées les plus dotées. La stigmatisation de l'échec contraceptif varie ainsi non seulement selon les pratiques contraceptives effectives avant et après l'avortement, mais aussi selon l'appartenance sociale.

Cette forme de stigmatisation ne peut cependant être pensée en dehors d'injonctions à l'autonomie et à la responsabilité déjà identifiées dans la littérature, et plus généralement dans les travaux sur les usagers de service public (Duvoux, 2009). Formuler une demande auprès d'une institution ne va pas sans faire preuve d'une bonne volonté – en l'occurrence

contraceptive – explicite. Cette façon de concevoir l’avortement comme un échec de contraception, auquel les professionnelles de l’orthogénie peuvent et doivent remédier par l’éducation, s’inscrit ainsi plus généralement dans un modèle de rationalité axiologique qui considère un individu autonome, capable de faire des choix rationnels pour maximiser ses bénéfices et minorer ses coûts. L’injonction à « réduire le risque de grossesse », ou au contraire le constat que la non utilisation de la contraception relèverait d’une « minoration du risque », ne peuvent être comprises en dehors d’un tel modèle, qui fait de la grossesse non prévue un risque maximal et féminin. Ainsi,

La médicalisation des techniques de contrôle de la fertilité est enracinée dans une construction sociale particulière de la subjectivité humaine. Plus précisément, elle reflète la conception de la philosophie occidentale des Lumières selon laquelle la subjectivité dépend de la capacité d’un individu à s’abstraire du « temps, de l’espace et des contingences corporelles » pour faire un calcul rationnel maximisant les bénéfices individuels. S’agissant des techniques de contraception, les institutions médicales considèrent que ces bénéfices sont maximisés quand les femmes maîtrisent le moment de la conception⁴¹. (Beynon-Jones, 2013)

Une telle conception de la sexualité comme un risque dont les femmes, actrices rationnelles capables d’un calcul pour optimiser leur bien-être, doivent minimiser les conséquences indésirables repose donc sur une conception de l’individu qui fait abstraction d’autres logiques d’action rationnelle – en valeur, par habitude ou en raison des affects, si l’on reprend la typologie wéberienne (Weber, [1922] 2003). Elle occulte la dynamique des relations amoureuses et sexuelles, alors même que la grossesse non prévue est toujours le fruit d’un rapport sexuel avec un partenaire doté d’un pénis et de sperme fécondant. En l’absence de techniques contraceptives développées visant à rendre le sperme provisoirement infertile, il faut donc bien questionner les pratiques sexuelles *elles-mêmes* et la façon dont les hiérarchies genrées contribuent à faire que la sexualité dominante aujourd’hui, centrée sur la pénétration, est à la fois la plus susceptible de mettre les femmes enceintes et la moins susceptible de leur donner du plaisir (Andro et al., 2010 ; Andro et Bajos, 2008). En s’intéressant à l’expérience sexuelle effective, émerge ainsi une forme plus enracinée, mais moins visible désormais, de la stigmatisation genrée de l’avortement : la stigmatisation de la *sexualité féminine récréative*.

⁴¹ "Medicalization of techniques of fertility control is grounded in a socially specific construction of human subjectivity. Specifically, it reflects Western Enlightenment philosophy's account of subjectivity as contingent upon an individual's ability to abstract themselves from 'time, space, and bodily circumstances' (Ruhl, 2002, p. 644) in order to make rational-calculative decisions that maximise self-interest. In the case of techniques of fertility control, medical institutions view self-interest as maximised when women have control over the timing of conception".

Chapitre 5. Salope ? Stigmatiser la sexualité récréative

« *Y a qu'à pas baiser* » : tel est le titre du premier court-métrage documentaire sur l'avortement par aspiration, réalisé en 1971 par Carole Roussopoulos. Le film reprend l'exclamation d'une femme âgée interrogée alors qu'elle voit défiler une manifestation de militantes en faveur de l'avortement libre et gratuit au début des années 1970 :

(La femme âgée interrogée) : Elles ont qu'à pas baiser !

(La journaliste) : Vous avez pas baisé, vous ?

— Si, mais on fait attention ! Et toc !

— Comment ?

— Oh non mais dis, eh ! J'vais pas vous l'apprendre, hein ! Non mais. [Elle s'éloigne, puis se ravise et ajoute :] elles avaient qu'à pas être si fainéantes et quand elles ont fini, hop !, se lever.

Dans les représentations de cette femme née au début du XX^e siècle, la meilleure façon d'éviter l'avortement reste l'abstinence, à défaut de pratiquer avec assiduité une technique contraceptive même rudimentaire (en l'occurrence, « se lever » pour aller évacuer le sperme et se rincer après le rapport sexuel). Derrière la stigmatisation de « l'échec contraceptif », étudiée au chapitre précédent, se dévoile ainsi, en creux, une mise en accusation qui porte sur *la sexualité elle-même* : en l'absence de précautions suffisantes pour éviter une grossesse, les femmes feraient encore mieux d'y renoncer. Le stigmate se déplace ainsi vers la sexualité des femmes, qui est une forme historique de la stigmatisation de l'avortement, cristallisée dans la figure de l'avortée comme « salope ». Bien avant le Manifeste des 343 de 1971, parodié par Charlie Hebdo et entré dans les mémoires comme « Manifeste des 343 salopes » (dans une forme de retournement ironique du stigmate), cette insulte envers les avortées, visant explicitement leur sexualité, était d'une redondance notable, comme en témoignent les récits d'avortements et les analyses des historien·nes avant et après la loi Veil¹.

¹ « Le temps du baby-boom coïncide, on l'oublie trop, avec un apogée de l'avortement clandestin (environ 1 000 par jour). Quand la tentative se passait mal, la jeune femme était conduite à l'hôpital où on la curetait à vif en la traitant de salope » écrit par exemple Yvonne Knibiehler (2001). Ou encore, dès 1977, l'historien Jean Nicolas : « Si le chirurgien ordinaire et le gynécologue-accoucheur commun condescendent à vous avorter, soyez reconnaissante, mais surtout n'ouvrez pas la bouche, taisez-vous : vous n'êtes pas là pour demander, pour essayer d'obtenir quelques explications. Vous êtes entre leurs mains un objet un peu répugnant qu'il faut bien soigner parce que vous avez la loi pour vous, mais ils pensent souvent au fond d'eux-mêmes que vous n'êtes qu'une « salope », une inconsciente inéducable. Ils vous font payer l'avortement auquel vous avez droit, quelles que soient les circonstances qui vous y ont poussée, en vous culpabilisant » (1977, p. 88).

L'imaginaire de la « salope » et tout son champ lexical (femme de mauvaise vie, débauchée, délurée, dévergondée, putain...) a historiquement associé l'avortement à une stigmatisation de la sexualité des femmes, qui serait avilissante dès lors qu'elle n'a pas pour but de procréer. Entre la mère et la putain, peu d'alternatives, et la référence à la prostitution recouvre de fait une stigmatisation plus générale, comme le rappelle Clyde Plumauzille dans l'article de *L'Encyclopédie Critique du Genre* sur la prostitution :

Au commencement était le stigmaté. [...] Au-delà du lieu commun de ce qui serait le « plus vieux métier du monde », la catégorie « prostitution » relève d'une construction sociale et politique. Ainsi, les injures « putain » ou « pute » sont susceptibles de s'appliquer à toutes les femmes sans exception dès lors qu'elles transgressent les normes de genre et de sexualité prescrites par l'idéal de la féminité. Propre à l'énonciation de la prostitution, ce « stigmaté de putain » est spécifiquement féminin, agissant « comme un fouet » pour rappeler à l'ordre les femmes prises en flagrant délit d'indépendance. (Plumauzille, 2021, p.588)

Le stigmaté de « la pute » ne concerne donc pas les seules femmes pratiquant une sexualité tarifée : il est plus fondamentalement une forme de contrôle social s'exerçant sur *toute sexualité féminine* s'émancipant d'un « idéal de la féminité » – maternel, dévoué, à sa place. Isabelle Clair a par exemple montré, chez les jeunes filles de banlieue parisienne comme chez celles de la campagne, combien « être une fille » revient à « avoir une sexualité suspecte », le stigmaté de la « pute » étant un stigmaté collectif attaché à une classe de sexe, dont chacune essaie, tant bien que mal, de se tenir à distance (Clair, 2012, p. 75). C'est encore plus vrai pour celles qui refusent ouvertement la maternité. Les femmes sans enfant volontairement étudiées par Charlotte Debest sont plus fortement exposées au stigmaté de la « salope » (Debest, 2019a) tandis que, dans la littérature internationale sur *l'abortion stigma*, de nombreux articles rendent compte d'insultes à caractère sexuel essuyées par les avortées et/ou les militant·es pro-avortement². Les travaux récents sur *l'abortion stigma* soulignent ainsi à quel point la transgression des « idéaux de féminité » (définis comme par la « fécondité permanente », la « maternité inévitable » et l'« instinct nourricier ») sont fondateurs de la stigmatisation de l'avortement (Kumar, Hessini et Mitchell, 2009) :

L'idée que les femmes ne devraient avoir des relations sexuelles que si elles ont l'intention de procréer renforce l'idée que le sexe pour le plaisir est illégitime pour les femmes (alors qu'il est acceptable pour les hommes). L'avortement est donc stigmatisé parce qu'il est la preuve qu'une femme a eu des rapports sexuels « non-procréatifs » et qu'elle cherche à exercer un contrôle

² Les militantes italiennes pro-avortement étudiées dans (Giovannelli et al., 2023), de même que les avortées états-uniennes qui témoignent sous le hashtag #shoutyourabortion (Kosenko, Winderman et Pugh, 2019), se font traiter de *sluts* ; les avortées peuvent être perçues comme des *prostitutes* (Shellenberg et al., 2011) ; etc.

sur sa propre reproduction et sa sexualité, ce qui menace les rapports de genre en vigueur³.
(Norris et al., 2011, p. S51)

La stigmatisation de la sexualité des femmes à travers la figure de « la salope » (ou une de ses variantes) s'affirme ainsi comme centrale, à la fois historiquement, en France, et conceptuellement, dans les travaux de sciences sociales. Mais qu'en est-il aujourd'hui que la « libération sexuelle », avec ses promesses et ses mythes, est passée par là ? Dans la prise en charge médicale ou en dehors, qu'advient-il de la figure de la « salope » pour désigner les avortées, à mesure que la légitimité d'une sexualité féminine récréative s'affirme ? En requestionnant l'opposition traditionnelle entre sexualité *reproductive* et *récréative*, ce chapitre se propose d'explorer les différentes injonctions contradictoires en la matière. Qu'il devienne légitime, pour les femmes, d'avoir une sexualité à d'autres fins que la reproduction ne signifie pas mécaniquement que cette fin soit strictement *récréative* – j'entends par là que son objectif soit le désir, le plaisir et/ou le bien-être. Je voudrais montrer qu'il s'agit plutôt, pour les femmes, de pratiquer avec leurs partenaires masculins une sexualité qui soit à la fois inscrite dans une relation sentimentale et sans risque – de grossesse, mais aussi d'infections sexuellement transmissibles et d'agressions sexuelles. Dès lors, stigmatisation de la sexualité et stigmatisation de la sexualité non-protégée (ou mal protégée) fonctionnent de pair et les contours de la figure de la « salope » se remodelent pour devenir une sorte de figure stigmatisée *en sourdine* : éclipsée par la figure de « l'irresponsable » (c'est-à-dire par la stigmatisation de l'échec contraceptif), mais pourtant bien présente en fond. Car le soupçon se déplace : si l'activité sexuelle non-reproductive des femmes gagne en légitimité, la stigmatisation porte désormais sur une sexualité potentiellement *trop* active, qui prioriserait la récréativité (supposée) sur le devoir de protection. En fond, se rejouent ainsi des rapports de genre asymétriques, qui hiérarchisent la sexualité des hommes et celle des femmes.

On verra d'abord que la stigmatisation sexuelle ne transparaît pas massivement dans les entretiens avec les avortées – et encore moins dans les centres d'IVG. L'existence d'une sexualité pénétrative est à la fois *évidente* et *implicite*, et les femmes en couple hétérosexuel ne vivent que rarement une stigmatisation frontale de leur sexualité, y compris quand celle-ci s'éloigne de la norme de couple stable et/ou de monogamie (5.1). Il en va différemment pour les plus jeunes de mon corpus et/ou les femmes racisées, issues de familles où la pratique religieuse fait encore peser sur la sexualité un tabou fort. Dans l'ensemble, pourtant, la

³ "Notions that women should have sex only if they intend to procreate reinforce the idea that sex for pleasure is illicit for women (although it is acceptable for men). Abortion, therefore, is stigmatized because it is evidence that a woman has had "nonprocreative" sex and is seeking to exert control over her own reproduction and sexuality, both of which threaten existing gender."

stigmatisation sexuelle se lit plutôt à travers la moralisation contraceptive : la sexualité ne devient problématique que parce que la norme de prévention (contraceptive, mais pas seulement) est prise en défaut (5.2). Derrière cette appréhension sanitaire de la sexualité des femmes se renouvelle, en creux, une stigmatisation implicite, qui disqualifie la recherche du plaisir et du bien-être au féminin : c'est alors moins la dimension *non-reproductive* de la sexualité qui est stigmatisée que sa dimension *récréative*, dès lors qu'est enfreinte la norme de prévention sexuelle (5.3).

5.1 La sexualité conjugale : une stigmatisation limitée en apparence

« Comment faire une contraception avec deux cotons et une aspirine ? Tu mets l'aspirine entre les deux cotons, tu coinces ça entre tes genoux et, tant que l'aspirine n'est pas tombée par terre, t'es sûre que t'es pas enceinte. »

Plusieurs fois depuis l'adolescence, j'ai eu l'occasion d'entendre cette plaisanterie ou l'une de ses variantes, toujours racontée par des hommes plus âgés. Se demander ce qui est drôle impose de mettre au jour les normes implicites sur lesquelles repose le décalage qui produit le comique. Quel est ici le ressort de cet humour paternaliste ? Sa morale implicite : « Tant que tu n'ouvres pas les cuisses, jeune fille, tu n'as pas à t'inquiéter d'une grossesse ». Outre le détournement de l'usage ordinaire du coton et de l'aspirine, qui ne remplissent pas leur fonction ici, le rire est censé provenir de l'idée qu'il est possible garder les genoux serrés pour une durée indéterminée. Mais le propos de cette blague, au fond, consiste à dire : pour ne pas être enceinte, le plus simple reste d'éviter la sexualité – quitte à mettre en place pour cela un dispositif insensé de contrôle du corps féminin. Or « la plaisanterie, avec ses sous-entendus, représente la forme de pression la plus subtile et se situe à l'un des extrêmes du continuum de la violence » écrivait déjà Jalna Hanmer en 1977. Ce discours qui suggère que « la meilleure contraception, c'est de fermer les cuisses » n'est pas seulement une blague : il peut aussi être tenu aux femmes dans le cadre d'une consultation gynécologique, comme en témoigne le rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes portant sur « les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical ». Là encore, mettre en avant la dimension contraceptive de l'abstinence reste une façon de stigmatiser l'activité sexuelle.

Figure 3. Illustration de couverture du rapport du HCE sur les "actes sexistes" dans le suivi gynécologique et obstétrical



Au vu de la littérature internationale, de la pesanteur historique de la stigmatisation des « salopes » qui avortent, et des enquêtes contemporaines sur les « actes sexistes » dans les prises en charge médicales, je m'attendais ainsi à rencontrer, au cours de cette enquête, des témoignages d'une forte stigmatisation de la sexualité des avortées, des récits d'insultes ou *a minima* de mise en cause des pratiques sexuelles. Or, à l'exception notable des femmes très jeunes et/ou racisées (voir 5.2), cela n'a pas été massivement le cas. À l'analyse, j'ai constaté qu'un matériau *explicite* sur la stigmatisation sexuelle est relativement manquant, quand celui sur la stigmatisation contraceptive abonde. Comment l'expliquer ?

5.1.1 Une respectable sexualité conjugale

Tout d'abord, la sexualité n'est pas le problème des professionnel·les de santé. Dans les prises en charge auxquelles j'ai assisté, elle est même remarquablement *absente*, ou plutôt *implicitement présente*, c'est-à-dire tout à la fois évidente, légitime, pénétrative, mais aussi non-questionnée et passée sous silence. Les rares fois où elle est évoquée, c'est à l'occasion de conseils sur « la reprise des rapports » (de la pénétration vaginale, donc), à éviter sous quinzaine après l'IVG, ou de façon plus opaque encore avec la recommandation de « ne rien insérer dans le vagin » pendant deux semaines, à propos des tampons en cas de saignements – aux femmes de tirer leurs propres conclusions. Il ne faut pas s'en étonner : les travaux sur les professionnel·les de santé ont mis en évidence le malaise des médecins à parler de sexualité, y compris les spécialistes de la gynécologie. Comme l'ont montré Laurence Guyard (2010b, 2010a) et Lucile Ruault (2015), la consultation gynécologique n'est pas le lieu d'une discussion autour de la sexualité effective mais plutôt celui d'une entreprise de domestication du corps

féminin. En la matière, les logiques professionnelles cèdent ainsi le pas aux logiques profanes et conduisent à une esquive de la sexualité⁴, d'autant plus notable que les professionnel·les sont moins spécialisé·es dans les questions de contraception et d'avortement (Koechlin, 2022 ; Roux, Ventola et Bajos, 2017). J'ajoute que *même les conseillères conjugales et familiales*, qui se revendiquent pourtant expertes des relations de couple et dont on pourrait attendre un questionnement de fond sur la sexualité effective (fréquence, pratiques, ressentis...), ne questionnent pas les femmes sur leur sexualité. Dans les entretiens que j'ai observés, la réalité des pratiques sexuelles n'est jamais abordée. Par conséquent, la sexualité des femmes n'est jamais *explicitement* stigmatisée dans les centres d'IVG, puisqu'elle n'est pas évoquée autrement que par allusions entendues.

Dans les entretiens auprès des avortées, la stigmatisation de la sexualité n'est pas non plus évidente, à l'exception de quelques femmes très jeunes et/ou racisées. Les mauvais traitements des professionnel·les de santé ne portent pas directement sur la sexualité et aucune des personnes rencontrées n'a été ouvertement insultée pour avoir avorté. Il ne faut pas exclure que le dispositif d'enquête trouve ici ses limites : peut-être que la stigmatisation liée à la sexualité a été passée sous silence au cours des échanges ou qu'il aurait fallu poser des questions plus détaillées sur le sujet (quoique j'en doute, tant les maltraitances et l'impact sur la sexualité sont par ailleurs longuement évoqués – voir 8.2) ; peut-être – plus probablement – qu'une telle stigmatisation est plus susceptible de concerner les femmes les plus précaires (migrantes, de classes très populaires, etc.) qui sont sous-représentées dans mon échantillon (il faudrait d'autres recherches pour étayer ou contredire cette hypothèse). Toujours est-il que les personnes rencontrées, majoritairement issues des classes moyennes et supérieures, ne témoignent pas massivement d'une stigmatisation *explicite* de leurs pratiques sexuelles, tant auprès de leurs proches que lors de la prise en charge médicale.

La raison de cette absence de stigmatisation explicite de la sexualité des femmes me semble être la suivante : la sexualité au sein d'un couple hétérosexuel est aujourd'hui tout-à-fait acceptable en France, et même, *elle est valorisée, a minima* au sein des classes moyennes et supérieures (Giraud, 2017 ; Santelli, 2022). Malgré les limites à l'idée d'une « libération sexuelle »⁵, le fait est que la sexualité, tant qu'elle est hétérosexuelle, monogame et conjugale,

⁴ Cette esquive de la sexualité ne se limite d'ailleurs pas aux soins gynécologiques : cela a aussi été montré pour d'autres spécialités médicales comme la cancérologie (Toffel et Braizaz, 2022).

⁵ L'idée que la contraception et l'avortement auraient permis une « libération sexuelle » a déjà été largement discutée dans la littérature, tant elle a, au fond, reconduit et déplacé des inégalités genrés (Bozon, 2018, p. 61 - 63 ; Jaspard, 2005, chapitre III ; Steinberg et al., 2018, chapitres V et VI). La levée du tabou sur la sexualité ne s'est pas opérée dans toute la société mais plutôt chez les élites culturelles et intellectuelles urbaines de la gauche radicale, et même au sein de ces collectifs des assignations de genre puissantes ont continué à structurer des asymétries sexuelles fortes entre les hommes et les femmes (Ruault, 2019).

a cessé d'être un tabou. En tant que sommet de la « hiérarchie sexuelle » décrite par Gayle Rubin, cette sexualité conjugale, par opposition aux « pratiques sexuelles de rang inférieur » (Rubin, [1984] 2010, p. 159), s'est même construite, historiquement, comme le lieu de l'affirmation d'un idéal romantique égalitaire⁶. Dès le départ, la légitimation de la sexualité, hiérarchisée selon le genre, est ainsi adossée à un renforcement de la conjugalité : si le couple est la *caution morale* du sexe, le sexe devient la *condition de constitution et de stabilité* du couple (Bozon, 1991, 1998). L'épanouissement sexuel est ainsi un instrument de l'hétéronormativité, qui trace la ligne entre sexualité *légitime* et sexualité *stigmatisée*.

Depuis, l'entrée en sexualité des femmes comme des hommes s'est assouplie et les comportements sexuels tendent – en théorie – à se rapprocher. La période de « jeunesse sexuelle » s'est allongée, moins par une entrée en sexualité plus précoce (l'âge moyen au premier rapport reste stable⁷) que par un allongement de la période de vie en couple avant l'arrivée d'un éventuel premier enfant (Bozon et Bajos, 2008 ; Toulemon, 2008) – c'est d'ailleurs cela qui explique l'augmentation des IVG répétées (Bajos, Prioux et Moreau, 2013). La conjugalité et la sexualité se recomposent et l'articulation entre les deux se fait moins rigide (Bozon, 1991). Alors que l'expérimentation sexuelle devient légitime pour les plus jeunes (Giami et Schiltz, 2004), le couple trouve des acceptions moins formelles avec la baisse du nombre de mariages, l'augmentation des taux de divorce, l'institutionnalisation du concubinage (Kaufmann, 2021) ; le nombre de partenaires au cours de la vie augmente et la sexualité en dehors d'un couple installé se fait plus acceptable (Combessie et Mayer, 2013 ; Garcia, 2016).

Mais surtout, l'épanouissement sexuel devient une *injonction nouvelle*. Dominique Cardon ne s'y trompe pas quand il identifie comment, dès les années 1970, le « droit au plaisir » devient en fait « devoir d'orgasme », là encore au service de la conjugalité épanouie (Cardon, 2003). De telles représentations sortent renforcées de la sanitarisation de la question sexuelle : avec le développement international d'une approche en termes de santé sexuelle et reproductive, fondée sur des droits reproductifs, la sexualité devient un déterminant du bien-être (Giami, 2002, 2015,

⁶ Dès le début du xx^e siècle, après que Freud eût ouvert la possibilité d'une vision positive de la sexualité, celle-ci s'affirme comme le ciment du couple et même comme un rempart au divorce (Gardey et Vuille, 2018). Cette idée est renforcée dans les années 1950 et plus fortement encore au cours des années 1960 et 1970 : la sexualité s'émancipe progressivement du carcan de honte et d'opprobre qui maintenait les jeunes filles dans l'ignorance. Anne-Claire Rebreyend a par exemple montré comment la rhétorique de l'amour a autorisé les relations sexuelles pré-nuptiales à partir des années 1950 : la figure de la « fille amoureuse » émerge comme un intermédiaire entre les « filles sérieuses » qui s'abstiennent jusqu'au mariage et les « filles faciles » qui perdent leur virginité avant (Rebreyend, 2010). Au même moment, pour les garçons, la question se pose autrement : la perte du pucelage, souvent auprès de prostituées, est une étape symbolique du devenir homme (Revenin, 2021).

⁷ Depuis les années 1970, l'âge médian au premier rapport pour les hommes se situe entre 17 et 18 ans. Si l'âge médian au premier rapport était supérieur à 19 ans pour les femmes dans les années 1970, la courbe rejoint progressivement celle des hommes. En 2010, cet âge médian au premier rapport sexuel, s'établit à 17,4 ans pour les garçons et à 17,6 ans pour les filles, d'après le Baromètre Santé 2010 de l'INPES – voir les données sur le site de l'INED <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-au-premier-rapport-sexuel/>.

2016). La médicalisation de la sexualité traduit ainsi un « optimisme sexuel » (Robinson, 1976) revendiquant l'épanouissement individuel (Giami, 2007, 2018b)⁸. Si l'hétérosexualité reste le modèle dominant, elle est de plus en plus contrebalancée et critiquée par l'affirmation historique des sexualités minoritaires et leur relative déstigmatisation (Chauvin et Lerch, 2013).

Dans un tel contexte, ce sont au contraire le *manque de désir* voire *l'absence de sexualité* qui se font déviances nouvelles. C'est ainsi qu'il est possible de comprendre le rire d'Imane (29 ans, hôtesse de l'air, IVG à 29 ans en 2018) quand elle admet ne pas avoir « une sexualité active depuis longtemps » (elle est « restée vierge » jusqu'à ses 28 ans pour des raisons religieuses) ou encore une remarque d'Élane (38 ans, chargée de mission dans une association humanitaire, IVG à 34 ans en 2015) quand elle évoque la prise en charge de son avortement :

La nana était là, bienveillante, dynamique, pas hypocrite, parfait quoi voilà. Et d'ailleurs, je lui ai dit « Merci beaucoup parce que j'avais trop peur quoi ! ». Et elle me dit « Non mais c'est bon, on va pas vous juger ! parce qu'en plus c'est votre premier ? ». Genre limite j'étais un alien de faire une IVG à 35 ans alors qu'en gros ils connaissent tous des pépettes qui ont 18 balais et qui en ont déjà fait 8 quoi. Et donc toi t'arrives derrière et on te dit presque « qu'est-ce qu'elle est prude celle-là quoi ! ».

Si Élane caricature l'opposition entre elle – première IVG à 35 ans – et les plus jeunes qui multiplieraient les IVG, ce qui est intéressant est qu'elle interprète *l'absence de stigmatisation de sa sexualité* en la reversant : elle devient, en creux, une sorte de *stigmatisation d'une absence de sexualité* ou, *a minima*, d'une sexualité *peu active*. Une telle stigmatisation se lit plus généralement dans les difficultés des personnes asexuelles à affirmer leur visibilité (de Ory, 2019), y compris au sein des sexualités minoritaires⁹, et dans la pathologisation du manque de désir des femmes, auquel la médecine et les « sciences du désir » (Gardey et Vuille, 2018) entendent remédier – dans un contexte capitaliste qui pousse à la consommation sexuelle¹⁰. La

⁸ La multiplication de contenus portant sur le bien-être sexuel et le succès considérable de nombreux comptes Instagram à plusieurs centaines de milliers d'abonné·es sont un indice de la très forte préoccupation contemporaine pour la sexualité récréative. Je pense par exemple au très grand succès de comptes Instagram sur la sexualité comme celui de Charline Vermont, *Orgasme et moi*, créé en 2019 qui atteint environ 696 000 abonné·es en mai 2023, ou de Jüne Pla, *Jouissance Club*, créé en 2018 qui atteint 995 000 abonné·es en mai 2023, sans parler de celui du compte *T'as joui* de Dora Moutot également créé en 2018, et dont les prises de positions transphobes ont réduit l'audience, qui se maintient néanmoins à près d'un demi-million d'abonné·es en mai 2023. Ces trois autrices ont chacune publié un ouvrage sur la sexualité devenu un best-seller (plus de 130 000 exemplaires pour celui de Jüne Pla, plus de 50 000 pour celui de Charline Vermont...).

⁹ En France les enquêtes universitaires sur les personnes n'ayant pas ou peu de relations sexuelles commencent tout juste à émerger (Guay et Chauvet, 2023), alors qu'elles se développent à l'étranger depuis une dizaine d'années (Chasin, 2013 ; Gupta, 2017). Mais journalistes et autrices commencent à s'emparer de la question : on peut citer l'ouvrage de l'écrivaine Emmanuelle Richard, *Les corps abstinentes* (Flammarion, 2020) ; la série de quatre épisodes réalisée par Ovidie et Tancrède Ramonet « Vivre sans sexualité » pour *La Série Documentaire* sur France Culture en avril 2021 (accessibles à l'adresse <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-vivre-sans-sexualite>) ; ou encore l'essai du journaliste Tal Madesta, *Désirer à tout prix* (Binge Audio Editions, 2022), qui livre une ferme critique du mouvement pro-sexe.

¹⁰ Le trop faible désir féminin n'est pas seulement l'objet d'une médicalisation au long cours (Gardey et Hasdeu, 2015), initiée par la sexologie et poursuivie par la médecine sexuelle (Giami, 2018b). Il est aussi, dans la

faible stigmatisation sexuelle des avortées peut donc être mesurée à l'aune de cette norme nouvelle : désormais, le sexe est non seulement légitime, mais aussi préconisé – et la figure de la femme « sans sexualité » (Spencer, 1999) semble appartenir à un passé révolu.

Cela est d'autant plus vrai que les avortements s'inscrivent massivement dans le régime hétérosexuel qui reste dominant. Si toutes les personnes qui avortent ne sont pas des femmes – une grossesse non-désirée peut concerner un homme trans ou une personne non-binaire, quoiqu'à ma connaissance, je n'ai pas rencontré cette situation au cours de mon enquête – il n'en reste pas moins que toutes sont dotées d'un utérus et ont eu un rapport pénétratif avec une personne dotée d'un pénis. L'écrasante majorité des IVG concernent ainsi des femmes cisgenres hétérosexuelles, ayant des rapports sexuels avec des hommes cisgenres hétérosexuels et – du moins dans mon échantillon d'entretiens¹¹ et dans les centres d'IVG enquêtés¹² – très souvent en couple (que ce couple soit ou non institutionnalisé). Parmi toutes les sexualités possibles, les avortées ont donc *la plus légitime*, que l'on considère, en suivant la sociologue matérialiste britannique Stevi Jackson, sa dimension *institutionnelle*, *expérimentale* ou *identitaire* (Jackson, 1996). Comme *institution*, la sexualité des avortées s'inscrit dans des hiérarchies genrées ordinaires et dans la binarité des sexes ; comme *expérience*, elle se caractérise par des pratiques érotiques qui font la part belle à la pénétration péno-vaginale ;

société capitaliste contemporaine, la promesse de nouveaux marchés fructueux visant à réparer les désirs – qu'il s'agisse de vendre du contenu pornographique (Trachman, 2014), des remèdes chimiques pour attiser la libido (Miami, 2018a), des sextoys, et ce dans des sexshops (Coulmont, 2007), des salons de l'érotisme (Leveratto, 2011) et plus récemment en ligne. Des chercheur·ses comme Eva Illouz (2006, 2020) et Paul B. Preciado (2008) ont largement montré comment les logiques néo-libérales investissent jusqu'aux relations intimes. Dans un régime que P. Preciado qualifie de « capitalisme pharmacopornographique » (2010), le trop faible appétit sexuel devient pathologie et fonds de commerce : un problème auquel il est possible et même souhaitable de remédier par la consommation de dispositifs onéreux.

¹¹ Ce résultat peut provenir d'une surreprésentation des femmes en couple dans cet échantillon : celles qui n'étaient pas en couple au moment de l'IVG estiment peut-être avoir moins de choses à en dire et, pour cela, contactent peut-être moins la sociologue. Il est difficile de l'estimer, à plus forte raison parce que les femmes ont probablement tendance à simplifier leur situation romantico-sexuelle en désignant leur partenaire sexuel régulier comme leur compagnon. Ony (31 ans, employée dans la restauration collective, IVG à 31 ans en 2018), par exemple, appelle « son copain » l'homme qu'elle ne fréquente que pour avoir des relations sexuelles depuis deux ans, et je n'exclus pas qu'elle ait privilégié cette désignation auprès de moi (plutôt qu'une autre comme « partenaire sexuel », « plan cul », etc.) pour donner plus de légitimité à sa relation et donc à sa sexualité.

¹² Les attentes des professionnelles de santé augmentent probablement la propension à se présenter comme en couple, les partenaires sexuels étant par défaut considérés comme les partenaires de vie des avortantes : les professionnel·les de santé les désignent spontanément comme « les compagnons » voire bien souvent « les maris », ce qui atteste de la persistance, dans leur représentation, de l'association entre sexualité et conjugalité institutionnalisée. Au CIVG2, par exemple, une conseillère interroge une jeune femme, venue accompagnée par le jeune homme avec qui elle a eu une relation sexuelle. Il s'agit de son collègue de travail, l'une et l'autre ont des relations sexuelles depuis moins d'un mois (elle vient d'entrer sur le marché du travail). Par réflexe, la conseillère leur demande s'ils ont « pour projet de vivre ensemble » et quand le couple explique, très gêné, que cela n'est pour l'instant pas prévu parce qu'ils « viennent de se rencontrer », la conseillère tranche en disant à la jeune femme : « Donc vous êtes célibataire » [journal de terrain, septembre 2019]. Derrière une éventuelle maladresse, ce qui apparaît est à quel point la conjugalité, dans les centres d'orthogénie est définie de façon normative : la conjugalité qui se désigne comme telle est durable, établie, cohabitante.

comme *identité sociale et politique*, enfin, elle est dominante, puisqu'hétérosexuelle – les critiques émises depuis la perspective du lesbianisme politique, et plus généralement les travaux sur les sexualités minoritaires, ont suffisamment montré, par contraste, comme l'hétérosexualité constitue un régime, historiquement construit, qui structure, hiérarchise et reproduit l'ordre social¹³. Cette façon d'être *dominantes parmi les dominées* limite ainsi la stigmatisation des avortées. Mais qu'en est-il de celles qui se trouvent enceintes sans être engagées dans une relation (présentée comme) conjugale ?

5.1.2 D'introuvables salopes ? Des IVG légitimes en dehors d'une sexualité conjugale

Contrairement, là aussi, à mes attentes, il apparaît que, dans mon corpus d'entretien, celles qui s'écartent de la légitime sexualité conjugale ne sont pas pour autant stigmatisées pour leur avortement : si leur sexualité peut être critiquée, l'avortement *en lui-même* ne l'est pas, car il est présenté comme une évidence, tant les normes procréatives qui associent par ailleurs couple et parentalité sont puissantes (voir 6.3). Carole (38 ans, avocate, IVG à 27 ans en 2007 et 36 ans en 2016) est par exemple en relation avec son supérieur hiérarchique, marié et père de quatre enfants déjà grands, quand elle se trouve enceinte. Au moment de la grossesse, leur histoire est secrète – son partenaire ne quitte son épouse pour officialiser la relation que plus tard. Lorsque j'interroge Carole sur la prise en charge, son avortement n'est pas stigmatisé. C'est plutôt le contraire :

C'était assez neutre, sauf celles qui ont... En fait, quand j'ai expliqué la situation, elles me regardaient d'un air un peu interloqué, en validant mon choix presque, c'était bizarre... En me disant, « Effectivement, vu votre situation... Vous pouvez pas le garder. » [...] Ou alors, ça m'a rassurée de lire ça dans ce qu'ils étaient en train de me dire... Que j'étais en train de faire le bon choix.

Dans les centres d'IVG, les cas de grossesse faisant suite à une infidélité, dont la dimension romanesque amuse les soignantes, sont mis en récit avec force détails – et probablement parfois un peu d'exagération pour impressionner la sociologue. Telle jeune femme aura dû avorter en cachette une semaine avant son mariage, parce qu'elle était enceinte d'un autre homme :

¹³ Je pense en particulier aux travaux fondateurs de Monique Wittig ([1980] 2018) et d'Adrienne Rich (1981), qui ont montré le caractère hégémonique de l'hétérosexualité, contraignante pour les femmes, ou au travail de Paola Tabet sur la continuité des échanges économique-sexuels (2005). Les travaux qui historicisent la notion même d'hétérosexualité, comme ceux de Louis-Georges Tin (2010) ou plus récemment de Vulca Fidolini (2019), rappellent par ailleurs combien le terme désignait, lorsqu'il a été forgé à la fin du XIX^e siècle, un comportement considéré comme pathologique : celui d'éprouver un désir trop grand pour le sexe opposé, c'est-à-dire, à l'époque, un désir *à des fins autres que la reproduction*. Certains travaux proposent même de penser l'imposition d'un ordre hétérosexuel comme consubstantielle au colonialisme blanc, qui a écrasé des rapports indigènes à la sexualité que l'on pourrait qualifier de queer du point de vue d'aujourd'hui (Möser, 2022).

l'épisode fait rire les soignantes qui me le racontent au déjeuner, et si elles condamnent la situation par principe, elles n'ont de cesse de m'assurer de leur professionnalisme en termes de confidentialité. Telle autre, également enceinte à la suite d'une relation extra-conjugale, aura fait le choix d'avorter alors qu'elle était suivie par ailleurs dans le service voisin de Procréation Médicalement Assistée depuis plusieurs années : les soignantes, là encore, rient de l'infidélité, mais elles compatissent avant tout au « drame » de la difficulté à concevoir avec l'époux légitime et insistent sur le professionnalisme de leur collègue de PMA qui a pris soin de ne pas laisser voir son écran d'ordinateur où s'affichait le parcours IVG [CIVG1, février-mars 2016]. Si la sexualité extra-conjugale est en effet stigmatisée ici, par le rire, elle ne devient pas un motif de stigmatisation de l'avortement *en lui-même* mais au contraire, *une raison valable d'avorter*.

De même, dans mon corpus d'entretiens, celles qui ont eu plusieurs partenaires sexuels et peinent à identifier la relation à l'origine de leur grossesse ne témoignent pas d'une forte stigmatisation, quoiqu'elles la redoutent. Coline (22 ans, enseignante, IVG à 22 ans en 2016), qui ne sait pas exactement de qui elle est enceinte avant la datation de sa grossesse, n'a pas été confrontée à des remarques désobligeantes. Romane (25 ans, comédienne au RSA, IVG à 24 ans en 2017), qui redoute d'être stigmatisée, est reconnaissante envers le professionnalisme de son praticien habituel, qui exerce dans un établissement réputé pour son militantisme auprès des femmes :

Quand je lui ai dit « oui, j'ai besoin que vous datiez le truc, parce que j'ai besoin de savoir de qui il serait, potentiellement, le machin... », il était là « Mais ça change rien ! Est-ce que ça change quelque chose à votre choix ? ». J'étais là « Bah non ». Et effectivement, le jour où je l'ai appelé [le gynécologue], il a fait « ouais bon d'accord on va prévoir ça, on va s'organiser », bon, il était trop trop cool quoi !

L'ethos professionnel des médecins et la relative légitimation de la sexualité féminine semble donc désormais limiter les jugements ouverts sur la sexualité de celles qui les consultent, surtout lorsqu'il s'agit de professionnel·les de confiance, comme c'est le cas pour Coline (orientée par sa généraliste) et Romane (par son gynécologue habituel, qui travaille dans un hôpital réputé pour son militantisme en faveur des femmes).

À l'analyse, il apparaît que non seulement la conjugalité protège les avortées de la stigmatisation sexuelle, mais aussi que les écarts sexuels aux normes conjugales – stigmatisés *en eux-mêmes* – limitent de fait la stigmatisation *de l'avortement*, puisqu'il est perçu comme davantage nécessaire : il n'est pas envisageable de faire un enfant en dehors d'un couple conjugal et parental et, pour cette raison, l'avortement est un moindre mal.

*

Contrairement à mes attentes initiales, la sexualité des femmes n'est donc que rarement stigmatisée ouvertement, *parce que les avortées restent du côté des dominantes dans le régime de sexualité*. Passé l'adolescence, il n'est pas illégitime d'avoir des relations sexuelles avec des hommes. Il ne faut pourtant pas en conclure trop vite à une absence de stigmatisation sexuelle de l'IVG : d'une part, les femmes les plus jeunes et/ou racisées restent exposées, dans différents espaces sociaux, à une forte moralisation sexuelle. D'autre part, s'agissant des femmes en couple stable, l'absence de stigmatisation *explicite* n'empêche pas une stigmatisation *implicite* de la sexualité des avortées : c'est bien dans les impensés des pratiques hétérosexuelles que se renouvelle le stigmate.

5.2 De la « salope » à « la fille qui s'amuse » : une stigmatisation spécifique de la sexualité des femmes jeunes et/ou racisées

Les femmes les plus jeunes de mon corpus (enceintes mineures ou entre 18 et 20 ans) et celles dont l'histoire familiale s'inscrit dans des trajectoires migratoires et/ou avec une place importante accordée à la religion, sont les rares à expérimenter une forte stigmatisation sexuelle, qui vient moins des professionnel·les de santé que de leur propre famille ou groupe de pairs. L'avortement est alors stigmatisé parce que la grossesse révèle l'existence d'une sexualité qui commence visiblement en dehors d'une conjugalité institutionnalisée. Cependant, dans la majorité des cas, la sexualité n'est pas stigmatisée parce qu'elle existe, mais plutôt parce que la grossesse signale un écart à la norme de sexualité *protégée*, prioritaire sur le désir et le plaisir des femmes. La stigmatisation de la sexualité se déplace alors de la sexualité active vers une sexualité *trop* active.

5.2.1 Stigmatisation de la sexualité active des jeunes femmes...

La grossesse, avant même qu'elle soit interrompue, a pour effet de révéler l'existence d'une sexualité pénétrative avec un homme. Quelles sont les situations où les jeunes femmes sont exposées à la stigmatisation de leur(s) activité(s) sexuelle(s) ?

« Je faisais partie des jeunes filles dépravées » : une rare stigmatisation sexuelle par les médecins

Dans mon corpus, l'expérience avérée de la stigmatisation sexuelle par les professionnels de santé est rare¹⁴ et procède par des jugements non-verbaux. Anissa (22 ans, étudiante en école de commerce, IVG à 19 ans en 2014) décrit ainsi l'attitude d'un médecin échographe qui commente sa façon de s'habiller :

J'avais un pantalon un peu ample, et il m'a demandé de l'enlever pour faire l'échographie [...]. Je lui dis « je retire mon pantalon mais par contre j'ai pas de sous-vêtements, parce que j'ai pas, enfin, j'aime pas, ça me serre » [elle m'explique longuement pourquoi porter une culotte lui est inconfortable]. Et donc du coup, il avait eu un regard, et une réflexion, du genre « ah ouais d'accord... et beh dis donc... je vois ». Genre quelque chose comme ça [ton du jugement condescendant] donc je me suis dit en fait ça commençait super mal.

L'attitude de ce médecin, dont Anissa apprend plus tard qu'il est « connu pour être anti-IVG » (il ralentit son parcours de soin en prétextant que l'échographie n'est pas lisible – voir 2.2.1), relève d'une stigmatisation latente : le jugement, ici, n'est pas explicite, mais il existe dans les sous-entendus (« je vois... »). Le commentaire que s'autorise le médecin suggère qu'il établit une forme de causalité entre un choix vestimentaire intime et la demande d'avortement : l'absence de sous-vêtement est interprétée comme le signal d'une sexualité que le médecin juge déviante et condamne à demi-mot. Qu'Anissa soit une jeune femme noire renforce peut-être la représentation délégitimante qu'il se fait de sa sexualité, la sexualité des femmes noires étant plus volontiers renvoyée à un imaginaire pornographique et condamnée (Hill Collins, 2016 ; hooks, [1981] 2015). Mais Anissa est une des rares, dans mon corpus, à être confrontée à une telle attitude. Dans le cas de Cindy (30 ans, infirmière, IVG à 15 ans en 2003), ce qui pointe derrière le reproche envers sa sexualité est déjà l'absence de maîtrise contraceptive :

Cindy : [Pour] le corps médical [...] je faisais partie des jeunes filles qui étaient dépravées, qui étaient tombées enceintes...

Laurine : Oui tu as eu ce type de jugement ?

Cindy : Ah oui, c'était genre... la dépravée... « et vous prenez quoi comme contraceptif ? ». La pilule. « Ah bah fallait pas l'oublier ». Voilà !

¹⁴ Cela ne veut pas dire qu'elle n'existe pas. La chanteuse Barbara Pravi a par exemple raconté dernièrement, dans le podcast Rewind de France Télévision diffusé le 26/03/2023 et dans plusieurs interviews avant son passage à l'Eurovision en 2021, que le médecin qu'elle a vu pour sa 2^e IVG, au début des années 2010, lui aurait dit « Je n'avorte pas les petites putes comme vous ». La jeune femme prenait pourtant régulièrement la pilule ; elle n'est diagnostiquée d'une hyperfertilité qu'après trois IVG, les grossesses étant survenues malgré une bonne prise de contraception. Elle raconte également comment elle et son père, appelé à la rescousse, ont immédiatement réagi à ces propos et l'impact qu'ils ont eu sur sa trajectoire. La chanson « Chair » évoque ses trois avortements, notamment en ces termes « Et puis y a cette phrase qu'on te jette à la gueule / Mais vous n'êtes qu'une pute, c'est ce qui arrive, bah ouais / Vous êtes pas protégée et vous serez peut-être stérile / Fallait y penser ». Ce récit confirme l'hypothèse d'une stigmatisation plus forte des *jeunes* femmes et de celles qui avortent plusieurs fois – par rapport à celles plus âgées.

Issue d'un couple mixte franco-libanais, Cindy a avorté à 15 ans au début des années 2000 dans un territoire d'Outremer et décrit la prise en charge des médecins hospitaliers, qui lui laisse un souvenir désabusé et stigmatisant. Il est cependant possible que le terme de « dépravée » n'ait pas été utilisé devant Cindy, mais que ce soit ainsi qu'elle ait recodé la stigmatisation ressentie – preuve de l'intériorisation du stigmate sexuel. Les médecins acceptent d'ailleurs de la prendre en charge alors même qu'elle a dépassé le délai légal d'IVG d'au moins deux semaines : « j'étais déjà à trois mois et demi ! Du coup... ils l'ont fait quand même. Mais dans un contexte genre "on te sauve la mise t'as quinze ans" mais pas "c'est légal et on peut" » (voir 6.2). La stigmatisation sexuelle par les professionnel·les de santé, si elle n'est pas absente, reste ainsi limitée. Quatre décennies après la loi Veil, l'IVG semble devenue, en France, suffisamment légitime pour que les médecins ne s'autorisent plus à insulter les femmes ni condamner ouvertement leur sexualité. Il en va autrement dans les familles et à l'école.

« Mon père, il aurait su que j'ai avorté, ça l'aurait tué » : le tabou de la sexualité des jeunes femmes

Dans des familles où la virginité jusqu'au mariage est encore un idéal moral et/ou religieux, la stigmatisation de l'IVG découle d'une stigmatisation de l'entrée dans la sexualité en dehors de son cadre légitime, c'est-à-dire conjugal et institutionnalisé. Si les pratiques sexuelles prémaritales peuvent éventuellement être tolérées – le contexte français allant dans le sens de cet assouplissement normatif – c'est à condition d'être invisibles, dans des arrangements normatifs basés sur l'idée que si tout le monde sait, personne n'en parle (Fidolini, 2019). Ainsi, les enquêtées qui redoutent une stigmatisation sexuelle à l'occasion de l'avortement et le dissimulent fortement sont aussi celles qui, bien souvent, ont dissimulé leur contraception ou ont été stigmatisées d'en employer une, à la différence des jeunes femmes qui reçoivent de leur mère « la pilule en héritage », pour reprendre l'expression de Leslie Fonquerne (2023). Car ce sont bien, ici, les signes de l'existence d'une sexualité effective des jeunes femmes qui sont condamnés. Cynthia (17 ans, lycéenne, IVG à 17 ans en 2017), musulmane pratiquante dont la mère, commerçante, est originaire d'un pays du Maghreb, est par exemple en couple depuis trois ans avec un garçon de son âge. Pour prendre la pilule, elle avait dû passer outre les interdictions maternelles, ce qui lui avait valu d'être placée en internat de façon punitive. Elle cache son IVG à sa mère (voir 9.2.1). De même Anissa (22 ans, étudiante en école de commerce, IVG à 19 ans en 2014), issue d'une mère malienne et d'un père afro-américain avec qui elle n'a plus de contact, sait que sa sexualité peut être problématique pour sa mère :

Anissa : Déjà le fait que j'ai un copain plus âgé ça passait très très mal, le fait que je puisse avoir des relations sexuelles avec c'était très très compliqué...

Laurine : Ouais, ils le savaient ça ?

Anissa : Oui, mais ça a été su un peu par hasard en fait, parce que ma mère justement a retrouvé une plaquette de mes pilules que je cachais dans ma... j'avais une espèce de housse où je mettais mes chaussures, et je l'avais mis là-dedans, et je sais pas pourquoi, elle est tombée dessus ou quoi, enfin j'en sais rien... Et je pouvais pas, je pouvais pas mentir, pourquoi prendre une contraception si jamais... voilà. J'aurais pu dire j'avais de l'acné ou quoi, mais voilà, elle aurait dit « Mais pourquoi t'as pas pris un traitement normal ? », voilà. Donc, pour le coup, quand elle l'a su, ça a fait un peu... du bruit... enfin c'était vraiment compliqué... voilà. Donc je me voyais pas du tout du tout du tout lui dire en plus ça.

Face à une stigmatisation *déjà existante de leur sexualité*, expérimentée dans l'usage de la contraception, ces enquêtées font le choix de dissimuler l'IVG. Ony (31 ans, employée dans la restauration collective, IVG à 31 ans en 2018), qui a grandi à Madagascar dans une famille catholique pratiquante avant de venir étudier en France, raconte un même silence autour de la sexualité, qui s'accompagne de l'injonction à éviter une grossesse précoce :

C'est vraiment tabou en fait de parler de ça dans la famille. Moi, ce que je me rappelle, c'est que quand j'étais au collège, au lycée, c'est juste que mes parents disent « Il faut faire attention à ne pas tomber enceinte ». Juste ça, mais sans se dire tiens, on pourrait te conseiller, t'accompagner pour trouver des méthodes contraceptives. Non, c'était pas dans ça. [...] avec les parents, hors de question de parler de la sexualité.

Pour ces enquêtées socialisées en France, les interdits familiaux sont toutefois présentés comme un effet de l'origine géographique et culturelle de leurs parents : Anissa met sur le compte de la « mentalité africaine » de sa mère ses réticences envers la sexualité, tandis qu'Ony évoque les pratiques « de son pays ». Si ces enquêtées s'autorisent une sexualité en dehors du mariage et/ou d'un couple durable, c'est en raison de leur socialisation à des normes moins contraignantes en la matière, qui les conduit à mettre à distance ce qu'elles considèrent comme la culture de leurs parents et les amène à s'en protéger grâce à des stratégies d'évitement (voir chapitre 9). Cette distance aux normes sexuelles familiales est particulièrement visible dans le cas de Férouze (42 ans, aide-soignante, IVG à 26 en 2003 et 30 ans en 2007), qui a grandi dans une famille d'origine maghrébine :

À 16 ans, je croyais encore que j'étais née dans un chou. La mère, c'est ce qu'elle nous avait dit. En tout cas, pour moi... Pour ma sœur, c'est une cigogne qui l'a déposée devant la porte, mon autre sœur, c'était un colis recommandé, mon petit frère, elle l'a trouvé dans une poubelle. Et à 16 ans, comment j'ai appris la sexualité... C'était, c'était dans un mariage maghrébin... Oui, il y avait plein de femmes devant une porte, pour ce qu'ils appellent « le drap ». Et là, j'étais dans l'âge à l'époque. J'étais très, très sportive. Je n'étais pas du tout attirée par les garçons. Je faisais de l'athlétisme. Garçon manqué, c'était vraiment pas... J'ai été deux fois championne de France... C'était le sport, le sport, le sport. Les garçons... Je ne me suis pas réellement posé la question. J'avais des petits copains, mais c'était juste bisou bisou, quoi. C'était pas... Et à l'époque, les cours de sexualité n'existaient pas vraiment à l'école. On mettait pas trop le préservatif, ce n'était pas des choses courantes. Et donc j'étais avec la grande sœur de ma meilleure amie et je lui disais « mais pourquoi toutes ces femmes elles sont devant la porte ? ».

Elle me dit « Oui, la fille et le garçon vont faire ham-ham » donc je demande « c'est quoi ham-ham ? ». Donc elle commence à m'expliquer, en faisant des gestes avec le doigt, donc ça c'est la fille, ça c'est le garçon, et si elle vierge y'a du sang qui va couler. Donc elles sont toutes là à attendre le drap. Et en effet, je vois un drap qui sort avec un peu de sang dessus, toutes les femmes qui font « youyou, youyou », on aurait dit des apaches. Et moi ça m'a traumatisée, je me suis mise à pleurer. Ouais, je me suis dit c'est... Puis, en plus, c'est un truc de sexualité... En me disant que moi aussi, j'étais arabe et que... ma première relation sexuelle, ça allait être ça, avec 15 femmes qui attendent devant la porte. Donc oui, ça a été très traumatisant pour moi. Et pas longtemps après j'ai perdu ma virginité par moi-même.

Férouze met sur le compte de cet épisode « traumatisant » la liberté sexuelle qu'elle s'autorise très rapidement par la suite. S'il est possible d'y voir une forme de reconstruction biographique *a posteriori* de la distance qu'elle a prise avec ses « racines maghrébines »¹⁵, il n'en reste pas moins qu'elle a intériorisé les tabous, au point d'anticiper la réaction de son père s'il avait su qu'elle avortait :

Mon père à cette époque il était décédé, il est décédé en 98. Je pense qu'il aurait su que je me faisais avorter, il m'aurait... Il aurait pas su, ça aurait été un secret. Non, il était quand même assez... il pratiquait sa religion, et oui, c'est comme un prêtre, un catho, c'est interdit. C'est comme la virginité au mariage [...]. Ça aurait voulu dire à mon père que je n'étais plus vierge, que ça aurait voulu dire plein de choses dans sa tête. Et je pense que ça l'aurait tué. Donc non, ça aurait été un secret.

Les deux parents de Férouze sont d'origine maghrébine, avec des trajectoires migratoires qui diffèrent : sa mère a grandi en France et elle est, selon l'expression de Férouze, « très française », tandis que son père n'est arrivé qu'en début de vingtaine, avec un rapport plus traditionnel à la sexualité (sa mère a caché à son père, sa vie durant, qu'elle prenait la pilule et d'après Férouze, son père n'a jamais compris pourquoi, après leurs six enfants, sa femme a cessé d'être enceinte). L'enjeu aurait donc bien été de cacher l'existence de sa sexualité.

Les familles où la religion, musulmane ou catholique, est encore pratiquée régulièrement sont celles où la stigmatisation sexuelle est la plus redoutée et les pratiques de dissimulation les plus poussées (Maudet, 2017). Cindy (30 ans, infirmière, IVG à 15 ans en 2003) a ainsi grandi dans une famille catholique :

Cindy : Et donc [ma mère] a été au courant que j'avais avorté, et donc c'était genre la fin du monde parce que c'était une famille genre oh mon Dieu !, prude, dans le genre...

Laurine : Catholique ?

Cindy : Oui, catholique, pas pratiquante mais catholique, dans le genre « t'as fait l'amour ! oh ! » et dans le genre « mon Dieu, tu es allée trop vite ! », c'était la fin du monde. Et je crois qu'elle l'a jamais dit à mon père, bizarrement. Faudrait que je lui demande d'ailleurs. Mais non

¹⁵ Toute sa trajectoire ultérieure l'éloigne de ceux qu'elle nomme les « arabes » : elle se félicite de ne sortir qu'« avec des français », accompagne son fils, scolarisé dans une école privé catholique, lorsqu'il qui réclame le baptême, marque une frontière nette entre les « ils » du mariage maghrébin et elle qui s'en distingue (voir 7.2.2).

je crois qu'elle lui a rien dit parce que c'était trop... C'était trop tabou. C'était trop honteux. C'était trop tout quoi. Elle était limite soulagée que je l'ai géré toute seule.

Dans toutes ces situations, la sexualité des jeunes filles, révélée par la grossesse et l'avortement, pose un problème lié à l'existence même de cette sexualité. S'il faut d'abord cacher l'IVG aux mères, il apparaît que ce sont les pères dont les réactions sont les plus redoutées. Le soin avec lequel l'IVG leur est dissimulée – souvent avec la complicité des mères – atteste de la persistance de représentations associant l'honneur familial à la préservation de la chasteté des jeunes filles. La respectabilité des familles se joue ainsi dans l'absence de sexualité précoce, dont les pères sont envisagés comme les garants. Mais cette respectabilité à défendre ne se limite pas à l'espace domestique : pour les plus jeunes, elle s'étend à la sphère scolaire et au groupe de pairs, où l'enjeu de maintenir « sa réputation » est déterminant, comme l'a montré Isabelle Clair à propos des jeunes de grands ensembles de banlieue parisienne (2008).

« C'était la pute du collègue » : la stigmatisation par les pairs

La stigmatisation sexuelle des jeunes femmes se fait ainsi bien plus explicite et coercitive au collège, au lycée ou dans les premières années d'études supérieures, où les réseaux de pairs aux sociabilités très denses produisent des identités stigmatisées fortes (Déage, 2023). Fleur (19 ans, danseuse, IVG à 19 ans en 2019), qui a grandi dans un petit village où les relations sociales sont resserrées, a été témoin de la stigmatisation de ses camarades de classe féminines :

C'est vraiment inégal au niveau de la sexualité [entre les filles et les garçons]. J'avais une copine, elle était sortie avec plusieurs garçons. Au collège, elle leur faisait juste des bisous. Mais voilà, c'était la... C'était la pute du collègue quoi, et elle était fleur bleue. [...] Elle allait vers des garçons un peu « bad boy » et à chaque fois, bah elle se faisait entuber. [...] Et du coup, elle a eu sa mauvaise réputation et ça la suit encore. C'était au collège. [...] C'était il y a cinq ou six ans ! Et il y a deux ou trois semaines et j'ai entendu « ah cette fille tu la connais ? Ah ouais c'est grave une pute ! » Mais NON !

Dans les villages de campagnes éloignés de la capitale comme dans les banlieues parisiennes étudiées par Isabelle Clair, il apparaît que « la mauvaise réputation des filles est immanquablement liée à leur sexualité. "Avoir une mauvaise réputation" [...] c'est nécessairement "avoir une réputation de pute" » (Clair, 2008, p. 20) ». L'ordre de genre semble s'imposer auprès de populations blanches et rurales¹⁶ dans le même vocabulaire que chez des jeunes issues en grande majorité de l'immigration maghrébine et de confession musulmane – Isabelle Clair a depuis montré la transversalité sociale du stigmate de « la pute » (2023).

¹⁶ Dans l'épisode 5 du podcast *Le cœur sur la table*, « Le cœur de Tal », la personne interviewée – le journaliste et activiste Tal Madesta – raconte comment, avant sa transition de genre, ses relations sexuelles lui ont valu des années difficiles pendant le secondaire : « j'avais la fameuse réputation, que toutes les meufs du lycée qui ont une vie sexuelle ont... c'est-à-dire que j'étais la salope du lycée quoi ! ».

L'injonction faite aux jeunes femmes d'adopter une attitude réservée, de ne pas se montrer, de dissimuler leur sexualité, est une condition pour éviter la stigmatisation, qui n'a pas besoin des faits pour être réelle – pour être considérée comme déviante, il suffit d'être étiquetée comme telle (Becker, [1963] 2012). C'est la raison pour laquelle Fleur, au lycée, refusait d'avoir des relations sexuelles avec « ses amoureux » :

Moi du coup, ce qui m'a beaucoup bloquée, c'est... [...] quand toutes ces filles ont commencé à avoir ces problèmes de sexualité, de réputation ou de premières fois mal passées, ou de première fois qui se passe bien, sauf que le garçon l'a quittée une semaine après... Je commence à me dire OK, je vais prendre le temps. Mais après, il se passe la question de « OK, t'as 18 ans et t'as jamais fait l'amour ». Et là, du coup, c'est une autre question, parce que les gens ils me disent « Hein ? mais t'es toujours vierge ? » ; « Hein mais t'es pucelle ? ». Et toi t'es là... « Bah... oui ! » Mais moi, j'étais contente : « je m'en fous, tu peux pas me traiter de pute » [rire].

Pute ou pucelle : en matière de sexualité, les injonctions sont contradictoires (Andro, 2008). Sexualité et absence de sexualité peuvent être stigmatisées dans un même mouvement mais, à tout prendre, mieux vaut être une « fille bien » (Clair, 2012, p. 69) et s'épargner une forte stigmatisation sexuelle. Ophélie (19 ans, étudiante en DUT, IVG à 18 ans et demi en 2018) insiste par exemple beaucoup sur son propre « sérieux » (elle utilise le mot à plusieurs reprises) : elle n'a eu qu'un seul partenaire, avec lequel elle est en couple depuis un an, elle s'est fait dépister avant d'enlever le préservatif et a réalisé toutes les démarches pour prendre la pilule. Par contraste, elle me raconte une anecdote :

Au lycée... C'est des rumeurs du lycée hein, c'est pas sûr, si c'est vrai ou pas... Mais une fille... qui avait un peu la réputation [elle hausse les sourcils et soupire]... d'avoir plein de garçons et tout, et ça se disait que... Elle aurait avorté trois fois, alors qu'elle avait 17 ans. Trois fois... [songeuse]. Donc après... ça reste des rumeurs [...]. Mais vraiment, même des amis qui la connaissaient, ils disaient que c'était vrai... Donc je sais pas si c'est vrai ou pas, mais t'as 17 ans, t'as déjà avorté trois fois [elle hausse encore les sourcils pour condamner]. Ça craint un peu quand même ! Trois fois, quand même ! [rire]

Usant d'une stratégie de « désignation par contraste » (Divay, 2004), Ophélie hiérarchise sa situation et celle qu'elle prête à sa camarade. Son propre avortement lui paraît injuste car elle a tout fait pour éviter d'être enceinte (« c'est pas tout le monde qui fait [tout ça], dans sa vie, même quand y'a pas forcément de risque... » me dit-elle) tandis que sa camarade de classe, qui aurait eu des relations sexuelles avec « plein de garçons » et avorté plusieurs fois, lui semble davantage condamnable (Mathieu, 2016). Ici, c'est bien la multiplication des partenaires sexuels et le manque d'engagement affectif dans une seule relation qui est en cause : la relative liberté sexuelle des jeunes filles est ainsi « conditionnée par certaines contraintes (le fait notamment de devoir être amoureuses et en couple pour "coucher") » (Clair, 2012, p. 75) mais aussi de maîtriser sa contraception. Les jeunes filles elles-mêmes peuvent se charger des rappels

à « l'ordre de genre », en pointant du doigt des féminités « déviantes » : ces rappels sont alors « une sorte de vaccin continuellement renouvelé pour éviter toute contamination de la part des filles d'ores et déjà "réputées" » (Clair, 2008, p. 92).

La sexualité – réelle ou fantasmée – des jeunes femmes peut ainsi s'avérer un fort enjeu au sein même du groupe de pairs, quand celles des jeunes garçons n'est jamais condamnée. La stigmatisation s'invite alors au renfort du groupe dominant, en produisant l'exclusion de ceux et surtout de celles qui ne souscrivent pas à la norme. Mettre en cause la sexualité des jeunes femmes, dans la famille ou au sein du groupe de pairs, revient ainsi à réaffirmer la puissance de rapports de pouvoir genrés qui maintiennent les filles « à leur place ».

Cependant, cette stigmatisation, dans de nombreux cas, vise moins la sexualité elle-même qu'une sexualité qui menace de s'émanciper de l'impératif prioritaire de « protection ». Coralie (22 ans, étudiante en art, IVG à 21 ans en 2016) redoute par exemple la réaction de son père, à qui elle refuse de parler de son IVG :

Je pense que si je dis [à mon père que j'ai avorté] il m'engueulerait vraiment ouais... Et il me dirait... ouais, ouais... « T'es pas capable de te protéger ou ouais de... de te retenir quoi ! de coucher avec quelqu'un, si c'est pour tomber enceinte... ». Voilà, c'est un peu ça. C'est le discours qu'il tiendrait s'il était au courant.

La stigmatisation sexuelle (redoutée, et pas effective) est ici atténuée : s'il faut « se retenir de coucher », c'est moins parce que la pratique est en elle-même condamnable que parce qu'elle expose à un risque – la grossesse indésirable. La situation de Coralie tend ainsi à se rapprocher de ce que j'ai le plus souvent rencontré (là encore, il est possible d'y voir un effet du recrutement des enquêtées) : une stigmatisation sexuelle portant sur l'écart suspect à la norme de « sexualité protégée », qui renoue de fait avec la stigmatisation de l'échec contraceptif.

5.2.2 ... ou stigmatisation d'une sexualité *trop* active et *trop peu* protégée ?

Les transformations contemporaines de l'entrée dans la sexualité ont rendu légitime une sexualité pré-maritale et pré-conjugale chez les « jeunes » (Rault et Régnier-Loilier, 2015), *a minima* chez les populations blanches non pratiquantes. Le premier partenaire sexuel est de moins en moins le premier conjoint (Bozon et Rault, 2012) ; la multiplication des expériences sexuelles, facilitée par l'essor des applications en ligne qui permettent une « privatisation de la rencontre » (Bergström, 2019), caractérise désormais les trajectoires amoureuses et/ou affectives. Les travaux récents sur le rapport des jeunes femmes au couple hétérosexuel, comme ceux de Christophe Giraud (2017) ou d'Emmanuelle Santelli (2018, 2019, 2022), ont montré combien la conjugalité et l'amour réciproque, tout en restant un idéal, sont envisagés avec

« réalisme », la sexualité partagée ne présument plus de l'engagement affectif. Mais dans ces groupes sociaux¹⁷, cette décorrélation entre sexualité et engagement affectif et conjugal s'est faite, comme on va le voir, au prix d'une allégeance forte à l'impératif sanitaire de *sexualité protégée*. L'écart à cette norme de prévention (qui va au-delà de la seule contraception) peut alors être perçu comme le signe d'une sexualité *trop active*, trop tournée vers le plaisir et, à ce titre, disqualifiée.

« C'est pas juste du plaisir » : le discrédit sur la sexualité récréative des femmes

La moralisation sexuelle des jeunes filles se fait ainsi bien souvent en leur reprochant de n'avoir pas été assez « sérieuses » ou « précautionneuses ». Coline (22 ans, enseignante, IVG à 22 ans en 2016) est par exemple enceinte à la suite d'un incident avec le préservatif qui est « resté coincé » en elle. Elle s'agace des reproches qui lui fait sa grand-mère :

[Elle] me disait « Que ça te serve de leçon ». [...] Mais comment, comment ça peut me servir de leçon ? c'était un accident ! [...] Mais elle voulait que je prenne le sexe comme quelque chose de plus sérieux. Que je me rende compte jusqu'où ça pouvait aller, que c'est pas juste du plaisir.

C'est de cette même hiérarchie entre « sérieux » et « plaisir », cette fois intériorisée, dont rend compte Cynthia (17 ans, lycéenne, IVG à 17 ans en 2017), qui a été accompagnée dans ses démarches d'IVG par les infirmières scolaires :

J'ai eu plein de remarques disant « la prochaine fois tu feras attention ! » Or... Je me suis protégée. Je me suis toujours protégée ! [elle sourit tristement]. C'était ça le plus dur en fait, entendre « la prochaine fois tu feras attention, hein ! ». Les infirmières de mon lycée, notamment, m'ont dit « la prochaine fois tu feras attention ! et puis j'espère qu'il n'y aura même pas de prochaine fois ! ». Donc c'est vrai que c'est un peu difficile quand on sait que... Quand on sait qu'on s'est protégé, qu'on a pas laissé le plaisir passer par-dessus la protection en fait.

La jeune fille, en couple depuis trois ans avec son compagnon, avait tout fait pour souscrire à la norme contraceptive : elle prend la pilule depuis ses premiers rapports sexuels, s'est arrangée pour se la faire prescrire malgré l'interdiction de sa mère, ne croit pas avoir oublié de comprimés (elle suppose en avoir vomi un en raison de problème de santé suscitant par ailleurs des nausées fréquentes). Stigmatisation de l'échec contraceptif et moralisation sexuelle fonctionnent ici main dans la main : la sexualité de Cynthia, et plus précisément le plaisir qu'elle pourrait y prendre, est directement conditionnée à la capacité à se prémunir correctement du risque de grossesse.

¹⁷ Ces enquêtes portent elles-aussi sur une population relativement homogène, plutôt blanche et de classe moyenne et supérieure.

Ainsi la sexualité des jeunes femmes ne paraît légitime ou tolérable que si « les risques » sont maîtrisés, le plaisir et le désir étant présentés comme secondaires, voire critiquables. Chloé (28 ans, journaliste, IVG à 19 ans en 2010), par exemple, ne dit avoir eu honte de sa sexualité qu'après-coup, de façon rétroactive :

Moi j'avais très tôt une sexualité libre [...], j'avais eu pas mal de partenaires en comparaison avec mes copines et je m'en cachais pas [...], pour moi c'était pas une honte de faire ça. Et c'est devenu une honte, après, après cet avortement, où je me suis dit mais j'ai peut-être abusé, j'ai peut-être eu une sexualité trop libérée, j'ai pris des risques d'en arriver jusque-là ! Alors que c'est pas rationnel hein, j'étais en couple ! Mais ça me renvoyait une image de meuf qui fait pas attention [...]. Cette culpabilisation sur tout, c'est marquant.

Ainsi c'est bien le *plaisir sexuel*, plutôt que la *sexualité elle-même*, qui est suspect, comme le suggère Noémie (24 ans, étudiante en école d'architecture, IVG à 22 ans en 2015) :

On a peur du jugement, enfin moi j'avais peur du jugement... Enfin, de base, j'avais pas forcément envie de rendre des comptes sur ma vie privée à mon patron [...] et puis j'étais sûre, le connaissant, que ce serait quelque chose du style « ah ben vous vous amusez bien les week-ends » ou des trucs comme ça, genre tout de suite, tu vois, tu passes pour la fille facile ! Parce que malgré tout, ça reste, pour beaucoup de gens, les filles qui tombent enceintes accidentellement, c'est des filles faciles, c'est des filles qui s'amuse !

La stigmatisation de la grossesse accidentelle, ici, vient moins de ce qu'elle est perçue comme le signal d'une sexualité active que *trop* active, donc illégitime et critiquable. La peur de Noémie de passer pour une « fille facile » aux yeux de son patron révèle un postulat : il n'est pas légitime pour une (jeune) femme de consacrer une partie de son temps libre à son épanouissement sexuel, sous peine d'être perçue comme sexuellement *trop* disponible. Noémie redoute d'être réassignée à une identité féminine dégradée dans le cadre professionnel. L'insulte – ou plutôt la *peur de l'insulte* – opère comme un rappel à l'ordre, par l'intermédiaire de normes intériorisées stigmatisant la sexualité féminine : « la première cause d'exclusion pour les filles, c'est qu'on puisse les imaginer sans entrave sexuelle, se laissant aller à une sexualité visible, active et en dehors de cadres contraignants » écrit ainsi Isabelle Clair (2012, p. 69) à propos du risque de passer pour « une pute ».

Une telle stigmatisation épargne largement les jeunes hommes. La seule situation, dans mon corpus, où le partenaire est lui aussi l'objet d'une moralisation sexuelle parentale concerne le couple de Camille (22 ans, enseignante, IVG à 18 ans en 2012) : « les parents de mon copain nous ont dit... "vous auriez pu faire attention". Mais bon ils avaient pas les détails... » (elle avait un DIU au cuivre). Il est d'ailleurs notable que le reproche des parents ne s'adresse pas à leur seul fils mais bien aux deux jeunes gens. Derrière cette moralisation sexuelle, anticipée ou avérée, ce qui perce est bien une conception de la sexualité féminine tournée vers la *maîtrise de risques* qui lui seraient inhérente.

« Les filles, il faut que vous vous protégiez » : l'éducation sexuelle comme socialisation genrée à la maîtrise des « risques »

L'entrée dans la sexualité des jeunes filles n'a pas pour objectif leur propre plaisir : elle s'inscrit dans un ensemble d'injonctions, qui ne se limitent pas à la contraception que j'ai déjà détaillée. Il s'agit aussi, et avant tout, de « bien choisir » son partenaire pour éviter d'être agressée. Comme l'a mis en évidence l'enquête de Master 2 de Lorène Charnacé (2020), la « première fois » ou plutôt les premières expériences sexuelles, s'inscrivent dans une « culture du viol » qui se refuse à dénoncer les agressions sexuelles tout en en faisant porter la responsabilité aux victimes (Rey-Robert, 2020). Les jeunes femmes sont ainsi sur-socialisées à envisager la sexualité comme une pratique risquée de différentes façons (Albenga et Garcia, 2017) : outre le risque de grossesse, il y a aussi le risque de contracter une maladie sexuellement transmissible¹⁸ et le risque d'être agressée sexuellement voire violée¹⁹. Il revient ainsi aux jeunes femmes qui s'engagent dans la sexualité, tout comme à leurs aînées, d'apprendre à maîtriser ces risques. L'éducation en la matière – scolaire, familiale, médicale – leur enseigne de fait un rapport technique et sanitaire à la sexualité.

L'éducation sexuelle à l'école, théoriquement obligatoire depuis la circulaire de 1973, a constitué l'enseignement public comme le vecteur d'une transmission particulière de savoirs sur la sexualité. Dans les faits, cette éducation est très limitée – à peine la moitié des établissements ont mis en place un dispositif d'éducation (HCE, 2016). Interrogées sur les apprentissages scolaires relatifs à la sexualité, les avortées n'en ont que de vagues souvenirs. Elles mentionnent parfois leurs cours de biologie, éventuellement les bases de la contraception et de l'avortement. Dans le pire des cas, inadaptés, les cours d'éducation à la sexualité ont laissé un malaise durable – Fleur (19 ans, danseuse, IVG à 19 ans en 2019) se souvient par exemple d'un cours d'éducation à la sexualité en CM2 comme d'un « traumatisme ».

Le premier lieu de l'éducation sexuelle reste ainsi la famille, qui se voit chargée de transmettre l'« information sur les risques encourus et les moyens de les prévenir » (Guyard, 2010b, p. 67). De nombreuses enquêtées rendent compte du rôle des mères dans leur initiation à la prévention des « risques sexuels », à l'occasion des premières menstruations ou d'une première relation amoureuse, perçue comme pouvant mener à un rapport sexuel. Le plaisir est cependant tenu à distance de cette « prévention par transmission » (Amsellem-Mainguy, 2006,

¹⁸ La prévention du *papilloma virus*, qui passe par un vaccin initialement recommandé, en France, aux seules jeunes filles alors que les garçons sont tout autant susceptibles de porter et transmettre les virus, est un exemple révélateur de l'asymétrie genrée de la prévention en santé sexuelle.

¹⁹ Le travail de Marie Bergström sur les rencontres en ligne est très éclairant sur ce point : quand elles *datent*, les femmes doivent faire preuve d'une prudence redoublée pour éviter de se faire imposer, par la violence, des actes sexuels qu'elles ne voudraient pas (2019).

p. 53), comme en témoigne Sirine (29 ans, architecte, FC à 25 ans en 2014, IVG à 26, 27 et 28 ans) :

Sirine : Bah disons que ma mère a une approche assez... pratique des choses. Donc oui, on parlait, enfin, elle nous parlait, oui, de l'aspect pratique... Après tout l'aspect mystérieux, sensuel, charnel, féminin... Pas du tout abordé, c'était vraiment une chose pratique, la sexualité.

Laurine : Oui, technique quoi.

Sirine : Ouais technique, les risques... enfin un truc chiant quoi.

Laurine : Et tu en parlais que avec ta mère ou plus généralement en famille ?

Sirine : En fait, on en parlait pas. C'est juste que elle, elle nous disait « les filles, il faut que vous vous protégiez, jamais de rapport sans... ». C'était plus un truc d'alerte, y'avait pas vraiment de discussion [...]. Y'avait pas de tabou sur le fait que je prenne la pilule à quinze ou seize ans [...] mais pour autant [...] c'était pas un sujet libre non plus. En fait, c'était plus que ma mère est très pudique et donc elle posait le cadre minimum pour que y ait pas de problème.

Le « cadre minimum » est ainsi un cadre sanitaire et médicalisé, dont l'objectif est d'enseigner aux jeunes filles la maîtrise contraceptive. Ce rôle éducatif des mères, déjà identifié dans la littérature (Amsellem-Mainguy, 2006 ; Bernard, 2010 ; Clair, 2012 ; Fonquerne, 2023), peut aussi être délégué aux professionnel·les de santé. Les mères se font alors passeuses de savoir : elles recommandent leur propre praticien·ne, prennent rendez-vous pour leurs filles ou les accompagnent à cette première consultation qui inaugure l'entrée dans la « carrière gynécologique » (Koechlin, 2021).

Les mères jouent ainsi un rôle important de prévention sanitaire et d'éducation à la sexualité, en assurant « la surveillance familiale de la vertu des filles, au moyen notamment de la surveillance de leur contraception » (Clair, 2012, p. 72). Dans une telle configuration réciproque des respectabilités, la stigmatisation des jeunes avortées peut devenir contagieuse. Camille (22 ans, enseignante, IVG à 18 ans en 2012), jeune femme issue d'un milieu bourgeois catholique, dont la petite sœur avorte presque en même temps qu'elle, me raconte par exemple comment le médecin qui l'a prise en charge, ami de son père, contrevient au secret professionnel en évoquant son avortement auprès de son épouse. À l'occasion d'une rencontre fortuite, la mère de Camille essuie une leçon de morale sur l'éducation sexuelle de la part de l'épouse du médecin :

Moi [ce médecin ami de mon père] je l'ai jamais revu depuis, mais ma mère a croisé sa femme chez le boucher. Euh... genre un an plus tard. Et sa femme a dit à ma mère quelque chose comme... « Ah bah dis donc, toi tu as mal élevé tes filles ! » ou « t'as pas su élever tes filles » quoi, « parce qu'elles ont fait des bêtises ».

Le rappel à l'ordre social s'adresse ici à celle en charge de la prévention sanitaire. Derrière cette stigmatisation explicite se cachent probablement des enjeux de distinction : ce sont des frontières fines de classe qui se recomposent dans cette forme de rivalité entre deux femmes du même milieu social, épouses de médecins amis entre eux. Signifier les manquements supposés

des filles de l'une est alors une façon de produire une hiérarchie entre celle qui accomplit son devoir de mère correctement et celle qui y déroge. Il n'en demeure pas moins que cette stigmatisation de l'écart à la bonne morale sexuelle et reproductive traduit un contrôle social en poupées russes, qui assure le contrôle des jeunes filles en assurant celui des mères. Un tel résultat explique probablement pourquoi la stigmatisation sexuelle, limitée dans l'espace médical, se retrouve plutôt au sein des familles : le potentiel de contagion du stigmate (Lipp, 2011) fait que les proches des avortées, suspecté·es par capillarité, deviennent les premier·es lieutenants du contrôle social – sans quoi la stigmatisation peut se retourner contre elles et eux. Il s'agit, au fond, de défendre la respectabilité familiale en s'assurant de la « vertu » des jeunes filles.

*

La moralisation sexuelle des avortées est ainsi portée par les parents plutôt que par les professionnel·les de santé et elle peut être un enjeu fort au sein du groupe de pairs. Derrière le reproche de non-maîtrise du risque sexuel, c'est bien la sexualité *en tant qu'elle procure du plaisir* qui est stigmatisée. Une telle socialisation à la gestion du risque sexuel, réactualisée au moment de l'avortement, hiérarchise ainsi la sexualité féminine : d'abord, la prévention, ensuite – et accessoirement – le plaisir individuel. Ce détour par la stigmatisation des plus jeunes permet de comprendre ce qui se joue, de façon latente, pour toutes : au fond, le soupçon sexuel est toujours là. Sur l'échelle des normes sexuelles, le plaisir des femmes passe non seulement après la *maîtrise des « risques »* mais aussi, on va le voir, après le *plaisir des hommes*.

5.3 Une stigmatisation implicite de la sexualité féminine récréative

Pour comprendre la persistance d'une stigmatisation *implicite* de la sexualité des femmes, il faut entrer plus en profondeur dans la réalité des pratiques hétérosexuelles contemporaines et mettre en évidence, derrière le discours dominant sur la réciprocité amoureuse et sexuelle, l'asymétrie genrée des désirs et des plaisirs. Si l'intérêt pour le plaisir des femmes est limité, celui des hommes, naturalisé, est priorisé, au prix d'un « sabotage contraceptif » (Borrero et al., 2015) qui n'est compréhensible que dans la réalité des rapports de pouvoir en jeu dans les pratiques sexuelles effectives et plus généralement la conjugalité hétérosexuelle.

5.3.1 Le plaisir sexuel des femmes : le grand oublié ?

Tout d'abord, la dimension récréative de la sexualité féminine est largement passée sous silence : en témoignent les pratiques réelles, qui priorisent le plaisir masculin, et la minoration des effets de la contraception sur le désir et les sensations des femmes.

L'implicite script sexuel phallogentré

L'absence de discours explicite sur la sexualité dans la prise en charge de l'IVG repose sur le postulat que « la sexualité » est d'abord et avant tout – si ce n'est exclusivement – caractérisée par la pénétration péno-vaginale. La recommandation de « ne pas avoir de rapports » dans les quinze jours après l'IVG concerne bien la sexualité *pénétrative*, alors que les femmes pourraient tout à fait prendre ou recevoir du plaisir *sans pénétration vaginale* sans contrevenir à la convalescence post-IVG. Mais, comme pour les femmes en post-partum²⁰, cette option n'est jamais envisagée dans les centres d'IVG enquêtés. Avoir une sexualité, c'est pratiquer la pénétration – de la même façon que les vagins artificiels créés à la Belle Epoque, par exemple, n'avaient pas pour fonction de donner du plaisir aux femmes mais d'être pénétrables par des hommes sans provoquer de trop vive souffrance (De Ganck, 2018). Or, si les femmes peuvent bien entendu trouver du plaisir à cette pratique, celle-ci est plus susceptible de procurer satisfaction et orgasmes à leur(s) partenaire(s) masculin(s). Le coït structure ainsi à la fois les pratiques et les imaginaires.

Pour les professionnel·les de santé, c'est bien l'existence d'une sexualité pénétrative qui inaugure la carrière gynécologique : « la seule expérience du coït est censée lancer le parcours préventif d'une femme » (Ruault, 2015, p. 40) – par contraste, le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes commence tout juste à faire l'objet d'un discours sanitaire²¹, de même que celui des hommes trans²². La « part évincée du plaisir » (Guyard, 2010a) dans la prise en charge gynécologique est ainsi manifeste.

Mais la centralité de la pénétration dans les scripts sexuels contemporains (Simon et Gagnon, 1986) n'est pas seulement postulée par les professionnel·les de santé. Elle est aussi *effective en*

²⁰ En l'absence de conseils médicaux sur le retour à la sexualité après l'accouchement, les forums de discussions, comme Doctissimo, deviennent un lieu informel d'échanges de conseil (Pierrepont, 2010).

²¹ Le constat d'un manque de suivi et de prise en charge des femmes homo et bisexuelles au début des années 2000 (Fohet et Borten-Krivine, 2004), alors même qu'elles sont davantage exposées aux infections sexuelles transmissibles (Saurel-Cubizolles et Lhomond, 2005) a conduit les étudiant·es en études de santé à proposer des mémoires et thèses sur la question (Jossaume, 2022 ; Meyer, 2020). Les principaux travaux en la matière sont très récents et sont produits par des professionnel·les de santé, notamment des sages-femmes (Giles, 2019, 2020 ; Rebours, 2021).

²² L'accès au soin gynécologique des hommes trans commence tout juste à faire l'objet de travaux exploratoires parmi les professions médicales (Briet et al., 2022 ; Faucher et Linet, 2023).

pratique, comme l'a montré Cécile Thomé dans sa thèse sur la sexualité contraceptée : « la pénétration péno-vaginale demeure une pratique centrale du script de la "bonne" sexualité ordinaire, à laquelle la majorité des individus demeurent très attachés. [...] L'idée demeure que le plaisir pénétratif est supérieur aux autres, tant en termes de sensations que pour ce qu'il signifie en matière d'engagement » (Thomé, 2019, p. 473). Ainsi les pratiques hétérosexuelles récréatives ne diffèrent pas – ou peu – des pratiques à des fins reproductives²³ : « c'est ainsi une sexualité non reproductive, mais qui pourrait l'être, qui est la sexualité "normale" : une sexualité centrée sur la pénétration péno-vaginale » (*ibid.*, p. 445).

La diffusion d'une norme contraceptive agissant sur la fertilité des femmes en dehors de l'acte sexuel a paradoxalement renforcé ce script pénétratif, en rendant les femmes davantage disponibles à la pénétration. Cette « contraception autoroute pour sexualité bolide », pour reprendre le titre d'un article de la féministe canadienne Louise Vandelac (1981), a contribué à reléguer au second plan les pratiques non-pénétratives, tout en naturalisant le coït²⁴. Pourtant, comme le rappelle Christine Delphy :

Il y a une objection [...] fondamentale à l'idée que sexualité et procréation sont naturellement liées et qu'il faut un effort humain pour les dissocier. Cette objection, c'est que l'on *présuppose* que la sexualité humaine est naturellement hétérosexuelle et naturellement d'un type fécondant. Or, bien au contraire, il faut un effort humain, un effort culturel pour que les possibilités sexuelles des êtres humains soient canalisées vers un type de sexualité qui produit éventuellement la fécondation et la reproduction. [...] Il faut réduire tous les rapports sexuels possibles naturellement au seul accepté culturellement. (Delphy, [1988] 2013, p.74)

La dissociation entre « sexualité récréative » et « sexualité reproductive », qui aurait été permise par la contraception, repose ainsi sur le postulat que ces deux sexualités se superposent, ce que dénoncent les chercheuses féministes : « Pourquoi [...] les moyens de fertilisation, et les rapports affectifs/érotiques, ont été si rigidelement identifiés les uns aux autres ; et pourquoi des contraintes aussi violentes ont été jugées nécessaires pour assurer une allégeance et une soumission totales, affective et érotique, aux hommes ? » écrit par exemple Adrienne Rich (1981, p. 21).

Les enquêtes empiriques sur la sexualité attestent d'ailleurs que la pénétration n'est pas la seule façon de donner et prendre du plaisir : « alors que ce n'est la pratique préférée que pour

²³ Voir aussi le documentaire de Julie Talon, *Préliminaires* (2019, ARTE France, Les Films d'Ici) à l'adresse <https://boutique.arte.tv/detail/preliminaires> consultée le 14/06/2023.

²⁴ De façon étonnante, cet argument des féministes qui consiste à dénoncer la façon dont la contraception asservi les femmes au désir pulsionnel des hommes est aussi un discours catholique : si on se rappelle le chapitre 1, l'encyclique *Humanae Vitae* de 1968 estime que la contraception inciterait les hommes à voir leur compagne comme un « simple instrument de jouissance égoïste et non plus comme sa compagne respectée et aimée » ; la différence fondamentale entre féministes et catholique restant bien entendu la façon de penser la conjugalité hétérosexuelle – comme asservissement domestique pour les unes, comme sacrement divin et base de la société pour les autres.

moins de la moitié des femmes comme des hommes, plus de 80 % déclarent la pratiquer souvent » (Ferrand, Bajos et Andro 2008, p. 367). Les scripts de sexualité non pénétrative existent et ils sont loin d'être exceptionnels : « 30 % des femmes et 33 % des hommes déclarent souvent ou parfois avoir "des rapports sexuels sans pénétration en dehors des pannes sexuelles" avec leur partenaire sexuel » (Andro et Bajos, 2008, p. 306). De fait, « on assiste [...] à une ouverture indéniable du répertoire sexuel à des pratiques non reproductives [...]. Les pratiques buccogénitales, en particulier, ont aujourd'hui une place légitime dans un script dont elles constituent les préliminaires attendus » (Thomé, 2019, p. 450).

Les connaissances sur la sexualité féminine ont en effet remis en cause le « mythe de l'orgasme vaginal » qui « [définissait] sexuellement [les femmes] en fonction de ce qui fait jouir les hommes » (Koedt, 1970). La « découverte » du clitoris (Gardey, 2019), la visibilisation de l'anatomie féminine, les recherches sur le désir et le plaisir des femmes (Gardey et Vuille, 2018) attestent que l'intérêt pour cette question, récent, est aussi bien réel : les jeunes femmes en couple hétérosexuel enquêtées par Emmanuelle Santelli revendiquent par exemple de devenir « actrices de leur désir » et négocient de nouveaux scripts sexuels davantage centrés sur le clitoris (Santelli, 2022). Il n'en reste pas moins que les hommes restent bien plus socialisés au désir (Lévy-Guillain, 2022), quand le plaisir des femmes est contraint :

L'objectif reproductif et la norme hétérosexuelle [...] continuent de sous-tendre les définitions sociales de la sexualité-plaisir comme elles sous-tendent les définitions des pratiques censées être celles procurant du plaisir aux femmes comme aux hommes, quand bien même ces dites pratiques ne sont pas forcément celles qui procurent le plus de plaisir aux femmes, ni probablement aux hommes (bien qu'ils en soient encore moins conscients que les femmes). (Andro et al., 2010, p. 7)

Quand les hommes s'y intéressent, la jouissance des femmes peut devenir un nouvel enjeu : celui d'une réassurance viriliste du « bon amant » capable de donner du plaisir à sa partenaire²⁵. Ainsi, « plutôt que de plaisir à donner, c'est [...] souvent de masculinité à réassurer dont il s'agit » (Thomé, 2019, p. 442).

Les travaux récents sur les pratiques hétérosexuelles ordinaires rappellent ainsi combien le script sexuel pénétratif reste dominant, à la fois dans les pratiques (c'est le plus fréquent) et dans les représentations (il est placé au sommet de la hiérarchie des actes sexuels). Parmi toutes les pratiques sexuelles possibles pour un couple de partenaires ayant respectivement un pénis

²⁵ Le compte Instagram d'éducation à la sexualité positive « Orgasme et moi », tenu par Charline Vermont et suivi par presque 700 000 abonné-es, rend compte de ce phénomène de jouissance féminine comme réassurance narcissique pour les hommes dans un post du 04/05/2023 intitulé « Le squirting n'est pas une performance ! ». De nombreux témoignages d'abonnées décrivent en effet des situations où le partenaire masculin se met en tête de « faire squirter » sa partenaire (c'est-à-dire de provoquer l'émission d'un jet de liquide par stimulation génitale) sans s'assurer au préalable qu'elle le désire et que cela lui procure du plaisir.

et une vulve, est donc privilégiée *la seule qui expose à une grossesse* – et suppose de s'en prémunir pour les femmes qui ne veulent pas être enceintes. Or, cette centralité de la pénétration limite la recherche de plaisir des femmes, en rendant plus difficile la négociation de scénarios sexuels alternatifs. Cette relative éviction de la récréativité *effective* (et non supposée) de la sexualité des femmes est également perceptible dans la faible attention accordée aux effets des dispositifs contraceptifs sur leur désir et leurs sensations.

« J'ai jamais envie » : l'absence de questionnement sur l'acceptabilité sexuelle de la contraception

L'objectif premier du contrôle exercé sur la fertilité des femmes est bien de permettre une sexualité pour le plaisir et non pour la procréation. Mais pour le plaisir de qui ? Les conséquences sexuelles des dispositifs médicaux à destination du corps féminin sont très peu évoquées par celles et ceux-là même qui les prescrivent. Les éventuelles douleurs à la pénétration liées à la présence d'un DIU ne sont que rarement considérées ; la baisse de désir liée à une contraception hormonale (pilule ou DIU hormonal), largement débattue dans la littérature médicale (Burrows, Basha et Goldstein, 2012 ; Caruso et al., 2022 ; Davis et Castaño, 2004 ; Pastor, Holla et Chmel, 2013 ; Schaffir, 2006) et parfois reconnue par les médecins, est présentée comme un effet secondaire possible, mais avec lequel il faut composer : un mal nécessaire plutôt qu'un obstacle fondamental. Pourtant, si la technologie contraceptive utilisée a un impact sur la finalité récréative qu'elle est censée faire advenir, il n'y a rien d'étonnant ou d'irrationnel à la rejeter ou à limiter son utilisation. Romane (25 ans, comédienne au RSA, IVG à 24 ans en 2017) arrête par exemple sa pilule à 20 ans en raison de sa baisse de désir pour son partenaire d'alors ; Christel (27 ans, travailleuse sociale, IVG à 26 ans en 2017) a aussi abandonné ce moyen de contraception, parce « qu'au niveau de la libido, ça jouait énormément sur [son] corps ». Quant à Astrid (24 ans, chargée de projet dans une collectivité territoriale, IVG à 23 ans en 2018), elle a été incitée par son copain à changer de contraception pour cette raison :

Laurine : Ces questions de contraception, c'est des choses dont vous discutez avec ton copain ?

Astrid : Bah j'ai commencé à prendre la pilule à la fin de ma relation précédente. Et c'est quand j'ai eu une baisse de libido. Ouais... « Mais t'as jamais envie ? ». Et je disais « Bah ouais, c'est vrai, j'ai jamais envie. » Et du coup, il a regardé sur Internet qu'est ce qui pouvait influencer sur la libido des femmes. Et il m'a dit « Ouais, je suis sûr c'est ta pilule qui fait quelque chose ». Et du coup, j'ai changé. Parce que je me suis dit, c'est quand même nul quoi. Et c'est lui qui m'a conseillé de prendre [un stérilet au] cuivre parce que du coup, il y avait pas d'hormones du tout.

Il est frappant de constater que l'absence de désir d'Astrid ne lui devient problématique qu'à partir du moment où la situation pose problème à *son compagnon*, qui entreprend d'y remédier (Thomé, 2022b). L'intérêt de son partenaire pour la contraception ne vise pas, ici, un partage plus équitable de la charge contraceptive, mais la restauration du désir d'Astrid, pour augmenter son appétence pour le sexe et donc la fréquence des rapports sexuels. L'intérêt pour les effets de la contraception sur la sexualité des femmes s'affirme ainsi *lorsque l'enjeu est conjugal*, c'est-à-dire quand le partenaire exprime une insatisfaction sexuelle. Bénédicte Faure (CCF, 52 ans, CPEF1) ne dit d'ailleurs pas autre chose lorsqu'elle plaide la cause des femmes qui refusent les hormones auprès de ses collègues médecins :

Alors oui les médecins... On est en colère hein... Nous, on travaille avec les médecins, on leur dit « Oui mais quand même, le tout hormone... Regardez ce que ça donne... ! Alors il y a des femmes qui ont une forte libido hein, très bien ! Mais il y en a qui ont une petite libido. Et ça tue la libido quand même aussi [...] Et c'est important que vous l'entendiez ! Si une femme [...] elle a plus de désir pour son mec parce qu'elle a plus de libido, du coup, ben son couple le marche plus ! ». Ça, il faut l'entendre pour les médecins !

Dans la perspective de cette conseillère, qui est une des rares à prêter attention à la sexualité, le désir et le plaisir sexuel ne doivent donc pas être valorisés pour eux-mêmes, pour le confort ou l'épanouissement des femmes, mais bien parce que ne pas désirer son partenaire (voire ne pas être sexuellement disponible) reviendrait à mettre en péril la relation de couple. Une nouvelle fois, la sexualité des femmes n'est pas légitime parce qu'elle procure du bien-être, mais parce que, en tant que « ciment du couple », elle participe à l'harmonie conjugale, selon une équation implicite qui est que désirer = aimer. Ce résultat recoupe celui d'une enquête menée auprès de femmes qui consultent un sexologue pour remédier à des « difficultés sexuelles » : l'enjeu est de prévenir la menace que ferait peser l'absence de sexualité (risque d'infidélité ; rupture de l'idéal d'égalité) et/ou de s'inscrire dans une conjugalité durable (Michels, 2017). En creux, ce qui se joue est bien une naturalisation du désir et des « besoins sexuels » des hommes : dès lors qu'ils sont pensés comme irrépressibles, naturels, biologiques, leur satisfaction est posée implicitement comme condition de possibilité de la conjugalité. Or, cette naturalisation de la sexualité des hommes a pour conséquence que leur plaisir est priorisé aux dépens non seulement du plaisir des femmes, mais aussi des pratiques de prévention.

5.3.2 Le plaisir sexuel des hommes au prix du « sabotage contraceptif »

Si les professionnel·les de santé expriment des réticences importantes à « laisser les femmes repartir sans contraception » après une IVG ou considèrent que « le préservatif, c'est pas une contraception », c'est bien parce qu'elles n'ignorent pas que les méthodes qui créent des

contraintes sur la sexualité sont plus difficiles à imposer et exposent davantage les femmes à une grossesse²⁶. Mais là encore, à qui en revient la responsabilité ? La médecin états-unienne Sonya Borrero et ses collègues parlent de « sabotage contraceptif » pour décrire des situations où les hommes contrecarrent volontairement les pratiques contraceptives de leur partenaire, voire font pression pour une grossesse (Borrero et al., 2015). Mais il n'est pas nécessaire de vouloir *forcer sa partenaire à être enceinte*²⁷ pour que ce sabotage soit observable. Il existe aussi « par défaut », quand les individus dotés d'un pénis, au nom de leur propre plaisir et confort, ne se soucient pas du devenir de leur jouissance. J'analyserai deux situations : le refus de mettre un préservatif – ou *a minima* les réticences et le manque de coopération ; « l'oubli » ou la non-maîtrise du retrait.

« Non mais avec le préservatif, je sens rien ! » : faire capoter la capote

Ce sont bien des raisons d'ordre sexuel qui limitent l'utilisation du préservatif, comme le documentent des travaux états-uniens de santé publique : l'utilisation du préservatif peut susciter une perte de plaisir, un inconfort physique pour l'un et/ou l'autre des partenaires, briser la « spontanéité » du rapport (Thomé, 2022b) ou être associé à une moindre intimité (Higgins et Hirsch, 2008). Le préservatif, en interrompant le scénario sexuel, peut aussi interrompre l'excitation et donc l'érection du partenaire masculin – et se retrouver privé de finalité. Là encore, si la technologie contraceptive annihile le désir dont elle devrait garantir l'expression sereine, son rejet n'est pas surprenant : chez les jeunes adultes, cet impact sur le plaisir est la cause principale de son absence d'utilisation (Higgins et Wang, 2015b). Les personnes qui considèrent que le préservatif diminue le plaisir ressenti sont ainsi les plus susceptibles d'avoir recours au retrait (Higgins et Wang, 2015a). Ces résultats, mis en avant par des enquêtes quantitatives menées par questionnaire auprès d'échantillons de plusieurs milliers de personnes, ne mettent pas en évidence une différence massive entre les sexes : les hommes et les femmes sont à peu près aussi nombreux·ses à dénoncer les effets délétères du préservatif sur la sexualité. Ce résultat me semble cependant critiquable car il masque la réalité de ce qui se joue pendant l'acte sexuel et la grande difficulté, pour les femmes, à faire accepter aux hommes un dispositif de protection qui impacte leur plaisir. Il semble ainsi nécessaire de revenir à la précision des données qualitatives pour comprendre les rapports de force à l'œuvre dans la sexualité.

²⁶ De même, les médecins italiens enquêtés par Silvia de Zordo « se plaignent des résistances des hommes au préservatif et de leur préférence pour la méthode du retrait » (2018, p. 6) tout en assignant les femmes à la contraception. Si ce n'est pas le cas de leurs collègues espagnols, il n'en reste pas moins que les médecins ont conscience de l'existence des rapports de force à l'œuvre autour de la négociation du préservatif.

²⁷ Ce qui peut arriver : voir chapitre suivant.

Les témoignages de femmes n'utilisant pas de contraception portant sur leur fertilité, mais plutôt des préservatifs, sont en ce sens d'une remarquable concordance : il revient aux femmes d'imposer le préservatif et, parfois, elles n'y parviennent pas. Marlène (20 ans, serveuse, IVG à 20 ans en 2018), par exemple, est en couple depuis six mois avec un garçon de dix ans de plus qu'elle – une relation qu'elle qualifie de « chaotique ». Elle est enceinte après un rapport pénétratif non-protégé :

Marlène : On se protégeait pas. [...] Je voulais m'en faire poser un [un DIU] mais vu qu'avec les gynécologues, c'est très long à faire... Et mon partenaire voulait pas se protéger parce que... Bah parce que c'était pas la bonne sensation, donc... ok. [rire gêné]. [...]

Laurine : Du coup, toi, quand tu as découvert la grossesse, ça a été quoi ta première réaction ?

Marlène : Bah je me suis maudite d'avoir accepté d'avoir des rapports non protégés. Parce que... je suis la première à dire « non mais dites non, il faut savoir dire non » et je me suis laissée faire... et je me suis vraiment maudite à ce moment-là. [...]

Laurine : Et tu lui as parlé du fait qu'il ait refusé de se protéger et tout ça... ?

Marlène : Non parce qu'en fait, à ce moment-là, c'est moi qui étais en mode... J'aurais dû... plus prendre la contraception, me renseigner plus avant, au lieu de prendre rendez-vous dans X mois. Et... je me suis dit que c'est moi qui aurais dû dire non, et que je peux pas rejeter toute la faute sur lui. Mais je lui ai quand même dit que la prochaine fois ça serait bien qu'on se protège et que sinon c'est mort.

Dans cette situation, c'est bien son compagnon qui, par confort, refuse le préservatif, et Marlène qui cède avant de se sentir terriblement coupable. Mais elle n'adresse de reproches qu'à elle-même, estimant qu'elle aurait dû avoir une contraception pour maîtriser sa propre fertilité, et anticipe même qu'après l'IVG, son partenaire – qui ne se soucie pas des démarches abortives – ne s'astreindra pas à un port du préservatif plus systématique. Elle sait qu'elle devra lui poser un ultimatum et endosse en totalité la responsabilité contraceptive. Il faut dire que le rapport d'âge et de genre n'est pas en sa faveur : « tu as envie de faire plaisir en même temps, et ouais, d'un côté c'est risqué mais... ». Un tel rapport de force ne semble pas exceptionnel : la petite sœur de Camille (22 ans, enseignante, IVG à 18 ans en 2012) vit la même chose – et c'est elle qui est culpabilisée par sa famille pour son manque supposé de responsabilité contraceptive :

Ma sœur a avorté ensuite. Ça a été assez tabou. Mais pour le coup elle c'est juste qu'elle avait pas... Quand elle avait 14 ou 15 ans, elle sortait avec un mec de 23 ans qui avait juste... pas mis de capote. Voilà. Donc... pas la même situation, et beaucoup plus de... Elle s'est fait engueuler quoi. Moi je me suis pas fait engueuler [parce qu'elle avait un DIU].

Les enquêtes quantitatives montrent de façon plus générale que, lorsque la partenaire est plus jeune d'au moins deux ans, le port du préservatif pour le premier rapport sexuel est moins fréquent que quand les partenaires ont le même âge, ce qui peut être un indice du bras de fer genré autour du préservatif (Beltzer et Bajos, 2008, p. 446).

Mais cette situation ne s'observe pas seulement dans les couples où le rapport de force est très asymétrique et/ou la relation instable. Elle se retrouve aussi dans des couples ensemble de longue date et très engagés l'un·e envers l'autre. Nina (32 ans, travailleuse sociale, IVG à 32 ans en 2017), par exemple, est avec son partenaire, un homme de 28 ans, cadre en entreprise, depuis plus de trois ans. Ensemble, ils viennent d'acheter une maison mais ne se projettent pas encore dans la parentalité (ils l'envisagent plus tard). Nina a arrêté la pilule, qu'elle prenait depuis ses 16 ans, au début de leur relation : « j'ai eu envie de me sentir femme [...] et c'était pas bon pour le corps [...] et puis bon on mettait des préservatifs ». L'idée d'avoir un stérilet lui est insupportable « avec mon histoire²⁸, j'ai pas du tout envie d'avoir quelque chose dans l'utérus, c'est psychologique ». Ce n'est que quand je reviens sur les circonstances de la grossesse qu'elle me précise que son compagnon a refusé de mettre un préservatif :

Laurine : Parce que du coup vous mettiez des préservatifs à chaque rapport ou des fois vous les mettiez pas ?

Nina : Non justement, ces derniers temps, il voulait pas et j'étais un peu en colère contre lui quand j'ai su que j'étais enceinte. [...]

Laurine : Et cette colère vous avez pu en parler avec lui ?

Nina : Oui. Et je lui ai même dit « tu sais à ce moment-là je t'aimais plus ». Ouais, quand je me suis retrouvée dans cette maison, qu'on a signée et qu'on doit retaper, avec cet homme qui m'a mise enceinte, avec cette maison, je l'aimais plus, j'avais peut-être plus envie de l'aimer à ce moment-là. Mais je lui ai dit oui !

L'euphémisation première de son ressentiment envers son partenaire (« un peu en colère ») vise sans doute à ne pas écorcher l'image que Nina s'en fait devant moi – mais aussi à ses propres yeux. Pourtant, elle en voulait à son compagnon au point de remettre en cause, sur le moment, la totalité de leur relation, amour et maison inclus. Or, quand elle en parle à sa psychologue, celle-ci essaie d'expliquer l'attitude de son partenaire comme suit :

Ma psychologue me disait... C'est vrai que mon compagnon, il a une mère qui est très envahissante. C'est « mon fils c'est le plus beau ! ». Et son père a un cancer au cerveau en ce moment... Et ma psychologue me disait « peut-être que c'était une façon pour lui de se prouver qu'il était un homme par rapport à cette période qu'il était en train de vivre ». Voilà, c'est ce que m'a dit ma psychologue.

La naturalisation de la sexualité masculine décrite plus haut est particulièrement lisible dans le discours de la psychologue qui, en raison de sa socialisation professionnelle, associe le recours au préservatif à une émasculatation symbolique. Ce faisant, elle empêche en fait Nina de questionner la responsabilité contraceptive de son compagnon et lui renvoie implicitement la charge à la fois corporelle, mentale, émotionnelle et symbolique de la contraception – une nouvelle fois, on voit comment les professionnel·les du psychisme participent à légitimer un

²⁸ Nina a été victime d'abus sexuels pendant son enfance (voir 3.3.1).

ordre de genre asymétrique et défavorable aux femmes. Comme pour Marlène, c'est aussi à Nina que revient, après l'IVG, de réimposer l'usage systématique du préservatif :

Moi je veux rester avec le préservatif. Mais vraiment, je voulais même lui faire noter sur un papier que tous les deux, on s'engage vraiment. Enfin je l'ai pas engueulé, mais... Mais je lui ai dit « Maintenant t'arrête ». [...] Parce que lui il comprend que j'ai pas envie de prendre la pilule. [...] Et je pense que je vais me mettre aussi au préservatif féminin mais peut-être que c'est pas le bon choix. [...] Ouais, alterner préservatif masculin et féminin.

De façon notable, ni le partenaire de Nina ni celui de Marlène ne semble exprimer un sentiment de culpabilité vis-à-vis de la grossesse ni ne s'engage *spontanément* à des pratiques contraceptives plus rigoureuses à l'avenir (et encore moins à des scripts non-pénétratifs). Même *après l'IVG*, ce sont les femmes qui doivent exiger un usage sérieux du préservatif (en posant un ultimatum ou en exigeant un engagement écrit), porter la charge émotionnelle d'une telle requête et envisager des alternatives (se faire poser bientôt un DIU pour Marlène, le préservatif interne plutôt qu'externe pour Nina). Parfois, les partenaires hommes n'ont même pas conscience d'exposer leur partenaire à une grossesse, comme en témoigne Tiphany (35 ans, psychologue, IVG à 35 ans en 2017), qui a eu quelques rapports sexuels avec un collègue éducateur d'une quarantaine d'années, récemment divorcé :

Tiphany : J'attendais mes règles... Mais en plus, il m'a demandé, il m'a dit « y'a pas de risque et tout ! ». Je lui ai dit « non, t'inquiète pas, j'ai pris la pilule du lendemain le jour où t'as zappé quoi ». Il me dit « comment ça j'ai zappé ? » « Ouais ben t'avais un peu bien bu ! ». Et il s'en rappelait même pas.

Laurine : Et tu lui en as pas voulu de pas avoir mis la capote finalement ? Enfin...

Tiphany : Pffff... non vraiment, la part de responsabilité là-dedans elle était partagée. Dans le sens où j'aurais très bien pu encore lui dire « oublie pas machin bidule » ! Et sauf qu'en fait à un moment donné, moi aussi je suis partie prendre un risque quoi. Ou, en tout cas, je suis repartie à ce moment-là alors que j'aurais très bien pu dire [non].

Tiphany – comme Marlène et Nina – estime que la responsabilité de sa grossesse est *a minima* partagée avec son partenaire. Mais son premier réflexe a été de se considérer comme seule responsable de la situation. Un peu plus tard en entretien, elle parle en effet de son avortement comme d'une « connerie » :

Laurine : Toi tu considères que tu as fait une connerie ?

Tiphany : Ah oui au départ je culpabilisais beaucoup ! Je me disais « Mais pourquoi tu lui as pas dit ? » Sur le moment oui ! Je me disais « Ah mais t'es con ! » [...]. Et juste avant qu'il éjacule je me suis dit « Ben voilà redis-lui quoi ! », mais enfin, voilà, il est éducateur, il est adulte. Bah non.

Tiphany n'est pas dans une relation stable et durable, et elle estime, comme Marlène, qu'en l'absence de préservatif elle aurait dû *refuser le rapport*. Cette réaction diffère de celle de Nina, en couple cohabitant comme on l'a vu, qui ne regrette pas le rapport sexuel lui-même.

Il semble ainsi que seules les femmes qui *ne sont pas en couple installé* se reprochent d'avoir accepté le rapport sexuel fécondant : la sexualité non-conjugale est disqualifiée, à la différence de la sexualité conjugale. On retrouve en creux la hiérarchie entre sexualité conjugale légitime et sexualité moins légitime en dehors d'un couple. Mais toutes ont intériorisé l'injonction à la contraception et en dédouanent au moins en partie leur partenaire ; à l'inverse, les hommes par défaut s'engagent dans une sexualité non-protégée (Carbajal, Ward et Schönenberger, 2020). Le préservatif, qui agit sur les organes génitaux masculins, reste donc bien « une responsabilité de femmes » (Thomé, 2016). « Le nombre de fois où je suis tombée sur des types... "Ah non, moi je veux pas utiliser de préservatifs" [ton geignard]. Et c'est toi qui le sors. Et puis non quoi. Tu vois. Donc ça va quoi... c'est bon. C'est pas juste que ça retombe toujours sur nous » s'agace Gaëlle (46 ans, dessinatrice, IVG à 46 ans en 2018). Les hommes qui s'astreignent au préservatif semblent ainsi des exceptions dans mon corpus, au double sens du terme si l'on en croit Sirine (29 ans, architecte, FC à 25 ans en 2014, IVG à 26, 27 et 28 ans), qui rencontre un nouveau partenaire après une fausse-couche et trois avortements :

Il a vraiment enclenché un nouveau cycle. Et lui, il m'a même pas demandé « Qu'est-ce que tu prends comme contraception ? ». Lui c'était systématiquement préservatif. Et il y avait une espèce de « Ah non mais je gère ! ». Parce que les autres mecs avaient toujours été « Ah non mais le préservatif, je sens rien ! ». Et moi, j'étais en mode « Non, tu peux mettre un préservatif, s'il te plaît ? » alors que là avec lui, c'était même pas un sujet. Il parlait pas de ses petites sensations [sarcastique]. Juste il met le préservatif quoi, carré. Je suis immédiatement tombée amoureuse de lui bien sûr, parce que c'était le comportement inverse de ce que j'avais connu !

Qu'un garçon endosse spontanément et systématiquement sa responsabilité contraceptive semble à Sirine si exceptionnel qu'elle le présente comme une raison d'en tomber amoureuse. Les conclusions formulées sous forme de litote par Nathalie Bajos et Michelle Ferrand il y a plus de vingt ans semblent donc toujours d'une terrible actualité :

La responsabilité de l'homme est loin d'être négligeable dans la survenue de certaines grossesses non prévues. Le refus de l'utilisation du préservatif peut induire un risque de grossesse pour les femmes n'utilisant pas d'autre contraception. Ce risque, lié ici à la priorité accordée – y compris par les femmes elles-mêmes – au plaisir masculin dans la sexualité, montre bien l'incidence, sur les pratiques concrètes, de la persistance de la domination masculine (2001, p. 103).

Cette responsabilité des hommes dans les IVG ne se limite pas au seul refus de mettre un préservatif : parfois, les hommes retirent le préservatif *à l'insu de leur partenaire*. Cette pratique, nommée *stealth*²⁹, commence tout juste à être documentée par les militantes

²⁹ De l'anglais « stealth », furtif, pour désigner la façon de retirer discrètement le préservatif en se passant du consentement du ou de la partenaire.

féministes³⁰ et condamnée comme une forme de violence sexuelle³¹. Je n'ai pas d'exemple en ce sens dans mon corpus, mais plusieurs témoignages existent dans la presse et sur les réseaux sociaux³² – les infections sexuellement transmissibles restent l'enjeu principal, les grossesses étant plus rares. Un tel sabotage contraceptif existe également lorsque que les hommes affirment qu'ils pratiqueront le retrait et ne le font pas.

« *Il a quand même pas fait ça, ce bâtard ?* » : quand les hommes ne se retirent pas

Le retrait est rarement une méthode contraceptive de première intention (Thomé, 2022a). Il est souvent utilisé *par défaut* quand les femmes, fatiguées de négocier le port du préservatif ou face à des problèmes d'érection répétés, se résignent à cette pratique, comme le suggère Fleur (19 ans, danseuse, IVG à 19 ans en 2019) quand je la questionne :

Fleur : On se protège pas du tout avec mon amoureux [rire]. Depuis qu'on s'est mis ensemble, on s'est jamais protégés. [...] J'ai confiance en lui parce que je sais qu'il gère. Ouais, si, si Je savais que y'a des jours où il aurait lâché dedans par accident, j'aurais dit bah non. Après c'est parce que j'ai confiance. Je sais que il sait faire.

Laurine : Ça, vous en aviez discuté avant ?

Fleur : Bah, on a discuté... Quand on a commencé à avoir des rapports ensemble, on s'est dit « Bah ça serait bien qu'on se protège, parce que... Je sais pas... tu vas me mettre enceinte et après, tu vas t'étonner... ». Et il a dit « Non mais... ». Je sais plus ce qu'il avait dit... Qu'il aimait pas le préservatif. J'ai dit « Je m'en fous. J'en ai rien à foutre, tu vas le mettre et puis, c'est tout. » Et puis on l'a mis. En fait, c'était horrible. C'était une catastrophe ! [rire] Donc on l'a enlevé. Puis il m'a dit... « Tu sais, je sais me contrôler. On peut essayer. » Et coup, on a eu que un problème depuis un an.

Dans cette configuration où le préservatif entrave la sexualité, ce n'est pas une sexualité alternative qui est privilégiée mais un maintien des pratiques pénétratives, au risque de la grossesse. Malgré cela, Fleur estime que cette technique n'a pas si mal fonctionné – quoiqu'elle

³⁰ L'enquête du collectif Nous toutes sur les violences sexistes et sexuelles réalisée en 2020 estime qu'une femme sur 10 aurait déjà été confrontée au retrait non-consenti du préservatif. Voir aussi l'article d'Enola Richet pour le mensuel féministe *Causette*, « Le stealthing, une violence sexuelle répandue mais toujours banalisée », 30/11/2022, accessible à l'adresse <https://www.causette.fr/en-privé/fesses/le-stealthing-une-violence-sexuelle-repandue-mais-toujours-banalisee>, consulté le 29/05/2023 ou encore l'article d'Anaïs Boutcha pour *Neon* du 27/04/2023, « "Par deux fois, il a retiré le préservatif" : Margot, victime de stealthing, revient sur son traumatisme », accessible à l'adresse <https://www.neonmag.fr/par-deux-fois-il-a-retire-le-preservatif-margot-victime-de-stealthing-revient-sur-son-traumatisme-559793.html>, consulté le 29/05/2023.

³¹ En France, la première condamnation pour *stealthing* est très récente : elle a été prononcée en mars 2023, comme en témoigne un article du Midi Libre, 15/03/2023, « "Stealthing" : un homme condamné pour avoir retiré secrètement son préservatif lors d'un rapport sexuel, une première » accessible à l'adresse <https://www.midilibre.fr/2023/03/15/stealthing-un-homme-condamne-pour-avoir-retire-secretement-son-preservatif-lors-dun-rapport-sexuel-une-premiere-11062989.php>, consultée le 29/05/2023.

³² Voir par exemple, sur le compte Instagram de @maedusa_gorgon, les posts du 20, 21 et 22 avril 2023, qui relatent l'expérience d'une jeune femme dont le partenaire a retiré le préservatif.

envisage de se faire poser un stérilet après l'IVG. Elle ne se sent pas trahie parce qu'elle estime que son partenaire s'est tenu aux engagements pris envers elle.

Ce n'est pas le cas pour Élane (38 ans, chargée de mission dans une association humanitaire, IVG à 34 ans en 2015) :

Élane : Le contexte [de survenue de la grossesse] j'en suis pas très fière. On va dire que c'était un amant régulier, c'était pas la première fois que je le voyais mais bon. Là où je suis pas très fière, c'est que bon, on pratiquait la technique du retrait, et on va dire que c'est pas la plus sérieuse quoi. Et comme on se voyait très peu... Et en fait, il s'est simplement pas retiré, parce qu'il s'en tapait quoi. Voilà. Mais là c'est le moment où tu te dis mais, il a quand même pas fait ça, ce bâtard ? Et bon je me suis dit que j'étais pas du tout en période donc bon j'étais tranquille. [...]

Laurine : Je reviens au moment où vous avez eu un rapport... Tous les deux, sur cette question du retrait c'est des choses que vous aviez décidées au préalable ? Vous le faisiez les autres fois ?

Élane : Non, les autres fois, ça avait été avec une capote. C'est la 2^e ou 3^e fois qu'on s'était dit... On se connaît depuis un moment, machin. Le seul risque était là. [...] Supposons que je lui fasse confiance à 100%, le seul risque il était là ! [...] Mais on n'a pas non plus couché ensemble 200 fois quoi hein ! Mais c'est sûr que la méthode de retrait, quand tu te retires pas... Ben c'est pas efficace quoi. Déjà quand tu te retires, c'est pas super efficace. Donc quand tu le fais pas, bon.

Laurine : Et quand toi tu t'es aperçue qu'il s'est pas retiré, tu as fait quoi ?

Élane : Je crois que je lui ai dit juste « Mais tu viens pas de finir là, t'as pas fait ça n'est-ce pas ? ». Et puis c'est tout quoi, tu vois. Et tu te dis pas que tu vas tomber en cloque, parce que ça, ça arrive qu'aux autres tu sais ! [rire] [...] Donc non, je me suis dit, c'est pas possible, il a pas fait ça ! Et c'est seulement après [...] que je me suis dit putain, mais c'est quoi ce gros looser avec qui je suis sortie !

La situation d'Élane n'est pas exceptionnelle : Elisabeth (25 ans, service civique dans une association culturelle, deux IVG à 21 ans en 2014 et une à 25 ans en 2018) vit peu ou prou la même chose lorsqu'elle tombe enceinte pour la deuxième fois en quelques mois.

Entre les deux avortements, ça s'est vraiment enchaîné, c'était peut-être au moment où j'ai arrêté de saigner que j'ai eu un rapport... Bon bref... Et avec la personne, à qui j'avais bien dit : « tu te retires », il m'avait dit : « oui, oui », et puis après : « si, si, je me suis retiré ». J'avais un doute... qu'il y en ait un peu dedans... mais je me suis dit : « Elisabeth, ça y est maintenant t'es parano ». Et en fait, non.

Or, dans ces situations où le partenaire sabote le dispositif contraceptif décidé en amont (ou échoue à le maîtriser), ce sont encore les femmes qui sont exposées à la stigmatisation de leurs pratiques sexuelles et contraceptives. Ainsi, un matin où j'échange avec deux infirmières d'un centre d'IVG qui me présentent leur service, une médecin, passée en coup de vent dans le bureau, se moque d'une femme d'une trentaine d'année qui « ne prend pas de contraception » et dit que « c'est la faute de son partenaire [si elle est enceinte] » : il ne s'est pas retiré. Les deux infirmières lèvent les yeux au ciel, moqueuses et agacées. L'argument leur paraît de toute évidence non-pertinent, voire risible. Elles ne souscrivent pas à l'accusation envers le

partenaire, perçue comme un refus d'endosser sa propre responsabilité contraceptive, ou une certaine ingénuité à « faire confiance » si facilement à un partenaire qu'elle aurait dû *a priori* considérer comme « irresponsable » [CIVG3, août 2018]. De même, Gaëlle (46 ans, dessinatrice, IVG à 46 ans en 2018) a-t-elle été, selon ses mots, « engueulée par un médecin » à l'occasion d'un dépistage du VIH après un rapport non-protégé :

En plus c'était le mec qui avait pas voulu mettre de préservatif, comme très souvent. Et c'était genre « Mais oui, vous faites ça comme ça, mais non, mais il fallait dire non ». Et vraiment, j'étais vraiment choquée, dans le sens où ils n'ont pas à intervenir comme ça. Voilà c'est des choses qui peuvent arriver et c'est pas en te faisant culpabiliser que ça va arranger les choses.

La responsabilisation sexuelle des femmes déresponsabilise en même temps les hommes. Il est ainsi symptomatique que les femmes s'accusent elles-mêmes avant (voire sans) accuser leur partenaire (Élane n'est « pas fière », Elisabeth a « super honte », Tiphany « culpabilise beaucoup », Marlène « s'est maudite »...) alors que les partenaires n'expriment que rarement, du moins devant elles, de la culpabilité, des excuses ou des remords. La seule exception est le compagnon d'Elisabeth (25 ans, service civique dans une association culturelle, deux IVG à 21 ans) lors de sa 3^e IVG : « lui il était hyper mal, et vraiment, il se sentait pas... parce qu'il tient tellement à moi... et me causer ça, pour lui... [c'était difficile] ». Mais ce dernier a trente ans de plus qu'elle : c'est son employeur (elle travaille comme saisonnière dans le lieu de vacances qu'il tient et le connaît depuis plusieurs années), il a conscience de s'être « mal retiré » et s'avère au quotidien très attentif à Elisabeth – ce qui n'est pas le cas dans les autres situations où le partenaire sexuel n'est pas engagé dans la relation.

Il semble ainsi que la « pression à soulager ces messieurs » identifiée par Lucile Ruault dans les collectifs d'extrême-gauche des « années 1968 » se perpétue (2019). Elle s'est peut-être même étendue : de nombreuses femmes aujourd'hui sont – comme les militantes des années 1960 et 1970 – prises en tenaille entre des discours qui légitiment (voire exhortent à) la sexualité avec les hommes d'une part, et d'autre part une socialisation genrée et des pratiques sexuelles où le plaisir est relativement absent et déconsidéré, et le sexe pratiqué pour d'autres raisons (sentimentales et conjugales).

« En règle générale, les femmes sont perturbées parce qu'elles ont peur de tomber enceintes et les hommes parce qu'ils ne peuvent pas avoir de relations sexuelles satisfaisantes et fréquentes » écrivait ainsi Caroline More lorsqu'elle analysait les lettres envoyées au Planning Familial de Grenoble dans les années 1960 (2004, p. 86). Presque un demi-siècle plus tard, cette asymétrie se maintient et il semble bien que « la régulation des affects [ajoutons : et de la sexualité], sous contrôle des hommes, [reste] un phénomène aussi discret qu'essentiel aux hiérarchies de genre » (Ruault, 2019, p. 387). La priorisation du plaisir des hommes sur toute

autre considération, inscrite dans des rapports de force historique entre les sexes, empêche une stigmatisation de leur propre sexualité et fait retomber le soupçon (manque de prévention et sexualité « trop » active) sur les femmes. Ainsi, sous couvert de discours égalitariste, les inégalités genrées dans la sexualité se maintiennent. Mais c'est au fond plus que cela : est aussi occulté, dans un même mouvement, le continuum des violences sexuelles vécues par les femmes (Kelly et Tillous, 2019).

5.3.3 Au nom de l'amour, l'invisibilisation des violences sexuelles structurelles

La socialisation sexuelle genrée ne se limite pas à une forte responsabilisation préventive des jeunes filles, accompagnée par une déresponsabilisation des jeunes garçons. Elle en passe aussi par une répartition genrée des rapports à la conjugalité : aux femmes les sentiments, aux hommes le sexe (Clair, 2007). Ainsi « la sexualité féminine n'a pas de sens en soi : c'est l'amour qui lui donne un sens, et le couple un cadre légitime d'expression » (Clair, 2016b). La sexualité est alors pensée sur le registre du « don de soi », qui associe l'acte sexuel à un acte d'amour offert au partenaire masculin. La sexualité des jeunes femmes, pour être légitime, doit ainsi s'inscrire dans une relation amoureuse sincère et si possible durable (Le Gall et Le Van, 2009). « Donner » son corps, « l'offrir », le préparer pour la pénétration est la bonne façon d'aimer. Cindy (30 ans, infirmière, IVG à 15 ans en 2003) se rappelle ainsi sa première expérience :

Mon premier copain... euh... je l'ai eu j'avais, peut-être 14 ans et demi, 15 ans. Et c'était quelqu'un qui était très mature dans sa tête [...] Et c'est lui qui m'a tout appris, qui m'a expliqué comment ça marchait, qui a mis la capote d'emblée. Qui a... sans ça, déjà, je le faisais pas. J'avais pas du tout envie. C'était... par pur amour, mais folle d'amour pour lui que je l'ai fait !

De même Fleur (19 ans, danseuse, IVG à 19 ans en 2019), qui a reporté ses premières expériences sexuelles de peur d'être traitée de « pute », comme on l'a vu plus haut, conditionne ses premiers rapports à une relation amoureuse sincère et durable :

Moi, c'était tard parce que du coup j'ai vu au collègue... J'ai vu beaucoup de copines qui sont allées... enfin voilà, « je suis trop amoureuse de lui », « je suis trop prête à tout pour lui ». Du coup, j'ai eu pas mal de copines qui revenaient en pleurant [je grimace]. Ouais, pas cool. Donc forcément, ça laisse à réfléchir. Et puis, je me suis toujours dit OK, le premier garçon avec qui tu couches, ça sera vraiment quelqu'un avec qui tu vas rester longtemps. Quelqu'un que tu aimes vraiment, tu vas pas aller juste te dire OK avec lui, je peux. Non, c'est pour un but, un avenir, construire quelque chose !

Cela ne lui évite pourtant pas, dans la relation avec « son amoureux », d'être exposée à cette idée de sexualité comme don de soi et preuve d'amour :

Quand je dis non, j'ai pas envie, en fait, il croit que je l'aime pas. Alors que je suis là « mais c'est pas ça ! Franchement, on peut faire plein de trucs, on regarde un film tous les deux, on va

se balader, si tu veux on fait rien, on reste là à se faire des câlins... C'est juste que j'ai pas envie d'avoir un rapport sexuel maintenant, c'est tout. Comme j'ai pas envie de taper un sprint, voilà. » Mais pour lui, c'est compliqué de le comprendre. C'est vraiment si je l'aime, je lui donne tout.

On retrouve ici l'équation aimer = désirer, qui devient même aimer = avoir des rapports sexuels. Si Fleur arrive à refuser les propositions de ses partenaires, ce n'est pas le cas de toutes les enquêtées, surtout quand le rapport de force est structurellement à leur désavantage³³ et qu'elles ont intériorisé l'idée d'une « dette sexuelle³⁴ ». Elisabeth (25 ans, service civique dans une association culturelle, deux IVG à 21 ans en 2014 et une à 25 ans en 2018) s'est par exemple sentie redevable d'accepter un rapport avec pénétration :

J'ai couché avec lui, je ne sais même pas si j'en avais vraiment envie en fait [...]. En fait, à ce moment-là, j'avais une histoire avec un gars du squat [...] c'était pas une vraie histoire, officielle ni rien non plus, mais y'avait un autre gars qui m'avait couru un peu après, qui vivait en camion... Je lui avais dit : « écoute non, désolée, mais voilà moi, j'ai une histoire, mais si c'est pas une vraie... je ne sais pas trop, mais... non » et il avait quand même dit : « ah ok, mais tu peux quand même venir, on regarde un film ensemble », il a insisté. Et peut-être qu'à ce moment-là, je n'osais pas trop dire non, j'ai dit : « bon ben... », vu que déjà je l'ai repoussé : « ok, ben allez je vais aller voir un film avec lui dans son camion ». Bref... et du coup après, il s'est passé ça [le rapport sexuel sans retrait] et après finalement, peut-être que comme j'étais un peu paumée, je suis peut-être retournée trois fois le voir, et tout, et puis après je ne suis plus retournée le voir... J'étais enceinte, et puis voilà quoi.

Aucune des personnes rencontrées au cours de mon enquête ne dit que la grossesse faisait suite à un rapport forcé voire un viol (mais bien sûr, cette situation existe, et peut-être même aussi dans mon échantillon, sans que cela ait été formulé ainsi devant moi et/ou les professionnel·les de santé). Cependant, les situations ambiguës comme celle-ci, où la sexualité a lieu parce qu'il est plus facile de ne pas dire non, montrent la « zone grise³⁵ » du (non)-consentement sexuel : une fois encore, « céder n'est pas consentir », pour reprendre la formule désormais connue de Nicole-Claude Mathieu (Mathieu, 1991). Ici, c'est bien le « sentiment de redevabilité » qui pousse à « consentir à des expériences sexuelles sans en avoir envie » : quand elles acceptent un échange avec un homme (un verre, un repas, un hébergement après une soirée, ou, ici, de voir un film), les femmes se trouvent rappelées à une situation où leur sexualité est envisagée comme une « dette de sexe » (Carbajal, Colombo et Tadorian, 2019).

³³ Ce n'est pas le cas de Fleur : blanche, bonne élève, issue d'une famille de la classe moyenne, elle est en couple avec un jeune homme racisé de son âge originaire des territoires d'outremer qu'elle a rencontré en voyage et qui l'a suivie en métropole où il fait de l'intérim – il dépend d'elle bien plus qu'elle ne dépend de lui.

³⁴ Voir à ce sujet le numéro 156-157 du *Journal des anthropologies* consacré aux « Dettes de sexe » (Broqua et al., 2019)

³⁵ Cette « zone grise », questionnée par les juristes (Boucherie, 2019), est en elle-même contestée par le féminisme du consentement le plus radical, qui considère que s'il y a un doute sur le consentement, alors le rapport n'était pas consenti.

Pourtant, la configuration sexuelle dans laquelle le rapport a lieu est bien souvent ignorée lors de la prise en charge médicale de l'avortement, comme dans le reste du monde social. Malgré une volonté affirmée de prêter attention aux violences vécues par les femmes, le caractère désiré et consenti de la relation sexuelle n'est pas vraiment questionné pendant les prises en charge. Les jeunes peuvent se voir reproché d'avoir accepté une relation sexuelle, au mépris du rapport de force, implicite ou explicite, qui a pu leur être imposé :

Une jeune fille noire, mineure de 17 ans, arrive en fin de matinée alors qu'on ne l'attendait plus, accompagnée de sa grande sœur plus âgée de dix ans, infirmière. La jeune fille semble vouloir disparaître derrière son imposant aîné, qui répond à sa place aux questions. Odile, la conseillère conjugale et familiale (59 ans), les reçoit toutes deux en ma présence. Une fois installées, elle commente : « vous êtes enfin là ! ». L'aînée répond en riant : « Elle a décidé d'appeler sa grande sœur à 8h du matin, heureusement que je travaillais pas ! Elle m'a dit qu'elle avait peur ». La conseillère s'adresse ensuite à la jeune fille, qui garde la tête baissée vers ses genoux, ses tresses devant les yeux. Odile vérifie son âge, déjà donné à l'accueil, lui demande tout de suite si « elle utilisait une contraception » (non) et si « elle a utilisé un préservatif » (non) – la jeune fille répond par monosyllabes. Étonnée, la conseillère demande vivement : « Pourquoi ? ». La jeune femme garde les yeux baissés sur ses genoux, voûtée, elle fait osciller ses baskets et ne répond pas. Odile reprend et demande doucement mais avec insistance : « Il faut toujours le mettre... Vous connaissez ? Vous aimez pas ? Vous y pensez pas ? ». La jeune femme ne répondant toujours pas, sa grande sœur répond à sa place, avec un gros rire : « Je pense qu'elle a été influencée... ». La conseillère reprend à l'attention de l'adolescente : « C'est ça, il voulait pas ? ». Sans lever les yeux, la jeune fille répond : « Non, il a pas voulu... ». À ce moment-là, la conseillère ne cherche pas à savoir ce qu'il s'est passé, ne pose aucune question sur le consentement, l'imposition éventuelle du rapport, la situation concrète dans laquelle l'adolescente a pu être prise. Elle s'insurge immédiatement : « Il faut lui dire non ! S'il veut pas, dehors ! », avant de demander à l'adolescente comment elle a réagi en découvrant sa grossesse et comment elle s'est « réveillée » pour prendre contact avec quelqu'un et entamer les démarches d'IVG. Puis la conseillère demande « Vous avez décidé tout de suite de ne pas... ? Trop jeune ? ». L'adolescente restant mutique, sa grande sœur explique à sa place, en la considérant avec bienveillance : « C'est les parents surtout. On veut vraiment pas prendre de risque [qu'ils sachent]. On est pas trop pour avec notre religion, mais là par rapport au papa... la maman ça irait mais... ». Elle regarde sa petite sœur en souriant, ajoute avec une douceur presque amusée : « Je pense qu'elle ne savait pas... » [CIVG1, février 2016].

Dans cette scène, la prostration et le mutisme de l'adolescente tout au long de l'entretien avec la conseillère pourraient inviter à envisager l'hypothèse d'un rapport sexuel non-consenti, euphémisé dans le discours de la grande sœur (« elle a été influencée... » « elle savait pas... »). Ce n'est pourtant pas l'attitude qu'adopte la conseillère, qui suggère que la jeune femme aurait dû refuser le rapport sexuel non-protégé, en lui faisant porter la responsabilité de la grossesse alors même que l'attitude du jeune homme n'est pas questionnée. La jeune femme est, de fait, considérée par la conseillère comme ignorante et trop passive : il lui faudrait « se réveiller » comme si, jusque-là, elle avait été inconsciente. On retrouve ici le dilemme impossible proposé

aux jeunes femmes : pratiquer une sexualité sans risque (c'est-à-dire, ici, se prémunir du comportement sexuel de son partenaire) ou savoir s'abstenir.

La stigmatisation sexuelle des femmes qui avortent n'est donc pas explicite ni frontale ; elle existe plutôt en creux, dans le reproche latent qui leur est fait de *n'avoir pas su domestiquer la sexualité des hommes* ou – à défaut – *de ne pas s'y être soustraites*. Si les femmes ne sont pas directement accusées d'avoir eu une sexualité (supposément) récréative, il leur est reproché de n'avoir pas assez discipliné leur fertilité et/ou d'avoir mal géré le désir de leur partenaire. Une telle stigmatisation de la sexualité féminine, indirecte puisqu'elle en passe par la dénonciation de l'écart à l'impératif de prévention, n'en reste pas moins avérée.

Or, le discours sur la prévention masque ici un rapport de force (Amsellem-Mainguy et Vuattoux, 2019), constitutif du schéma hétéronormé, qui fait passer le désir des hommes pour irréprouvable et les femmes pour responsables (Spencer, 1999). Mais cette (auto)-culpabilisation des femmes qui acceptent ou cèdent à des rapports dont elles n'ont pas envie ou pas de cette façon (sans protection), n'est pas compréhensible sans être replacée dans la façon dont la sexualité féminine est devenue aujourd'hui *une condition d'accès et de maintien dans la conjugalité hétérosexuelle*. Emmanuelle Santelli a ainsi montré comment nombre de jeunes femmes en couple finissent par se désintéresser de la sexualité hétérosexuelle, qu'elles pratiquent avant tout pour entretenir leur relation alors qu'elles lui préféreraient davantage de tendresse (2018) – les femmes sont aussi quatre fois plus nombreuses que les hommes à déclarer accepter une relation sexuelle sans envie, pour contenter leur partenaire (Ferrand, Bajos, Andro, 2008). Si les femmes acceptent (ou ne refusent pas avec véhémence) certains rapports sexuels qui ne leur apportent aucune *récréation* (voire sont subis par une contrainte plus ou moins affirmée), c'est non seulement parce que le rapport de force n'est pas à leur avantage, mais aussi parce qu'elles y trouvent certains bénéfices, la continuité de leur relation n'étant pas la moindre.

Bilan 5 : une stigmatisation sexuelle en sourdine

Y'a qu'à pas baiser ? Au terme de cette analyse, il apparaît – *a minima* pour les femmes de classes moyennes et supérieures blanches – que la stigmatisation sexuelle de l'avortement s'est déplacée : y'a qu'à pas baiser *sans se protéger*, pourrait-on dire désormais. La stigmatisation explicite de la sexualité des avortées n'est ainsi manifeste que parmi les populations – plutôt jeunes et/ou issues de l'immigration – où la sexualité fait encore tabou. Dans la plupart des autres situations, cette stigmatisation reste limitée : il semble bien que ce n'est pas la sexualité non-reproductive en elle-même qui pose problème, tant sa légitimité au sein des couples,

formels ou non, s'est imposée, mais plutôt une stigmatisation de ce qui est perçu comme une *priorisation du plaisir sur la gestion du risque sexuel*. La sexualité féminine ne devient illégitime que lorsqu'elle est accusée de n'avoir pas, d'abord, souscrit à un impératif de prévention, mais elle est légitime en tant qu'instrument de l'harmonie conjugale.

Cela n'en reste pas moins, au fond, une forme de stigmatisation de la sexualité des femmes ; mais celle-ci opère à bas bruit, de façon implicite et indirecte, renouvelant *en sourdine* des rapports de force genrés. Les ambiguïtés d'une telle stigmatisation sexuelle ne peuvent se comprendre qu'à l'intérieur d'un régime sexuel hétéronormatif, qui valorise la conjugalité hétérosexuelle tout en hiérarchisant le rapport aux désirs et aux plaisirs : et c'est bien la dimension *récréative* de la sexualité qui est en cause. À la lumière de ces résultats, c'est donc bien l'équivalence supposée entre sexualité *non-reproductive* et sexualité *récréative* qui doit être plus largement questionnée, tant les aires qu'elles recouvrent ne se superposent pas. Pour les femmes, il semble ainsi que la sexualité *récréative* soit encore en partie une illusion, tant l'impératif de sexualité *protégée* (de la grossesse, des maladies et des agressions) obstrue, voire stigmatise, le plaisir féminin.

Or, cette stigmatisation implicite, intériorisée par les premières concernées, a des effets très réels sur la sexualité post-avortement, tant la peur de la grossesse réintroduit une angoisse ancienne (voir 8.2). *Y'a qu'à pas baisser*, telle peut alors devenir la conclusion des avortées elles-mêmes, qui peuvent regretter le rapport sexuel à l'origine de la grossesse : « Le jour où j'ai pris le deuxième comprimé, qui me faisait extrêmement mal, je me suis dit, mais pourquoi, pourquoi j'ai fait ça ! [...] C'est pas ces quinze minutes qui valaient ça en fait ! [rire] » s'exclame par exemple Cynthia (17 ans, lycéenne, IVG à 17 ans en 2017). La promesse de *jouir sans entrave*, pour les femmes, a donc fait long feu et cette désillusion est particulièrement visible chez celles qui avortent.

Ce résultat interroge, au fond, les injonctions contemporaines à la sexualité conjugale épanouie, puisque cette sexualité coïtale évidente-mais-implicite continue de véhiculer l'idée que l'harmonie voire l'amour dans un couple se mesure à l'aune des rapports sexuels pénétratifs, alors même qu'elle pourrait s'entretenir par un ensemble d'autres pratiques partagées, sexuelles ou non – comme l'écrit Tal Madesta, il pourrait aussi s'agir d'« aller au cinéma, lire aux terrasses des cafés, dessiner des paysages, faire à manger à nos ami·es, photographier nos amours, nous prélasser au soleil, en paix, en attendant la *vraie* révolution sexuelle » (2022, p. 135). En dernière analyse, c'est donc bien l'implicite des rapports pénétratifs comme ciment du couple qu'il revient de questionner, tant il est le terreau sur lequel s'épanouissent des violences d'intensité variable – du sabotage contraceptif aux rapports imposés. En l'état actuel des rapports de genre, la stigmatisation *sotto voce* de la sexualité des

avortées fonctionne en fait comme un paravent qui masque le contrat sexuel contemporain latent et empêche une mise en questionnement de la sexualité des hommes hétérosexuels. C'est la raison pour laquelle ceux-là ne sont pas accusés d'être des salauds, des gigolos ou des engrosseurs – les mots pour stigmatiser la sexualité masculine étant eux-mêmes manquants³⁶, alors qu'ils abondent pour les femmes.

Reste que, pour comprendre cette stigmatisation sexuelle limitée des avortées, y compris pour celles qui s'éloignent de la norme conjugale, il faut se pencher sur la réalité des normes procréatives contemporaines et montrer comment l'idéal de parentalité (et notamment la naissance programmée, au sein d'un couple stable) produit, dans le cas d'une grossesse non prévue, son propre lot d'injonctions contradictoires.

³⁶ Pour une enquête récente sur le rapport des hommes blancs de classe moyenne et supérieur à leur propre sexualité, voir le travail de Florian Vörös (2020) sur le rapport à la pornographie – et, à travers elle, aux définitions du masculin et de la virilité.

Chapitre 6. Égoïste ? Stigmatiser le refus de maternité... ou les maternités déviantes

[Avec la conseillère conjugale et familiale], ça a été très rapide. Elle m'a dit « Ah mais vous avez pas d'enfants, vous êtes plus toute jeune non plus, vous vous rendez bien compte, en gros, que c'est peut-être la chance de votre vie ? » Et en fait, j'ai répondu « Ben là je suis en formation, je suis appelée à devenir humanitaire, alors on va dire qu'avec un gamin, c'est sûrement pas le plus simple. Le père, c'est un ex-drogué donc ça fait pas rêver... Et en plus, je vis actuellement en HLM et je vais me faire virer à la fin de l'année, j'ai pas un kopek. » J'étais en coloc et à ce stade, je savais même pas où on allait vivre ! Donc je lui ai dit non, c'est plutôt l'inverse ! C'est plutôt : comment je pourrais avoir un pire contexte pour mettre un gamin au monde en fait ! Et je lui ai dit que moi des gamins j'en voulais, et j'en aurais fait, mais à condition que ça soit les gamins les plus heureux du monde ! Je fais pas un gamin pour être sûre que ce soit, voilà, un pauvre gars paumé de la société. Et tout de suite elle m'a dit « Oui, effectivement, ok ».

Élane (38 ans, chargée de mission dans une association humanitaire, IVG à 34 ans en 2015)

Quand je rencontre Élane en 2019, elle n'a pas d'enfant et ne compte pas en avoir. Militante écologiste très investie, reconvertie dans l'humanitaire, elle estime « avoir fait une croix sur les enfants » des années plus tôt, à 26 ans, en se séparant de celui qu'elle considérait comme le « père de [ses] enfants » avec qui elle était depuis ses 20 ans. Au couple stable et à la vie de famille, Élane a préféré son intense activité militante et des relations sexuelles ponctuelles. Quand elle avorte à 34 ans, après une relation avec un « amant régulier » qui « ne s'est pas retiré », elle n'éprouve ni dilemme ni « difficultés psychologiques », contrairement à ce qu'elle craignait. Son récit de l'échange avec la conseillère, sur le lieu de prise en charge de son IVG, met en évidence les injonctions contradictoires auxquelles les femmes sont soumises en matière de procréation, et la façon dont les professionnelles de l'IVG peuvent se faire les promotrices de la maternité (« la chance de votre vie¹ »), sous conditions. Il semble ainsi évident aux deux interlocutrices qu'Élane ne souscrit à aucune dimension de la norme procréative contemporaine, qui détermine les « bonnes conditions » – professionnelles, matérielles, conjugales – pour avoir un enfant (Bajos et Ferrand, 2006a). Élane, d'ailleurs, ne rechigne pas à mettre en scène ses écarts à la norme (« le père, c'est un ex-drogué ») pour se faire plus convaincante. La figure de la « mauvaise mère » (Abrams, 2015 ; Cardi, 2007), qui fabriquerait des enfants socialement

¹ Il est probable que ce ne soient pas les termes exacts employés par la conseillère conjugale et familiale – il s'agit d'un discours rapporté, qui plus est à 4 ans de distance. Mais quels que soient les termes employés, probablement plus nuancés, l'essentiel est ce qu'Élane en a perçu : une forme d'avertissement devant le fait qu'il lui restait peu de temps pour être mère, qu'elle n'en aurait peut-être plus jamais l'opportunité et que cela, au fond, serait dommage – dit autrement, un discours sous-tendu par la prénotion que toutes les femmes souhaitent être mères et se réjouissent à l'idée de le devenir.

inadaptées, est très vite mobilisée comme repoussoir consensuel. À bien y regarder, cet échange met en fait en balance deux sortes de stigmatisations opposées : l'une liée à l'avortement, l'autre aux situations qui dérogent trop à un idéal de maternité. C'est cette tension que je voudrais explorer dans ce chapitre, en montrant comment la figure stéréotypée de la femme « égoïste » – qui refuserait, pour son « confort »² personnel, de se soumettre à une maternité à laquelle son sexe la destinerait – le dispute à toutes les déclinaisons stigmatisées de la « mauvaise mère ».

Les premiers travaux anglophones qui conceptualisaient la stigmatisation de l'avortement faisaient du refus de maternité le motif central de l'*abortion stigma* (Kumar, Hessini et Mitchell, 2009, p. 4). L'avortement, en tant que « violation des idéaux féminins de sexualité et de maternité » (Norris et al., 2011), serait stigmatisé parce qu'il bouscule une féminité naturalisée et constitue le refus de se dévouer à un enfant. Le reproche d'égoïsme ne date d'ailleurs pas d'aujourd'hui. En France, on le trouve déjà, à la fin du XIX^e siècle, dans les discours des militants natalistes et familialistes qui dénoncent « l'égoïsme des femmes nouvelles refusant de procréer pour leur simple confort » (Pavard, Rocheford et Zancarini-Fournel, 2012, p. 18), ou au lendemain de la Grande Guerre où « plus que jamais, les femmes sont rappelées à leur devoir de procréation, accusées, si elles s'y refusent, d'égoïsme coupable voire pathologique » (*ibid.* p. 25). L'avènement du paradigme de la maternité planifiée a cependant transformé la donne au tournant des années 1960. Désormais, les femmes ont les moyens de ne pas faire d'enfant. En avoir devient ainsi un choix à assumer, sans pour autant sacrifier ses propres aspirations – la mère au foyer constituant elle aussi un contre-modèle, celui d'une féminité archaïque et sacrificielle (Hochschild et Machung, 1989).

Avec ce « nouveau régime de la maternité » (Lefaucheur, 1992), la stigmatisation du refus de maternité ne peut être envisagée indépendamment des normes procréatives qui stigmatisent par ailleurs les maternités « déviantes ». Autrement dit, l'argument principal des travaux fondateurs de l'*abortion stigma* doit nécessairement être replacé dans le puissant système contemporain d'injonctions contradictoires faites aux femmes relativement à la (non)-procréation. Il faut ainsi envisager les « situations dans lesquelles l'avortement n'est pas

² L'expression « avortement de confort » a été répandue dans le débat public au début des années 2010 par l'extrême-droite, notamment par Marine Le Pen, candidate aux élections présidentielles au printemps 2012. Elle avait d'abord été utilisée par des médecins, pour évoquer leur malaise face à des IVG réalisées en réalité pour des raisons liées à des malformations fœtales trop minimes pour être acceptées par une commission d'IMG. Grégoire Moutel, maître de conférences à l'université Paris-Descartes, chercheur en éthique médicale et praticien hospitalier, l'avait ainsi employée en 2009 lors d'une conférence de presse. Il a lui-même convenu qu'elle était « mal choisie » pour désigner ces (très rares) situations et a condamné la récupération du terme par l'extrême droite dans un article publié dans le quotidien *le Monde* le 15 mars 2012 (Dupont, 2012). Cette idée « d'avortement de confort » ne fait pas que nier le travail contraceptif et abortif déployé par les femmes pour ne pas être mères sans le vouloir. Elle ignore aussi la rigidification de la norme procréative et désigne, par contraste, la maternité comme « inconfortable ». Le travail parental, quant à lui, n'est donc pas ignoré ni minoré. Mais il est présenté comme un devoir des femmes auquel elles ne pourraient ni ne devraient se soustraire, parce qu'elles sont femmes.

stigmatisé, ou très peu, ou moins qu'une autre situation. Par exemple, [...] l'avortement peut être moins honteux qu'une entrée en maternité inopportune³ » (Kumar, Hessini et Mitchell, 2009, p. 3). En m'appuyant sur une sociologie déjà très développée des décisions de (ne pas) enfanter (Bajos et Ferrand, 2002, 2006a ; Mazuy, 2009 ; Régnier-Loilier, 2005, 2007 ; Régnier-Loilier et Perron, 2016, etc.), je voudrais donc proposer une lecture des (premières) grossesses non-prévues comme *un arbitrage laissé aux femmes entre deux options stigmatisées* : avorter, ou avoir un enfant en rupture avec l'idéal de maternité – et/ou d'accomplissement personnel – dominant.

Je serai ainsi amenée à discuter deux notions importantes dans la sociologie des comportements procréatifs : celle de *norme procréative* (Bajos et Ferrand, 2006a) – dont il faudra montrer les recompositions à travers le choix d'avortement – et celle de *projet parental*⁴, forgée notamment par Luc Boltanski (2004), qui dissimule des rapports de pouvoir importants au sein des relations conjugales. Mon objectif est donc moins de mettre en évidence l'importance de la norme procréative – de nombreux travaux existent à ce sujet – que de montrer comment cette norme fabrique des injonctions contradictoires et, partant, des processus de stigmatisations contradictoires qui obligent les femmes confrontées à une grossesse non prévue à se positionner pour limiter les assignations à des identités stigmatisées. Comme dans les chapitres qui précèdent, ces idéaux-types doivent être compris au sein des rapports de pouvoir asymétriques contemporains qui naturalisent les rôles genrés.

Je montrerai d'abord que le modèle de maternité planifiée et désirée désigne en creux les grossesses non-prévues comme un mode moins légitime d'entrée en maternité, tout en continuant à stigmatiser la non-maternité, qu'elle soit volontaire ou pas (6.1). Je montrerai ensuite comment le report de l'âge moyen d'entrée en maternité crée une forte injonction à la priorisation des études, qui rend davantage légitime le refus de maternité des (très) jeunes femmes, par opposition à celles plus âgées et déjà insérées sur le marché du travail (6.2). Mais l'enjeu principal de la norme procréative demeure la situation conjugale : le choix de poursuivre ou non la grossesse – et la stigmatisation qui y est associée – dépend largement de la durée et des conditions de la (ou des) relations romantiques et/ou sexuelles (6.3). Enfin, les conditions matérielles et les trajectoires professionnelles jouent un rôle qui peut être déterminant, mais s'articule bien souvent à une autre dimension de la norme procréative (6.4).

³ « There are situations in which abortion stigma does not exist, is minimal or is less stigmatised than another condition. For instance, [...] abortion [can be] less shameful than a mistimed entry into motherhood. »

⁴ Le « projet parental » est caractéristique de la « cité par projet » décrite par Luc Boltanski. Il consiste à penser la venue au monde d'un enfant comme la conséquence de la construction par le couple d'une envie commune de parentalité.

6.1 « Un enfant si je veux, quand je veux ? » L'idéal de maternité en tension

L'avènement de la *maternité choisie* n'a pas tellement remis en cause le modèle de la *maternité obligatoire*. Pour s'en convaincre, il faut observer comment les recompositions contemporaines de la procréation ont renforcé les injonctions à une maternité dévouée. La non-fécondité demeure très stigmatisée : le refus de maternité est présenté comme le paroxysme de « l'égoïsme » en matière de reproduction, tandis que les difficultés à concevoir demeurent particulièrement stigmatisantes.

6.1.1 La norme de maternité planifiée et désirée

La diffusion de la norme contraceptive a permis de basculer d'un modèle de maternité subi à un modèle de maternité volontaire, survenant au « bon moment » de la trajectoire des femmes (Bajos et Ferrand, 2006a). Cela a contribué à diffuser l'idée qu'une grossesse légitime est une grossesse *intentionnelle* qui s'accompagne d'une volonté de devenir mère. Les enquêtes sur les intentions de fécondité et leur réalisation effective témoignent que l'intentionnalité de la grossesse prédit relativement bien la (non) arrivée d'un enfant : « après 36 mois (en 2008), moins de 5 % des personnes qui ne souhaitaient pas d'enfants dans les trois ans [...] ont eu un enfant » (Régnier-Loilier et Perron, 2016, p. 92). L'envie d'avoir un·e enfant et le fait de s'y sentir prêt·e est ainsi l'élément considéré comme le plus important – il est mentionné par plus de 90% des hommes et femmes enquêtés par l'INSEE en 1998 (Mazuy, 2009). Mais cette « norme de l'enfant désiré et programmé » (Régnier-Loilier et Solaz, 2010) a une contrepartie : « pendant que la norme de l'enfant programmé s'affirmait, l'échec face à la planification est devenu de plus en plus difficilement acceptable » (Régnier-Loilier et Leridon, 2007, p. 3).

Le contrôle de la fertilité a ainsi, en retour, rigidifié la « norme procréative », c'est-à-dire l'ensemble des conditions socialement valorisées pour devenir mère : le bon partenaire, le bon moment, les bonnes conditions matérielles. Tel est l'apport principal des travaux sur l'avortement volontaire menés en France au début des années 2000 à l'INED et à l'INSEE autour de Nathalie Bajos et Michèle Ferrand (2006a). Leurs enquêtes qualitatives (Bajos et Ferrand, 2002) et quantitatives ont mis en évidence ce qu'elles désignent comme le « paradoxe de l'avortement » (Bajos et al., 2014 ; Bajos, Ferrand et Moreau, 2012) : malgré la diminution des grossesses non-prévues grâce à la contraception, le nombre d'avortements reste stable. Cette stabilité s'explique par la transformation de la norme procréative, qui rend plus contraignante l'entrée en maternité. Les grossesses non-prévues, moins nombreuses, sont ainsi plus

fréquemment avortées : « alors que quatre grossesses non prévues sur dix (41 %) se terminaient par une IVG en 1975, c'est le cas de six sur dix [en 2004] (62 %) » (Bajos, Moreau, et al., 2004, p. 3). Dit autrement, l'avortement devient plus systématique dès lors que le contexte de la grossesse s'éloigne de la norme procréative.

Un enfant ne doit venir au monde que désiré, et la contraception offre aux femmes la possibilité de choisir non seulement le nombre mais aussi et surtout le moment de leur(s) maternité(s). [...] les femmes peuvent décider d'interrompre une grossesse quand cette maternité n'apparaît pas réalisable dans les meilleures conditions. (Bajos et Ferrand, 2011, p. 54)

Avec la diffusion de la norme contraceptive, « l'état "normal" est ainsi devenu celui où l'on n'est pas exposé au risque d'une grossesse non désirée. Concevoir nécessite [...] de programmer l'enfant » (Régnier-Loilier et Leridon, 2007). Les enquêtées ont intériorisé cette norme, comme en témoigne Juliette (31 ans, productrice de documentaire à mi-temps, IVG à 30 ans en 2017) lorsqu'elle revient sur le difficile processus de décision des suites de sa grossesse :

Dans ma tête [...] c'est comme si j'avais eu un réflexe d'avorter parce que je me rappelais des cours à l'école où on dit que si c'est pas prévu... vu que je n'étais pas dans un couple stable, na-na-ni, na-na-na, le premier réflexe, c'est de dire qu'il ne faut pas le garder, quelque part. Ça m'a fait bizarre de penser comme ça, d'avoir cet automatisme-là.

Férouze (42 ans, aide-soignante, IVG à 26 en 2003 et 30 ans en 2007) fait le même constat quand survient sa première grossesse, à la suite d'une rupture de préservatif avec un nouveau partenaire : « J'idéalisais un peu la vie, il fallait que ce soit voulu, que ce soit fait dans les règles de l'art. Et à ce moment-là, on n'était pas du tout dans des règles. C'était juste pas possible ». Ainsi, les femmes qui enfanteraient en dehors de cette norme « peuvent être considérablement stigmatisées pour avoir des grossesses non planifiées⁵ » (Aiken et al., 2016, p. 2). Diane (30 ans, étudiante en médecine, IVG à 30 ans en 2018) pose explicitement ce conflit normatif :

Je pense qu'en France, quand tu fais un gamin, faut être la mère parfaite et le parent parfait. Il faut avoir tout. Et si tu l'as pas, c'est ta faute, quoi ! Parce que tu aurais pu avorter quoi ! Donc si tu te mets dans cette merde, c'est ton problème.

Cette norme de maternité *planifiée* s'accompagne d'une norme de maternité *désirée*⁶ allant de pair avec l'injonction à une forte disponibilité maternelle, comme l'ont montré les différents

⁵ "women [who] conceive in nonnormative circumstances may experience considerable stigma for having unplanned pregnancies"

⁶ Cette norme a renforcé l'obligation « d'aimer son enfant » et de s'accomplir dans la maternité. Elle rend d'autant moins formulable la possibilité d'un regret de maternité – puisqu'il était toujours possible d'avorter. Les travaux de sciences sociales sur la « dépression post-partum » et le burn-out maternel montrent comment la souffrance des femmes dans les premiers temps après l'accouchement est le pendant de l'injonction à se réaliser dans la maternité désirée (Vozari, 2021). De façon plus radicale, le regret de maternité, s'il commence tout juste à pouvoir être formulé, reste très puissamment stigmatisé, comme le montrent les premiers travaux sur la question (Donath, 2017, 2019 ; Thomas, 2021).

travaux sur la maternité contemporaine (Bloch et Buisson, 1999 ; Garcia, 2011b). La plupart des femmes rencontrées au cours de mon enquête ont intériorisé l'importance de pouvoir se consacrer à un enfant éventuel. La grande majorité (85% de mon corpus environ) affirme vouloir des enfants *plus tard*, dans d'autres conditions. À l'exception de celles qui disent ne jamais vouloir d'enfant, la non-envie d'enfant à *ce moment-là du cycle de vie* est rarement mobilisée comme motif de l'IVG, et jamais de façon exclusive, comme le remarque Marlène (20 ans, serveuse, IVG à 20 ans en 2018) : « C'est marrant, j'ai toujours le besoin de me justifier... "Ouais, mais j'ai pas d'argent, je peux pas m'en occuper, je suis en colocation ça va pas le faire..." Alors que je peux juste dire "je veux pas d'enfant", tout simplement ». Elle peut le dire, mais elle ne le dit pas. Le refus de maternité à ce stade de la vie cède ainsi très souvent le pas à un ensemble d'autres raisons, qui tiennent à l'âge, au couple et aux relations matérielles, comme si les femmes rechignaient à mettre en avant, en entretien, la question de leur volonté propre.

Rares sont les enquêtées qui, comme Hélène (28 ans, étudiante sage-femme, IVG à 22 ans en 2011), affirment explicitement un manque d'envie à cette époque de leur vie, quand les conditions semblent par ailleurs plutôt favorables :

J'avais 23 ans, j'étais en couple avec un copain, on venait d'emménager ensemble trois mois avant donc je... Moi je travaillais à ce moment-là, ça faisait en gros un an que j'étais diplômée, j'avais mon master de traduction, je m'étais mise à mon compte, ça marchait bien, donc en fait... En fait bah tu sais, ça aurait dû être du "pourquoi pas ?", et sauf que... sauf qu'en fait euh... bah on en avait déjà parlé avec Etienne, c'était clairement pas le moment. Lui il se rembarquait dans des études et puis indépendamment de ça, moi j'avais pas envie d'enfants à ce moment-là, donc en fait j'ai pas eu l'impression de devoir réfléchir [...]. Ca a pas été une grosse grosse réflexion, une grosse prise de décision [...] pour moi c'était évident, c'était dans les 5 minutes qui ont suivi, c'était bon, qui est-ce que j'appelle, qu'est-ce que je vais faire, parce que clairement non, j'en voulais pas quoi.

Au contraire d'Hélène, la plupart des avortées mettent davantage en avant leur envie de faire des enfants – et de bien les faire – en montrant la façon dont le contexte de l'IVG y était défavorable. Inès (27 ans, ingénieure, IVG à 20 ans en 2010 et 26 ans en 2016) – comme beaucoup d'autres – le dit très clairement :

Ça faisait un mois qu'on était ensemble. Mais un mois, ça veut pas dire que tu vas te séparer après ! Là ça va ça fait 6 mois, on est bien, on va emménager ensemble et en plus on veut des enfants, on a envie d'en avoir plus tard, mais pas maintenant. T'en veux, j'en veux, on en reparle dans quelques années quand on quand on est posé ; c'est vachement plus sain quand même... Entendre que celles qui font des IVG, c'est celles qui veulent pas d'enfants, qu'elles veulent pas fonder une famille, bullshit ! C'est du bullshit, des conceptions erronées.

Dans l'interaction avec la sociologue, mais aussi pour elles-mêmes, les femmes valorisent ainsi les arguments qui paraissent les plus légitimes, c'est-à-dire les plus éloignés d'un choix

strictement individuel. La possibilité d'être accusée « d'égoïsme » tient ainsi à distance les raisons d'avorter liées à la priorisation de l'épanouissement personnel – à moins qu'elles ne les rendent difficilement pensables ou formulables. Pour s'en convaincre, il faut considérer, par contraste, la forte stigmatisation à laquelle s'exposent les femmes qui affirment ne pas vouloir d'enfant.

6.1.2 La forte stigmatisation du refus volontaire de maternité

Malgré l'augmentation des revendications pour normaliser la non-maternité depuis une dizaine d'années, ne pas être mère et surtout, l'avoir choisi, demeure une déviance pour les femmes, qu'elles soient en couple ou non⁷. Le refus volontaire d'enfanter – ou *a minima* son expression – apparaît comme un fait social nouveau. Jusqu'au début du XXI^e siècle, la non-fécondité constatée n'était généralement pas volontaire (Toulemon, 1995) et elle concernait surtout les femmes les plus diplômées et les hommes les moins diplômés (Robert-Bobée, 2006). Désormais, le refus explicite d'avoir un enfant s'affirme, en même temps que la non-maternité devient plus fréquente (Beaujouan et al., 2017). Ce phénomène fait l'objet de plusieurs travaux récents, comme ceux de Charlotte Debest (2013, 2014 ; Debest, Mazuy et Fecond, 2014) sur les « sans-enfant volontaires » ou d'Anne Gotman sur la « volonté de ne pas engendrer » (Gotman, 2017). Un numéro de *Travail, genre et société* a été consacré à cette question (Gotman et Lemarchant, 2017). La plupart des travaux sur la question parviennent à une conclusion unanime : le refus de souscrire à « l'injonction reproductive » et au « devoir d'enfant » (Tain, 2009) constituent une *déviance*. Gaëlle (46 ans, dessinatrice, IVG à 46 ans en 2018) en témoigne, tout en refusant d'endosser le stigmate : « Cette amie avec qui je discutais, elle me disait qu'elle en avait pas [d'enfant] et que ça posait problème, qu'elle se sentait mal à l'aise au moment de le dire et tout. Qu'elle sentait vraiment une gêne. Et moi c'est marrant parce que c'est un truc ... Ça, je m'en fous en fait. Du regard des autres ».

Cette stigmatisation est encore plus manifeste lorsque les personnes sans enfant recourent à la stérilisation volontaire comme contraception définitive (Tillich, 2020). Les médecins sont bien souvent réticents à stériliser les personnes sans enfant (Hintz et Brown, 2019), en particulier en France où la contraception définitive est très minoritaire (Giarni et Leridon, 2000 ; Leridon, Bajos et Oustry, 2002). Dans mon corpus, Charlie (24 ans, étudiante en sciences sociales, IVG à 21 ans en 2015) a par exemple la certitude de ne pas vouloir d'enfant. Mais

⁷ L'enquête de C. Debest montre ainsi qu'y compris au sein des couples établis, le refus de parentalité des hommes est imputé aux conjointes : « les femmes sont tenues responsables de la non-paternité [...] les pressions explicites envers les femmes réaffirment que vouloir ou ne pas vouloir d'enfant est une affaire de femmes, sous leur responsabilité et potentiellement sous leur culpabilité » (Debest, 2019, §43-44).

l'anticipation d'une potentielle stigmatisation l'a découragée de se rendre au rendez-vous pris quelques temps plus tôt pour une demande de stérilisation définitive :

Je crois que c'était quand même un mélange de quand même peur du jugement, peur de devoir justifier mon choix, peur de devoir argumenter sur un truc, et puis peur qu'on fasse des choses qui font mal quoi dans mon corps tout simplement. Un mélange de ça... au moment où le rendez-vous approchait j'avais plus la détermination de dire « bon, c'est pas grave, j'y vais quand même ».

Les travaux sur la stérilisation des personnes volontairement sans enfant attestent ainsi que le reproche « d'égoïsme » est une accusation récurrente⁸. Charlotte Debest l'avait déjà noté : « Ce que l'on renvoie en premier aux SEnVol⁹ est l'égoïsme. Ce sont les SEnVol qui utilisent ce terme spontanément » (Debest, 2019, §111).

Ces réticences s'inscrivent dans l'ordre de genre dominant qui assigne les femmes à la maternité : les travaux des féministes matérialistes ont largement montré comment, de même que la lesbienne questionne radicalement l'hétéropatriarcat (Wittig, [1978] 2018), la femme qui refuse la maternité questionne l'ordre de genre. Les raisons du refus volontaire de maternité sont déjà explorées dans les enquêtes qualitatives et quantitatives : outre le fait d'être « bien sans enfant », sont mis en avant les priorités alternatives et le désir de « rester libre » (Debest, Mazuy et Fecond, 2014). Le « choix d'une vie sans enfant » repose ainsi sur la revendication d'une autonomie du sujet et le refus du travail parental (Debest, 2014). C'est cette priorisation de soi qui prête le dos au reproche d'égoïsme fait aux femmes qui refusent, ponctuellement ou définitivement, la maternité. Avant d'aller plus loin dans cette analyse, je voudrais suggérer deux pistes de recherche, à ma connaissance inexplorées, qui me paraissent intéressantes dans l'étude du refus d'enfanter.

Des refus de maternité liés aux violences intra-familiales structurelles ?

Les enquêtées qui refusent en totalité la maternité ne se contentent pas de décrire la charge qu'elle représente pour les femmes, de revendiquer leur propre autonomie ou d'agiter le spectre de la surpopulation. Elles témoignent également d'expériences familiales *violentes* qu'elles ne

⁸ Dans le cadre de mon poste d'ATER dans la mention en Etudes sur le genre à l'Université Lyon 2 Lumière en 2021 – 2022, j'ai coordonné un séminaire d'initiation à l'enquête collective en M1 de 64h. J'ai proposé aux étudiantes, sur le sujet de leur choix, de s'emparer de la problématique de ma thèse – comment la stigmatisation reconduit et découle des logiques d'oppression de genre. L'un des groupes a mené une enquête sur l'expérience de la stigmatisation des femmes sans enfant choisissant la stérilisation définitive : elles aussi ont trouvé que le reproche d'égoïsme est central dans la stigmatisation de ce choix – voir les résultats de leur enquête sur le blog de recherche publié ensemble, à l'adresse suivante : <https://stigenre.hypotheses.org/431>.

⁹ C. Debest désigne par là les personnes « Sans Enfant Volontaires ».

souhaitent pas reproduire. Étant enfant, certaines, comme Gaëlle (46 ans, dessinatrice, IVG à 46 ans en 2018), ont expérimenté le fait d'être le fruit d'une grossesse non-désirée :

J'ai une mère qui a souffert d'une relation avec un homme très macho, mon père, qui a eu quatre enfants, qui avait des problèmes de santé en plus, qui était dépressive, en plus... souvent elle a pas été là. Elle était très colérique et on sentait en tant qu'enfant qu'on était un poids pour elle. [...] J'ai tellement vu ma mère vivre ça comme un poids, et nous le faire porter. [...] [Avec ma sœur jumelle] on n'était pas désirées, je le sais parce qu'elle me l'a dit, un jour. [...] Ma sœur et moi on est parties très tôt de chez elle parce qu'elle nous criait dessus tout le temps. Elle était complètement hystérique. [...] Et tu vois, j'ai vraiment l'impression qu'elle a été emprisonnée là-dedans, dans ce rôle.

Gaëlle développe longuement durant l'entretien ce qu'elle nomme « son histoire familiale très compliquée » et conclut en précisant : « du coup, pour moi, la famille, c'était quelque chose à éviter complètement. C'était quelle-hor-reur-la-famille, quoi [en détachant les syllabes]. J'en veux pas, je veux pas en avoir ». Dans le cas de Gaëlle, son refus d'être mère s'appuie sur son expérience intime d'être issue d'une maternité non voulue, qui s'est traduite par un manque de soin et des maltraitements. Pour cela, elle ne veut pas, elle-même, s'enfermer dans une obligation de procréer. Parfois, c'est aussi le refus d'exposer son enfant à des violences que l'on a soi-même vécues qui joue, comme finit par me le confier Lucia (34 ans, employée dans la restauration, IVG à 25, 27, 29 et 31 ans) – après avoir évoqué des raisons liées à « l'état de santé de la société¹⁰ » :

En fait moi j'ai eu une mère violente. Et y'avait cette espèce... et donc j'ai jamais voulu qu'un enfant, que mon enfant, puisse aller dans les bras de ma mère. Parce que si moi j'ai un enfant... et si, à moi, il m'arrive quelque chose... mon enfant va être... avec ma mère ! [...] ça m'a toujours, au début, ça m'a toujours enlevé le désir d'avoir un enfant. Okay... ?

Charlotte Debest mentionne brièvement un enjeu relatif à « la violence de toute éducation au sein de la famille » (Debest, 2019b, §55), comme raison de ne pas enfanter, en l'intégrant dans le refus d'une plus large « responsabilité protectrice » assignée aux parents. Mais elle ne s'empare pas frontalement de la question ; le risque d'une psychologisation de l'analyse, manifeste, y est probablement pour quelque chose. Toutefois, à l'heure où le caractère structurel et systémique des violences intra-familiales commence à faire l'objet d'études plus approfondies – qu'il s'agisse de violences sexuelles, physiques et/ou psychiques (Dussy, 2013a ; Piterbraut-Merx, 2019, 2020) – il y a un enjeu pour les sciences sociales à politiser la question du lien entre refus d'enfanter et expérience de la domination au sein de la famille durant l'enfance.

¹⁰ J'ai analysé ce revirement du discours dans l'article méthodologique publié avec Justine Vincent et Mélodie Gauglin dans la rubrique Savoir-Faire de Genèses. Voir (Thizy, Gauglin et Vincent, 2021, p. 127-128).

Dans cette perspective, le refus d'enfanter ne serait pas envisagé comme la conséquence pathologique et stigmatisante d'un traumatisme fondateur. Il pourrait être pensé comme une contestation des rapports de force intrafamiliaux par le boycott et comme une émancipation en acte. Le renouveau de la sociologie de la famille, et plus largement de la vie privée, invite ainsi à analyser comment la « famille produit et entretient, voire accentue, des inégalités de classe et de genre » (Déchaux et Le Pape, 2021, p. 107). Cette piste mériterait d'être approfondie de façon aussi bien quantitative que qualitative, pour déconstruire davantage encore la stigmatisation liée au refus de maternité.

Des refus de maternités moins stigmatisés quand les frères et sœurs ont déjà des enfants ?

Un autre enjeu pour la sociologie du refus de maternité me semble d'analyser les décisions procréatives au sein des familles de façon élargie, en tenant compte de la façon dont la pression familiale les configure. Le choix de l'interruption de grossesse peut en effet se trouver alourdi lorsque les projections des parents dans la grand-parentalité sont très fortes. Laurianne (27 ans, assistante sociale, IVG à 27 ans en 2018) et son compagnon ont par exemple fait le choix de ne pas parler de la grossesse à leurs parents respectifs :

J'avais pas envie d'en parler à mes parents ou d'en parler même aux beaux-parents parce que je savais qu'ils allaient nous orienter en nous disant... Eux, de toutes façons, ils ont envie d'être grands-parents... [...] Et puis on arrive dans des âges où tout le monde nous demande à chaque fois, nous questionne, et pas que les parents, les amis, la famille... Tout le monde nous dit : « et vous, quand est-ce que... Faudra penser à faire un petit... Quand est-ce que vous vous y mettez » ? C'est tout le temps ! Le papa de mon copain, c'est... pas à tous les repas de famille, mais souvent il revient là-dessus, parce qu'il a envie et puis mes parents, c'est pareil.

De nombreuses enquêtées mentionnent aussi les attentes implicites ou explicites de leurs parents qui souhaitent des petits enfants. Or, cette pression est plus fréquemment mentionnée par des enquêtées qui ne peuvent pas compter sur leur(s) frère(s) et/ou sœur(s) pour satisfaire les attentes (grand)parentales. C'est très clair dans le cas de Carole (38 ans, avocate, IVG à 27 ans en 2007 et 36 ans en 2016), qui sent cette pression s'accroître après son premier avortement :

Je me sentais fautive aussi. [...]. Ma sœur a 3 ans de plus que moi, mon frère trois ans de moins, et ils étaient pas en couple, et du coup j'étais la seule porteuse d'espoir pour avoir des petits-enfants. Et je pense que j'avais une pression d'avoir avorté, déjà, une première fois... Je pense que je me sentais coupable de pas arriver à porter ça dans ma famille. Il y avait quand même un poids, sans qu'il y en ait un quand même. C'est des petites réflexions, du genre « bah alors qu'est-ce que vous faites, ça fait quand même dix ans que vous êtes ensemble comme ça... vous êtes plus tout jeunes... ». Je pense qu'ils devaient pas comprendre non plus ce qu'il se passait.

À l'inverse, les personnes enquêtées certaines de ne pas vouloir d'enfant, ou en questionnement à ce sujet, ont presque toutes un frère et/ou une sœur déjà parent, ou des parents

exprimant des attentes plus fortes envers un·e autre de leurs enfants. La mère de Mélanie (26 ans, étudiante en sciences sociales, IVG à 21 ans en 2013), par exemple, la juge trop « irresponsable » pour avoir un enfant et « [lui] fait tout le temps des réflexions » en lui disant qu'elle « pourrait plus compter sur [sa petite] sœur pour ça ! ». Les parents d'Elisabeth (25 ans, service civique dans une association culturelle, deux IVG à 21 ans en 2014 et une à 25 ans en 2018) ont le même genre d'attentes, à la différence qu'elles portent sur leur fille aînée et non sur leur cadette :

Ils ont bien vu que moi j'étais un peu trop sauvage... Mais c'est marrant parce que, j'ai l'impression que du coup, la pression, elle est reportée sur ma sœur... [...] Ils comptent pas sur moi pour avoir un enfant, en tout cas, pour être la première à donner un petit-enfant !

Elisabeth me décrit d'ailleurs, mi- amusée, mi- horrifiée, les stratagèmes de sa mère pour faire rencontrer des garçons à son aînée fraîchement séparée (incitation à s'inscrire sur des sites de rencontre, à aller à des soirées privées lors de vacances à l'étranger...). Si elle trouve « ridicule » cette attitude de sa mère et plaint sa sœur, cette volonté d'être grand-mère lui saute aux yeux, sans pour autant l'affecter personnellement.

Il semble ainsi qu'au sein d'une fratrie, le travail procréatif peut être réparti ou délégué, tant que la transmission intergénérationnelle n'est pas interrompue. L'enjeu est d'éviter de laisser ses parents sans la certitude de leur descendance. Charlotte Debest évoque cette inquiétude chez les mères de sans-enfant volontaires : « ces mères sont à la fois inquiètes de ne pas connaître l'expérience de la grand-maternité et soucieuses que la lignée familiale soit rompue » (2019, §49).

Ce résultat de mon enquête mériterait d'être questionné à plus grande échelle : dans quelle mesure les choix d'enfanter au sein des fratries sont-ils corrélés entre eux, le travail procréatif des un·es étant susceptible d'autoriser le non-travail des autres ? Dit autrement, est-ce que le fait d'avoir déjà un·e ou des neveux/nièces a une influence sur la décision de ne pas procréer ? Les raisons peuvent ne pas se limiter à l'enjeu de garantir des petits-enfants à ses propres parents. Il est aussi envisageable que la possibilité d'investir un rôle d'oncle ou de tante auprès d'un enfant constitue une alternative voire un substitut à la parentalité. C'est ce que suggère Charlotte Debest à propos de l'investissement des personnes sans enfants volontaires auprès des enfants de leur frère et/ou sœur :

La plupart des enquêté.e.s souhaitent construire des liens privilégiés avec leurs neveux ou leurs nièces, en acceptant l'honneur et/ou la responsabilité d'être le parrain ou la marraine, en gardant régulièrement les enfants de leurs propres neveux et nièces ou encore en proposant de les amener sans les parents en vacances sur plusieurs jours (2019, §125).

Avoir des neveux ou nièces rend par ailleurs très visible le travail que demande la parentalité et peut décourager de s'y engager soi-même. C'est ce que suggère une remarque de Charlie (24

ans, étudiante en sciences sociales, IVG à 21 ans en 2015), qui a vécu quelques temps chez sa sœur aînée, mère de trois enfants, et ne souhaite pas pour sa part faire l'expérience de la parentalité :

Laurine : Et tu as été beaucoup là du coup quand [ton neveu] était enfant ? parce que si tu vivais chez [ta sœur]...

Charlie : Oui. Oui je pense que c'est un peu ça aussi qui a fait que... enfin j'ai eu cet exemple. Cet exemple de vie familiale, de ce que c'est le soin d'un enfant, la responsabilité et la charge que c'est, la charge de fou ! Et même si j'adore mes neveux et nièces, je les adore hein !, mais une semaine en vacances quoi. Et [ma sœur], elle a conscience de ça, et je crois qu'elle s'en veut un peu.

Laurine : Vous en parlez ? Du fait que toi tu veux pas d'enfants ?

Charlie : Ah oui, ouais ouais, hyper souvent ! Et je pense que elle garde un peu un truc de culpabilité de... « Ma sœur veut pas d'enfant parce que je l'ai dégoûtée avec les miens », comme si... Et puis non je lui dis que non c'est pas ça. C'est juste un choix de vie. Elle m'a longtemps un peu tenu le discours de « Mais tu vas changer d'avis, t'es jeune », mais là je crois que c'est bon, elle a un peu lâché l'affaire.

Si Charlie récuse fermement « avoir été dégoûtée », il n'en demeure pas moins qu'avoir observé de très près le travail parental de sa sœur auprès de ses enfants constitue un argument en faveur de son refus d'en avoir elle-même. De même, Gaëlle (46 ans, dessinatrice, IVG à 46 ans en 2018) constate qu'elle « n'envie pas du tout » sa sœur aînée, qui a « quatre enfants avec deux partenaires différents et surtout des histoires compliquées ». De plus amples travaux autour de ces questions pourraient confirmer ou infirmer l'hypothèse de choix procréatifs qui varient les uns par rapport aux autres au sein des fratries, relativement ou non aux attentes parentales. Un tel questionnement pourrait prendre place dans une sociologie de la relation entre oncles/tantes et neveux/nièces, sociologie qui à ma connaissance reste toute entière à penser, tandis que celle des relations entre petits-enfants et grands-parents ou entre frères et sœurs demeure encore peu explorée (Déchaux, 2007 ; Hummel, 2019).

*

Laurence Charton, en étudiant les stérilisations définitives dans les couples parentaux (Charton, 2014), a déjà montré comment un comportement hors norme (la stérilisation volontaire) peut en fait contribuer à renforcer la norme familiale dominante (deux enfants, ayant de faible écart d'âge, issus du même couple). Selon la même logique, le refus volontaire de parentalité renforce en creux la norme de disponibilité à l'enfant. Ainsi « l'égoïsme attribué à ceux et celles qui n'ont pas [d'enfant] peut être envisagé comme l'envers du renoncement de ceux et celles qui en ont » (Debest, 2019, §131). Ce qui est stigmatisé, au fond, est le refus de s'astreindre au travail parental – ce qui met en lumière, par contraste, les exigences procréatives contemporaines.

6.1.3 La stigmatisation de l'infertilité

L'absence d'enfant n'est pas seulement stigmatisée quand elle est choisie : elle l'est également – quoiqu'avec davantage de compassion – quand elle est subie. Les enquêtes sur les difficultés à procréer montrent ainsi combien les problèmes de fertilité sont stigmatisants, en particulier pour les femmes (Rozée et Mazuy, 2012) qui sont jugées responsables de la procréation. Or, cette stigmatisation de l'infertilité contribue par contraste à accentuer la stigmatisation du refus de grossesse, même provisoire.

Être fertile, un privilège à honorer ?

Au cours de mon enquête, la figure stigmatisée de la femme « qui ne peut pas avoir d'enfant » est parfois mobilisée par les professionnelles de santé et tendue en miroir aux avortantes¹¹. Une telle culpabilisation de l'avortement, qui présente la grossesse comme une chance qu'il est malvenu de refuser, est largement intériorisée par les femmes – en entretien, il n'est pas rare qu'elles aient une pensée pour « celles qui ne peuvent pas ». Au CIVG2, une femme déjà mère de deux enfants, qui choisit d'avorter de sa troisième grossesse parce qu'elle ne veut pas revivre de complications de grossesse, parle par exemple longuement de son sentiment de culpabilité : « Ma meilleure amie, qui est aussi ma nounou, elle arrive pas à avoir d'enfant, je culpabilise, elle s'occupe de mes enfants. Et eux ils arrivent pas à en avoir depuis un an alors que lui a déjà un enfant d'un autre couple, c'est injuste » [CIVG2, juin 2019].

En entretien, les références aux femmes « moins chanceuses », « en galère », « qui y arrivent pas » sont fréquentes. Être enceinte, et plus généralement être fertile, est implicitement envisagé comme un *privilège*, une chance à honorer, d'autant que la fertilité semble précaire. Cela est particulièrement vif dans les inquiétudes sur la possibilité d'avoir un enfant plus tard si l'on avorte aujourd'hui, comme l'exprime Valentine (28 ans, relectrice, IVG à 17 ans en 2009) : « Après l'avortement [...] je me suis dit merde, si ça se trouve c'est la seule fois de ma vie où je vais pouvoir avoir un enfant, est-ce que je vais pas le regretter un jour ? » ou encore Cindy (30 ans, infirmière, IVG à 15 ans en 2003) : « plus j'arrivais au moment si tu veux, fatidique, plus je me disais... est-ce que c'est... est-ce que... est-ce que je fais pas une erreur ? Au sens où, peut-être, je sais pas, peut-être que je pourrai pas ravoire des enfants... ».

La préservation du potentiel génésique reste ainsi centrale dans l'encadrement médical du corps féminin. La stigmatisation du refus de maternité – et son revers, l'incitation à la maternité

¹¹ À l'origine de cette thèse, il y a d'ailleurs – entre autres – cette accusation formulée par une infirmière à une amie à moi, alors que, allongée nue dans sa blouse en papier sur un lit d'hôpital, elle attendait d'accéder au bloc pour une IVG par aspiration : « surtout ne pensez pas à celles qui ne peuvent pas avoir d'enfant », lui avait-on dit avec sarcasme, à l'époque – elle avait 18 ans.

– ne sont pas rares dans les prises en charge médicale. Le médecin de Laurie (25 ans, informaticienne, IVG à 21 ans en 2015) lui suggère par exemple, après dix ans de pilule, d’arrêter ce moyen de contraception si elle veut un enfant un jour, comme si la prise de pilule sur le long terme menaçait sa fertilité – alors que les études médicales prouvent que non (Barnhart et Schreiber, 2009). Le manque de formation d’une majorité des médecins à la contraception (Gelly, 2006) pousse ainsi à appuyer les jugements non plus sur une *expertise scientifique* mais sur des *représentations profanes* : ce que le médecin de Laurie exprime, ce sont en fait ses propres normes de genre voulant qu’une femme soit faite pour enfanter (Roux, Ventola et Bajos, 2017). Le nouveau gynécologue de Céline (34 ans, commerciale, IVG à 32 ans en 2015), qui ignore qu’elle a avorté quelques temps plus tôt, s’autorise un commentaire sur son utérus à l’occasion d’une conisation (intervention chirurgicale pour enlever une partie du col de l’utérus) pour traiter un papilloma virus dont elle était atteinte :

Il m'a dit vous avez un très bel utérus [rire], ça m'a fait rigoler, parce que du coup, je lui dis ça veut dire quoi, « très beau » ? Il me dit « ah mais... encore plus rond que...parce qu'avec l'opération ils ont dû vous... ». Enfin je sais pas pourquoi il me dit ça hein, mais « il est encore plus beau, plus rond qu'au naturel et donc encore plus fertile » quoi. Et donc moi [elle imite une scène hypothétique] : « ben oui en effet je m'en suis rendu compte ». « D'accord... » [rire].

Les médecins se placent fréquemment en protecteurs du potentiel génésique des femmes : « interrogées sur leur vision médicale de la vie des femmes, les gynécologues placent toutes l’aptitude à la procréation au cœur de leurs préoccupations » constatait déjà Lucile Ruault lorsqu’elle enquêtait dans un service de gynécologie médicale (2015, p. 41). Cette préoccupation paternaliste traverse l’histoire de la santé sexuelle et reproductive : la focalisation sur la fertilité des femmes s’accompagne de l’occultation de leur sexualité et de la fertilité des hommes (Andro et Desgrées du Loû, 2009).

Une telle socialisation professionnelle à la défense de la fertilité conduit certains médecins à orienter explicitement les décisions des personnes enceintes vers la poursuite de grossesse. La première fois que Carole (38 ans, avocate, IVG à 27 ans en 2007 et 36 ans en 2016) avorte, le seul médecin qui peut la recevoir lui tient un discours incitatif à la poursuite de grossesse, au motif qu’elle est en couple depuis plusieurs années : « il a commencé à me parler... Me dire qu’il avait quatre enfants, que c’était génial les enfants. Qu’il fallait pas faire ça. En gros, il essayait de me moraliser. Enfin, de me faire réfléchir ». De même, Margot (31 ans, psychologue, IVG à 27 ans en 2016) et son compagnon ont été incité-es à poursuivre la grossesse par le premier médecin rencontré :

C’était au moment où il y avait encore l’obligation d’avoir une trace, une semaine avant. Et le médecin, qui était, selon la copine qui me l’avait conseillé, formateur aussi, m’a quand même sorti... Déjà quand il nous a accueillis, il nous a dit : « c’est une bonne nouvelle ! », sans savoir

la suite de notre démarche, et il nous a dit : « oh, vous êtes sûrs que vous voulez ce document ? Je peux vous adresser chez un collègue gynéco », ça aurait retardé encore la démarche... Je pense que c'était... il était pas clair par rapport à ça, donc voilà. Ça, c'est les petites embuches que j'ai eues pendant la démarche.

Dans certains cas, le choix de l'IVG est assorti de commentaires qui sonnent comme des malédictions : « il faudra pas vous plaindre si ensuite vous pouvez pas avoir d'enfant ». La stigmatisation s'exprime parfois plus simplement dans les remarques de certaines professionnelles de santé enquêtées qui travaillent aussi en PMA ou dont le service voisine celui de PMA : « si tu savais combien on en voit qui arrivent et disent "j'arrive pas à avoir d'enfant" alors qu'elles ont avorté des années plus tôt, y'en a qui s'en mordent les doigts » me dit par exemple une infirmière du CIVG4 [juillet 2018]. Les attitudes stigmatisantes sont parfois manifestes y compris dans les prises en charge. Elles attestent de la persistance de l'injonction à procréer faite aux femmes et du contrôle social exercé par le corps médical.

L'IVG n'est d'ailleurs pas seulement l'occasion d'une remédicalisation de la contraception pour éviter une nouvelle IVG : elle est aussi l'occasion de prévenir d'éventuelles fausses-couches ultérieures. Au CIVG1, par exemple, la prise de sang n'avait pas pour seul but de connaître le groupe sanguin dans l'éventualité d'une transfusion en urgence en cas d'hémorragie. Elle avait aussi pour but de détecter les rhésus négatifs pour proposer une « injection d'anti-D » limitant le risque de fausse-couche en cas de grossesse ultérieure¹². J'ignore à quel point cette pratique est répandue dans les autres CIVG, mais une amie à moi de rhésus négatif et une enquêtée de mon corpus (Mélanie, 26 ans, étudiante en sciences sociales, IVG à 21 ans en 2013), ayant avorté dans des CIVG d'autres régions françaises, se sont vues administrer une telle injection. Dans l'entretien avec Mélanie, il apparaît que les raisons de cette injection sont confuses pour la première concernée :

Mélanie : Et du coup je devais faire un truc en intraveineuse en fait, enfin en intramusculaire, parce que j'ai un groupe O, et apparemment ça pouvait poser des problèmes. Et donc j'avais un machin en intramusculaire qu'une infirmière devait me faire avant.

Laurine : Mais pour une IVG médicamenteuse ?

Mélanie : Oui. Bah apparemment ça peut poser des problèmes en cas de grossesse le type O, parce qu'il y a un problème de sang entre la mère et le bébé ou je sais pas quoi.

Laurine : Tu es un rhésus négatif ?

Mélanie : Oui je suis O.

Laurine : J'ai une amie qui a eu ça aussi, elle a avorté et ils lui ont injecté un truc pour éviter qu'elle rejette une potentielle grossesse qu'elle aurait désirée. Dans le but que ton corps, si t'es

¹² Les femmes enceintes de rhésus négatif présentent un risque de fausse-couche plus élevé en cas d'embryon de rhésus positif : un phénomène d'allo-immunisation peut provoquer une réaction immunitaire du sang de la personne enceinte envers celui de l'embryon. Le but est de l'injection d'immunoglobulines anti-D est d'empêcher la formation d'anticorps susceptibles de s'attaquer aux globules rouges d'un embryon de rhésus positif, à l'origine d'une anémie du fœtus voire d'une fausse-couche.

enceinte plus tard et que tu veux garder la grossesse, qu'il le voit pas comme quelque chose d'inconnu qu'il rejette.

Mélanie : Ça paraît curieux du coup si c'est ça dans un contexte IVG, enfin je sais pas...

Cet extrait rend apparentes les limites du « consentement éclairé » : de toutes évidences, Mélanie a accepté une injection dont elle ne comprend pas exactement l'utilité, puisqu'elle peine à en expliquer la raison et reste dubitative face à l'explication que je lui propose. Si elle l'a *acceptée*, elle ne l'a donc pas vraiment *choisie*, preuve que l'optimisation de la fécondité des femmes, routinisée dans les pratiques hospitalières, se passe de leur accord franc et clair, tant l'intérêt d'éviter les fausses-couches semble évident à l'institution. Le gouvernement des corps, subtil, en passe ici par une prophylaxie en faveur de la procréation : l'IVG constitue une opportunité pour optimiser la prévention en matière de grossesse.

Être fertile comme consolation de l'IVG

La valorisation de la fertilité et de la maternité n'est pas l'apanage de médecins hommes conservateurs et paternalistes. Elle est aussi présente dans les centres d'IVG observés, quoique sous une forme très différente : pas question, dans ces lieux de prise en charge qui prônent la bienveillance – à défaut de toujours la mettre en pratique – de juger les femmes ou de condamner leurs choix. La stigmatisation de l'infertilité n'y est pas utilisée comme un argument pour stigmatiser l'IVG mais au contraire pour la déstigmatiser, en valorisant plutôt la capacité à procréer.

Les débats sur la prise en charge des grossesses non-évolutives (les « fausses-couches ») sont par exemple l'occasion d'observer les représentations à l'œuvre : faut-il garder dans un service d'orthogénie une femme qui va faire une fausse-couche ou au contraire la transférer vers le service des pathologies gynécologiques et obstétricales ? J'ai plusieurs fois assisté à des discussions entre professionnelles de santé sur la question. Au CIVG1, les médecins mettent un point d'honneur à transférer les femmes quand la grossesse est arrêtée, pour les déculpabiliser : ce n'est pas qu'elles refusent la grossesse, c'est que la grossesse n'est pas viable – le renoncement à la maternité étant postulé comme toujours douloureux, et le changement de service comme une façon d'épargner les femmes. Au contraire, au CIVG2, le maintien dans le service d'IVG est présenté comme plus confortable pour les personnes enceintes. Il évite d'en repasser par différentes auscultations plus ou moins invasives ; il favorise le lien déjà créé avec les équipes d'orthogénie ; il accélère la prise en charge. Mais surtout, il évite de mettre l'accent sur la fausse-couche et donc de créer une inquiétude autour de la fertilité pour les premières grossesses :

Après avoir examiné l'avortante, Julie, la jeune médecin, nous dit qu'elle n'arrive pas à savoir si la grossesse est évolutive ou non. Elle ajoute qu'à ses yeux, c'est dur pour une première grossesse

de faire une fausse-couche, même si on veut avorter : « l'IVG c'est dur... mais celles qui se disaient je suis fertile je pourrai avoir des enfants... ». Maryse, sa collègue conseillère conjugale et familiale, approuve : « Bah tu pars un peu sur échec quoi ». Julie précise : « On en discutait avec Florence [la sage-femme], et moi je disais c'est pareil, au final, on enlève la grossesse. Florence disait non c'est pas pareil ».

[CIVG2, septembre 2019]

Dans cet extrait, les soignantes sous-entendent qu'avorter d'une grossesse non-viable dans tous les cas (IVG ou non) serait plus compliqué qu'avorter d'une grossesse viable, parce que le pouvoir consolatoire de se savoir capable de procréer n'opère pas. Rassurer les femmes sur leur capacité à enfanter est ainsi apparu comme une constante dans les centres observés : toutes les spécialistes de l'avortement attachent une attention particulière à expliquer que l'avortement comporte très peu de risque de nuire à la possibilité d'une grossesse ultérieure : « ça n'empêche pas de retomber enceinte ensuite », « vous pourrez toujours avoir des enfants après », « ne vous inquiétez pas, il sera toujours possible d'avoir un bébé après ça » sont autant de formule répétées de façon quasi-systématique quand est décrit le déroulé de l'IVG. La preuve apportée de la fertilité est souvent présentée comme une *heureuse nouvelle* ou *a minima* une *consolation* pour les jeunes femmes sans enfant : « au moins, vous savez que c'est possible ». La fertilité est ainsi présentée comme un substitut à la maternité effective, puisqu'elle en porte la promesse.

Cet argument s'avère d'une remarquable redondance dans les entretiens avec les avortées : une grande majorité des femmes rencontrées exprime son soulagement et/ou sa satisfaction à se savoir fertile, ce qui montre combien la possibilité d'une grossesse future débouchant sur une maternité est présente dans l'esprit des personnes rencontrées : « pour le coup je suis pas stérile » (Inès, 27 ans, ingénieure, IVG à 20 ans en 2010 et 26 ans en 2016), « c'est dingue je peux être enceinte » (Hélène, 28 ans, étudiante sage-femme, IVG à 23 ans en 2011), « j'avais extrêmement peur d'être stérile, et en fait quand on a fait l'échographie elle m'a dit "Ben vous êtes très fertile de l'ovaire droit", ça m'a fait du bien d'entendre ça » (Nina, 32 ans, travailleuse sociale, IVG à 32 ans en 2017) – etc. La découverte de sa fertilité peut même être utilisée comme un argument pour adoucir l'annonce de l'IVG aux proches, comme cela a d'abord été le cas pour Férouze lors de sa toute première grossesse (42 ans, aide-soignante, IVG à 26 en 2003 et 30 ans en 2007) :

Ma maman était persuadée que j'étais stérile et que jamais j'aurai d'enfant. Donc, je suis issue d'une famille maghrébine, donc un peu compliqué à dire. [...] J'ai fait passer le truc « Bah écoute maman, je suis enceinte. La bonne nouvelle, c'est que je peux avoir des enfants. Mais la mauvaise nouvelle, c'est que je ne le garderai pas ». [...] Ce qu'elle m'a dit c'est « je suis pas heureuse que tu te fasse avorter, mais je suis très heureuse parce que je sais qu'un jour, je pourrais avoir un enfant de toi, que je serai grand mère de toi. » Voilà. [...] L'avortement ça l'a fait chier, mais savoir que peut-être j'aurai jamais d'enfant, ça la faisait encore plus chier.

La hiérarchie des stigmates est ici particulièrement visible : la stigmatisation de l'infertilité est mobilisée pour atténuer *par contraste* la stigmatisation, moins grave, de l'IVG, qui porte ici bien son nom : le processus gestationnel est seulement *interrompu*. Comme il est fonctionnel, il pourra, plus tard, être repris, pour devenir mère (et grand-mère) dans de bonnes conditions, le postulat implicite étant que les femmes, un jour ou l'autre, veulent des enfants. Parfois, cette idée que les femmes ont besoin d'être rassurées sur la fertilité est même avancée comme une raison « inconsciente » de l'avortement.

« *Tester sa fertilité* » : un mythe de l'IVG ?

Je voudrais à présent discuter l'idée selon laquelle la grossesse non-prévue serait une façon plus ou moins consciente de « tester sa fertilité ». Cette affirmation est largement relayée par les professionnelles de santé rencontrées (répétée plusieurs fois sur mes terrains hospitaliers et en entretiens). Elle apparaît également dans les premiers travaux sociologiques teintés de considérations psychologiques :

L'échec de la contraception apparaît souvent comme semi-volontaire. La contraception est parfois vécue comme une stérilité, insupportable quant à l'image de soi par rapport à laquelle la femme règle son identité. L'image de la mère intervient ici à titre de modèle ou de repoussoir. (Isambert, 1982, p. 379)

On le retrouve également dans les articles de santé publique publiés aux États-Unis, comme par exemple : « Une femme qui pense ne pas pouvoir tomber enceinte peut être ambivalente à l'égard de la grossesse parce qu'elle peut vouloir tester sa fécondité, mais en même temps ne pas désirer d'enfant¹³ » (Aiken et al., 2016, p. 3). Au renfort de cette assertion – probablement excessive – une étude menée aux États-Unis en 2009 auprès de 1800 personnes non-mariées, âgées entre 18 et 29 ans, qui suggère que presque une femme sur cinq (19%) de cette tranche d'âge pense qu'elle a de fortes chances d'être stérile (Polis et Zabin, 2012). Que la croyance en sa propre infertilité soit fréquente est une chose ; que cette croyance conduise à jouer à la loterie avec son cycle menstruel pour en avoir le cœur net en est une autre, et il semble contestable de déduire la seconde de la première. Des explications qui n'essentialisent pas le rapport des femmes à leur fertilité peuvent en effet être avancées.

En prenant d'abord très au sérieux cette assertion, un premier argument consiste à dire que dans la société contemporaine où la filiation biologique est la norme¹⁴, et toutes les autres

¹³ « a woman who believes she is not able to get pregnant may be ambivalent about pregnancy because she may want to test her fecundity, but at the same time may not actually desire a child »

¹⁴ La démocratisation des technologies d'assistance médicale à la procréation – et plus généralement les phénomènes contemporains de biologisation (Lemerle, 2016 ; Thizy et al., 2023) – ont en partie renforcé cette norme de parentalité biologique (« le sang »), aux dépens d'autres formes de parentalité fondées sur « le

formes de parentalité non-biologiques la déviance¹⁵, il n'est pas irrationnel de vouloir vérifier empiriquement aujourd'hui sa capacité à souscrire demain à cette norme¹⁶. « Tester sa fertilité », c'est s'assurer de la possibilité d'une future maternité biologique et parer par anticipation le stigmate de l'infertilité (Rozée et Mazuy, 2012). Un tel comportement est subodoré – et stigmatisé – par certaines professionnelles de santé. La réaction d'une infirmière en centre d'IVG, rencontrée lorsque je distribuais mes flyers pour recruter des enquêtées aux professionnelles de santé, est assez symptomatique :

Élodie doit avoir une trentaine d'année à peu près. Elle porte autour du cou une médaille de baptême représentant la vierge : médaillon discret, mais bien visible. Elle est mariée (elle parle de son mari), et a deux enfants dont le dernier vient de naître. Elle travaille en orthogénie depuis un an et demi, dont plusieurs mois de congé maternité pour son deuxième enfant. Mais elle estime avoir une longue expérience de l'orthogénie (« on apprend vite ici tu sais »). Elle a un discours assez véhément envers les femmes qui « tombent enceintes parce qu'elles ne prennent pas de contraception ». Elle me raconte, assez agacée, l'exemple d'une collègue infirmière de plus de trente ans dont dix sous pilule, qui « décide de l'arrêter du jour au lendemain. Et elle arrive devant nous [au CIVG] et elle nous dit "bah il fallait à un moment donné que je vois si ça fonctionne ou pas"». Élodie fait un signe de la main pour dire « n'importe quoi », elle ajoute, ironique : « genre t'es vraiment obligée de faire ça pour le savoir ». Cela lui semble parfaitement absurde, voire fautif, qui plus est de la part d'une collègue infirmière censée connaître, comprendre et maîtriser son corps.

[CIVG4, août 2018]

Stigmatiser les femmes qui veulent « vérifier si ça fonctionne », c'est pourtant oublier à quel point les femmes sont stigmatisées quand « ça ne fonctionne pas ». De ce point de vue, « tester sa fertilité » ne semble pas irrationnel. Mais le principal argument n'est pas là.

Je soutiendrai plutôt que la rhétorique de l'IVG comme « test de fertilité » est en partie un mythe qui a la vie dure et qu'il est largement façonné par la psychologisation des prises en charge et la minimisation du travail contraceptif. Pour ma part, si j'ai rencontré de nombreuses femmes ayant des doutes sur leur fertilité, une seule d'entre elle m'a dit ouvertement avoir voulu « tester sa fertilité » par ses avortements. Il s'agit de Sirine (29 ans, architecte, FC à 25 ans en 2014, IVG à 26, 27 et 28 ans), qui a vécu coup sur coup plusieurs avortements :

quotidien », pour reprendre la distinction de F. Weber entre le faire famille selon le sang, le nom ou le quotidien (2005).

¹⁵ Il suffit pour s'en convaincre de considérer tous les travaux sociologiques qui portent sur les parentalités non-biologiques, qu'il s'agisse des adoptions (Goldberg, Kinkler et Hines, 2011), de la belle-parentalité et des recompositions familiales, des familles homoparentales (Courdurières et Fine, 2014 ; Descoutures, 2010) ou des enfants de personnes trans.

¹⁶ Marie Mathieu l'évoque dans sa thèse : « Un des pans peu explorés de la norme procréative : au-delà du choix de ne pas avoir un enfant, c'est ici la possibilité d'en avoir lorsqu'elle le souhaite qui est questionnée. Si la contraception moderne permet aux femmes de planifier des périodes de non fécondabilité, elle agit comme un voile sur la fertilité des couples (Delaisi de Parseval, 1999) et suscite de nombreux questionnements sur ce potentiel leur permettant de devenir mère biologiquement » (Mathieu, 2016, p. 198).

À 25 ans, en fait, j'ai... je sais pas, j'ai eu un doute sur ma fertilité et je me suis dit bon ben ça serait bien de savoir... Enfin c'est pas que j'avais un doute, mais comme j'étais jamais tombée enceinte, je me suis dit c'est un truc qui est utile de savoir quand même, si on est fertile ou pas ! Et donc... j'ai fait un truc pas très cool. C'est que j'ai arrêté la pilule, sans le dire au mec avec qui j'étais à l'époque. Juste pour savoir en fait. Et on a eu une relation je crois pendant un an, ou peut-être six mois, et je suis pas du tout tombée enceinte. Et du coup je me suis dit merde, je dois être stérile. [...] Y'a eu vraiment une période où j'avais besoin de savoir si j'étais stérile ou pas, avec une envie inconsciente d'enfant, mais pas du tout mûre.

Ce récit rétrospectif de Sirine doit être considéré avec prudence. Il survient en effet après une longue introspection menée auprès d'un professionnel du psychisme, qu'elle se décide à consulter après ses IVG : « j'ai vu un psy, et à la base on s'est demandé pourquoi j'avais avorté tant de fois et puis bon, on a brassé plein d'autres trucs finalement, etcetera ». Le discours qu'elle me présente est ainsi en totalité médié par les conclusions auxquelles elle est parvenue avec ce thérapeute, avec qui elle a cherché à *mettre en sens* ses IVG¹⁷. Il est tout-à-fait possible qu'à l'origine, Sirine ne se soit pas formulé si clairement qu'elle arrêterait la pilule pour se savoir fertile, mais ce que soit désormais la façon dont elle raconte l'histoire, au prisme de sa reconstruction psychologique.

De même, je n'exclus pas qu'Élodie, l'infirmière dont il est question plus haut, ait pris au premier degré une remarque ironique de sa collègue, ou lui prête des propos qu'elle n'a pas tenus sous cette forme mais qui renforcent son discours contre les femmes qui refusent la contraception. Les représentations de l'avortement comme « test de fertilité » me semblent ainsi largement grossir le trait d'une inquiétude qui est par ailleurs réelle. Sous-entendre que les femmes souhaiteraient passer par toutes les contraintes du travail abortif pour s'assurer de leur fertilité, alors que la croyance sur l'impact néfaste de l'IVG sur la fertilité reste commune et que d'autres techniques existent pour l'évaluer¹⁸, me semble donc avant tout un effet de la forte psychologisation de l'IVG.

En revanche, il ne fait aucun doute que la grossesse, y compris interrompue, contribue à rassurer la majorité des femmes sans enfant sur leur potentiel procréatif et que parmi elles, plusieurs avaient de sérieux doutes sur leur capacité à concevoir. Le « sentiment d'infertilité » semble ainsi très commun (Mazuy et Rochebrochard, 2008). Comment interpréter cette croyance en sa propre infertilité – et la moindre vigilance contraceptive qui peut en découler ? Pour les professionnelles, encore une fois, l'explication – psychologique – est souvent toute trouvée : il s'agit de l'expression d'un « désir inconscient de grossesse », d'un « lapsus

¹⁷ Je ne l'ai pas questionnée plus en détail sur les méthodes de ce psychologue et sur sa formation.

¹⁸ Comme une échographie pelvienne pour évaluer sa réserve ovarienne ou un bilan hormonal.

contraceptif », d'un « acte manqué » qui révèle un enjeu autre. Bref, il est question d'une manifestation de l'ambivalence des femmes.

Contre cette psychologisation (Mathieu, Perrin et Thizy, 2023), je voudrais avancer des explications alternatives, qui ont à voir avec les contraintes du travail contraceptif d'une part, et les représentations d'une hyper-fertilité féminine d'autre part. Pourquoi les femmes se croient-elles si souvent stériles ? D'abord, parce que les quelques écarts qu'elles ont pu déjà avoir n'ont pas mené à une grossesse, comme l'exprime Christel (27 ans, travailleuse sociale, IVG à 26 ans en 2017) :

Laurine : Donc au moment où toi tu découvres la grossesse...

Cristel : Bah d'abord j'étais contente ! [elle sourit]. Non parce qu'en fait moi je me croyais stérile à force de... enfin je me protège pas non plus tout le temps, je suis pas non plus super vigilante, je prends pas la pilule, je tombe pas enceinte... [rire] donc non non j'étais contente ! mais bon je me suis dit je suis contente mais non non pas maintenant ! Non parce que ouais en 8 ans ça m'était jamais arrivé donc je me dis non quand même j'ai beaucoup de chance...

Laurine : Oui ça faisait 8 ans que tu prenais pas la pilule et que tu faisais avec le retrait ?

Cristel : Voilà, je faisais avec le retrait et y'avait déjà eu des petites... erreurs... survenues. Mais qui n'avaient abouti à rien.

Gaëlle (46 ans, dessinatrice, IVG à 46 ans en 2018) a exactement le même discours : « j'étais hyper surprise parce que moi je pensais en plus que j'étais stérile, quelque part, parce que comme je n'avais jamais eu de grossesse... [alors qu'elle n'utilisait pas de contraception médicale] ». Férouze (42 ans, aide-soignante, IVG à 26 en 2003 et 30 ans en 2007) a quant à elle eu des problèmes de santé (un taux de prolactine trop élevé) et les médecins lui ont expliqué que c'est « comme si elle était enceinte et on ne peut pas tomber enceinte quand on est enceinte ». Elle en avait conclu : « toutes ces années, pour moi, c'était je ne pouvais pas avoir d'enfant et je m'étais fait une raison ». Pour Maïssa (37 ans, designeuse, IVG à 37 ans en 2018), elle a déduit de sa faible réserve ovarienne à 35 ans qu'elle était stérile (voir 8.4.3).

Les entretiens montrent que la croyance dans son infertilité découle soit d'un diagnostic médical (plus ou moins interprété), soit d'une observation empirique : un certain nombre de rapports non-protégés, ou peu protégés, n'ont pas mené à une grossesse¹⁹. Pourquoi, dès lors, s'astreindre à des pratiques contraceptives pénibles si démonstration semble faite qu'elles ne sont pas nécessaires ? Là où le raisonnement pêche, c'est bien entendu dans l'idée – fausse – qu'au premier rapport non-protégé, la grossesse est inévitable. En réalité, en cas de rapport non-protégé pendant la période d'ovulation, le plus probable est que la grossesse n'ait pas lieu²⁰.

¹⁹ Parfois les femmes ont également fréquenté le même partenaire plusieurs années sans grossesse et en ont conclu à leur infertilité et tombent enceintes lorsqu'elles changent de partenaire.

²⁰ Une enquête menée aux Etats-Unis en 1995 montre que la probabilité d'une grossesse est d'environ 1/3 lorsque le rapport sexuel a lieu le jour de l'ovulation et 1/10 lorsque le rapport a lieu dans les 5 jours qui précèdent (Wilcox, Weinberg et Baird, 1995). Les chiffres de l'INED suggèrent quant à eux que la probabilité d'une

Mais la croyance contraire est la plus répandue, d'autant qu'elle est martelée dans les campagnes de prévention des grossesses non-prévues (« il suffit d'une fois ») et renforcée par la norme de maternité planifiée (« enceinte si je veux, quand je veux »). Dans ce contexte, conclure à son infertilité en s'appuyant sur quelques expériences qui n'ont pas démenti cette affirmation n'est pas irrationnel. Plus que cela : cet autodiagnostic devient un argument précieux pour s'émanciper des contraintes du travail contraceptif.

Ce résultat ne disqualifie pas complètement l'argument sur le besoin de « tester sa fertilité » mais il invite à le nuancer fortement. C'est d'autant plus vrai que les rares femmes qui, comme Sirine ou Diane, évoquent auprès de moi une ambiguïté dans leur rapport à la contraception et au désir de grossesse, ont beaucoup de points communs : elles ont renoncé à la grossesse en l'absence d'un couple stable et ont longuement échangé avec des conseillères conjugales et familiales sur la question, qui ont pu faire valoir le désir inconscient de « tester sa fertilité » comme un motif de l'avortement. Il ne faut pas minorer le gouvernement émotionnel qui s'opère dans les lieux de prise en charge : le discours des femmes est modelé par leurs interactions avec les professionnelles de santé, qui priorisent des explications psychologisantes et minorent les enjeux contraceptifs et l'asymétrie genrée du travail parental.

Pour résumer, dans une société où la maternité biologique est la norme et l'infertilité le stigmat, « tester sa fertilité » n'aurait rien d'absurde. Mais l'enjeu principal reste que ne pas tomber enceinte demande aux femmes bien plus d'investissement et de contrainte que ne rien faire. Dès lors, en cas de doute sur cette fertilité, il ne semble pas absurde que ce travail contraceptif soit moindrement investi.

La stigmatisation de l'infertilité joue ainsi un rôle ambigu relativement à la stigmatisation de l'avortement : parfois utilisée comme une (auto)culpabilisation des femmes, elle sert plus souvent d'argument pour les consoler d'une IVG supposée difficile et renforce ainsi implicitement les injonctions à la maternité biologique – si ce n'est immédiate, du moins future.

*

La stigmatisation de la non-maternité, volontaire ou involontaire, constitue un rappel permanent aux devoirs reproducteurs assignés aux femmes, qui risquent d'être taxées d'égoïsme si elles s'y dérobent. Il faut cependant distinguer une injonction à la maternité *en général* d'une injonction à la maternité *dans des conditions jugées idéales pour accueillir un enfant*. Si « les intentions [de grossesse] s'avèrent être un prédicteur relativement fort des comportements, [...] elles ne suffisent toutefois pas à les expliquer » (Régnier-Loilier et Perron,

grossesse se situe entre 20 et 25% et qu'il faut en moyenne 7 mois pour devenir enceinte. Cette proportion décline avec l'âge (Leridon, 2010).

2016, p. 92). La stigmatisation du refus de maternité doit donc être mise en balance avec la stigmatisation des écarts à l'idéal de maternité, relatif à l'âge, au couple et à la situation matérielle et professionnelle.

6.2 « Cette nana, elle va pas avoir un bébé maintenant » : Stigmatisation des maternités « précoces » et « tardives » vs. stigmatisation de l'avortement

L'âge constitue une dimension fondamentale de la norme procréative contemporaine, qui conditionne la situation conjugale et les conditions matérielles d'existence (Régnier-Loilier et Perron, 2016, p. 82). Une maternité socialement valorisée ne doit survenir ni trop tôt, ni trop tard (Régnier-Loilier, 2007 ; Régnier-Loilier et Solaz, 2010). Mais la définition de « trop tôt » ou « trop tard » n'est pas une donnée biologique déterminée par un âge calendaire : c'est une donnée avant tout sociale, variable historiquement. La tendance actuelle est au report de l'entrée en maternité. Ainsi, l'âge moyen au premier en France, qui s'établissait à 24 ans en 1974, se situe désormais autour de 28 ans et demi (Ní Bhrolcháin et Beaujouan, 2012 ; Volant, 2017). Tout rang confondu, l'âge moyen à la maternité a lui aussi augmenté de façon continue et linéaire : il est passé de 26,5 ans en moyenne en 1977 en France (Aerts, 2013) à 30,9 ans en 2021 d'après l'INSEE²¹, de sorte qu'en 2021, plus des deux tiers des naissances surviennent à des âges maternels compris entre 25 et 34 ans (Breton et al., 2022). Les naissances avant et après ces âges, qualifiées de « précoces » et « tardives », sont statistiquement minoritaires et socialement « hors normes ». Je voudrais ici montrer que, lorsque la grossesse non-prévue survient dans un tel contexte, la stigmatisation de l'avortement liée au refus de maternité est limitée, car elle se trouve adoucie par l'évitement d'une maternité plus fortement stigmatisée.

6.2.1 Une stigmatisation genrée des maternités "tardives"

Si le report de l'âge d'entrée en maternité ne fait aucun doute, il s'éloigne de représentations qui valorisent une parentalité relativement jeune : « d'après les hommes et les femmes interrogés, l'âge jugé "idéal" pour devenir père est de 27 ans en moyenne et de 25 ans pour être mère. Les comportements effectifs se sont au fil du temps écartés de cet "idéal" » (Régnier-Loilier et Perron, 2016, p. 81). Les maternités dites « tardives » font ainsi l'objet d'une suspicion, voire d'un discours alarmiste (Bessin et Levilain, 2012). Elles peuvent être

²¹ Données accessibles en ligne à l'adresse : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390#graphique-figure1>, consultée le 16/01/2023.

particulièrement stigmatisantes : A. Fine, V. Moulinié et J.-C. Sangoï, au croisement de l'ethnologie et de la démographie, analysent par exemple le sentiment de honte de femmes qui ont un nouvel enfant « à l'âge d'être grand-mère » (c'est-à-dire quand leur(s) premier(s) enfant(s) sont déjà relativement grand(s)) et montrent comment « le sentiment de honte naît de la transgression d'une règle aussi contraignante qu'implicite [...] [qui] est celle de la nécessaire transmission du pouvoir génésique des mères aux filles » (2009, §75-76). Sans le dire explicitement, les auteur·ices mettent en fait en évidence, dans cet article, comment les ragots et les commentaires stigmatisent les maternités « tardives ».

Outre l'enjeu d'éviter le chevauchement des générations, il existe un âge à partir duquel il n'est plus socialement acceptable de devenir mère. Comme l'a montré Cécile Charlap, la ménopause est sociale avant d'être biologique. L'arrêt des règles fait l'objet d'une stigmatisation qui repose sur une construction sociale et médicale faisant de la ménopause une pathologie (2019). Mais indépendamment de toute limite physiologique, outrepasser l'âge considéré comme légitime pour être mère, c'est s'exposer à des sanctions : la grossesse tardive constitue ainsi une « dissidence sociale » avant d'être un problème de santé publique (Moguérou et al., 2011) – et les médecins, pour cela, encouragent à ne pas traîner avant de faire des enfants : « estimant la fécondité des femmes par nature fragile, périssable et instable, les gynécologues se sentent autorisées à émettre des rappels à l'ordre des rôles de sexe auprès de celles traversant la trentaine sans procréer » (Ruault, 2015, p. 42).

Dans le cadre de mon enquête, qui se centrait sur l'interruption d'une *première* grossesse, la problématique liée à l'enjeu du « trop vieille pour être mère » se configure d'une façon particulière puisque les femmes interrogées n'ont pas (encore) d'enfant : pour les plus âgées de mon corpus, souhaitant des enfants, la grossesse autour de 35 ans est souvent perçue comme une « dernière chance », et son interruption (pour d'autres raisons, notamment conjugales) agite l'idée angoissante de ne jamais enfanter. La hiérarchie des stigmates s'exprime ici : pour ces femmes, être une mère *même âgée* reste moins stigmatisant que *ne pas être mère du tout*, et l'enjeu est bien relatif à la capacité biologique de concevoir, qu'elles savent limitée dans le temps. À l'inverse, lorsque les enquêtées, comme Gaëlle (46 ans, dessinatrice, IVG à 46 ans en 2018), ne veulent pas du tout d'enfant, l'âge constitue un argument raisonnable au renfort du refus de maternité :

Moi, j'ai jamais voulu d'enfants. [...] On est bien conscients que si on avait un enfant maintenant, quand il aurait 10 ans on en aurait 56 et 57. Et puis moi... [...] Si tu veux, ça m'a confortée dans le fait que j'en voulais pas, parce que j'aurais pu me dire "c'est le dernier moment pour en avoir à 46 ans". Il y a des gens qui m'ont dit "tu aurais pu l'avoir". Mais bon, vraiment, il aurait fallu que j'ai un désir fort d'enfant. Et ça n'a pas réveillé ce désir-là.

Dans les centres d'IVG enquêtées, il m'est par ailleurs arrivé à plusieurs reprises de rencontrer des femmes *déjà mères* qui s'estimaient trop vieilles pour avoir un nouvel enfant. Si la plupart considéraient avoir « déjà donné » et ne souhaitaient plus d'enfants, le cas de celles qui auraient aimé une famille plus nombreuse mais s'y refusent en raison de leur âge rend compte de la « norme de jeunesse » (Gaide, 2020) qui circule dans les centres d'orthogénie (et d'assistance médicale à la procréation). Ce qui est frappant, c'est à quel point, face à des femmes déjà mères et relativement âgées, les conseillères conjugales et familiales abondent dans le choix de l'IVG et en minimisent les enjeux émotionnels, alors que dans des situations où d'autres femmes plus jeunes (ou du même âge mais sans enfant) partagent leurs hésitations, elles les incitent à réfléchir davantage :

Echange avec la conseillère conjugale et familiale. Directrice de bibliothèque, 45 ans. Elle est en couple avec un homme plus âgé qui a déjà « trois grands enfants ». Ont ensemble un petit garçon de cinq ans et demi. Elle a déjà avorté une fois, douze ans auparavant. [Discussion sur la survenue de la grossesse et la contraception]. En raison de son âge, l'idée d'une grossesse a tardé à faire son chemin :

— J'ai pas immédiatement pensé à une grossesse, plutôt aux signes de pré-ménopause [...] c'est une catastrophe, c'est pas facile comme décision....

— Pourquoi c'est une catastrophe ? demande Odile, la conseillère conjugale et familiale. La dame se met à pleurer dans ses mains.

— Je veux pas revivre ça (entre ses larmes)... mais la question se pose pas, j'ai 45 ans, il en a 53...

— Vous vous étiez posé la question d'avoir un deuxième enfant ?

— Mon fils... lui il a compris qu'il n'aurait pas de frères et sœurs... C'est juste qu'on s'est rencontrés tard avec mon compagnon.

— Pour lui aussi c'est une évidence ?

— Il y a, et ce n'est pas un prétexte, il a peur pour ma santé... et moi je fais pas ça à un enfant... Quand mon fils aura 20 ans, j'en aurais pas encore 60, et son père pas encore 70... Mais là... il aurait un papa de 73 ans... et il y a tous les risques de complication, de malformation... c'est pas imaginable.... Dans une autre vie, si on s'était rencontrés plus tôt... [La discussion revient sur la contraception et la possibilité d'une ligature des trompes]. En fin d'entretien, la conseillère reprend :

— C'est compliqué mais c'est clair, vous n'avez aucun doute...

— Non, j'ai pas d'hésitation... à part ce truc qu'on aurait pu avoir une famille nombreuse... (elle pleure encore)... à part cette émotion là à dépasser... Après on sera peut-être même capables d'en rire... mais non, je n'ai aucun doute, ni pour cet enfant, ni pour moi, ni pour cette grossesse (elle se mouche).

— Vous êtes inquiète pour la suite ?

— Non, psychologiquement je le dépasserai... C'est la crainte du coup de blues du mois qui suit quoi...

— Une fois fait, vous allez positiver j'en suis sûre, c'est très simple une IVG... et ensuite vous tournez la page... !

[La conseillère donne ensuite des explications sur l'intervention médicale et donne des conseils sur l'utilisation de médecine parallèle, avant de lui donner le numéro d'un acupuncteur].

[CIVG1, février 2016]

Dans cet échange, la conseillère, par deux fois au moins, impose sa lecture de la situation (l'IVG est un bon choix) : « pour lui aussi c'est une évidence » et « c'est clair, vous n'avez aucun doute » affirme-t-elle, alors qu'à aucun moment de l'échange l'avortante n'a spontanément utilisé ces termes-là, faisant plutôt état de son chagrin à renoncer à un deuxième enfant avec l'homme qu'elle aime. Pourtant, la conseillère l'encourage à rapidement dépasser ce chagrin, et l'une comme l'autre se « rendent à l'évidence » d'une impossibilité à la poursuite de grossesse. L'avortante anticipe d'ailleurs la stigmatisation que subirait un enfant aux parents trop âgés : « moi je fais pas ça à un enfant ». La norme de jeunesse associée à la maternité, intériorisée par l'avortante, est également affirmée dans la prise en charge émotionnelle de la conseillère²². Avec des femmes plus jeunes en larmes, Odile a pourtant tendance, habituellement, à approfondir la discussion et, si ce n'est à reporter la décision, du moins à proposer un travail psychologique en post-IVG. Il n'est pas rare qu'elle planifie depuis le centre d'orthogénie des rendez-vous dans son cabinet de ville, où elle exerce en libéral les après-midis. Or ici, elle oriente l'avortante vers un acupuncteur, comme si la décision, à ses yeux, méritait moins que les autres d'y revenir. Bien entendu, la norme de jeunesse ne se donne pas à voir de façon explicite (Odile ne dit pas frontalement « il est évident que vous êtes trop vieille ») mais elle s'exprime dans toute sa façon de mener l'entretien, y compris dans son invitation (voire incitation) à une ligature des trompes, à laquelle l'usagère n'avait jamais pensé. Ainsi :

Malgré le recul continu de l'âge au premier enfant, les représentations liées à la parentalité tardive restent plutôt négatives. On peut citer, de manière non exhaustive, la crainte de rencontrer des difficultés à concevoir, que la grossesse se passe mal, que l'écart d'âge important entre enfants et parents conduise à davantage d'incompréhension entre eux et à des conflits de générations ou encore que l'enfant soit stigmatisé à l'école du fait d'avoir un parent plus âgé que la moyenne. (Régnier-Loilier et Perron, 2016, p. 82)

Mais au fond, une telle stigmatisation est indissociable de rapports de genre asymétriques et des représentations du vieillissement différentielles, comme l'a montré Ilana Löwy en étudiant la variabilité des conditions d'accès à la procréation médicalement assistée dans différents pays. « L'identification actuelle de la fertilité féminine avec un corps jeune continue d'être un obstacle puissant à l'acceptation de la grossesse chez les femmes au-delà de l'âge naturel de procréer" » (Löwy, 2009, p. 110). Sans mener une analyse centrée sur la stigmatisation, la

²² Elle est également portée par les médecins. À l'occasion d'une discussion informelle sur l'IVG que j'ai pu avoir dans le cadre privé (après que j'ai partagé mon sujet de thèse au cours d'un événement familial), une amie de ma tante, catholique très pratiquante, bourgeoise et mère de six enfants – de cette frange éduquée de la population pour qui la religion détermine encore le rapport à la procréation (Peri-Rotem, 2020) me raconte sa dernière grossesse. Parce qu'elle est survenue à quarante-trois ans passés, les médecins l'ont incitée à avorter en la traitant d'irresponsable et en mettant en avant les risques pour sa santé et celle de l'enfant – le bébé, qui babillait dans ses bras, était finalement en pleine santé. On voit là aussi comment les représentations médicales, qui portent à la fois sur l'âge et sur la taille de la famille dans ce cas, déterminent le positionnement des professionnel·les de santé, bien plus que des enjeux thérapeutiques (Journal de terrain informel, mai 2018).

chercheuse souligne le caractère arbitraire et discriminant des décisions médicales d'aide à la procréation. Elle montre que « le problème des "mères âgées" est ailleurs – dans le pouvoir des représentations culturelles d'une masculinité indépendante de l'âge, et d'une féminité incompatible avec le vieillissement » (p.112). Les normes de maternité sont ainsi prises dans des représentations de genre qui leur préexistent : alors que la paternité à un âge avancé est rarement stigmatisée²³, la maternité « tardive » fait l'objet de critiques, car elle déroge en fait à un idéal de féminité qui associe fertilité et jeunesse. Là encore, les professionnel·les de santé constituent des entrepreneur·ses de morale manifestes, puisque « l'institution médicale travaille et singularise les classes d'âge au regard du genre, en l'occurrence au regard d'une féminité variable » (Ruault, 2015, p. 36).

6.2.2 Une forte stigmatisation des maternités « précoces »

S'il ne faut pas être trop vieille, il ne faut pas non plus être *trop* jeune : la stigmatisation s'exerce aussi sur les grossesses d'adolescentes (avant 18 ans) et de jeunes adultes (entre 18 et 24 ans), qualifiées de « précoces ».

« Forcément, quand on est ado et qu'on est enceinte... » : les maternités adolescentes, une figure repoussoir

La baisse continue des IVG observées chez les femmes les plus jeunes peut s'expliquer soit par une diminution des grossesses non-prévues, soit par des poursuites de grossesse plus systématiques. En l'état actuel des connaissances démographiques, c'est la première hypothèse qui l'emporte (Mazuy, Toulemon et Baril, 2015) : les grossesses survenant à des âges très jeunes, en particulier les grossesses adolescentes, ont diminué avec le temps. Perçues comme un problème social majeur malgré leur faible occurrence statistique (Le Van, 1998), elles ont été l'objet d'une inquiétude publique soutenue²⁴ et d'une politique de santé spécifique²⁵ (Daguerre, 2010 ; Durand, 2002 ; Le Den, 2012). Il est également possible que cette baisse des grossesses non prévues s'explique par une activité sexuelle désormais moins régulière (et/ou moins pénétrative et hétérosexuelle) à l'adolescence : c'est ce que suggère une enquête

²³ Elle peut même être valorisée, comme en témoignent les hommes célèbres – stars du cinéma notamment – dont la paternité passée cinquante voire soixante ans est régulièrement mise en valeur par les médias. Voir par exemple Marie France du 19/07/2021, « Ces hommes célèbres sont devenus papas après 60 ans », accessible à l'adresse <https://www.mariefrance.fr/culture/george-ryan-et-moi/hommes-celebres-devenus-papas-apres-60-ans-554839.html#item=1>, consultée le 14/06/2023.

²⁴ Michel Bozon prend l'exemple des paniques morales des adultes relativement à la sexualité des adolescent·es, qui font croire à tort à des « épidémies de grossesses adolescentes » (2012, p. 130).

²⁵ Ce phénomène est moins marqué en France qu'en Angleterre et en Écosse où le nombre très élevé de grossesses adolescentes a fait l'objet de mesures de ciblage depuis les années 1990 : voir à ce sujet l'enquête qualitative réalisée par Fabienne Portier-Le Cocq (2009) auprès de mères adolescentes.

longitudinale menée aux États-Unis sur plus de 4000 personnes entre 2009 et 2018 (Herbenick et al., 2022).

Quoiqu'il en soit, la préoccupation publique pour les grossesses des plus jeunes a contribué à construire les maternités dites « précoces » comme des maternités « déviantes » (Le Van, 2006), voire « pathologiques » ou « catastrophiques » (Sellenet et Portier- Le Cocq, 2013) :

En écoutant [les] jeunes mères évoquer le passage de l'adolescence à la maternité, nous prenons conscience du poids du regard social dans la construction de l'identité maternelle, du risque d'assignation à une identité stigmatisée. (Sellenet et Portier- Le Cocq, 2013, p. 32)

La stigmatisation de l'IVG doit donc, ici aussi, être mise en balance avec celle des maternités survenant *avant* l'âge socialement perçu comme légitime pour enfanter²⁶. Juliette (31 ans, productrice de documentaire à mi-temps, IVG à 30 ans en 2017) se rappelle ainsi ses cours d'éducation sexuelle :

Moi j'ai un souvenir très clair par rapport à ce qu'on nous apprend à l'école, aux droits de la femme d'avorter [...] je me souviens très bien d'avoir eu des cours là-dessus, sur l'avortement et sur la contraception [...] Et oui, forcément quand est ado et qu'on tombe enceinte, c'est pas du tout la même chose que quand on a 31 ans et qu'on tombe enceinte, en termes de choix, on n'est plus du tout au même moment de sa vie. Et en tout cas, c'était le seul moment où moi j'en ai entendu parler, ce qui fait un gros décalage après...

Juliette met ici en avant comment la forte préoccupation pour les grossesses adolescentes a contribué à polariser la question de l'avortement autour des très jeunes femmes, alors même que toutes les catégories d'âge sont concernées – l'avortement des plus âgées étant moins objet de discours.

Mais les entrepreneur·ses de morale en la matière ne sont pas seulement les responsables éducatif·ves en charge de l'éducation sexuelle dans les établissements scolaires. Les professionnel·les de santé jouent également un rôle important : il fait peu de doute que dans leurs représentations, les grossesses adolescentes sont plus indésirables que les IVG. Quand Cindy (30 ans, infirmière, IVG à 15 ans en 2003) découvre qu'elle est enceinte de trois mois et demi, elle n'a que quinze ans. Les médecins acceptent de la faire avorter sans négociation pour lui « sauver la mise ». Son très jeune âge au moment de la grossesse pousse les médecins à outrepasser, de plusieurs semaines, le délai légal d'IVG : l'avortement *même hors du cadre légal* semble préférable à une maternité si jeune. Ce résultat est corroboré par différentes études (Dupuy et Roux, 2018). L'ethnographie contemporaine du travail d'avortement réalisé par

²⁶ La stigmatisation des « jeunes mères » et des « jeunes parentalités » fait d'ailleurs l'objet, comme l'avortement, d'un champ d'étude à part entière dans la littérature anglophone (voir par exemple (Ellis-Sloan, 2014 ; Sharpe, 2015 ; SmithBattle, 2013 ; Whitley et Kirmayer, 2008 ; Yardley, 2008)), au point que les méthodes de mesure de la stigmatisation ressentie leur sont également appliquées (Rice et al., 2019).

Raphaël Perrin sur les IMG pour « détresse psychosociale²⁷ » met également en évidence qu'en l'absence d'un diagnostic médical clair, les autorisations pour ces IMG se fondent d'abord sur l'écart à la norme procréative : les femmes les plus susceptibles d'accéder à une IMG sont celles qui sont jugées les moins aptes à élever un enfant (Perrin, 2023b). L'enquête de la DREES de 2007 consacrée à l'IVG montre que les mineures ont accès à l'avortement plus rapidement que les jeunes majeures, avec des trajectoires directes dans un cas sur deux (Moisy, 2011, p. 186-188) : on peut faire l'hypothèse que « l'évidence » de l'IVG pour ces situations accélère et simplifie les prises en charge. Dans les centres d'orthogénie enquêtés, la balance entre une IVG ou une maternité à l'adolescence penche sans aucun doute vers l'avortement :

Lors de cette discussion [sur les grossesses des très jeunes femmes], Florence, la sage-femme, précise : « celles qui font une IVG déjà elles ont une capacité d'élaboration et de projection... Elles ont fait un choix, elles ont fait les démarches. En maternité, y'en a, tu les sens... » [elle lève les yeux au ciel]. Elle ajoute : « Moi ça me terrifie ces femmes qui font un enfant pour donner sens à leur vie ». Catherine, sa collègue conseillère conjugale et familiale, abonde dans son sens : « tu te demandes dans quelles conditions il va grandir, le gosse ». L'une et l'autre me donnent l'exemple d'une jeune femme de 16 ans qui a finalement choisi de poursuivre sa grossesse et dont la maman vient de décéder. Elles mettent en relation le deuil de sa mère et l'envie de la jeune femme d'avoir un enfant. Catherine explique qu'elle va l'accompagner dans sa grossesse, précise : « je sens qu'elle m'investit d'un rôle maternel, je fais attention au transfert ».

[CIVG2, juillet 2019]

Pour ces soignantes, une IVG vaut mieux qu'une maternité pour des femmes jugées *a priori* peu voire pas compétentes. Comme pour les grossesses « tardives », les réticences sont exprimées au nom du bien-être anticipé de l'enfant. Une telle logique n'a rien d'étonnant. Elle est le produit d'une histoire de la maternité qui, depuis les années 1950, est centrée sur « l'enfant à naître » (Garcia, 2011b). Au sein des équipes médicales, la grande jeunesse semble ainsi attirer la mansuétude, comme en témoigne Cynthia (17 ans, lycéenne, IVG à 17 ans en 2017) :

J'ai vu une première gynécologue, ensuite il y a eu une sage-femme et ensuite une infirmière, voilà, les trois qui ont été pas mal. Y'a une des sages-femmes qui a été très hautaine on va dire, mais pas avec moi, avec la fille qui a eu mal après moi. Mais moi j'ai pas eu ce souci. Etant donné que j'étais petite, j'étais la plus petite en fait, je m'attendais à des réflexions. Et pas du tout au contraire ! En fait je pense qu'elles ont plus été "vaches" entre guillemets avec une qui était avec moi, qui avait 23 ans, et l'autre de 18 ans, qu'avec moi qui en ai 17.

²⁷ Ce motif d'IMG est en fait une façon de permettre les prises en charge d'IVG hors-délai.

Si Cynthia euphémise le comportement de la sage-femme sans s'étendre²⁸, la différence de traitement entre elle et les autres avortantes présentes ce jour-là ne lui échappe pas, même s'il est possible qu'elle soit imputable à autre chose que l'âge²⁹.

Pourtant, les problématiques des grossesses adolescentes – et notamment les conditions matérielles d'existence – ne sont pas spécifiques à une classe d'âge. Mais « ce qui importe, c'est que les normes de l'âge socialement requis au premier enfant ne soient pas bousculées » (Le Van, 2006, p. 232). Une telle systématité des IVG en cas de grossesses survenue très tôt peut même interroger sur une éventuelle « sur-ivgisation » (Athéa, 2020, p. 135) des plus jeunes – c'est-à-dire une incitation forte à l'IVG, aux dépens de ce que souhaitent les jeunes femmes. Elle révèle quoiqu'il en soit une stigmatisation des grossesses adolescentes surpassant celle de l'IVG – étant entendu que les jeunes femmes ont « tout leur temps » pour devenir mères ensuite.

Ce rapport aux grossesses des très jeunes femmes n'est toutefois pas le même sur l'ensemble du territoire français, de même qu'il varie selon les appartenances sociales. Les départements et les collectivités d'outremer font ainsi figure d'exception. Les grossesses précoces (Papon, 2019), comme l'IVG (Vilain, 2022), y sont plus fréquentes – en partie parce que la population y est plus jeune. Fleur (19 ans, danseuse, IVG à 19 ans en 2019), qui est une jeune femme blanche métropolitaine, a par exemple vécu un an en Polynésie Française où elle a rencontré son copain. Elle rend compte de la différence qu'elle perçoit dans les normes en vigueur alors qu'elle cherche à se faire prescrire une contraception, après avoir redouté d'être enceinte :

La médecine, là-bas... Déjà les jeunes filles tombent enceintes très jeunes et du coup, je ne me sentais pas trop à l'aise dans ces populations où je vais dire que je suis maman et en fait les gens vont juste me dire c'est bien, bravo, alors que c'est pas mon choix [rire]. [...] Ah ouais, parce que j'aurais dit ça à la mère de mon amoureux mais... Ça fait un an qu'elle me dit qu'elle veut des petits enfants ! [rire] j'ai dix-neuf ans ! Bah non, non, pas maintenant !

Pour Fleur, l'idée de devenir mère à son âge semble risible. Elle oppose de façon stéréotypée ses propres conceptions normatives – celle d'une jeune fille blanche issue de la classe moyenne métropolitaine – à celles de son compagnon et de sa famille, construites dans la situation particulière des territoires d'Outremer. La sociologie a montré depuis fort longtemps (Bourdieu, [1963] 2009 ; Mauger, 2001) que la « jeunesse » n'existe pas en tant que telle : c'est une catégorie plurielle, socialement construite, dont la définition varie dans le temps, selon les lieux et les appartenances sociales (Galland, 2011). Dans le cas de Fleur, la définition de « la jeunesse » s'articule à l'histoire longue des rapports de force coloniaux et néocoloniaux. Ainsi

²⁸ Elle parle de « remarques » et de « regards » et d'une « attitude générale » quand je lui demande de préciser : les comportements stigmatisants s'avèrent difficiles à objectiver pour les femmes, qui s'appuient plutôt sur leur ressenti émotionnel pour rendre compte de ces situations stigmatisantes. L'identification de la stigmatisation constitue donc en elle-même un défi méthodologique.

²⁹ Comme par exemple l'appartenance raciale ou la situation contraceptive.

la stigmatisation des maternités d'adolescentes ou de très jeunes femmes demeure avant tout le produit d'une conception blanche, occidentale et dominante de la « jeunesse » comme période d'apprentissage et d'études.

« Faire une IVG sur le champ » : l'évidence de la poursuite d'étude pour les jeunes adultes

Si la stigmatisation des maternités adolescentes est la plus poussée, la stigmatisation des maternités à l'âge de poursuivre des études supérieures (entre 18 et 24 ans) est elle aussi patente : « [les] mères étudiantes sont associées à un stigmate similaire à celui des mères adolescentes » écrit Aden Gaide (2018, p. 28), qui a consacré sa thèse aux étudiant·es parents (2020). Le chercheur en sociologie a mis en évidence une *norme de jeunesse* dans l'enseignement supérieur, qui produit une incompatibilité entre la poursuite d'études en formation initiale et la parentalité. Les enquêtées d'Aden Gaide ayant expérimenté une grossesse non prévues à l'âge de la formation initiale (avant 25 ans) ont toutes envisagé l'IVG avant d'y renoncer (Gaide, 2019) : « si la plupart envisage au moins à un moment l'avortement et commence les démarches en ce sens, elles admettent toutes ne pas s'être senties capables d'aller jusqu'au bout » (Gaide, 2014, p. 46). Devenues mères, elles ont expérimenté la stigmatisation : « La grande majorité de ces mères étudiantes témoignent d'ailleurs de regards, de remarques et de réactions négatives à leur égard, liées à leur âge et à leur statut (étudiantes, non mariées) » (Gaide, 2018, p. 28). Ces résultats qualitatifs confirment des travaux quantitatifs qui font de l'allongement de la durée des études la principale raison du report de l'entrée en maternité (Ní Bhrolcháin et Beaujouan, 2012).

La priorisation des études apparaît souvent comme une évidence dans les entretiens réalisés. Ophélie (19 ans, étudiante en DUT, IVG à 18 ans et demi en 2018) s'énerve par exemple que les professionnelles de santé tiennent à lui faire voir une psychologue, car son choix n'est pas en cause – elle avorte en même temps qu'elle fait sa rentrée dans l'enseignement supérieur :

C'était même pas un problème de choix que je voulais le garder ou pas, parce que je suis en DUT, je veux faire des études d'ingénieur après... En fait avec mon copain on s'est jamais dit... enfin on s'est pas posé la question c'était vraiment une évidence !

Pour Nora (19 ans, étudiante en communication, IVG à 19 ans en 2017), qui vient tout juste d'arriver en France pour commencer ses études à la capitale dans une école renommée, la question ne s'est pas davantage posée :

J'avais juste une envie c'était de faire une IVG médicamenteuse sur le champ en fait [...]. J'ai pas eu un temps de réflexion en me disant « est-ce que je le garde, est-ce que je le garde pas », pour moi, c'était pas possible de me dire que j'allais le garder.

L'évidence des projets alternatifs, scolaires mais aussi personnels, semble aller de soi pour les jeunes femmes mais également pour leur entourage et pour les professionnel·les de santé, qui sont des acteur·ices non négligeables de la stratification des maternités (Beynon-Jones, 2013b). Coline (22 ans, enseignante, IVG à 22 ans en 2016), qui se trouve enceinte à l'étranger alors qu'elle est en césure de ses études, estime comme Cynthia plus haut avoir été bien traitée par les médecins en raison de son jeune âge :

J'essayais toujours de me justifier sur mon choix, même si on me demandait rien. Je disais « ah non mais vous comprenez, c'est que j'ai juste 22 ans », et j'essayais de me justifier et [la médecin] m'a dit « mais attends... t'as pas fini ton année sabbatique » ! [rire]. Enfin tu vois elle a pris un ton léger « mais c'est normal que t'avortes, t'as pas fini ton année sabbatique ». Et j'ai trouvé ça... vraiment gentil de me le dire de cette manière tu sais, genre arrête d'essayer de te justifier, c'est normal. Et je pense que vu que j'ai 22 ans et que j'ai une tête qui fait jeune, ils l'acceptaient plus. Enfin... peut-être ils se disaient, ouais, c'est normal, cette nana elle va pas avoir un bébé maintenant.

La priorisation de la formation s'observe également parmi mes nombreuses enquêtées plus âgées en reprise d'étude, y compris lorsqu'elles expriment une forte envie de devenir mères : Inès (27 ans, ingénieure, IVG à 20 ans en 2010 et 26 ans en 2016) avorte alors qu'elle vient de reprendre une formation en alternance pour devenir ingénieure ; Diane (30 ans, étudiante en médecine, IVG à 30 ans en 2018) reprend médecine à 30 ans après un doctorat en biologie ; Maïssa (37 ans, designeuse, IVG à 37 ans en 2018) commence à 37 ans une reconversion dans le design, tandis que Nina (32 ans, travailleuse sociale, IVG à 32 ans en 2017) attend « depuis cinq ans » pour reprendre une formation complémentaire à son travail, qui lui tient particulièrement à cœur. L'âge ne prend ainsi son sens que relativement aux conditions de vie qu'il détermine et semble moins important que le fait d'être en étude ou dans une vie professionnelle stable.

Mais cette norme d'âge et de priorisation de la poursuite d'étude est parfois davantage imposée par l'entourage que revendiquée par les personnes concernées. Camille (22 ans, enseignante, IVG à 18 ans en 2012), enceinte en première année de classe préparatoire avorte deux jours avant son concours blanc de fin de semestre. Elle fait le récit de cette évidence de l'IVG pour tout le monde sauf elle. Sa mère en particulier, malgré des dispositions catholiques à la poursuite de grossesse, la presse à avorter :

Ma mère vient d'une famille catho et elle nous avait toujours dit... "Si vous tombez enceinte, on élèvera le bébé et tout...". Et en fait ça l'a même pas effleurée mais un instant que j'avorte pas ! Alors qu'elle avait toujours dit "non, mais moi je m'en occuperai, je le prendrai à la maison, même si t'es en prépa, tatata...". Et en fait le choix ne s'est même pas posé. Et moi j'ai pas vraiment fait un choix. Parce que ma mère a pris en charge tout comme ça [...].
Ma mère voulait [...] que je passe mon concours blanc et [au moment de retourner en cours] j'étais en sanglot sur le quai, j'avais super mal, j'étais super faible, j'ai dit que je pouvais pas, et elle m'a dit "tu montes dans le train, tu montes dans le train, sinon tu vas rater ton année ! il faut

absolument que tu te concentres, machin." [...] et l'autre raison pour laquelle elle voulait que tout se fasse très vite, c'est qu'elle voulait pas que j'ai cet accompagnement, c'est qu'elle disait qu'on risquait de m'orienter, de m'influencer... pour que... je garde le bébé. Et elle voulait pas que le choix se pose pour moi, parce qu'elle voulait pas que j'ai la culpabilité d'avoir à faire un choix.

Pour la mère de Camille, l'IVG ne fait aucun doute : socialisation ascétique en classe prépa oblige (Darmon, 2015), la réussite scolaire passe avant tout le reste – y compris le bien-être physique et émotionnel de sa fille. À Camille, la possibilité du doute ou de l'hésitation n'est pas laissée, et l'invocation de son bien-être ne masque pas l'autoritarisme maternel – les décisions de (ne pas) procréer, une fois encore, sont liées aux injonctions familiales. Alison (24 ans, doctorante en sciences expérimentales, IVG à 21 ans en 2014) évoque elle aussi cette évidence normative implicite, pour la dénoncer :

Je me suis pas posé de question, mais personne non plus m'a posé de question autour de moi. Les sept jours qui passent... mais personne qui ne demande « t'es sûre? ». Personne te demande, c'est une évidence, tu vas avorter. Et ça c'est peut-être après coup ce qui m'a fait le plus de mal, j'avais pas 16 ans, j'en avais 21.

Dans certaines situations, comme celles de Camille et Alison, la norme d'âge est imposée par les réactions de l'entourage. Toutes deux témoignent, après coup, d'une sorte de sentiment de dépossession face à un choix qu'elles ont le sentiment de ne pas avoir fait, tant il semblait évident aux autres que poursuivre la grossesse n'était pas une option³⁰. Or, cette norme d'incompatibilité entre études et maternité, très affirmée dans mon enquête, est également très française : d'autres pays européens témoignent de dispositifs d'aménagement des études pour les rendre compatibles avec la parentalité (Gaide, 2020).

Les décisions d'avortement des femmes en études sont donc tributaires de l'organisation des études et d'une vision très française de la scolarité dans le supérieur : réalisée d'une traite, directement après le bac, avec de faibles possibilités de bifurcation de parcours et de reprise d'étude. En France, il est question de « se placer », comme le montre Cécile Van del Velde (2008), en investissant dans le capital humain et en priorisant la course au diplôme, pour « s'intégrer à tout prix et le plus vite possible, une fois pour toutes et pour toute la vie » comme le résume Christian Baudelot dans sa recension de l'ouvrage (2008). Ce rapport aux études est très différent dans d'autres pays – comme le Danemark – où les années de césure, les parcours non-linéaires, les engagements autre que scolaires sont davantage valorisés³¹. La stigmatisation

³⁰ Il est possible qu'en ayant pris un temps de réflexion plus long et/ou plus autonome, Camille et Alison auraient fait le choix de l'IVG. Ce qui est en cause n'est pas tant le résultat du choix que le processus par lequel il s'opère et la forme d'infantilisation dont elles témoignent.

³¹ À la différence du Danemark où il s'agit de « se trouver », de la Grande-Bretagne où il s'agit de « s'assumer » et de l'Espagne où l'enjeu est de « s'installer ».

des maternités étudiantes est donc relativement *spécifique au modèle éducatif français*. Cette valorisation des trajectoires scolaires directes et linéaires explique pourquoi les jeunes adultes encore en études avortent davantage que le reste de leur classe d'âge (Sihvo et al., 2003) mais sont, dans une large mesure, épargnées par la stigmatisation de l'IVG en France – quand elles ne sont pas explicitement incitées à avorter.

Des définitions de la « maternité précoce » classées socialement

La norme d'âge se configure différemment pour les enquêtées issues de milieu plus populaires, ne poursuivant pas de longues études et/ou déjà engagées dans une activité professionnelle rémunératrice. À tout juste 19 ans, la jeune Marine (aide de vie, IVG à 19 ans en 2018), par exemple, se sent prête à élever un enfant : elle a obtenu son diplôme d'aide de vie et travaille à temps plein au domicile de personnes âgées. Elle dispose de sa propre voiture, de son propre salaire, d'une indépendance notable et pas une fois pendant l'entretien elle ne mentionne son âge comme une raison de son choix d'avorter. C'est plutôt l'absence d'engagement dans la paternité de son partenaire qui la décourage (voir *infra*). Noéline (20 ans, serveuse, IVG à 20 ans en 2018), qui travaille en CDI dans une entreprise de restauration rapide, ne se trouve pas non plus trop jeune pour être mère :

Quand on a 16 ans, c'est pas vraiment un choix parce que ça peut gâcher une vie, sauf quand on est vraiment sûre de soi. Du coup, j'ai 20 ans quand même quoi... donc je pense que c'est encore différent. De temps en temps, on pense à fonder une famille. On commence à y réfléchir.

Dans son cas, les conditions matérielles sont déterminantes du choix d'avortement (voir *infra*). Elles s'accompagnent d'une envie de reprendre de nouvelles études dans une école d'art privée payante (à 18 ans elle a abandonné un BTS qui ne lui plaisait pas). Son emploi lui permet de mettre de l'argent de côté pour ce projet. Son compagnon, rencontré sur son lieu de travail où il a un mi-temps étudiant, ne veut pas d'un enfant qui l'obligerait à renoncer à ses études : « pour lui c'était une évidence, pour moi c'était une résignation ». L'injonction à ne pas faire d'enfant trop jeune s'inscrit donc directement dans des rapports de classe : elle est d'ailleurs principalement formulée par les professionnel·les de santé et le personnel éducatif, qui appartiennent très largement aux classes moyennes et supérieures. Pour ces groupes-là, la « maternité précoce » porte en elle le risque du déclassement. Mais pour des personnes avec de faibles perspectives de longues études ou de carrière, il en va autrement : « pour les jeunes n'ayant pas de perspectives scolaires, la maternité socialement précoce représente un moyen d'acquiescer un statut et une identité sociale » (Bajos et Ferrand, 2005, p. 116-117).

Dans les milieux les plus populaires et/ou en l'absence d'études supérieures, l'entrée en maternité se fait plus tôt, avec un âge moyen des mères au premier enfant de « 25,3 ans pour

les non-diplômées contre 30 ans pour les titulaires d'un diplôme du supérieur » (Davie et Mazuy, 2010). Cette valorisation de la maternité parmi les classes populaires doit être lue au prisme des perspectives de stabilité et de reconnaissance sociale qu'elle apporte, plutôt que comme des « accidents de parcours » : malgré le report de l'entrée en maternité, « une fraction des classes populaires reste fortement attachée à une conception de l'entrée dans la vie adulte où la famille constitue à la fois la principale ressource et le premier objectif de l'émancipation personnelle » (Geay et Humeau, 2016, p.18). Ainsi, pour les enquêtées de milieux populaires qui se sentiraient disposées à être mère, le renoncement à la grossesse constitue un renoncement à un statut social reconnu dans leur groupe d'appartenance, plutôt qu'un refus d'être stigmatisées pour une grossesse précoce – et ce sont d'autres raisons, liées à la relation au partenaire ou aux conditions de vie, qui expliquent le choix de l'IVG.

*

Depuis 2014, le taux de recours à l'IVG chez les très jeunes femmes (mineures et jeunes majeures) n'a cessé de décroître, tandis qu'il ne cesse d'augmenter pour les femmes de plus de 25 ans et particulièrement parmi les trentenaires (Vilain, 2022, p. 3). Cette augmentation, dénoncée par certains médias peu informés du « paradoxe de l'avortement »³², signale les transformations en cours de la norme procréative relative liée au report de l'âge d'entrée en maternité. En creux, elle montre également les transformations des comportements procréatifs stigmatisés. Pour les (très) jeunes femmes et les étudiantes, la stigmatisation abortive liée au refus de maternité semble ainsi moins importante que la stigmatisation d'une maternité jugée « précoce ».

³² Après la parution du rapport de la DREES en septembre 2020 (Vilain et al., 2020), la légère augmentation du nombre total d'IVG en 2019 a suscité plusieurs commentaires dans la presse, en particulier à droite. Une recherche sur Europresse menée dans la presse généraliste française entre le 20 septembre 2020 et le 20 octobre 2020 montre que la hausse du taux d'IVG ne suscite de l'émoi que dans les médias conservateurs et/ou catholiques : le 25 septembre 2020, La Croix titre « Les avortements au plus haut depuis trente ans », avant de proposer le 08 octobre 2020 deux articles d'analyse « Hausse des IVG en France, des causes multiples » et « Avortement. Pourquoi les chiffres augmentent ». De même, Le Figaro du 25 septembre 2020 titre « Le taux de recours à l'IVG le plus élevé depuis 30 ans » avant de proposer un article complémentaire sous le titre fallacieux de « Pourquoi le nombre d'IVG augmente-t-il depuis 30 ans ? » (c'est faux : ce nombre n'augmente que ces dernières années). A l'extrême gauche, l'Humanité se contente sobrement d'annoncer que « 232 000. C'est le nombre d'IVG (interruptions volontaires de grossesse) pratiquées en 2019 en France », tandis que le reste de la presse nationale reste silencieuse. L'inquiétude constante autour du nombre d'IVG rend compte avant tout de la mécompréhension des normes procréatives.

6.3 Ne pas « être prêt-es ensemble » : stigmatisation des maternités en dehors du couple vs. stigmatisation de l'avortement

Si la norme d'âge est déterminante dans le choix de l'IVG et l'exposition relative à la stigmatisation, la norme de conjugalité l'est au moins autant³³. De nombreux travaux ont montré comment la maternité s'envisage de façon dominante au sein d'un couple qui partage un « projet parental³⁴ » (Boltanski, 2004) et prépare ensemble l'accueil d'un enfant (Mazuy, 2009). C'est ce que M. Mazuy a nommé l'« impératif consensuel » (2005), qui explique, par contraste, que l'absence de relation conjugale ou des désaccords sur le devenir de la grossesse conduisent bien souvent à privilégier leur interruption – encore que l'enquête récente d'Elsa Boulet suggère que nombre de femmes acceptent de faire un enfant pour contenter leur conjoint (2020). Les enquêtes démographiques ne cessent de le rappeler : « La situation conjugale est de très loin le facteur le plus déterminant de l'arrivée du premier enfant, toutes choses égales par ailleurs (en contrôlant notamment par le degré d'intentionnalité » (Régnier-Loilier et Perron, 2016, p. 92). À l'heure de la pluralisation des modèles de conjugalité (Déchaux et Le Pape, 2021), je voudrais (ré)étudier ici les dilemmes que pose la grossesse non-prévue en montrant comment la stigmatisation de l'IVG entre en concurrence avec la stigmatisation des maternités en dehors du couple parental.

6.3.1 L'avortement, un « non-projet » conjugal

Les travaux menés au début des années 2000 ont montré que « le "mauvais" moment pour avoir un enfant est très étroitement lié au contexte relationnel ou conjugal » (Donati, Cèbe et Bajos, 2002, p. 125). En l'absence soit d'une relation conjugale, soit d'une projection à deux dans la parentalité, le choix de l'IVG s'affirme.

« C'était juste un pote avec lequel je couchais » : des IVG hors-couple peu stigmatisées

Les enquêtes démographiques soulignent que, parmi les avortantes, les femmes ne vivant pas en couple sont surreprésentées. En 2011, indépendamment de l'âge et du nombre d'enfants,

³³ Les jeunes femmes qui choisissent d'entrer tôt en parentalité ont ainsi pour elles la perspective d'une conjugalité qui légitime leur choix (Geay et Humeau, 2016).

³⁴ Le « projet parental », en tant qu'arrangement contemporain caractéristique de la « cité par projet » (Chiapello et Boltanski, 1999), vient se substituer à d'autres arrangements préalables – arrangement avec Dieu, avec le système de parenté, avec l'Etat Nation industriel. Ce « projet parental » se caractérise par un couple s'engageant l'un vis-à-vis de l'autre dans l'objectif d'élever un enfant – l'avortement traduisant l'échec du projet parental.

51,7% des avortées vivent seules (Mazuy, Toulemon et Baril, 2014). Ce chiffre prend tout sens comparé à la population générale du même âge : selon les données de l'enquête de la DREES en 2007, « 45 % des femmes ayant eu une IVG déclarent vivre en couple contre 59 % des femmes de 15 à 49 ans dans l'ensemble de la population selon l'enquête Emploi » (Vilain, 2011). Statistiquement, le choix de l'IVG est *plus fréquent* en l'absence d'une relation conjugale suivie. Mon enquête suggère qu'il est également *plus rapide*. Quand la grossesse survient après une relation dont l'objectif était avant tout – voire exclusivement – sexuel, l'IVG s'impose. Laura (21 ans, étudiante en relations internationales, IVG à 20 ans en 2016) ne se questionne pas, même quand son partenaire lui demande ce qu'elle veut faire :

C'était pas du tout mon copain, c'est juste un de mes potes avec lequel je couchais. Et ça faisait déjà un an qu'on couchait ensemble [...] Et j'ai de lui ai dit bah voilà je suis enceinte de toi. Et après il me dit « Oh putain ! mais qu'est-ce que tu veux faire et tout ? » et j'ai dit Ben on va pas le garder. Je veux dire on s'entendait super bien, et voilà mais on est jamais tombé amoureux, et clairement je me voyais pas lié à lui toute ma vie. C'était impossible quoi.

Comme Élane (38 ans, chargée de mission dans une association humanitaire, IVG à 34 ans en 2015), présentée en introduction et enceinte de son « amant régulier », Laura est dans une relation où la sexualité est dissociée de la conjugalité. La décision d'avorter est alors prise sans l'avis du partenaire sexuel, qui est informé plutôt que consulté. Ainsi Tiphany (35 ans, psychologue et experte judiciaire, IVG à 35 ans en 2017), enceinte après une brève relation avec un collègue de travail, ne lui signale sa grossesse que par acquit de conscience :

Au départ je ne voulais pas [lui dire]. Mais vraiment pas. Mais après par respect je me suis dit je vais lui dire. Mentir c'est pas dans ma nature. Je lui ai dit. Il a dit OK, OK, OK. Mais il a bien compris quand même qu'il avait pas son mot à dire là-dedans, que c'était une décision unilatérale et que je lui demandais pas son avis. Parce que je lui ai présenté comme ça aussi : écoute voilà je suis enceinte et demain je vais avorter, voilà [...]. C'est pas une question c'était une affirmation, point.

Les partenaires peuvent même être tenus à l'écart des démarches d'IVG, comme le fait Tiphany, qui préfère assumer seule et être accompagnée par une amie. Quand les partenaires sont informés, ils ne se sentent que faiblement concernés par les démarches. Celui d'Élane se défile complètement :

Figure-toi que cette espèce d'enfoiré n'a jamais répondu ! j'avais même envoyé des messages... il avait un Facebook et je lui avais envoyé un message en lui disant écoute mec il faut qu'on parle. Et il m'a répondu une fois en me disant « Ah mon téléphone est en panne, j'ai emprunté le téléphone d'un copain ». Et moi je lui ai dit Ouais mais c'est important ! pour moi c'était clair et net que j'allais avorter mais par contre, il était hors de question de le faire sans le prévenir. [...] Et en fait j'ai jamais eu moyen de lui parler.

Celui de Laura ne finit par l'accompagner que parce qu'elle a fortement insisté :

Le père [...] il savait pas trop quoi faire. Il est étudiant en médecine et en gros la semaine où je devais avorter c'était sa première semaine de stage, et au départ il était là « Mais je peux pas rater mon stage ! tu te rends pas compte blablabla ». Et moi j'étais là, mais c'est toi qui te rends pas compte ! tu te fous de moi ou quoi ! Et au final il est venu. Il avait droit à un jour de congé dans son stage, du coup il a pris ce jour-là quoi.

Dans ces situations, le travail abortif repose en totalité sur les personnes enceintes, qu'elles préfèrent gérer la situation seules et/ou que le partenaire ne se sente pas concerné par les démarches. La stigmatisation abortive, en revanche, est très limitée, voire inexistante : pour les premières concernées, mais aussi leurs proches et les professionnel·les de santé, l'IVG semble aller de soi.

Ainsi, dans les centres d'IVG enquêtés, l'absence de relation conjugale ou tout simplement des relations conflictuelles au sein du couple font nettement prioriser l'avortement à la poursuite de grossesse. Plus que cela : les professionnelles de santé n'hésitent pas à pousser vers l'IVG des femmes qui doutent mais dont la situation conjugale (et/ou sociale) leur semble problématique, voire pathologique. Ces situations sont fréquemment désignées sous le terme de « conjugopathie ». Cette expression transforme en diagnostic médical ce qui est en réalité un jugement social : la relation de couple n'est pas envisagée comme le produit de rapports sociaux sans cesse renégociés, asymétriques et potentiellement violents, mais comme un critère sanitaire auquel les situations des individus dérogent plus ou moins. Marie, médecin généraliste au CIVG1 rencontrée en 2016, m'explique ainsi en entretien :

Laurine : Et y'en a beaucoup qui changent d'avis ?

Marie : Non pas tant que ça [...]. Quelques fois t'en as qui arrivent, qui ont pris la Mifegyne et qui savent pas... [elle soupire]. Alors... [soupon]. C'est toujours très... ça va dépendre... du contexte de la femme quoi... bon, quand c'est des bonnes femmes qui ont des problèmes sociaux, bah tu les incites quoi... 'fin, tu vois... tu les incites... t'essayes quand même de leur faire un peu... bah on a eu des couples, c'est des problèmes de conjugopathie, ça nous est déjà arrivé de dire, écoutez, là, vous voulez pas la faire... alors... [moue de désapprobation].

À demi-mots, la médecin rend compte du gouvernement des conduites qui s'opère dans les centres d'IVG. De tels jugements peuvent également être émis par des personnels soignants, comme le montre cette scène au CIVG4 en août 2018 :

Pendant notre échange, l'aide-soignante, dans la pièce attenante, est au téléphone avec un couple déjà connu du service qui est, selon le terme d'Élodie, l'infirmière, « en pleine conjugopathie » et hésite à faire l'IVG. Ils se seraient finalement décidés à réaliser l'intervention. Mais quand l'aide-soignante reprend la personne au bout du fil, elle a finalement changé d'avis. La situation est confuse et agace un peu les infirmières et la médecin, qui se jettent des regards entendus et finissent par dire à voix haute (entre nous) que « vu la situation, ça ne serait pas plus mal de ne pas le garder, ce bébé ». C'est là qu'Élodie m'explique qu'elle les a reçus un long moment dans son bureau la veille et « qu'ils l'ont épuisée ». Elle me dit « bon après c'est aussi un milieu, elle ne travaille pas... » (sous entendu : très populaire). Le couple est ensemble depuis trois ans, hésite sur l'IVG parce qu'ils se disputent énormément.

Élodie commente : « quand je vois tout ce qu'ils avaient à se reprocher alors que ça fait seulement trois ans qu'ils étaient ensemble... trois ans ! » Il est clair que, à l'échelle d'une conjugalité qui pour elle se doit d'être de long, voire très long terme, cette durée paraît faible. Devant sa collègue et moi, elle dit ouvertement qu'il faudrait qu'ils se séparent (face à eux, elle s'est contentée d'insister sur leur mésentente). Dans la situation qu'elle décrit, c'est elle, sans formation spécifique, qui s'est chargée de mener l'entretien psychosocial en l'absence de la conseillère conjugale et familiale qui était en vacances. Elle estime que ce n'est pas son rôle (on sent que les situations l'agacent) mais le fait quand même. A un moment donné elle dit, à mon attention : « j'ai l'air très dur avec les patientes mais c'est qu'on en voit tellement ! ».

Pour les professionnelles de santé issues des classes moyennes et supérieures, qui vivent en couple, ont des enfants et se conforment à un idéal dominant de couple parental, donner naissance dans un couple instable et précaire est un risque à ne pas prendre. Si elles modèrent leur propos devant la sociologue (Marie parle avec précautions, Élodie anticipe une condamnation de ma part et s'en défend *a priori*), il n'en reste pas moins que leur positionnement est clair. En l'absence d'un projet parental estimé fiable, l'avortement est considéré, en raisonnant du point de vue du bien être anticipé de l'enfant, comme « la moins mauvaise solution pour lui, pour la femme, pour le corps social » (Hermitte, 2007, p. 275).

« On a envie de profiter » : un plus fort risque de stigmatisation de l'IVG dans les couples stables

Ces situations d'IVG « hors couple » sont cependant très minoritaires dans mon corpus. L'immense majorité des personnes rencontrées se déclarent en couple au moment de l'IVG³⁵. Mais ces couples ne sont que faiblement institutionnalisés : aucun n'est marié, seuls deux sont pacsés, la majorité ne cohabite pas ou alors depuis peu de temps. En raison des critères de recrutement (avorter d'une *première* grossesse), les personnes rencontrées sont bien souvent dans des relations relativement récentes, en début d'institutionnalisation (présentation aux ami·es, à la famille, etc.) – ce qui ne veut pas dire qu'elles n'aient pas une grande importance pour les personnes rencontrées. Ces situations questionnent la pertinence d'utiliser le critère statistique de la *cohabitation* pour évaluer la situation conjugale³⁶. Si cette variable reste plus

³⁵ Les modalités de recrutement ont pu d'ailleurs favoriser les personnes pour qui l'enjeu relationnel et/ou conjugal a été important : celles-ci peuvent estimer avoir « une histoire à raconter » qui justifie la participation à l'entretien, au contraire de personnes seules pour qui l'IVG, peut-être plus évidente, mériterait moins de discours – une telle hypothèse ne ferait que confirmer la centralité de norme de conjugalité dans la décision d'avortement. Une autre possibilité est que, face à l'enquêtrice, les personnes rencontrées tendent à désigner leur partenaire sexuel comme leur « copain », quand bien même les choses sont moins claires que cela, pour souscrire à la norme de sexualité conjugale – ou simplement se fondre dans une typologie et simplifier le discours. Cette seconde hypothèse pousse quoiqu'il en soit à questionner les approches de la conjugalité contemporaine dans les enquêtes quantitatives et qualitatives.

³⁶ D'autant qu'il existe de nouvelles situations conjugales durablement non-cohabitantes ou à l'inverse des situations de cohabitation qui persistent après la rupture en raison des difficultés matérielles à la décohabitation –

efficace que le taux de mariage et/ou de pacs³⁷ pour estimer la conjugalité, elle laisse dans l'ombre toutes les situations où la relation de couple existe, est définie comme telle, sans être durablement cohabitante. L'enjeu conjugal doit ainsi être envisagé dans le contexte contemporain qui est celui d'une diversification des modèles de relations amoureuses et sexuelles (Neyrand, 2016). Dans ces différents couples, la décision d'IVG est prise en concertation avec leur partenaire – à l'exception de Nolwenn qui ne dit rien à son copain (voir 2.2.2). Le plus souvent, elle est consensuelle et tient à la faible durée de la relation quand survient la grossesse. Les modalités de décision varient. Le choix peut être le résultat d'une discussion explicitement prise à deux, comme c'est le cas pour Laurie (25 ans, informaticienne, IVG à 21 ans en 2015), qui est avec son compagnon depuis deux mois à peine lorsque survient la grossesse :

Quand on en avait parlé on s'était dit que l'avortement c'était la meilleure solution pour nous à ce moment-là, d'autant plus qu'on se connaissait pas forcément quoi, et au bout de deux mois on envisage pas forcément de faire un enfant avec quelqu'un !

Dans d'autres situations, le partenaire/compagnon s'aligne sur un choix préalable de la personne enceinte. Dans ces situations, cet alignement se fait en général avec soulagement (le partenaire ne souhaitait pas la grossesse non plus), et plus rarement par principe (dans ce cas, les partenaires délèguent la décision car ils estiment que c'est à la personne enceinte de choisir). Quoiqu'il en soit, le résultat demeure que ces couples ne sont pas « prêts ensemble » à la parentalité, quand bien même ils l'envisagent un jour. Ces résultats recourent ceux déjà avancés au début des années 2000 : « Quand la grossesse non prévue survient dans le contexte d'une relation affective stable, la femme informe presque toujours son partenaire (97% des cas), et huit fois sur dix les partenaires sont d'accord sur la décision à prendre » (Bajos et al, 2004).

Cette façon de (*ne pas*) être prêt-es ensemble constitue un enjeu particulier pour les couples relativement installés, notamment les plus favorisés. Ceux-là ont la certitude de vouloir un jour des enfants ensemble, mais priorisent pour l'heure des projets préliminaires à la parentalité (professionnels, personnels ou conjugaux) et valorisent la « conjugalité sans enfant » (Mazuy, Toulemon et Baril, 2014). La conscience de plus en plus aigüe du travail parental qu'exige la venue d'un enfant renforce par contraste l'insouciance de la période qui précède. Elle crée, pour les plus favorisé-es, une incitation à « en profiter ». Si cette incitation, socialement différenciée,

ce que les enquêtes anglophones désignent sous les acronymes LAT (*Living Apart Together*) et LTA (*Living Together Apart*) (Déchaux et Le Pape, 2021, p. 18).

³⁷ Dans les intentions de fécondité, ce n'est pas la définition légale du couple qui prime mais sa définition de fait, même si « L'intention d'avoir un premier enfant est d'autant plus forte que le couple est reconnu juridiquement, les couples mariés se distinguant aujourd'hui des couples non mariés ou des couples pacsés en étant beaucoup plus traditionnels dans leur fonctionnement quotidien et leurs aspirations » (Régnier-Loilier et Perron, 2016, p. 82).

concerne la période qui précède la cohabitation conjugale (Santelli, 2019), elle s'impose aussi pour les couples nouvellement cohabitants. Ainsi,

les personnes issues des milieux sociaux les plus favorisés [sont] également [attachées] au souhait d'avoir d'abord profité de leur vie de couple sans enfant et rentabilisé leur investissement scolaire sur le marché du travail avant de devenir parents et d'être confrontés à un nouvel ensemble de tâches domestiques et éducatives (Régnier-Loilier et Perron, 2016, p. 82)

Entre les années 1960 et les années 1990, la période de « vie à deux » est passée de 2 à 4 ans pour les plus diplômées ; elle a également augmenté, quoique dans une moindre mesure, chez les moins diplômées. Quand je rencontre Margot (31 ans, psychologue, IVG à 27 ans en 2016), elle a un bébé depuis quelques mois, qui est né trois ans après son IVG. À l'époque, elle était enceinte du même compagnon, rencontré six mois plus tôt. Les conditions alors n'étaient pas idéales :

Margot : Nous on s'était dit qu'il fallait qu'on ait fait un grand voyage tous les deux et lui il avait des problèmes avec l'alcool à régler et c'était un prérequis...

Laurine : Et c'est une discussion que vous avez eue justement au moment de l'IVG ou ça a été plus tardif quand la relation s'est un peu instaurée ?

Margot : Le truc de l'alcool, oui, c'était au moment de l'IVG et je lui avais dit cash que de toutes façons... Puisqu'il m'avait dit : « c'est toi qui décides », mais lui je pense qu'il n'aurait pas été contre que la grossesse se poursuive à ce moment-là...

[...]

Laurine : Vous avez pu faire votre grand voyage ?

Margot : Oui on est allés en Amérique Latine et on a continué à voyager un peu pendant la grossesse. Pour l'instant c'est plus en stand-by on va dire même si on est quand même allés à l'étranger avec le petit, mais... C'était un peu logique, à partir du moment où on s'est dit : « il faut que ces conditions-là soient réunies », au fur et à mesure les conditions étaient réunies et voilà.

Margot rend très évidentes, dans son discours, les conditions qu'elle s'était fixées avant de devenir mère : un « grand voyage » et une responsabilisation de son compagnon vis-à-vis de ce qu'elle désigne implicitement comme une addiction. Margot anticipe ainsi une défaillance potentielle de son compagnon (dit autrement, un écart à la norme parentale), dont elle exige une correction avant d'accueillir un enfant. Le travail émotionnel à l'œuvre est manifeste : c'est elle qui pose ses conditions – ce qui est sans doute favorisé par son ascendant social dans la relation (psychologue et sexologue, elle est plus diplômée et issue d'un milieu avec davantage de ressources culturelles et militantes que son compagnon, livreur). De même Laurie (25 ans, informaticienne, IVG à 21 ans en 2015), qui envisage un jour de « fonder une famille » avec son compagnon, souligne-t-elle l'importante pour elle d'y aller « étape par étape » : elle a avorté dans les deux premiers mois après sa rencontre avec son compagnon. Quand je l'interroge cinq ans plus tard, elle habite désormais avec son compagnon, a terminé ses études, obtenu un CDI

et ne se pose pas encore la question d'avoir un enfant : leur objectif est avant tout d'acheter une maison. Cependant, « si [elle] tombait enceinte aujourd'hui, [elle] hésiterait ».

Les personnes engagées dans une relation de couple, à plus forte raison cohabitante, font face à une décision plus compliquée à prendre et s'exposent davantage à la stigmatisation. Inès (27 ans, ingénieure, IVG à 20 ans en 2010 et 26 ans en 2016) en a fait l'expérience sur le lieu de prise de charge de sa première IVG :

Y'a cette culpabilité [...]. J'ai pas envie d'y aller toute seule, parce que j'ai un peu honte de moi, et parce que voilà, la première infirmière que j'ai vue m'a pas beaucoup aidée non plus. Elle me dit « ouais mais vous vous êtes avec quelqu'un, il est pas là aujourd'hui mais vous vivez ensemble, c'est que c'est sérieux donc vous devez faire quelque chose » [regard dubitatif/qui récuse cette proposition]. Non... Non.. Si J'AI décidé que J'AI pas envie et que JE ne veux pas.

La stigmatisation de ces couples qui pourraient accueillir un enfant mais s'y refusent vient parfois de certaines avortées elles-mêmes, quand elles sont empêchées dans leur possibilité d'enfanter : Céline (34 ans, commerciale, IVG à 32 ans en 2015) critique par exemple une femme mariée qui avorte, tandis que Cynthia (17 ans, lycéenne, IVG à 17 ans en 2017) envie la situation de femmes plus âgées et installées. Le refus de maternité – imputé aux femmes exclusivement, et pas à leur compagnon, comme pour les sans enfant volontaires (Debest, 2014) – est davantage stigmatisé lorsque le couple est cohabitait.

Les décisions les plus difficiles à prendre surviennent au sein de couples installés, matériellement stables, décidés à un jour devenir parents ensemble. Ceux-là se sentent les moins légitimes à recourir à l'IVG. Tel a par exemple été le long dilemme de Laurianne (27 ans, assistante sociale, IVG à 27 ans en 2018), qui redoute de déstabiliser son couple en faisant un enfant trop tôt.

- **Laurianne (27 ans, assistante sociale, IVG à 27 ans en 2018) ou le dilemme conjugal face à la poursuite de grossesse**

Laurianne a 27 ans au moment où je la rencontre, en 2018. Assistante sociale, titulaire d'une licence en conseil social et familial, elle vit en couple dans un appartement en location, un deux pièces récent et confortable dans le centre d'une petite ville, à une heure de route de sa ville natale. Son compagnon a 26 ans, est commercial dans une moyenne entreprise. Le couple est ensemble depuis cinq ans et cohabite depuis deux ans. D'après Laurianne, tous·tes les deux sont « très famille » ; ils rentrent chaque week-end chez les parents de l'un ou l'autre, dans leur ville natale où ils retrouvent également leurs ami·es du lycée. Laurianne est la deuxième d'une sororie de quatre filles – aucune de ses sœurs, entre 29 et 23 ans, n'a d'enfant. Son compagnon a une grande sœur ayant déjà une petite fille, dont le couple s'occupe régulièrement : « on est gaga de cette petite, on l'aime trop, on adore passer du temps avec elle mais c'est du plaisir, c'est pas nous les parents ». L'une et l'autre envisagent de « faire leur vie ensemble » ; ils ont pour projet de partir en voyage plusieurs semaines à l'étranger, de devenir propriétaire d'un logement et, un jour, de se marier et d'avoir des enfants.

Quelques semaines plus tôt, après un long dilemme, ils ont décidé ensemble d'interrompre la grossesse inattendue de Laurianne. Malgré des conditions matérielles décrites comme favorables sans être

optimales (« on travaille tous les deux, on a tous les deux un poste fixe, on a un appartement... bon, il aurait peut-être fallu en changer »), la grossesse était trop soudaine, trop précoce : elle bouleversait leurs projets alternatifs et leur envie de profiter encore à deux d'une vie sans enfant. Laurianne décrit la décision comme un « ascenseur émotionnel » : si elle voulait d'abord avorter, elle change d'avis après la première consultation médicale. Son compagnon, en faveur de l'IVG, hésite le matin où ils arrivent au rendez-vous pour l'avortement. Ils rentrent chez eux et prennent la journée pour réfléchir. Chacun·e de son côté liste par écrit les avantages et les inconvénients d'une poursuite de grossesse. Le choix est en définitive moins symétrique que Laurianne ne me le présente : convaincue par les réticences de son compagnon, elle finit par se résoudre à avorter car elle redoute de « mettre son couple en péril », en imposant une paternité à son compagnon « pas prêt ». Il n'est pas question, pour elle, de prendre le risque d'une rupture du couple parental à moyen-long terme :

« Moi c'était soit il me suivait, il était d'accord avec moi, soit on stoppait tout et [...] à la fin j'ai bien vu que lui n'était pas du tout prêt et que ça allait être une bombe à retardement, que ça allait sûrement peut-être bousiller notre couple dans quelques années. Et ça, pour nous, c'est... on a un modèle familial où pour nous c'est un échec si à un moment donné on se sépare et qu'on se retrouve à élever un enfant seul. [...] On s'est rendu compte qu'on était sur la même longueur d'onde par rapport à ça, pour nous ça serait un échec si on n'arrivait pas... si on avait des enfants et que ces enfants ne pouvaient pas vivre avec leurs deux parents qui s'aiment ».

Outre le spectre d'une rupture potentielle, il n'était pas non plus question, pour Laurianne, d'assumer seule un travail parental dont elle anticipe l'importance au quotidien :

« J'étais pas prête à lui dire : "tu continueras à faire ce que tu veux et puis moi, je le garderai ou j'en m'en occuperai", c'était hors de question. [...] On n'était pas prêts à faire des concessions sur nos projets et notre vie sociale, pour le moment. [...] Je pense qu'on met entre parenthèses beaucoup de choses [quand on a un enfant], et faut en être conscients avant de se lancer ».

Laurianne revendique un modèle parental où l'implication paternelle est attendue. En attendant, les projets alternatifs du couple leur semblent prioritaires : un voyage de plusieurs semaines prévu quelques mois plus tard, devenir propriétaires, entretenir leur vie sociale. Si Laurianne répète à plusieurs reprises qu'elle aurait aimé « qu'on ne [lui] laisse pas le choix parce que c'était trop dur » (ou peut-être, qu'on ne laisse pas le choix à son compagnon), le soulagement qu'elle ressent après l'avortement lui fait dire que c'était pour eux « la bonne décision ». Ils font le choix de ne pas en parler à leurs parents respectifs, qui leur rappellent implicitement la norme procréative : « je pense qu'ils se diraient qu'on a un métier stable tous les deux, on a une situation, et du coup, ils attendent la finalité, ils veulent ça mais... sauf que nous on n'a pas envie pour le moment, on n'est pas prêts, pour le moment ».

L'exemple de Laurianne est une illustration quasi-paradigmatique des normes procréatives en vigueur et de leur recomposition. Laurianne n'est pas militante, elle ne se définit pas comme féministe. Attachée à une vision du couple et de la famille traditionnelle, elle n'est pourtant pas conservatrice et revendique que chaque membre du couple prenne sa part dans le travail parental. Il n'est pas envisageable, pour elle, de « faire famille » en dehors d'un couple parental ni de trop s'éloigner de ses parents et de ceux de son conjoint – qui réclament des petits-enfants aux repas de famille. Les hésitations face au devenir de la grossesse confrontent d'une part l'« envie d'en profiter » du couple et d'autre part la certitude de vouloir être parents ensemble un jour. Ce qui finit par l'emporter pour Laurianne, c'est le refus de prendre le risque d'une séparation conjugale consécutive à la grossesse, en imposant une paternité à son conjoint qu'elle

estime « pas prêt ». Dit autrement, dans la balance qui oppose stigmatisation de l'avortement et stigmatisation d'une parentalité non-conjugale, Laurianne tranche en faveur de l'avortement. Il est intéressant que, devant moi, Laurianne mobilise davantage cet argument relatif à la peur de la séparation que le fait qu'elle n'était pas certaine d'être prête elle-même ou qu'elle priorise d'autres projets – comme leur voyage ou l'accès à la propriété. Le respect à long terme de la norme conjugale de procréation lui semble plus légitime qu'une préférence personnelle qui risquerait d'être perçue comme *égoïste*. Elle l'explique d'ailleurs elle-même quand elle évoque leur voyage à venir :

Là, on part en fait dans quinze jours et ça aussi on y a pensé... ça aurait été égoïste de s'appuyer juste sur ça, en se disant : « on va pas faire un enfant, alors que...[le voyage est planifié de longue date]», mais voilà, on y a pensé aussi, on s'est dit on a envie de voyager, de profiter et puis c'est pas... pas prêts quoi. Je pense que ça nous aurait mis en échec, on a envie de profiter aussi, on aime sortir avec nos amis le week-end, on sort tous les week-ends, et on n'est pas prêts à mettre ça de côté, à se dire : « le samedi soir, ah ben, non... ». Après je ne dis pas qu'il faut s'arrêter de vivre quand on a un enfant, mais on n'était pas prêts en tout cas à faire cette concession-là pour le moment.

Pour contourner la stigmatisation du refus de maternité et le reproche d'égoïsme, il semble donc préférable à Laurianne de mettre en avant le risque d'une « mise en échec » conjugale. Ce qui se joue en réalité est une tension entre des impératifs opposés. Chez les classes moyennes et supérieures, l'injonction contemporaine à la réalisation de soi et à l'accomplissement personnel, mise en avant notamment par les sans-enfant par choix pour contourner la stigmatisation de la stérilisation volontaire (Tillich, 2019) mais commune à l'ensemble de la société³⁸, entre en tension avec une norme procréative encore contraignante. *In fine*, cela pousse les femmes et les couples à arbitrer entre des stigmatisations contradictoires, selon leur socialisation familiale et leurs représentations de la parentalité.

L'exemple de Laurianne suggère également que la prise de décision concernant le devenir d'une grossesse n'est pas aussi consensuelle qu'elle n'en a l'air. Une critique importante au concept de « projet parental » tel que le définit Luc Boltanski dans *La Condition Fœtale* (2004) est ainsi l'invisibilisation des rapports de genre au sein du couple. C'est d'ailleurs une des principales critiques adressées à l'ouvrage dans le volume 15 de la revue *Travail, Genre, et*

³⁸ Ces injonctions à l'accomplissement personnel et à l'autonomie individuelle ont notamment été étudiés par des sociologues comme Alain Ehrenberg et Eva Illouz. Dans *La fatigue d'être soi* (2000), A. Ehrenberg montre comment l'injonction à la responsabilité et à l'initiative produisent de nouvelles normes qui contribue à faire de la dépression un phénomène si répandue. E. Illouz, pour sa part, a montré avec E. Cabanas dans *Happycratie* comment l'injonction contemporaine au bonheur faisait du développement personnel et de la psychologie positive des instruments aux mains du néo-libéralisme (Cabanas et Illouz, 2018). Voir aussi les contributions du volume 49 de la revue *Ethnologie française* consacré à « L'optimisation de soi » (2019/4).

*Société*³⁹ (Bajos et Ferrand, 2006b ; Bateman, 2006), critique largement reprise par les travaux contemporains sur la procréation⁴⁰. Pour Elsa Boulet par exemple, qui a réalisé sa thèse sur les « grossesses ordinaires », le projet parental de Luc Boltanski « doit être interrogé comme un produit de la relation conjugale plutôt que postulé comme cause des décisions procréatives », étant données « les aspirations différentes, les tensions voire les francs désaccords quant au fait d’avoir un enfant ou d’en avoir un à ce moment-là » (2020, p. 195). En cas de conflit, l’issue de la grossesse dépend en effet « des ressources respectives au sein du couple [qui] permettent aux femmes d’être plus ou moins en mesure de faire entendre leur point de vue » (Bajos et Ferrand, 2002). À partir des décisions d’IVG conflictuelles, je voudrais ainsi montrer que le choix sur le devenir de la grossesse dépend largement d’à qui le rapport de force est favorable au sein du couple.

6.3.2 Avorter malgré son envie d’être mère : à l’épreuve de la stigmatisation de « l’enfant dans le dos »

En cas de désaccord sur la décision à prendre, la situation que j’ai le plus souvent rencontrée concerne des femmes qui auraient souhaité devenir mère mais y renoncent soit parce que leur partenaire leur oppose un veto ferme, soit parce qu’elles anticipent un non-investissement ou un désinvestissement rapide dans la paternité. « L’absence de père potentiel, ou l’absence des attributs nécessaires à une paternité chez leur partenaire est l’argument qui, aux yeux des femmes, semble le plus déterminant en faveur de l’IVG » écrivaient déjà N. Bajos et M. Ferrand (Bajos et Ferrand, 2006a, p. 96). Si cette affirmation est à nuancer – la norme d’âge semble au moins aussi importante – il n’en reste pas moins que l’absence d’engagement du partenaire est déterminante.

« J’ai pas voulu imposer ça » : le refus de contraindre à la paternité

Parmi les femmes les plus âgées de mon corpus, déjà engagées dans la vie active, plusieurs auraient souhaité poursuivre leur grossesse mais y renoncent faute d’un partenaire prêt à les suivre. C’est le cas par exemple de Céline (34 ans, commerciale, IVG à 32 ans en 2015), Imane

³⁹ Voir également les discussions de (Akrich, 2006 ; Gardey, 2006) dans le même numéro de *Travail, Genre et sociétés*.

⁴⁰ Par exemple, Mona Claro, dans sa thèse portant sur la sexualité et la procréation pendant la jeunesse en Russie post-soviétique, montre comment le modèle du « projet parental » ne fonctionne que partiellement concernant ses enquêtés : les couples revendiquent plutôt une non-planification qui ferait du premier enfant « le fruit fortuit de l’amour », tandis que les naissances de rang secondaire sont davantage planifiées (Claro, 2018, p. 412).

(29 ans, hôtesse de l'air, IVG à 29 ans en 2018), Maïssa (38 ans, designeuse, IVG à 38 ans en 2018) ou Sirine (29 ans, architecte, FC à 25 ans en 2014, IVG à 26, 27 et 28 ans).

Imane, depuis quelques mois, avait par exemple des relations sexuelles avec un garçon qui refusait d'être en couple avec elle au motif que, quelques années plus tôt, son frère et elle avaient flirté. À la suite d'un rapport non-protégé, elle est enceinte et s'en réjouit. Elle projette d'abord de garder sa grossesse. Mais son partenaire, qui a déjà un enfant d'une précédente relation, refuse de s'engager, encouragé en ce sens par toute sa famille qui considère qu'Imane essaie de le manipuler. Imane a le sentiment qu'on lui reproche de vouloir imposer une nouvelle paternité à son partenaire :

La sœur du garçon, que j'avais eu au téléphone, lui a dit que j'étais déterminée à garder le bébé et que j'avais mal parlé de lui. Elle a dit n'importe quoi. Et du coup, quand il a su ça, bon bah là, ça avait conforté son idée [de ne pas se mettre en couple], donc c'était mort, je le savais. Et en fait ça m'a tellement énervée qu'elle lui dise « elle est déterminée » [elle monte le ton]. J'avais l'impression que je leur donnais l'impression d'être une fille qui voulait faire partie de cette famille coûte que coûte, qui voulait lui faire un enfant contre son gré, alors que ce n'était pas du tout le cas.

Imane se résout à avorter quand il devient évident que « le garçon » n'a aucunement l'intention de s'engager dans une relation avec elle. Elle le vit très mal : quand je la rencontre deux semaines plus tard, elle ne cesse de me répéter combien elle regrette (« Mais vraiment que je regrette tous les jours, tous les jours ») et comme la décision lui a été imposée par son partenaire : « moi je voulais pas avorter, et si je le faisais, c'était vraiment par rapport à lui ». En fin d'entretien, au moment où je lui demande si elle veut ajouter quelque chose, elle me redit : « vous direz juste que moi, je fais partie de celles qui regrettent à 200 pour cent [rire triste] ». La stigmatisation du refus de maternité – ou en l'occurrence du renoncement à la maternité – ne peut donc faire l'économie d'une analyse symétrique du *refus de paternité* qui, lui, n'est que faiblement stigmatisé, quand bien même le droit protège les enfants par la possibilité d'une action en recherche de paternité.

Quel que soit l'enjeu autour de la relation conjugale, les femmes rencontrées s'avèrent particulièrement réticentes à *imposer une paternité* à un homme. C'est aussi vrai pour celles qui décident unilatéralement d'avorter. La peur d'être accusée de « faire un enfant dans le dos » peut ainsi motiver certaines femmes à endosser seule le travail d'avortement, comme l'a fait Férouze (42 ans, aide-soignante, IVG à 26 en 2003 et 30 ans en 2007) lors de sa première IVG : « J'ai pas voulu imposer ça. Je lui ai même caché, pour être claire. Je lui avais annoncé le jour où j'étais à l'hôpital en lui disant que j'étais enceinte et qu'il ne s'inquiète pas, que je ne ferai pas d'enfants dans le dos, que j'étais prête à me faire avorter » (cette décision lui vaudra pourtant le reproche de son compagnon, qui lui considère qu'elle lui a menti en l'informant à la dernière

minute). La peur d'imposer une paternité est aussi une des principales raisons qui décourage Céline (34 ans, commerciale, IVG à 32 ans en 2015) de poursuivre sa grossesse :

Pour moi, ce qui a été assez révélateur c'était la prise de conscience que j'étais pas prête à avoir un enfant seule quoi. Et que si son père était pas d'accord... au-delà du fait qu'on soit, ou pas, ensemble, c'est qu'il était pas d'accord, il avait pas envie, et ça je trouvais ça horrible quoi ! [...]. Je savais qu'autour de moi y'avait des gens, des femmes, qui avaient eu des enfants un peu dans le dos de leur mari et on m'a toujours présenté ça comme « c'est horrible de faire ça ». Donc je pense que quelque part au fond de moi y'avait ça [...]. J'étais très attachée... Peut-être trop, je sais pas... au... désir de mon ami. C'est-à-dire aller à l'encontre de ça, c'était hyper dur pour moi. De lui imposer un enfant.

L'enjeu, dans ces situations, est en fait un arbitrage entre stigmatisation de l'IVG et stigmatisation de « l'enfant dans le dos ». Cela est vrai y compris lorsque la décision est consensuelle, comme pour Laurie (25 ans, informaticienne, IVG à 21 ans en 2015) :

C'était pas que de ma responsabilité quoi, y'avait la vie de Julien aussi et je voulais pas lui infliger ça après deux mois de relation quoi ! Enfin c'est... compliqué de décider de la vie de quelqu'un et de lui dire ensuite neuf mois plus tard bah voilà tu as un enfant, assume-le. Alors que bah... Il avait 24 ans à l'époque et c'est peut-être pas ce qu'il avait envie pour démarrer sa vie quoi ! ça impliquait pas que moi !

Dans la hiérarchie des stigmates, *l'imposition de paternité* semble plus problématique que l'avortement, *a minima* pour les femmes de mon corpus issues des classes moyennes et supérieures – alors qu'elles seraient aussi les plus susceptibles d'attaquer un homme en justice pour refus de paternité. Ce résultat invite à faire, par contraste, une sociologie de la « paternité imposée » en France. À ma connaissance, elle reste toute entière à construire et serait passionnante. À l'heure actuelle, le sujet a surtout été investi par les juristes⁴¹ : les nouvelles lois de bioéthiques et l'ouverture de la PMA aux femmes seules et aux couples lesbiens étant une avancée vers une moindre primauté du lien biologique dans la définition de la filiation, de nombreux juristes soulignent la difficulté à imposer une paternité à un homme au seul motif de son lien biologique à l'enfant⁴². L'argument est de taille. Toutefois, les mobilisations de ces hommes qui se considèrent dupés par des femmes manipulatrices⁴³ et la virulence de leurs prises

⁴¹ L'avocate Marie Plard et la juriste Marcela Iacub défendent ainsi depuis le milieu des années 2000 l'idée d'une « paternité sous X ». En 2013, M. Plard a publié un essai témoignant des situations de ses clients à qui la paternité a été « imposée » (Plard, 2013). Le texte, très médiatisé, a suscité la critique de plusieurs collectifs féministes comme Collectif Antimasculiniste Île de France (Voir <https://lmsi.net/Les-paternites-imposees-1>, consulté le 02/02/2023).

⁴² À la fois par des juristes déjà en poste (Lassalas, 2016, 2022) et par des masterant-es ou doctorant-es (Deffet, 2022 ; Pluys, 2022).

⁴³ Ainsi sont-elles présentées sur la page « paternité imposée » de l'association masculiniste « groupe d'étude sur les sexismes » qui soutient qu'il existe un sexisme envers les hommes appelant à un nécessaire « hominisme » face au féminisme. Voir <http://www.g-e-s.fr/base-de-documentation/dossiers/les-paternites-imposees/>, consulté le 02/02/2023.

de position⁴⁴ laissent entrevoir, derrière des revendications égalitaristes, le retour d'un masculinisme qui n'est pas sans rappeler celui des « papa en danger » étudiés par Edouard Leport (2022). La tension entre débiologisation de la parentalité et réaffirmation masculiniste mériterait une vaste enquête, qui pourrait être à la fois une sociologie critique du droit autour de cette question et une appétissante sociologie des mobilisations de « pères malgré eux⁴⁵ », lesquelles s'inscriraient dans une plus vaste sociologie du « backlash » masculiniste face aux mobilisations féministes (Faludi, 1993).

« Il a éjaculé en moi, c'est qu'il le voulait ! » : les désaccords genrés sur le script parental implicite de la sexualité

Cette sociologie des « paternités imposées » ne saurait faire l'économie d'une analyse de la responsabilité contraceptive des hommes et des implicites genrés relatifs à la parentalité qui sont à l'œuvre dans les relations sexuelles. Les situations de désaccord sur les suites de la grossesse révèlent en effet des conceptions très différenciées au cœur de l'acte sexuel en lui-même, relatives à la contraception. L'absence de pratiques contraceptives – ou des pratiques faiblement efficaces – ne sont pas lues de la même façon par les deux partenaires.

Imane, suspectée comme on l'a vu de vouloir faire un enfant à son partenaire « contre son gré », pointe cette divergence dans les significations implicites de la sexualité.

Laurine : Au moment du rapport sexuel, lui s'est dit qu'il pouvait se retirer ?

Imane : C'est ça que je n'ai pas compris. Moi [...] je sentais en fait comme si j'avais un liquide dans mon vagin. C'était très bizarre. Je me sentais... je sais pas comment dire ça poliment. Mais il y avait quelque chose. Et j'avais pris la pilule du lendemain ! Du coup, ça avait un peu... nuit à mes espoirs [d'être enceinte]. [...] En plus, je l'ai prise hyper tôt donc j'avais toutes les chances que ça ne marche pas [la grossesse]. [...] En fait, je pense que quelque part, inconsciemment, même lui voulait un bébé ! Vu que... voilà, il a éjaculé en moi c'est qu'il le voulait ! parce que toutes les fois où j'ai eu des rapports, il y avait pas de ça, parce que les gens voulaient pas ! [...]

Laurine : Et c'est les hommes eux-mêmes qui spontanément se retiraient, ou c'était quelque chose de discuté ?

Imane : Ouais enfin la question se posait même pas, parce qu'on était sur la même longueur d'onde de ce côté-là. Pas de bébés, comme ça, non non non, on était tous consentants. Sauf qu'en fait là, moi, parce que j'étais vraiment dans mon délire [de vouloir un enfant], je lui ai dit vas-y. Et lui... mais j'ai même pas insisté ! Et je pense que pour lui [...] c'était une évidence le faire. Et sur le coup, je me suis dit, [...] il doit vouloir, sinon il ne l'aurait pas fait, machin, mais en fait quand j'ai vu sa réaction, en fait non non non, il ne voulait pas du tout. C'est juste que

⁴⁴ Une brève consultation de quelques articles en la matière suffit à s'en convaincre : les femmes sont accusées d'être des « voleuses de sperme » dans un article de Marie-Amélie Lombard-Latune du Figaro daté du 28/01/2013, « La paternité peut-elle être "imposée" ? », accessible à l'adresse <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/2013/01/28/01016-20130128ARTFIG00717-paternite-imposee.php>, consultée le 02/02/2023.

⁴⁵ Une brève recherche permet de se rendre compte que plusieurs associations de lutte contre la paternité imposée existent : l'association « Pères : les malgré nous » ne semble plus en activité, mais une nouvelle association a vu le jour en 2019, l'Assopi (Association Paternité Imposée), accessible à l'adresse <https://www.assopi.fr/>, consultée le 02/02/2023.

c'était sa manière de faire. Mais comme je lui ai dit, tu vas te retrouver avec dix gosses comme ça.

Imane est musulmane pratiquante et se définit comme « très pieuse », sans toutefois porter le voile. Elle a commencé sa sexualité tardivement (à peine un an plus tôt, à 28 ans) et ne prend pas de contraception. Les rares partenaires qu'elle a eus, tous musulmans, ont pratiqué le retrait sans qu'il soit besoin d'en discuter⁴⁶ – preuve que les scripts sexuels varient selon les populations. Imane et son partenaire partagent cet implicite du coït interrompu. Aussi, quand elle l'invite à ne pas se retirer, elle interprète son choix d'éjaculer en elle comme l'acceptation tacite d'une éventuelle grossesse, qu'elle souhaite avec force. Elle s'explique même cet acte par un « désir inconscient de paternité » de son compagnon – là où il s'agit plus probablement d'une recherche de plaisir sexuel (voir 5.3.2). Les implicites genrés divergent ici de façon très nette : pour l'une – en rupture avec la norme de maternité programmée – il est possible que le projet parental soit implicite ; pour l'autre, y compris en cas de rapport risqué, la parentalité est inenvisageable. D'une certaine façon, le partenaire d'Imane souscrit davantage qu'elle à la norme du « projet parental » explicite, tout en lui déléguant la charge contraceptive et éventuellement abortive – sa famille jouant un rôle coercitif de rappel à la norme du projet parental explicite, en stigmatisant Imane.

Sirine (29 ans, architecte, FC à 25 ans en 2014, IVG à 26, 27 et 28 ans) souligne également ce hiatus dans les sous-entendus de la sexualité. Elle explique elle aussi ses IVG répétées par la différence de signification qu'elle et ses partenaires donnent aux pratiques de contraception « risquées » :

Il m'a jamais demandé « c'est bon, on se protège pas, pas de problème ». Je crois qu'on a vaguement fait des tests de dépistage au début pour pas se protéger mais disons que c'était « Ah on se protège pas y'a pas de... y'a pas de... ». Mais bon, c'est mon affaire à moi quoi. Et donc quand je suis tombée enceinte, je pense que quand même je lui avais dit que je prenais rien. Mais j'ai dû lui dire t'inquiète, je connais mes cycles, telle période il faut pas que t'éjacules en moi, telle période ça va, j'avais fait un truc un peu comme ça mais enfin, n'importe qui de sensé sait que bon, quand même... [...] Et en fait c'est ce flou des mecs vis-à-vis de leur positionnement par rapport à la contraception qui m'a fait penser, et interpréter, de manière un peu fausse, enfin en me trompant, que OK, ils étaient OK pour avoir un enfant, que quelque part ils étaient OK avec ma vision des choses de bon ben si ça arrive ça arrive si ça arrive pas ça arrive pas, parce que moi j'étais pas du tout transparente dans ma volonté d'avoir un enfant. [...]

Je sais pas, mais je me suis toujours dit que [...] les enfants c'étaient aussi un truc naturel qui arrivait comme ça, voilà, ça arrivait pas forcément quand on l'avait prévu et quand on avait l'assise financière, le job parfait, le mec parfait, la maison parfaite, enfin je me disais ça arrive et puis après on fait avec, c'est trop bien que ça arrive ! Enfin moi j'avais vraiment cette

⁴⁶ La thèse commencée par Lamia Yousfi sur le rapport à l'IVG des femmes issues de l'immigration algérienne à l'avortement aurait apporté un précieux éclairage sur le rapport particulier des femmes d'origine maghrébine à la sexualité, la contraception et la procréation. Elle a, à ma connaissance, été abandonnée.

conception des choses. Mais mes partenaires pas du tout. Et je pense que dans tous les cas j'ai jamais été claire sur ma conception des faits.

Que son partenaire accepte un rapport sexuel risqué signifiait, pour Sirine, que celui-ci était prêt, implicitement, à accepter une grossesse si elle survenait. Être enceinte sans l'avoir anticipé n'empêche pas certaines femmes de s'en réjouir : « parmi les femmes ayant connu un échec de contraception et une grossesse catégorisée comme non-intentionnelle, un quart déclaraient pourtant s'en trouver heureuse ou très heureuse⁴⁷ » (Trussell, Vaughan et Stanford, 1999, p. 247). Cette façon de concevoir la maternité comme « ni hasard, ni projet » (Claro, 2018), comme « It just happens » (Borrero et al., 2015) est cependant minoritaire. Elle peut être analysée comme un écart à la norme de « l'enfant programmé », sanctionné par les réactions du partenaire. Ainsi, les femmes envisageant une maternité « déviante » sont rappelées à l'ordre par des compagnons pour qui, sans projet parental explicite, la paternité n'est pas envisageable.

Mais une autre analyse peut être proposée si l'on accepte de remettre en cause le postulat théorique de la systématité du paradigme du projet parental dans les décisions procréatives. Plusieurs travaux menés sur des terrains non français montrent en effet que de nombreuses décisions de (non) procréation se jouent en fait sur le registre de l'implicite : une enquête menée aux Pays-Bas suggérait ainsi que les désaccords dans le couple sont faiblement discutés (Rijken et Knijn, 2009), Mona Claro parle de « négociations silencieuses » dans certains couples russes (2018, p. 427). Définir une grossesse prévue ou non-prévue, désirée ou non-désirée constitue une difficulté en soi⁴⁸ et les décisions de parentalité sont rarement binaires. L'intentionnalité de

⁴⁷ « On the other hand, although a majority (59%) of women with contraceptive failures classified as unintended pregnancies reported being unhappy or very unhappy, 25% said they were happy or very happy »

⁴⁸ C'est d'ailleurs un reproche que L. Boltanski adresse à l'enquête de N. Bajos et M. Ferrand dans son droit de réponse à leur critique de *la Condition Fœtale* : « l'affirmation du caractère "prévu" ou "non prévu" d'une grossesse [est] souvent le résultat d'un travail de reconstruction biographique » (2006, p. 189). Les enquêtes quantitatives, quant à elles, ont rivalisé d'inventivité méthodologique pour essayer d'en proposer une définition opérationnelle. Les enquêtes de l'INED sur la fécondité comme l'Enquête sur la Régulation des Naissances (ERN 1988), l'Enquête sur les Situations Familiales et l'Emploi (ESFE A994) et l'enquête Intentions de fécondité (IF entre 1998 et 2003) demandaient à chaque fois aux répondant-es (entre 18 et 44 ans) de dire pour chaque enfant si la grossesse : « était souhaitée a) à ce moment-là, b) plus tard, c) pas du tout, d) plus tôt ou e) survenue alors que la personne n'y pensait pas. Les réponses permettent de distinguer : – les naissances planifiées, c'est-à-dire souhaitées "à ce moment-là" ou "plus tôt" ; les naissances mal planifiées, souhaitées "plus tard" ; les naissances non désirées déclarées "pas souhaitées du tout". La modalité "n'y pensait pas", est difficile à classer dans la mesure où elle peut signifier que la grossesse était désirée à un autre moment, ou qu'elle n'était pas désirée, la personne interrogée préférant l'exprimer de manière moins radicale en évitant de dire qu'elle ne la souhaitait pas du tout. » (Régnier-Loilier et Leridon, 2007, p. 3). Une telle typologie recoupe des réflexions menées aux Etats-Unis. En 1995, une enquête quantitative, the National Surveys of Family Growth (NSFG), conduite par la National Center for Health Statistics (NCHS), met en évidence ces difficultés de définition (Trussell, Vaughan et Stanford, 1999). Dans cette enquête, la grossesse non-désirée n'est pas définie relativement aux pratiques contraceptives mais relativement au jugement que les femmes ont *a posteriori* sur leurs intentions de grossesses. Dans ce système, les grossesses sont considérées non-désirées quand rétrospectivement les femmes considèrent qu'elles sont arrivées trop tôt ou n'auraient jamais dû arriver, mais elles sont considérées comme désirées lorsque les femmes estiment qu'elles sont arrivées au bon moment, quand bien même elles utilisaient une contraception. L'objectif de cette méthodologie est de décorrélérer le désir de grossesse des pratiques contraceptives effectives. Elle permet aux

la grossesse est un continuum (Boulet, 2020, p. 301) entre deux pôles allant de la grossesse fortement planifiée et désirée à la grossesse non prévue et pas désirée du tout – entre les deux, toutes les gammes des ambivalences, hésitations, indifférences, revirements (Aiken et al., 2016, p. 1).

Mais le caractère désiré et/ou planifié de la grossesse n'est pas homogène au sein du couple. Les données statistiques avancent ainsi que « les femmes sont moins nombreuses à estimer les naissances programmées que les hommes : 72% contre 80% » (Mazuy, 2009, p. 36). Ce chiffre peut suggérer que les femmes ont une plus grande tolérance que les hommes à accepter une parentalité imprévue et/ou que les grossesses considérées comme prévues par les hommes sont davantage poursuivies. À l'inverse, il est possible que les grossesses non-prévues soient plus souvent avortées quand le partenaire sexuel refuse d'investir un projet parental. Le rapport de force semble donc, statistiquement, à l'avantage des hommes.

Ce qui reste toutefois manifeste, c'est la naturalisation des compétences contraceptives des femmes, la délégation qui leur est faite du travail contraceptif et abortif, voire le *sabotage contraceptif* décrit au chapitre précédent (5.3.2). Sirine comme Imane ne sont pas contre l'idée d'être mère, voire s'en réjouissent *a priori* : d'un point de vue strictement individuel, elles n'ont donc aucune raison de s'astreindre à des pratiques contraceptives rigoureuses et pénibles. Comme l'a montré une enquête de santé publique menée aux États-Unis, les femmes les plus susceptibles d'avoir recours au retrait (plutôt qu'à une contraception plus efficace) sont celles qui affirment qu'elles seraient heureuses d'être enceintes (Higgins et Wang, 2015a). Mais qu'en est-il de leur partenaire ? Ces enquêtes n'en disent pas grand-chose. Cependant, seule l'absence de responsabilité contraceptive des hommes peut expliquer leur capacité à décorréler un rapport peu ou pas protégé d'une paternité potentielle. L'asymétrie dans les projets parentaux est ainsi étroitement liée à l'occultation de la fertilité masculine et à la délégation du travail contraceptif aux femmes (voir 4.3). Ce manque de responsabilité contraceptive n'empêche cependant pas les hommes d'imposer leur décision sur les suites de la grossesse tandis que, pour les femmes, l'IVG reste une façon d'échapper à l'accusation d'imposition de paternité.

« *Il m'a forcée* » : *l'imposition de force de l'IVG*

Parfois, le contrôle des partenaires sur le corps des femmes peut aller jusqu'à l'imposition forcée de l'avortement, comme en témoignent deux situations rencontrées au CIVG2.

auteurices de l'article de conclure que tous les échecs de contraception ne sont pas nécessairement des grossesses non-voulues et les conduit à s'étonner que les femmes dont la grossesse survient à un moment jugé opportun aient pourtant une contraception (p. 247).

• L'exemple d'une jeune femme contrainte à avaler des comprimés abortifs

Octobre 2019. Première consultation de la matinée. La jeune femme a 34 ans, cinq enfants, elle a connu en tout quatorze grossesses, dont quatre fausses-couches, une grossesse extra-utérine. C'est sa quatrième IVG. Elle est Agent de Service Hospitalier et son compagnon, le père de ses trois derniers enfants, avec qui elle est en couple depuis huit ans, reste au foyer pour s'occuper des enfants car elle voulait reprendre le travail : « c'est son tour » explique-t-elle. Elle est accompagnée au CIVG par son père, qui attend en salle d'attente. Elle porte un blazer noir à fines rayures claires, un jean bleu clair, des bottines noires à talon, un sac noir en cuir, des petites boucles d'oreille dorées et chaîne dorée. Elle est légèrement maquillée, ses ongles ne sont pas faits mais ils sont courts et entretenus. Elle arbore une sorte d'élégance discrète, casual chic. Elle est très souriante, accepte très facilement ma présence, ne perd jamais ses moyens même quand on aborde des points vraiment compliqués.

Avant d'aller la chercher en salle d'attente, on constate avec Maryse (CCF, 51 ans) qu'elle a déjà avorté plusieurs fois dans le service – quand Maryse lui explique qu'on va remplir par étapes ses différentes grossesses, elle plaisante doucement « vous aurez peut-être même pas la place hein » (le tableau comporte une dizaine de lignes). [...] Elle énumère toutes ses grossesses, explique que sa première IVG a été très dure et à ce moment-là j'arrête de prendre des notes écrites tant ce qu'elle raconte me semble choquant (j'écris seulement « AFFAIRE CYTOTEC » sur mon carnet).

Voici l'affaire : alors qu'elle était au tout début de la relation avec « son homme », comme elle dit, il l'a forcée à prendre du Cytotec (le médicament donné pour faire avorter). D'après ce que j'en comprends, son compagnon revenait d'un séjour professionnel dans une autre ville où il a réussi à se procurer du Cytotec pour la faire avorter et le lui a fait ingurgiter de force, dans des conditions qu'elle ne précise pas. Elle dit « il m'a forcée » mais on ne sait pas exactement comment, et Maryse ne creuse pas. La conseillère est visiblement horrifiée, soulève des sourcils révoltés, ouvre grand les yeux : « Mais c'est grave ! » « Vous savez que vous pouvez porter plainte contre lui ! ». La jeune femme explique que oui, que sa gynéco de l'époque qui avait « suivi l'affaire de A à Z » lui a dit la même chose, qu'elle ne l'a pas fait. Elle explique qu'elle lui en veut encore pour cela, qu'elle lui en voudra toujours, mais qu'elle l'aime. « J'aurai toujours cette haine contre lui mais je l'aime de tout mon cœur ». Elle dit qu'elle lui dit qu'elle lui en voudra, et lui se justifie en disant qu'elle ne pouvait pas le forcer à être père contre son gré. Il n'a pas l'air de beaucoup le regretter : de son point de vue, c'est justifié. La jeune femme nous explique que de toutes façons, c'est « ou lui ou elle à qui on impose quelque chose, qu'en un sens c'est vrai ». Elle raconte tout cela très simplement, et puis soudain, un ton plus haut, elle s'assure « ça reste entre nous hein ? mon père ne le sait pas ». Maryse réaffirme à plusieurs reprises le secret professionnel auquel tout le monde est soumis.

Si les conditions dans lesquelles l'avortement forcé a eu lieu restent opaques (comment son conjoint s'est-il procuré un médicament qui était alors inaccessible en pharmacie ? comment l'a-t-il contrainte à avaler la pilule ?), ce qui est notable est à quel point la jeune femme tolère et normalise une situation dont elle sait pourtant bien qu'elle est inacceptable – en témoignent les réactions des professionnelles à qui elle l'évoque, et son propre silence devant son père. Comme dans la plupart des situations de violences conjugales – il est probable que cette femme en ait vécu d'autres – plutôt que critiquer le conjoint, le choix est fait de légitimer sa vision des choses. Sa volonté à elle de poursuivre la grossesse est placée sur un plan d'équivalence absolue avec la volonté de son conjoint de l'interrompre (« ou lui ou elle à qui on impose quelque chose ») et l'amour « de tout son cœur » se charge de « pardonner » une action légalement répréhensible. Ainsi, la socialisation romantique des femmes constitue le terreau des violences

qu'elles subissent, rendant difficile voire impossible, dans des rapports de couple aussi asymétriques, une dénonciation du contrôle masculin sur le corps féminin.

Si ici les professionnelles s'en insurgent, elles n'interviennent pourtant pas dans une situation où l'IVG est réalisée sur une femme en détresse absolue, résignée à avorter parce que son mari ne veut pas d'un nouvel enfant et menace de la quitter si elle garde la grossesse.

- **L'exemple d'une femme qui refusait d'avorter**

Septembre 2019. Maryse me fait le récit de la dame de la semaine dernière que son mari oblige à avorter et à qui elle préfère rendre visite sans moi en post-IVG (d'ordinaire je l'accompagne toujours). Elle m'a raconté l'entretien pré-IVG la semaine précédente : il s'agit d'une femme qui a eu deux jumeaux après une stimulation ovarienne et se trouve de nouveau enceinte, sans aide à la procréation cette fois. Elle ne veut absolument pas avorter mais son mari est très opposé à la poursuite de grossesse. Il lui a laissé le choix : lui ou le bébé. Quand je m'étais insurgée de cette réaction, Maryse avait pris la défense du mari : « il a paniqué, il a pas bien réagi, mais bon, c'est le père de ses enfants ». La dame s'est résolue à avorter et Maryse considère que c'est le bon choix parce que « s'en sortir seule avec les trois... » et puis « les enfants ont besoin de leur père ». Mais la décision est très douloureuse : elle envisage de se faire tatouer « une tortue sur le ventre avec les initiales du bébé » pour ne jamais l'oublier. Maryse me raconte que le matin même, au moment de l'opération, la dame allait vraiment très très mal. Elle a été opérée alors même qu'elle était accroupie contre la porte, à se cramponner au chambranle pour ne pas qu'on l'emène (Maryse mime la scène en s'accroupissant et tenant le contour de la porte de son bureau, j'imagine que les infirmières ont dû faire de même quand elles lui ont raconté la scène, qui de fait est visuellement très choquante). Elle m'explique qu'on l'a déshabillée de force, c'est « le mari qui s'en est chargé, mais pas du tout du tout facilement ». Marie-Christine, la médecin qui a réalisé l'aspiration, précise « on l'a endormie vite parce qu'elle pleurait ». Maryse prévoit de la revoir en consultation dans l'après-midi. Quand elle revient de l'unité ambulatoire, elle me raconte qu'elle ne l'a pas trouvée dans le service, mais dehors, en train de se mordre les bras parce qu'elle se sentait coupable, disait qu'elle « se hait », qu'elle « a tué son bébé ». Même Julie, la jeune médecin qui fait toujours des blagues et prend les choses en dérision, ne cesse répéter : « Oh la pauvre dame, la pauvre dame, la pauvre dame, on en a jamais vu une aussi, autant en détresse, aussi triste ». C'est elle qui, deux jours plus tôt, lui a donné la prémédication avant l'aspiration. Elle raconte que la dame était tellement en larmes qu'elle était incapable de s'occuper de ses jumeaux, que c'est les médecins qui se sont occupés des enfants. À un moment donné, elle s'est cachée derrière la paroi pour pleurer. Julie insiste en disant que c'était très difficile. C'est Marie-Christine, sa collègue plus âgée, et beaucoup moins avenante, qui a réalisé l'aspiration le matin. Elle n'en témoigne aucune émotion particulière, si ce n'est cet agacement latent et agressif qui la caractérise. Les pieds croisés sur le bureau de Guillemette, la secrétaire, elle tire sur sa cigarette électronique et raconte avec désinvolture sa visite dans la chambre de la dame après l'intervention : « je l'ai secouée un peu, parce qu'à un moment donné je lui parlais, et elle était sur son téléphone, elle regardait son téléphone et se balançait d'avant en arrière et elle me regardait pas et elle, elle allumait, elle éteignait son téléphone, allumait, éteignait, donc je lui ai dit qu'il fallait qu'elle se bouge et je lui ai demandé si elle avait mal et elle disait "Je m'en fous, j'ai tué quelqu'un, je m'en fous". Oui, bah moi c'est quand même ça que je veux savoir. » Maryse ajoute : « c'est quand même glauque cette affaire de tatouage, là » et Maryse commente « cette grossesse, elle parle de la relation de couple ». Marie-Christine prophétise d'un air blasé : « ils vont se séparer » et puis on parle d'autre chose – le passage à temps-plein de Maryse dans le service, que Marie-Christine n'approuve pas.

Ce qui est terrible, dans cette situation, c'est à quel point personne, dans l'équipe, ne questionne la posture du « mari », qui est considérée comme aussi légitime que celle de la femme enceinte. Julie a donné le premier comprimé abortif à une femme éplorée, incapable de s'occuper de ses enfants en raison de son chagrin. Le mari l'a déshabillée *de force*, alors qu'elle résistait *physiquement* lorsque l'on voulait l'emmener au bloc. Marie-Christine l'a endormie « vite parce qu'elle pleurait » (dit autrement, elle l'a faite taire le plus rapidement possible et a nié son ressenti) avant d'aspirer son embryon et, en post-opératoire, elle écarté d'un revers de main l'expression de sa souffrance. Aucune professionnelle n'intervient pour rappeler que la décision d'avorter, en droit, revient *exclusivement* à la personne enceinte. Toute l'équipe – féminine – cède en chœur à la position du mari et se détourne du sujet. Comment l'expliquer, alors que les équipes sont relativement sensibilisées aux violences conjugales, alors qu'elles clament que la décision est celle de la femme ?

J'y vois au moins quatre raisons. La première est une minoration des rapports de force au sein du couple et une occultation de la violence subie : ce que je considère comme du chantage affectif du conjoint, voire de la violence conjugale, est présenté par Maryse comme une « mauvaise réaction », pas illégitime cependant : « on peut le comprendre » (c'est pourtant cette même Maryse, à quelques jours d'intervalle, qui s'insurgeait du Cytotec donné de force). Dès lors, le rôle de la conseillère est de travailler faire accepter la décision du conjoint à l'avortante. Une deuxième raison s'avère ainsi la valorisation du maintien du lien conjugal envers et contre tout (« cette grossesse, elle parle de la relation de couple ») : se séparer avec déjà deux enfants en bas âge, et un troisième en route, semble plus dommageable à long terme qu'obliger la personne enceinte à un avortement dont elle ne veut pas – s'expriment ici des conceptions traditionnelles du couple et de la famille. Enfin – et *surtout* – cette femme enceinte n'est pas considérée comme une mère *conforme* et *capable* : pour les professionnel·les, elle semble témoigner d'un état psychique qui la rend inapte à s'occuper d'un enfant – puisque sa tristesse l'empêche de s'occuper de ses jumeaux. Cela est paradoxal si l'on considère que c'est précisément le refus de son conjoint d'avoir un nouvel enfant qui provoque cet état chez elle. Mais les professionnelles ne peuvent s'empêcher de considérer sa réaction comme excessive : elles ne voient pas comment « la dame pourrait s'en sortir seule avec les trois » et elles privilégient le bien-être anticipé des jumeaux qui ont « besoin de leur père ».

À cela s'ajoute, pour finir, l'organisation structurelle de la prise en charge en orthogénie. La répétitivité des situations et le bref séjour à l'hôpital font qu'en dehors de Maryse qui va revoir cette femme avec plusieurs consultations post-IVG (si tant est qu'elle y vienne), toutes les autres peuvent se désengager émotionnellement de cette situation – la rencontre est un *one shot*. Les professionnelles en ont vu d'autres : demain apportera son lot de nouvelles histoires

racontées en une poignée de minutes, qui feront oublier celles qui précèdent⁴⁹. En l'absence d'analyse collective de la pratique et de réflexion collective organisée, l'épisode, quoique « traumatisant » pour les équipes selon le mot de Maryse, et « qui questionne ce qu'on fait quand même », sera bientôt enseveli sous d'autres préoccupations : l'organisation du travail (est-ce une bonne chose que Maryse passe à temps plein ?), les autres avortantes, le quotidien ordinaire des prises en charge qui routinise les situations, y compris les plus complexes. Dans ce cas particulier, cette routinisation, qui renforce l'hétéronormativité de la prise en charge, renforce aussi un implicite : pas de paternité imposée et, symétriquement, pas d'enfant(s) sans père.

« Faire un enfant toute seule, c'est pas concevable » : la stigmatisation de « l'enfant sans père » et de la « maternité solo »

L'enjeu n'est pas seulement de parer à l'accusation « d'enfant dans le dos ». De façon idéale-typique, le renoncement à la maternité peut aussi s'affirmer au nom du bien-être anticipé de l'enfant (ne pas faire un « enfant sans père ») ou de son propre bien-être (ne pas être « maman solo »). La jeune Marine (19 ans, aide de vie, IVG à 19 ans en 2018), par exemple, aurait les moyens matériels d'accueillir un bébé (travail en CDI, appartement autonome, voiture personnelle) et ne redoute pas tellement d'être mère célibataire. En revanche, elle ne veut pas faire « un enfant sans père » :

On en a reparlé. Mais il m'a dit qu'il le voulait absolument pas, qu'il serait toujours là pour moi, mais jamais pour le gosse. Donc si je voulais le garder, voilà.... Mais bon, je me suis dit après, en réfléchissant bah, je me suis dit que finalement, un enfant sans père, c'est pas le top du top. Et du coup, du coup, j'ai décidé d'avorter. [...] J'ai vu qu'il y avait pas mal de filles qui s'en sortaient quand même [seule avec un enfant]. Mais moi après, j'ai surtout pensé à l'enfant, pas forcément à moi. Et je me suis dit que s'il y avait pas de papa, moi, j'aurais pas aimé le vivre quoi.

L'intérêt supérieur de l'enfant est ainsi mobilisé comme motif déterminant de l'IVG – c'est déjà la conclusion à laquelle parvenait de précédents travaux sur l'IVG (Donati, Cèbe et Bajos, 2002 ; Mathieu, 2016). J'ajoute que, dans les conflits normatifs dans lesquels les femmes sont placées, la mise en avant du bien-être anticipé de l'enfant permet de contourner l'accusation d'égoïsme, liée au refus d'assumer plus ou moins seule le travail parental.

⁴⁹ Au cours de mon enquête, j'ai été frappée de la vitesse à laquelle les soignantes *oublient* des situations qui datent pourtant de quelques jours à peine. J'avais souvent une bien meilleure mémoire des situations rencontrées et cela ne s'explique pas par des facultés psychiques particulières. Outre que je prenais davantage de notes, retranscrites *a posteriori*, ce qui favorise la mémorisation, il y a aussi que la répétitivité du travail d'avortement qui fait que, pour les professionnelles, une situation en remplace vite une autre et les femmes se confondent entre elles.

Car derrière cette priorisation affichée du bien-être de l'enfant se joue également le refus d'une maternité célibataire et du sur-travail parental qu'elle implique. Pour Céline (34 ans, commerciale, IVG à 32 ans en 2015), issue d'un milieu plus favorisé que Marine, l'enjeu reste d'éviter d'être stigmatisée en raison de la monoparentalité :

Je me suis rendu compte d'un truc aussi, c'est que... élever un enfant seule, en fait on élève pas vraiment un enfant seule donc on l'élève avec qui ? ben avec ses parents. Globalement [rire]. Ou avec une communauté d'autres gens comme vous, d'autres femmes célibataires, parce qu'au final on se retrouve... avec cette peur du jugement, voilà. Parce que ça aussi c'est intime.

Avoir un enfant seule constitue de fait un mode d'entrée en maternité minoritaire. La grande majorité des familles monoparentales font suite à des ruptures survenues après la naissance. Les femmes qui deviennent mère sans être en couple ne constituent que 15% environ du total des familles monoparentales (Algava, 2003 ; Buisson, Costemalle et Daguet, 2015) : une minorité dans la minorité. Au début des années 2000, la monoparentalité dès la naissance concernait surtout les femmes les moins diplômées, un peu plus jeunes que la moyenne (Mazuy, 2006). Ce profil, depuis, a dû évoluer avec les revendications contemporaines d'une maternité affranchie du couple⁵⁰, mais il n'en reste pas moins que les femmes renoncent souvent à s'engager dans la maternité seules et/ou contre l'avis de leur partenaire. C'est le cas de Maïssa (37 ans, designeuse, IVG à 37 ans en 2018, voir 8.4.3) et de Carole (38 ans, avocate, IVG à 27 ans en 2007 et 36 ans en 2016).

Carole est une femme très diplômée, issue d'un milieu plutôt favorisé. Sa deuxième grossesse survient dans un contexte relationnel précaire : une relation secrète avec un homme marié, déjà père de quatre grands enfants, qui est en plus son supérieur hiérarchique dans le cabinet d'avocat où elle travaille. Leur relation dure depuis six mois. Elle ne prend pas de contraception médicale mais ils « font gaffe », c'est-à-dire que Carole compte ses jours. Lorsqu'elle se découvre enceinte, elle commence par s'en réjouir, mais son compagnon lui signifie très clairement qu'il ne veut pas s'engager dans la parentalité, tout en lui laissant le choix – un choix qui, selon ses mots, « n'en est pas vraiment un » :

Lui il m'a dit que bah le choix m'appartenait, mais que si je le gardais j'allais faire un enfant toute seule... Que lui pour le moment... C'est pas possible de s'engager [...]. Après, il m'a pas dit "bah le garde pas", il m'a juste prévenue quoi... "Si tu choisis de le garder tu l'assumeras. Et mon choix n'est pas celui-là, mais je te force pas à le faire", en gros. Mais pour moi, faire un enfant, ce n'était pas concevable de le faire tout seule. Sinon, j'en fais pas. En gros, ça m'intéressait pas de le faire toute seule. [...] J'avais l'impression de subir quelque part. Pour

⁵⁰ L'ouverture de la PMA aux femmes seules en 2021 signale une transformation importante de la norme procréative. On peut faire l'hypothèse d'une forte polarisation à venir entre les mères hors couple : d'un côté les femmes de classe populaire plutôt jeunes enceintes après un rapport sexuel et de l'autre des femmes très diplômées plus âgées que la moyenne enceintes par PMA – je formule cette hypothèse à partie du travail de D. Mehl sur les mères solo qui ont adopté ou eu recours à la PMA à l'étranger (Mehl, 2016).

moi, c'est pas une IVG, c'est ce que je lui disais. C'est une IIG ! Une Interruption Involontaire de Grossesse [sourire triste].

Sur le plan intime et professionnelle, la situation est structurellement au désavantage de Carole et elle le reste à long terme : si son partenaire, quelques temps après l'IVG, finit par quitter son épouse pour s'installer avec elle, il s'oppose à tout projet de parentalité commune. Quand je rencontre Carole deux ans plus tard, elle souffre beaucoup de cette situation. Elle explique aller mal, s'isoler, s'enfermer sur elle-même et avoir eu une brève période d'anorexie. La possibilité de faire un enfant est présentée comme le seul conflit dans son couple, mais cela est très présent dans son quotidien. Tout en envisageant des investissements maternels alternatifs (devenir marraine d'enfants défavorisé·es via une association par exemple) voire une vie sans enfant, elle renégocie en permanence son désir de devenir mère avec son compagnon, qui n'a pour sa part aucune envie de se relancer dans la paternité alors que ses enfants sont presque tous adultes. Cette situation illustre la force de la norme conjugale dans la maternité : même quand le partenaire, tout en refusant d'être père, ne s'oppose pas à la grossesse (autrement dit : même sans stigmatisation de « l'enfant-dans-le-dos »), l'absence d'investissement commun dans un projet parental peut décourager les femmes. Enfanter ne fait ainsi sens que dans une projection conjugale partagée.

6.3.3 Avorter contre l'avis de son conjoint

Il est plus rare, dans mon corpus, que les personnes rencontrées avortent contre l'avis de leur partenaire, dans un cas sur deux, elles font ce choix à regret, par manque de confiance dans le devenir de leur couple. Toutes ont en commun de disposer d'un certain ascendant dans leur relation.

Anissa (22 ans, étudiante en école de commerce, IVG à 19 ans en 2014) est une jeune femme noire issue d'un milieu social favorisé, qui se trouve enceinte en fin de classe préparatoire aux grandes écoles, au moment où elle doit passer les oraux des concours. Sa mère, née dans un pays d'Afrique subsaharienne d'une mère musulmane et d'un père français catholique et blanc, a grandi en France où elle a rencontré le père d'Anissa, un afro-américain dont elle s'est séparée très tôt. Anissa et sa sœur jumelle ont grandi en France dans des conditions favorables, elles font toutes deux des études prestigieuses : sa sœur est étudiante en médecine et, quand je la rencontre, Anissa a réussi le concours d'une école de commerce réputée. Poursuivre la grossesse alors qu'elle souhaite s'engager dans de longues études n'est pas une option pour elle. Son compagnon depuis un an et demi, un garçon de 30 ans – elle en a alors 19 – chez qui elle passe énormément de temps (elle décrit leur relation comme « très fusionnelle »), pousse au

contraire fermement vers la poursuite de grossesse, en critiquant la volonté d'Anissa de prioriser ses études et en la culpabilisant :

En fait il m'avait toujours parlé de ça [avoir des enfants]. Et moi j'étais toujours en mode bon, je fais des études, on se calme, on se calme... Et en fait quand il a su que ben j'étais enceinte c'était... il était super présent mais avec un côté... il m'en voulait trop en fait. Parce que moi je savais que j'avais aucun autre choix que l'IVG parce que c'était juste pas possible, et lui en fait avait ce désir d'enfant depuis longtemps et il était là, et il arrêtait pas de me faire comprendre « olalala il est là et on va devoir s'en débarrasser », c'était un peu ça... et j'ai l'impression qu'il m'en voulait, peut-être d'avoir oublié ma pilule ou quoi, et donc du coup de me dire "c'est comme si tu me le donnais, mais que tu me le retirais, alors que s'il s'était rien passé peut-être que je t'aurais toujours saoulé avec voilà, je veux un bébé, je veux un enfant, mais ça aurait jamais été aussi concret". Et donc il disait "ça aurait jamais été aussi concret que maintenant et j'aurais pas souffert encore plus ». Voilà. Il l'a jamais dit directement mais je l'ai très très bien senti dès le début [...]. Et c'était un peu des reproches du genre "t'as merdé, si t'avais fait attention, on aurait jamais été dans cette situation-là, j'aurais jamais eu à vivre ça et on aurait fait les choses correctement parce que maintenant qu'on sait qu'il est là et qu'on peut pas le garder c'est trop injuste". Donc un peu mal vécu de ce point de vue-là.

La situation ici est celle de trajectoires de vie distinctes où les deux partenaires, en raison de leur importante différence d'âge, se trouvent à des moments difficilement conciliables de leur vie : elle commence tout juste ses études quand son compagnon a déjà un travail établi. Cette différence d'âge est d'ailleurs mise en avant par Anissa pour expliquer le rejet de son compagnon par sa famille. Il n'était pas invité aux repas de famille, à la différence du copain de sa sœur, étudiant en médecine du même âge qu'elle. Mais il est probable que l'âge ne soit pas le seul facteur : il est également question d'un rapport différencié aux études, d'origines sociales différentes et de rapports de genre manifestes. Son compagnon, titulaire d'un BTS, entré tôt sur le marché du travail, ne comprend pas pourquoi Anissa priorise sa scolarité :

Il me disait des trucs genre « Mais les études c'est quoi par rapport à la vie d'un enfant ? c'est quoi par rapport à fonder une famille ? » etc. « Qu'est-ce qui te dit pas que dans dix ans tu le regretteras ? et tout ça pour quoi, pour une école ? ». Et tout... enfin des choses comme ça.

Malgré tout, Anissa avorte. Si elle parvient à imposer sa décision d'avorter malgré la culpabilisation de son compagnon, c'est parce que « l'évidence de la poursuite d'études » est d'autant plus puissante qu'elle a un capital scolaire important et revendique l'ambition de faire des études supérieures. Elle dispose également d'un logement autonome et ne dépend pas matériellement de son compagnon. La différence d'âge, qui constitue *a priori* un rapport de force à son désavantage, devient en fait l'argument rendant sa décision inflexible. On est en droit d'envisager qu'en cas de dépendance matérielle plus prononcée relativement à son compagnon, ou en l'absence de ressources familiales et de perspective d'accomplissement dans les études, Anissa n'aurait pas autant été en mesure de refuser la maternité.

Les deux autres enquêtées qui ont pu s'opposer à leur compagnon, Diane (30 ans, étudiante en médecine, IVG à 30 ans en 2018) et Juliette (31 ans, productrice de documentaire à mi-temps, IVG à 30 ans en 2017), sont plus âgées. Elles ont en commun d'être blanches en couple avec des compagnons racisés, dotées d'un capital culturel important malgré la précarité économique, et engagées dans des relations récentes et non-cohabitantes dont elles soulignent l'instabilité. Si l'une et l'autre expriment une forte envie d'être mères, toutes deux y renoncent étant donné leurs doutes sur le devenir de leur relation amoureuse. Leurs compagnons, d'abord réticents, finissent par se plier à leur choix. Les deux portraits ci-dessous présentent leur situation et seront analysés conjointement ensuite.

- **Diane (30 ans, étudiante en médecine, IVG à 30 ans en 2018) : « Soit je vis assez mal une grossesse et une maternité, soit je me donne plus de chances pour mieux construire la prochaine »**

Diane a 30 ans quand je la rencontre en 2018. Grâce au soutien financier de ses parents, elle vient de reprendre des études de médecine après un doctorat en sciences expérimentales – il lui reste encore plusieurs années d'études. Elle se définit elle-même, avec ironie, comme « une bourgeoise », fille d'un médecin et d'une orthophoniste. Son compagnon du même âge, musulman pratiquant, a grandi et commencé ses études supérieures dans un pays d'Afrique subsaharienne avant d'émigrer en France et d'être naturalisé. Lui aussi docteur, il est au chômage malgré ses diplômes et envisage de partir faire un post-doctorat à l'étranger. Ils sont ensemble depuis un an mais leur relation a eu « des hauts et des bas », en raison de plusieurs conflits liés notamment à l'homophobie très prononcée de son compagnon, qui est un sujet de conflit récurrent. Il n'a pas rencontré sa famille et une de ses amies proches refuse de le voir, en estimant qu'il ne la traite pas convenablement. J'ignore à quel point Diane euphémise d'éventuelles violences conjugales derrière des expressions comme « j'avais eu pas mal de soucis avec mon copain ».

Lorsqu'elle se trouve enceinte, la décision d'avorter est difficile à prendre. Alors qu'elle se croyait prête à une maternité « improvisée », Diane « flippe sa race » : « j'ai réfléchi aux conditions dans lesquelles ce pauvre gamin serait né, et comment je l'aurais vécu, je me voyais déjà en dépression post-partum. Je me suis dit, c'est peut-être pas si rose. Bien sûr qu'il y a un désir ouf et irréprouvable et c'est beaucoup d'amour, et c'est puissant. Ça, j'y crois, mais ça ne suffit pas ».

Son compagnon a une posture ambivalente : il s'oppose à l'avortement pour des raisons religieuses, tout en n'étant absolument pas prêt à s'investir dans la paternité, puisqu'il priorise sa carrière scientifique et envisage un départ prochain à l'étranger. Il pousse cependant Diane à garder la grossesse, en lui affirmant qu'elle ferait une « bonne mère » et qu'il a beaucoup d'amies, dans son pays d'origine, qui élèvent des enfants seules. Mais Diane ne se voit pas mère célibataire, d'autant que sa mère et ses amies l'incitent plus ou moins explicitement à avorter.

Elle en parle avec plusieurs conseillères conjugales et familiales sur son lieu de prise en charge. Elle redoute en particulier une forte divergence de valeurs entre elle et son compagnon : « j'ai paniqué, je me suis dit mais nos gamins, comment on va les élever ? Est ce qu'il va forcer ma fille à porter le voile ? A l'empêcher d'aller en discothèque ? [...] tous ces préjugés, qui font que... ton entourage qui panique pour toi, qui te raconte encore tous les trucs négatifs qui peuvent t'arriver... [...] Quand on fonde une famille, on réfléchit même plus pour soi, il faut aussi se dire "Est ce que mes enfants pourront être les personnes qu'ils veulent ?" ».

L'IVG finit par s'imposer et, en définitive, son compagnon – avec qui elle est toujours en relation lors de notre entretien, plusieurs mois après – rejoint sa décision : « quand je suis revenue prendre la pilule,

il était là avec moi, il est resté avec moi tout le temps... Il m'a remercié en fait. Il m'a dit en fait Merci, hein moi... c'est ton choix, je sais que c'était courageux et voilà ça lui a évité beaucoup de galères à lui aussi [rire-soupir] ».

- **Juliette (31 ans, productrice de documentaire à mi-temps, IVG à 30 ans en 2017) :**
« Je me suis dit : t'as trop envie d'un enfant mais pas à n'importe quel prix non plus »

Juliette a 31 ans quand je la rencontre en 2018. Elle travaille dans une petite association qui produit des films documentaires. Originaire d'une ville du Sud de la France, elle s'est installée sept ans plus tôt en Belgique pour suivre son compagnon d'alors. Alors qu'elle approche de la trentaine et commence à se projeter dans la parentalité, son compagnon la quitte après huit ans de relation, alors qu'elle commençait à se projeter dans la parentalité avec lui. Très vite, dans les semaines qui suivent sa rupture, Juliette rencontre Ismaël alors qu'elle est en vacances dans sa ville d'origine. Ismaël a 25 ans, il a émigré depuis un pays d'Afrique francophone, a grandi dans une culture musulmane. Sans formation professionnelle, il n'a pas de travail et se trouve en situation irrégulière – il est en attente d'un renouvellement de papiers. Juliette les décrit comme « très amoureux » tout en soulignant l'asymétrie de positions sociales dans leur relation : « il n'est pas né dans des conditions faciles, il n'a pas eu une vie facile, il vient d'un milieu social proche de zéro on va dire ».

Pendant plusieurs mois, distance oblige – elle vit toujours en Belgique – Juliette et Ismaël se voient épisodiquement sans se considérer en couple. Pour cette raison, Juliette ne renouvelle pas son implant et arrête de prendre la pilule. À l'été, ils officialisent leur relation. Elle découvre sa grossesse en septembre. L'avortement est son premier réflexe, qu'elle tempère d'autant plus vite qu'Ismaël, informé de sa grossesse, est très enthousiaste : « lui était ravi, lui avait aucun doute, c'était génial, c'était super, tata-tatata ». Elle ne cesse d'hésiter : leur couple est récent, leur situation matérielle incertaine (ils n'ont jamais vécu ensemble, ont de très faibles revenus), Ismaël n'aura probablement pas de permis de séjour en Belgique à moyen-long terme. La psychologue du Planning familial lui recommande un avocat spécialiste des questions migratoires qui lui confirme que résider en Belgique avec son partenaire risque d'être compliqué. Elever un enfant ensemble supposerait donc pour elle de quitter son travail et ses attaches pour retourner s'installer dans sa ville du Sud de la France. Le pari lui semble « très risqué ».

Juliette craint de se retrouver mère célibataire ou de n'avoir pas les moyens matériels d'élever son enfant comme elle le souhaite. Ismaël redoute que Juliette lui reproche d'avoir tout sacrifié pour lui si elle quitte tout pour poursuivre sa grossesse. Le couple prend deux semaines de réflexion que Juliette décrit comme « épuisantes » et « très douloureuses » : « c'était des discussions sur ce que ça aurait pu être [...] et ça vient remettre en cause un peu là où tu en es dans ta vie et pourquoi tu le fais, ça vient titiller là où ça fait mal ». Elle finit pourtant par prendre une décision : « c'était un peu trop risqué, pour tout ce que ça représentait et du coup, je lui ai dit : "en fait, c'est trop tôt" ».

Après son avortement, Ismaël décide cependant de mettre fin à leur relation, car il « se sent trahi » : « je ne peux pas continuer avec toi parce que pour moi, cet enfant, c'est le fruit de notre amour, et tu viens juste de tout foutre en l'air ». Juliette, quittée, vit très mal les semaines qui suivent tout en s'inquiétant d'Ismaël. Elle lui envoie plusieurs mails pour lui expliquer sa décision, le revoit quand elle rentre en France pour discuter. Il concède qu'il a réagi « par orgueil », ce que Juliette conçoit : « ils n'ont pas de prise sur ces décisions, les hommes... mais à un moment je pense que forcément ça les touche dans leur orgueil. » Après cette discussion, Juliette et Ismaël se remettent ensemble et le sont toujours quand je l'interroge. Ils sont désormais convaincus tous les deux que le choix de l'IVG était le meilleur. Juliette précise qu'elle ne « regrette pas du tout ce choix » et que « si c'était à refaire, [elle] le referait » tout en soulignant que « c'est super douloureux parce qu'[elle a] réellement un désir d'enfant ».

Comment comprendre les processus de décision de Diane et Juliette ? L'une comme l'autre, trentenaires, ont très envie d'avoir un enfant. Mais elles refusent de prendre le risque d'être une mère célibataire et précaire. Malgré leurs différences, leurs expériences respectives présentent plusieurs traits communs qui expliquent leur ascendant dans la prise de décision.

Elles sont d'abord en situation de domination matérielle et symbolique : fortement diplômées, elles ont face à elles des conjoints au chômage, qui ne sont pas en mesure d'assurer de bonnes conditions matérielles à la poursuite de la grossesse. Elles-mêmes, en reprise d'étude ou en emploi à mi-temps, vivent avec peu de ressources mais elles ont cependant le nécessaire pour être autonomes, à commencer par un logement indépendant, et peuvent s'assumer sans le secours de leur compagnon. Elles sont par ailleurs dans une position privilégiée dans les rapports de race et de migration. Jeunes femmes blanches françaises vivant en France, issues de famille de tradition catholique non pratiquantes, elles sont en couple avec des hommes noirs, musulmans pratiquants, récemment immigrés de pays d'Afrique. Tout cela concourt à les positionner comme dominantes dans le choix de l'IVG.

Le point commun principal entre Diane et Juliette, mais aussi Anissa, reste toutefois la situation de forte hétérogamie : Anissa avec un partenaire plus vieux et beaucoup moins diplômé⁵¹ ; Diane et Juliette avec des partenaires noirs, musulmans, migrants et précaires quand elles sont blanches, favorisées, issues de milieux de tradition catholique quoique non pratiquants. Or, dans toutes ces situations, les familles jouent un rôle discret mais bien réel de rappel à la norme d'homogamie. Le copain d'Anissa n'est pas invité aux repas de famille, contrairement à celui de sa sœur jumelle ; la mère de Diane s'inquiète que le partenaire de sa fille ne soit « pas un bon père » sans le critiquer ouvertement ; le père de Juliette, quant à lui, n'est « pas fana d'Ismaël », même « s'il fait beaucoup d'effort » : « je le connais par cœur mon père, je vois très bien justement qu'il essaye d'être agréable et tout ça mais il ne croit pas aux relations [...] où il y a des différences sociales trop fortes, il dit qu'à long terme, ça ne marche pas. Ça veut dire qu'il ne croit pas déjà en ma relation ». L'enjeu racial, quoiqu'informulé et probablement informulable⁵², est présent toutes les fois où Diane et Juliette évoquent des « différences de culture ».

⁵¹ L'entretien avec Anissa a été réalisé au tout début de mon enquête, alors que je n'avais pas encore chaussé « les lunettes de la race » (pour paraphraser l'expression d'Isabelle Clair avec le genre). Je n'ai pas eu le réflexe alors de demander à Anissa des précisions sur la couleur de peau et l'origine familiale de son compagnon, et j'ai préféré ne pas prendre le risque de la recontacter étant donné à quel point elle a caché son expérience de l'IVG. Mais il n'est pas impossible que son compagnon ait été d'une autre origine que la sienne et que l'exogamie existe également en matière de race.

⁵² Nommer le racisme est une difficulté en soi. La question, longtemps ignorée des sciences sociales, commence tout juste à être problématisée et la plupart des travaux sur la question mettent en évidence la minimisation du racisme expérimenté, réduit à des actes ponctuels. Voir par exemple (Bessone, 2022 ; Eberhard, 2022) et

Dans toutes ces situations, la critique du partenaire n'est jamais ouverte ni frontale, mais elle se traduit par de petites remarques, des précautions, des réserves symboliques qui attestent d'une tolérance de la relation conjugale plutôt que d'une acceptation et d'un accueil d'un conjoint très différent. Ces réticences n'ont pas besoin d'être explicitement formulées pour être manifestes et avoir des effets réels : les femmes enquêtées ne les ignorent pas, quand bien même leur entourage, par délicatesse et respect de leur choix, se dispense de commentaire.

Dans ces situations, la grossesse non-prévue, en posant explicitement la question de la parentalité, requestionne en fait la *conjugalité hétérogame*. Tout se passe comme si la tolérance était plus forte tant que la relation n'est pas jugée « sérieuse » (cohabitation, union civile, ou enfant) par l'entourage⁵³, tandis que la parentalité potentielle ranime une méfiance latente (réelle ou anticipée par les femmes enceintes). Les réticences des familles à la poursuite de grossesse peuvent en fait refléter des réticences à la relation de couple elle-même. La situation de Julia (26 ans, auxiliaire de vie scolaire, IVG à 18 ans en 2010 et 25 ans en 2016), si elle n'est pas conflictuelle (elle et son compagnon s'accorde pour avorter), confirme cette hypothèse. Jeune femme blanche issue d'une famille de tradition catholique, elle est en couple avec un jeune homme noir et musulman. Cette différence entre elle et lui les pousse à retarder les présentations familiales et s'affirme en creux comme une raison consensuelle d'avorter :

On avait déjà beaucoup plus l'âge de le garder, ça faisait deux ou trois ans qu'on était ensemble, mais pour des raisons... voilà, on avait pas encore rencontré les parents l'un de l'autre, on a des différences de religion, donc on a décidé de pas le garder pour l'instant.

Plus tard dans l'entretien, au moment d'aborder les suites de son IVG, Julia précise :

Julia : Après ça pose des problèmes, oui. Bah niveau religion, comme je te parlais, ça pose des questions, auquel on pensait pas avant. On verra bien

Laurine : Lui il se posait des questions ?

Julia : C'était plutôt par rapport à ses parents, c'est un peu compliqué, mais bon.

Laurine : C'était quel genre de question que vous vous posiez ?

Julia : Bah est ce que vraiment on va finir ensemble ? Est-ce qu'il aura le courage un jour de me présenter à ses parents alors que je suis pas de la même religion ? Ce genre de question, que l'IVG a fait ressortir. Pour l'instant on est ensemble mais après on verra dans le futur.

La sociologie des couples mixtes⁵⁴ ou homoparentaux suggère que l'entrée en parentalité du couple peut atténuer les conflits avec les familles qui n'acceptaient pas ou mal les choix

l'intégralité du hors-série n°2 de la revue *Mouvements* « Qualifier le racisme : controverses et reconnaissance du fait racial » qui vient de paraître (2022) ou les travaux sur les ultra-marins en métropole (Haddad, 2018).

⁵³ Isabelle Clair montre ainsi que, chez les jeunes issu-es de la bourgeoisie parisienne, les relations amoureuses et sexuelles entre lycéennes sont tolérées à la fois par les pairs et par les parents, parce qu'elles sont présentées comme temporaires – par ailleurs, si les filles se disent amoureuses, elles ne se disent pas *lesbiennes*. La tolérance à la conjugalité hors-norme semble ainsi s'expliquer par la représentation qui en est faite comme provisoire et « pas sérieuses » (Clair, 2023).

⁵⁴ La sociologie des « couples mixtes » constitue un champ d'étude à part entière qui se développe depuis la fin des années 1990, en même temps que ces mariages augmentent (Varro, 2012). Une synthèse déjà datée fait un

conjugaux de leur proche, car le lien se recrée autour de l'enfant. Mais cet assouplissement des relations après la naissance est précédé d'une accentuation des conflits aux moments d'institutionnalisation de la relation⁵⁵ – mariage, achat immobilier, annonce de grossesse. Dans le cas de mon enquête, la grossesse non-prévue pose en fait aux femmes enceintes la question de *l'acceptabilité d'une conjugalité hétérogame* pour leur famille et/ou celle de leur compagnon, l'hypogamie étant une forme de déclassement social. Ce qui se joue alors au travers l'IVG touche à une forme de redressement ou de correction implicite d'une conjugalité hors-norme : en invitant, directement ou indirectement, à interrompre la grossesse, les proches émettent en fait des doutes sur le choix du conjoint.

Un tel résultat, une fois encore, invite à questionner l'influence des proches (parents, frère et sœurs, ami·es intimes) dans les décisions de (ne pas) enfanter. Dit autrement, il invite à penser une sociologie du « projet parental » qui tiendrait compte non seulement des rapports de force genrés au sein du couple, mais aussi de la façon dont ces rapports prennent place dans des économies familiales plus vastes qui font que la procréation n'est pas seulement une affaire conjugale, mais plus généralement un enjeu familial.

6.3.4 Une romantisation de la parentalité révélatrice de l'hégémonie du couple parental

Avant de conclure cette discussion du lien entre conjugalité et parentalité dans le rapport à l'IVG, je voudrais en pointer une dimension qui concerne la *romantisation de la parentalité potentielle*. Je désigne par cette expression des situations où la projection dans une parentalité commune est mobilisée pour renforcer l'image positive de la relation romantique. Elle est présente dans plusieurs entretiens, comme celui avec Coline (22 ans, enseignante, IVG à 22 ans en 2016) :

Entre temps, j'ai annoncé la nouvelle au [hésite]... père... du fœtus, parce qu'en fait on en avait beaucoup parlé [suite à un problème de préservatif]. Et je lui avais dit... parce que tu sais j'ai

état des lieux de la question (Philippe, Varro et Neyrand, 1998). À la fin des années 2000, Claudine Philippe faisait le constat du manque d'études sur la question des parentalités dans les couples mixtes (2008). Les travaux d'Emmanuelle Santelli et Béate Collet concernent principalement les relations conjugales des descendants d'immigrés, et pas les couples mixtes de première génération (Collet et Santelli, 2012 ; Santelli et Collet, 2013). Le travail le plus récent sur la question est la thèse de Solène Brun portant sur les couples mixtes et les adoptions internationales (Brun, 2019).

⁵⁵ Une enquête collective, que j'ai encadré en M1 Egalités de l'Université Lyon 2 Lumière en 2021-2022, portait ainsi sur le mariage lesbien. La recherche de mes étudiantes montrait que le rejet de la conjointe par les familles homophobes s'accroissait souvent au moment de l'annonce du mariage (c'est-à-dire au moment de la forte institutionnalisation du couple), tandis que les relations se fluidifiaient après la naissance des enfants, les parents des mariées ayant envie de connaître leurs petits-enfants. Cette enquête, publiée en ligne sur le blog que nous tenions dans le cadre de ce séminaire d'initiation à l'enquête collective, est accessible à l'adresse suivante : <https://stigenre.hypotheses.org/505>.

toujours voulu avoir des enfants. Même si c'était un coup d'un soir je le savais... mais je suis toujours un peu plus romantique. Et il m'avait dit "oh s't'euplait prend la pilule du lendemain je veux vraiment pas être père !" et je lui avais dit "oh mais t'inquiète, notre bébé grandira sur la plage [elle part en voyage peu après], il sera bien...". Je sais pas j'étais un peu inconsciente, je disais tout ça, je le pensais à moitié en fait ! Je disais oui t'inquiète pas. Parce qu'en fait j'avais déjà réfléchi à ça avant. [...]. Et donc avant je m'étais dit ça, j'avorterai pas. Et là... bah c'est la première chose à laquelle j'ai pensé, avorter.

Pour Coline, la romantisation de la parentalité potentielle est une façon de déstigmatiser la sexualité sans engagement et d'amener un script amoureux dans ce qu'elle présente elle-même comme « un coup d'un soir ». En faisant cela, elle se rapproche de la norme qui associe, pour les femmes, sexualité et sentiment amoureux. Romane (25 ans, comédienne au RSA, IVG à 24 ans en 2017), quant à elle, explique comment une expérience concrète se rapprochant de la parentalité a contribué à renforcer les sentiments envers son partenaire en début de relation :

En fait, on s'est rencontrés et il s'est passé des trucs de fous. Au bout de deux semaines on est partis en vacances et on s'est retrouvés hébergés chez des copains de copains par hasard pendant trois jours. Ils avaient un gamin de trois ans, et puis c'est l'âge vraiment trop mignon quoi, et du coup les parents du gamin nous ont vachement laissé le petit et on était là ouais bah on s'en occupe. On s'est retrouvés à aller faire les courses et ouais faire à bouffer avec le gamin, à marcher dans la rue en étant en festival de théâtre de rue et aller voir des spectacles, emmener le gamin et les gens ils pensaient que c'était notre gosse évidemment ! On était ensemble, on était amoureux, on avait un petit de trois ans, tu vois, il le portait sur ses épaules et puis on était là ouais tu gardes le petit... Alors qu'on se connaissait depuis deux semaines quoi ! Et ça a été hyper fort en fait.

Pour Romane comme Coline, projeter la possibilité d'un enfant vient au renfort du script conjugal. Cela n'a rien d'étonnant si l'on considère que la parentalité est d'abord pensée au sein de la conjugalité, voire comme un pilier de l'institutionnalisation du couple (Santelli et Vincent, 2018). Juliette raconte ainsi comment, alors que sa relation avec son ancien compagnon se portait mal, elle envisageait quand même de faire un enfant avec lui :

C'est assez bizarre parce que je m'expliquais pas... parce que c'était au moment où... c'était vraiment la fin-fin avec mon copain, mon ex, où ça n'allait pas, donc pourquoi avoir un désir d'enfant quand ça va pas dans ton couple ?

La norme conjugale de parentalité fonctionne ainsi dans les deux sens : ce n'est pas seulement que pour faire des enfants, il faut idéalement être en couple. C'est aussi que les enfants, ou le fantasme d'enfant, participent à la construction d'un idéal romantique autour de la famille : « j'ai eu un p'tit coup de blues parce que je venais d'avorter et qu'aussi ça tournait la page avec ma relation avec lui. Et je pense que plus qu'avorter, c'était ça surtout : être séparés » (Coralie, 22 ans, étudiante en art, IVG à 21 ans en 2016). Se projeter dans la parentalité avec son partenaire peut être une façon de vérifier ou d'affermir l'amour qu'on lui porte et qui nous

est porté. Nora (19 ans, étudiante en communication, IVG à 19 ans en 2017) souligne cette ambiguïté :

Nora : Je lui ai dit bon, okay, il faut que je te dise un truc et il a bien réagi, j'étais contente. Parce que finalement, OK on le garde pas, mais c'est quand même... c'était quand même très important de se dire que... on peut avoir un enfant avec quelqu'un qu'on aime. Enfin, je sais pas, mais il était content et ça, ça m'a fait plaisir. [...]

Laurine : de quoi il était content du coup ?

Nora : De savoir que j'avais un... [elle montre son ventre], je pense. Mais il avait le même avis que moi, c'était hors de question de le garder. Du coup, je sais pas trop comment expliquer le fait qu'il était content, mais moi aussi j'étais contente quelque part, même si je savais que je pouvais pas garder un enfant.

Voir dans son partenaire le potentiel « père de ses enfants » – et réciproquement dans sa partenaire la « mère de ses enfants » – renforce la relation romantique. À l'inverse, quand les personnes considèrent que l'avortement brise cet idéal, la sexualité peut être brisée elle aussi, et même, parfois, *le couple en lui-même*, comme cela a été le cas pour la première longue relation de Carole (38 ans, avocate, IVG à 27 ans en 2007 et 36 ans en 2016), qui choisit, à 27 ans, d'avorter contre l'avis de son compagnon. *A posteriori*, elle analyse l'IVG comme un révélateur de son couple, ayant mené 7 ans plus tard à la séparation : « Le problème, c'était les fondations du couple [...]. Il m'a dit en fait qu'en voulant avorter, finalement... en voulant pas garder l'enfant, c'était lui que j'avais rejeté. Et qu'à partir de ces bases-là... y'a un truc était mort ». Céline (34 ans, commerciale, IVG à 32 ans en 2015), quant à elle, est d'abord ravie de sa grossesse, même si elle survient après quelques semaines seulement de relation. Elle décrit la découverte de la grossesse de façon hyperbolique : « le mot pour c'était... c'est un cadeau, c'est un cadeau de la vie et je pense que j'étais dans une phase hyper positive, je voyais tout en rose, je me disais c'est super... en plus mon copain je le voyais très bien papa ». Son partenaire accepte d'abord l'idée de la grossesse, avant de se rétracter, ce qui met Céline face à un dilemme – avorter ou élever seule un enfant. Elle finit par rétropédaler et conclut son récit d'un triste : « voilà, cet homme, que j'aimais, il avait pas voulu avoir cet enfant avec moi, je pense qu'il m'aimait pas assez pour ça et que du coup il m'aimerait pas. Et à ce moment-là j'étais déjà consciente de ça ». La situation de Sirine (29 ans, architecte, FC à 25 ans en 2014, IVG à 26, 27 et 28 ans) lors de sa troisième IVG est comparable. Pendant des jours, elle envisage sérieusement de poursuivre sa grossesse malgré le désaccord avec son partenaire dont elle est séparée, bien qu'elle continue de le voir régulièrement. Elle qualifie les discussions entre eux de « stérile », jusqu'au commentaire qui lui fait renoncer à sa grossesse :

Là il m'a dit un truc hyper blessant. Autant [son partenaire précédent, avec qui elle a aussi vécu une IVG] ce que j'ai apprécié c'est qu'il me préserve dans sa décision d'avorter... il m'a dit « ça n'a rien à voir avec l'amour que je porte », peut-être que c'était faux mais je le remercie de l'avoir

formulé comme ça [...] Et lui en fait il m'a dit « Ben je t'aime pas assez pour qu'on le garde en fait ! » Et là vraiment je lui dis ok bah très bien on va avorter.

Dans ces deux témoignages, le rejet de la parentalité commune se fait au motif de sentiments amoureux jugés insuffisants, qui conduisent à un rejet de la relation toute entière, comme le précise Céline plus tard dans l'entretien :

Je me souviens juste d'une discussion qui m'a blessée parce que... [...] on avait quelque part déjà presque pris la décision [...] et il m'a dit « mais de toutes façons... mais en fait un couple qui décide de pas... qui n'accueille pas la venue d'un enfant, qui n'a pas ce projet d'enfant, c'est un couple qui n'a pas lieu d'être ».

De telles situations découlent directement de l'association normative et systématique entre conjugalité et parentalité. La *romantisation de la parentalité potentielle* constitue ainsi une des modalités d'un système qui associe sexualité, conjugalité et parentalité – et ce système, c'est l'*hétéronormativité* (Clair, 2012).

*

« Ne pas être prêt·es ensemble » : voici une caractéristique majeure du choix de l'IVG, que les deux partenaires soient d'accord sur cette impréparation, ou que l'un·e des deux au moins refuse de s'engager. Or, « toutes choses égales par ailleurs, les femmes expriment davantage le projet d'avoir un enfant [...] : à âge comparable, la propension des femmes à déclarer souhaiter un enfant est plus élevée que celle des hommes » (Régnier-Loilier et Perron, 2016, p. 92). Ma recherche compte en partie de cette asymétrie : de nombreuses femmes renoncent à leur grossesse à défaut d'un partenaire prêt à s'engager. Parfois, elles font même le choix de l'IVG quand leur compagnon plaide pour la poursuite de grossesse, si elles ont un doute sur le devenir de leur relation et/ou l'hypothétique investissement paternel. Le couple ne constitue donc pas toujours une « unité décisionnaire » (Boulet, 2020, p. 218) et ce qui ressort, c'est l'importance des familles dans les décisions sur les suites de la grossesse. Conceptuellement, le « projet parental » semble ainsi devoir être élargi à un « projet familial » qui tiennent compte de l'ensemble des rapports sociaux dans lesquels s'inscrit la parentalité.

6.4 Stigmatisation de la précarité matérielle vs. stigmatisation de l'avortement

Les conditions matérielles lors de la grossesse et le moment dans la trajectoire professionnelle constituent le dernier aspect de la norme procréative contemporaine que je voudrais questionner. Les enquêtes sur les intentions de fécondité relèguent ces préoccupations au second plan : « les critères matériels [...] sont beaucoup moins souvent cités comme étant très attendus » (Mazuy, 2009, p. 33), de même que nombre de mes enquêtées

(« J'ai eu un couple d'amis, ils sont d'une génération plus ancienne et lui il m'a dit "Mais pourtant t'as une maison ?". Mais on fait pas un enfant parce qu'on a une maison ! enfin un enfant c'est un projet de vie ! » s'exclame par exemple Nina (32 ans, travailleuse sociale, IVG à 32 ans en 2017)). Pas d'enfant *parce qu'on a une maison...* mais pas non plus d'enfant *sans maison*. Les conditions matérielles, sans être *suffisantes*, s'avèrent néanmoins *nécessaires* à la parentalité et la stigmatisation de l'avortement entre dès lors en tension avec la stigmatisation des maternités précaires et l'enjeu de maintenir sa trajectoire professionnelle.

6.4.1 « C'est pas qu'on voulait pas c'est qu'on pouvait pas » : Conditions matérielles et stigmatisation des maternités précaires

L'importance de la conjugalité dans les projets parentaux ne tient pas seulement à l'idée que l'enfant doit avoir deux parents. Elle a aussi des enjeux relatifs aux conditions d'existence : être en couple et vivre ensemble, c'est s'assurer une sécurité matérielle. Le modèle de l'homme pourvoyeur de ressource, s'il est désormais contesté, reste dominant : « la stabilité professionnelle de l'homme est en effet, plus que celle de la femme, mise en avant comme un préalable au projet familial, tant par les femmes que par les hommes bien que dans des proportions différentes » (Régnier-Loilier et Perron, 2016, p. 82). Par contraste, « l'insertion stable des femmes sur le marché du travail est considérée comme moins importante, surtout d'après les déclarations des hommes » (Mazuy, 2009, p. 38).

Qu'elles puissent ou non compter sur la situation de leur conjoint, les personnes enceintes évaluent leur situation matérielle. C'est parfois celle-ci le principal obstacle. Noéline (20 ans, serveuse, IVG à 20 ans en 2018) raconte avec tristesse cette incapacité matérielle :

Laurine : La première discussion que vous avez eue avec elle, la conseillère, qu'est-ce que vous lui avez dit ? À peu près. Avec ton copain qui était là...

Noéline : C'était surtout... Ça a beaucoup tourné autour de ce qui faisait qu'on avait fait ce choix. Du coup, c'était vraiment... Du financier en fait. C'est pas qu'on n'en voulait pas, c'est qu'on ne pouvait pas. En vivant dans une coloc de six personnes avec trois chats, plus un bébé, ça allait être compliqué déjà ! [rire]. Et puis, même financièrement, on a du mal à sortir la tête de l'eau, donc avec un enfant en plus, c'était juste pas possible. [...] Je savais que je n'avais pas vraiment le choix puisque du coup, ça n'aurait pas été une vie pour l'enfant comme pour nous.

Cynthia (17 ans, lycéenne, IVG à 17 ans en 2017) emploie la même expression : l'enjeu n'est pas de vouloir mais de pouvoir. Lycéenne issue des classes populaires en ascension sociale (sa mère est commerçante), en couple depuis plusieurs années, elle compare sa situation à celles de femmes plus âgées :

Quand elles ont la trentaine, quand elles ont un mari... Mais en fait j'en sais rien, mais c'est plus dur de voir des filles qui pourraient le garder et puis non, alors que moi je voulais le garder et puis en fait pas... Je me posais pas la question « est-ce que je veux » mais « est-ce que je peux ».

C'était difficile parce que j'aurais vraiment vraiment voulu le garder, mais d'un autre côté j'ai 17 ans, j'ai pas encore mon bac, le papa aurait eu aussi 17 ans, pas plus, lui non plus a pas encore son bac, on a pas de logement, pas de salaire, c'est pas possible. J'essayais de me rassurer justement en me disant que j'aurais voulu être une bonne mère, et être une bonne mère c'est déjà comprendre que ben il aurait pas été heureux dans un environnement où y'aurait peut-être eu des parents aimants, mais c'est tout.

Pour Noéline comme Cynthia, ce n'est ni leur jeune âge ni leur situation conjugale qui détermine l'IVG, mais bien la situation matérielle. Il ne s'agit pas seulement de s'assumer soi-même. Il faut aussi disposer du revenu suffisant pour financer la venue d'un enfant, et de conditions de logement adéquates, dans un contexte qui est celui d'une augmentation continue des dépenses liées au logement dans le budget des ménages (Bigot, 2009 ; OCDE, 2021). Ainsi, la précarité matérielle et l'absence d'emploi retardent l'entrée en parentalité (Meron et Widmer, 2002 ; Régnier-Loilier et Pailhé, 2015), tandis que les femmes aux revenus les plus faibles ont plus souvent recours à l'IVG⁵⁶ (Vilain et al., 2020). Les décisions d'avortement doivent donc être remises en perspective avec une précarité qui va croissant, en particulier chez les familles monoparentales (Blasco et Labarthe, 2018). La question de fond est la suivante : quelles sont les conditions de vie jugées acceptables, collectivement et – dans le cas de la décision d'IVG – individuellement pour élever un enfant ?

La sociologie de la pauvreté et de l'exclusion s'accorde à dire que la pauvreté est toujours relative à un niveau de vie moyen – qu'on le mesure en pourcentage du revenu médian ou en conditions de vie. Les personnes enceintes qui privilégient l'avortement font le choix de refuser une trop grande précarité, dont la définition dépend bien entendu du milieu social et n'est pas consensuelle. Juliette (31 ans, productrice de documentaire à mi-temps, IVG à 30 ans en 2017), par exemple (voir *supra*), est issue d'une famille aisée, et n'a absolument pas la même perception de la sécurité matérielle que son compagnon Ismaël, qui a grandi dans des conditions extrêmement précaires :

En fait quand moi je lui dis ça, que si j'ai envie d'avorter, je me pose la question, c'est avant tout pour l'enfant, et qu'il y a trop de risques et que je ne veux pas, soit l'élever seule, soit l'élever parce qu'on n'a pas d'argent, parce que moi je touche un mi-temps, que lui n'a pas de boulot, que machin na-na-na... c'est quelque chose qu'il ne pouvait pas trop entendre et surtout à un moment il me dit : "si je suis ton raisonnement, moi j'aurais jamais dû vivre". [...] En fait, par rapport à la différence sociale, c'est comme si moi j'avais un enfant avec un milliardaire et que le milliardaire me disait "on ne peut pas, on a que 50 000 euros par mois, on va jamais y arriver à l'assumer cet enfant".

La perception des « bonnes » conditions matérielles est ainsi relative à une époque et une socialisation. Le refus de la précarité est d'ailleurs présenté comme un argument altruiste, en

⁵⁶ Mais ce sont elles également qui ont le plus d'enfant, avec les femmes les plus favorisées : l'enjeu est aussi le rapport à la maternité et les pratiques contraceptives (Reynaud, 2022).

faveur de l'enfant hypothétique. La stigmatisation de l'avortement doit ici être mise en balance avec celle des maternités précaires, tributaires des aides sociales – la figure du « mauvais pauvre » décrite par Serge Paugam (2013). Aden Gaide montre ainsi comment les mères étudiantes cherchent à se distinguer de cette « représentation stigmatisante et active des personnes qui sont bénéficiaires des aides sociales, selon laquelle certain-e-s [...] dépendraient passivement de la solidarité nationale pour survivre au lieu de travailler » (2020, p. 114). C'est ce qui apparaît en creux dans le discours d'Astrid (24 ans, chargée de projet dans une collectivité territoriale, IVG à 23 ans en 2018), en couple avec son compagnon depuis plus de six ans :

Nous, on voulait une situation. On voulait un stage de fin d'étude tous les 2. Donc c'était juste pas possible pour nous. On voulait avoir vécu tous les 2 avant. Et avoir une situation pour élever notre gamin sans dire « j'ai eu mon gamin grâce à la CAF ». C'est pas ça qu'on veut, on veut pouvoir élever dignement, on va dire notre enfant

Le refus de maternité doit donc être plus largement réinscrit dans la dégradation des conditions d'accès au marché du travail des femmes comme des hommes, avec l'allongement de situations professionnelles précaires (stages, services civiques) en fait d'études – pour les plus diplômé·es. Diane (30 ans, étudiante en médecine, IVG à 30 ans en 2018) (voir *supra*) qui reprend des études de médecine après sa thèse de biologie, et dont le compagnon, docteur en sciences expérimentales, cherche un contrat post-doctoral, témoigne de la précarité des jeunes chercheur·ses et de la difficulté à devenir mère dans le supérieur (Tracés et Noûs, 2020) :

Je pense qu'on vit tous les deux un peu la même situation, c'est à dire qu'on a trente ans, une situation assez précaire... On est frustrés quoi. On est frustrés parce qu'on se dit à notre âge, on devrait avoir un salaire, on devrait pouvoir s'installer et faire des gosses, être pépères et ça n'arrive pas quoi. Lui, je sais qu'il est aussi très frustré par rapport à ça. Il me le dit souvent, mais qu'est-ce que je fous là à 30 ans, sans argent, sans emploi... !

Le très haut diplôme de son compagnon ne l'empêche pas de subir la précarité de plein fouet. Les décisions procréatives dépendent ainsi largement du rapport à l'emploi – qui conditionne la situation matérielle. La stabilité professionnelle, déterminante des intentions de parentalité⁵⁷, l'est en retour des décisions d'IVG.

6.4.2 La concurrence entre travail salarié et travail parental

La stigmatisation du refus de maternité doit également être mise en balance avec l'injonction à la réussite professionnelle désormais faite aux femmes, surtout dans les milieux les plus dotés. La figure de la jeune mère, professionnellement entravée par son enfant, est ainsi mobilisée

⁵⁷ « Lorsque les deux partenaires ont une situation professionnelle stable (contrats à durée indéterminée ou emplois à statut dans la fonction publique), 49 % souhaitent un enfant dans les trois ans, 32 % si seul l'un des deux conjoints occupe une position professionnelle stable et 13 % si tous deux sont dans une situation plus précaire. » (Régnier-Loilier et Perron, 2016, p. 83).

comme contre-modèle stigmatisé dans plusieurs entretiens – Noéline (20 ans, serveuse, IVG à 20 ans en 2018) évoque sa cousine, Laurie (25 ans, informaticienne, IVG à 21 ans en 2015) une ancienne amie :

Elle est devenue maman tôt [...] vers 21 ans, 22 ans... et [...] et moi j'étais, dans ma tête, étudiante, à la recherche d'un emploi, et je voulais une stabilité qu'elle elle a pas, et qu'elle a toujours pas actuellement pour le coup, parce qu'elle est sans emploi, elle a eu quelques contrats... mais c'était quelques heures par ci par là et aujourd'hui... aujourd'hui bah [...] elle est toujours pas stable dans sa vie et moi je voulais pas reproduire non plus ce schéma-là.

Il ne s'agit donc pas seulement de prioriser les études, mais également l'insertion dans le marché du travail, qui est un enjeu déterminant de la liberté procréative des femmes (Athéa, 2020, p. 135). Or, les travaux sur les grossesses ordinaires (Boulet, 2020) ou médicalement assistées (Hertzog, 2014, 2016) ont montré comment la gestation relève pleinement du travail procréatif et entre en tension avec le travail rémunéré.

Au travail procréatif succède en effet le *travail parental* (Verjus et Vogel, 2009) : c'est-à-dire l'ensemble des tâches nécessaires pour nourrir, loger, habiller, laver, soigner, endormir, accompagner, éduquer, aimer un·e nouveau ou nouvelle-né·e qui deviendra un·e enfant·e puis un·e adolescent·e. Les études féministes ont montré depuis longtemps que le travail domestique repose sur une économie du don et non de l'échange marchand (Delphy 2013). Il suppose de fait une disponibilité constante aux autres de la part des femmes (Chabaud-Rychter, Fougeyrollas-Schwebel et Sonthonax 1985). Les mots de Colette Guillaumin frappent encore :

En fait, que veut dire « entretien matériel physique » ? D'abord une présence constante. Pas de pointeuse ici, une vie dont tout le temps est absorbé, dévoré par le face-à-face avec les bébés, les enfants, le mari ; et aussi les gens âgés ou malades. Face-à-face, car leurs gestes, leurs actions tiennent directement la mère-épouse-fille-belle-fille dans leur mouvance. Chacun des gestes de ces individus est plein de sens pour [la mère/ l'épouse] et modifie sa propre vie à chaque instant : un besoin, une chute, une demande, une acrobatie, un départ, une souffrance l'obligent changer d'activité, intervenir, à se préoccuper de ce qu'il faut faire immédiatement, de ce qu'il faudra faire, dans quelques minutes, à telle heure, ce soir, avant telle heure, avant de partir, avant que Z ne vienne. (1978, p. 17)

Les enquêtes sur l'entrée en parentalité ont révélé l'accentuation des inégalités professionnelles au sein des couples pendant et après la naissance (Pailhé et Solaz, 2007). Cela tient moins au fait que la grossesse a lieu dans le corps des femmes qu'à l'inégale répartition du travail parental et à l'accessibilité de mode de garde. L'inégale durée de congé pour accueil d'un enfant – malgré l'allongement récent du congé paternité en France⁵⁸ – et les inégalités

⁵⁸ La durée du congé paternité en France est passé de 14 à 28 jours en 2021, mais il ne réduira que marginalement les inégalités professionnelles genrées : il aurait pour cela fallu un congé plus extensif (Périer, 2017).

genrées de revenus⁵⁹ font que bien souvent, ce sont les femmes qui réduisent ou transforment leur activité professionnelle pour élever les jeunes enfants⁶⁰. Dans un contexte français où l'accès à un mode de garde extérieur au foyer reste difficilement accessible et/ou relativement onéreux⁶¹, en particulier dans les grandes villes et pour les femmes ne bénéficiant pas de relais familiaux, se projeter dans la maternité suppose d'anticiper les asymétries genrées du travail parental (Brugeilles et Sebille, 2013 ; Cartier et al., 2021) et de l'articuler à leur propre travail rémunéré (Mathieu, 2016).

Parmi les personnes rencontrées, cependant, les rares à envisager ces conditions matérielles d'entrée en parentalité sont celles qui ont longuement hésité sur la décision à prendre et il s'avère, à l'analyse, que les conditions matérielles s'articulent toujours à d'autres enjeux (d'âge, de poursuite d'étude, de conjugalité...). La norme de conditions matérielles ne semble pas décourager à elle seule la poursuite de grossesse : elle *s'ajoute* plutôt à d'autres enjeux. Diane (30 ans, étudiante en médecine, IVG à 30 ans en 2018) avorte parce qu'elle estime ne pas pouvoir compter sur le soutien de sa famille (sa mère et ses sœurs) et ses amies proches pour la relayer auprès d'un nourrisson, en l'absence d'un partenaire fiable. Céline (34 ans, commerciale, IVG à 32 ans en 2015), qui projetait d'abord de mener la grossesse à terme, avant que son compagnon ne change d'avis, renonce à une maternité hors couple en raison de l'ampleur des difficultés anticipées :

Même en France en 2017, si vous avez financièrement les moyens d'élever votre enfant seule, je pense que en termes de temps, si on veut être une femme qui a un bon travail pour pouvoir subvenir à tout, plus s'occuper de... ben à un moment il faut être aidée quoi et... souvent la famille elle joue... enfin même si c'est pas à 100% mais c'est obligé. Parce que même rien que ... pour avoir une vie, retrouver quelqu'un d'autre etc. Pfff... et c'est compliqué de faire garder son enfant ! Depuis [l'IVG], j'ai rencontré des femmes comme ça d'ailleurs qui n'ont fait que confirmer cette idée. Ça veut pas forcément dire que c'est une mauvaise chose hein mais faut en être conscient, faut en avoir envie... C'est pas le même type de vie quoi.

La décision de (ne pas) enfanter ne peut donc être pensée comme strictement individuelle ni même conjugale. Elle est tributaire de l'organisation collective et de politiques publiques qui favorisent ou non l'articulation entre travail parental et salarié, pour toutes et tous (De Henau,

⁵⁹ L'Insee estime que « en 2019, le revenu salarial des femmes reste inférieur en moyenne de 22 % à celui des hommes (28 % en 2000) » (Insee Référence, 2022).

⁶⁰ L'enquête de Julie Landour sur les « Mompreneurs » montre par exemple que la revendication de l'auto-entreprise comme émancipation du salariat et idéal de l'articulation travail-famille masque en fait une précarité très importante (presque les trois quarts de ses enquêtées touchent à peine un SMIC) et une très forte dépendance au revenu de leur conjoint (Landour, 2017).

⁶¹ En 2014, en France, plus d'un enfant sur deux est gardé par ses parents (c'est-à-dire dans la grande majorité des cas par sa mère) avant d'aller à l'école. Moins d'un sur trois est gardé par une assistante maternelle et à peine plus d'un sur six dans une structure collective (Le Bouteillec, Kandil et Solaz, 2014). La DREES a lancé une enquête spécifique sur cette question dans les années 2010, dont les résultats ont été publiés en 2017 dans la Revue Française des Affaires sociales, numéro 2. Voir notamment (Bellidenty, 2017) pour la présentation de l'enquête.

Meulders et O’Dorchai, 2010). La stigmatisation du refus de maternité est, au mieux, aveugle aux contraintes qui pèsent sur les vies des femmes qui deviennent mères. Au pire, elle constitue une façon de resignifier aux femmes leur disposition « naturelle » – c’est-à-dire naturalisée – à la sphère domestique. En reproduisant des asymétries genrées, la stigmatisation du refus de maternité fonctionne comme un rappel à l’ordre et au « devoir d’enfant » (Debest et Hertzog, 2017).

Bilan 6. Renouveler l’analyse de la norme procréative et du projet parental

« La stigmatisation de l’avortement résulte de normes sociales qui présentent les femmes comme des mères qui se sacrifient et abandonnent à juste titre leur droit à une pleine participation sociale au nom de la fécondité⁶² » écrivent deux chercheuses états-uniennes (Husain et Kelly, 2017, p. 5). En suivant une telle perspective, les femmes qui refusent ce sacrifice en choisissant d’avorter sont présentées comme des « égoïstes » – la stigmatisation des personnes sans enfant volontairement en est la manifestation extrême. Toutefois, affirmer de façon monolithique que l’avortement est stigmatisé parce qu’il serait une échappatoire à la maternité, c’est nier les recompositions contemporaines des normes genrées relatives à la procréation. Désormais, en particulier dans les classes moyennes et supérieures – mais pas seulement – les femmes sont tout autant incitées à investir le marché du travail et à se réaliser en tant qu’individu. L’égalité au sein du couple est revendiquée (à défaut d’être réalisée), la paternité devient l’objet d’un discours public et scientifique. Les résultats des travaux menés par Nathalie Bajos, Michèle Ferrand et leurs collègues sur la *norme procréative* demeurent très robustes vingt ans après : la maîtrise procréative permise par la contraception et l’avortement a rigidifié les conditions de la parentalité.

Je montre que cet état de fait impose aux femmes d’arbitrer entre des stigmatisations contradictoires : le stigmate lié à l’interruption d’une (première) grossesse ne peut s’envisager que relativement à la stigmatisation des entrées en maternité « déviantes », c’est-à-dire éloignées des « conditions préalables que les personnes se fixent avant de devenir parents : avoir terminé leurs études, se trouver dans une position professionnelle stable, être en couple cohabitant depuis un certain temps » (Régnier-Loilier et Perron, 2016, p. 93). Les transformations sociales qui retardent l’âge au premier enfant – allongement de la durée des études, fragilisation de l’insertion professionnelle, difficultés d’accès au logement,

⁶² « Abortion stigma is the result of social norms that posit women as self-sacrificing mothers who rightfully surrender their right to full social participation in the name of fecundity. »

recompositions des relations affectives – expliquent la fréquence de l’IVG et l’augmentation de leur répétition (Bajos, Prioux et Moreau, 2013). Elles expliquent aussi que le refus de maternité ne soit que faiblement stigmatisé quand ces conditions ne sont pas réunies. En ce sens, l’analyse de la stigmatisation ne peut ni ne doit jamais s’extraire d’une analyse très concrète des conditions d’existence et du travail procréatif – les faits comptent autant que les représentations.

Plus la personne enceinte s’éloigne des critères de la maternité optimale, plus la stigmatisation du refus de maternité s’estompe (au profit d’autres formes de stigmatisation de l’avortement, liés à la contraception, la sexualité et les représentations de la grossesse). Les adolescentes et les étudiantes, les femmes n’étant pas inscrites dans des rapports conjugaux durables, celles dont les conditions d’existence sont jugées précaires, etc. échappent relativement à l’accusation « d’égoïsme » s’agissant de l’avortement. Au contraire, « l’égoïsme » serait d’enfanter dans de mauvaises conditions, au mépris du bien-être anticipé du géniteur « père malgré lui » ou de l’enfant potentiel. Il en va autrement des femmes dans des situations affectives, matérielles et professionnelles plus stables : celles-ci sont encore susceptibles d’être accusées d’avorter par égoïsme, voire par « confort », preuve que l’assignation des femmes à la maternité demeure prégnante. Les recompositions des rapports de genre n’ont fait que *déplacer* l’injonction à la maternité.

Outre cette conception de la *norme procréative* comme arbitrage entre des stigmatisations contradictoires, mes résultats renouvellent aussi l’analyse du *projet parental*, qui n’est ni linéaire ni mécanique. Au contraire, il est le produit de négociations, non seulement entre les femmes et leurs *partenaire sexuels* (négociations qui, parfois, ne franchissent pas le seuil de la verbalisation, tant les femmes anticipent les réactions de leur conjoint plutôt que les confronter) mais aussi entre les femmes et *leurs familles* – attentes des parents en matière de conjugalité et de procréation, parentalité des frères et sœurs, etc. Or ce dernier point, à ma connaissance, est très peu mis en évidence dans la littérature, tant la focalisation sur le couple (parental) a concentré l’attention. Une telle occultation de la constellation d’autres acteur·ices qui interviennent dans les décisions de (ne pas) enfanter me semble la conséquence d’une approche contemporaine occidentale individualiste de la parentalité, alors même que, comme dit le (supposé) proverbe africain, « il faut tout un village pour élever un enfant ». Dès lors, plutôt que concevoir le projet parental comme une décision co-construite par deux – et seulement deux – individus égaux (ce qui était déjà remis en cause, notamment par Elsa Boulet (2020)), je propose de l’envisager comme *un arbitrage sous contrainte* incluant un réseau d’acteurs et d’actrices plus ou moins influent·es, dont le partenaire, certes, mais aussi les familles et les ami·es, qui participent de toute évidence à structurer le choix de la (non-)parentalité.

À l'heure où les modalités de relation se recomposent, où le couple est moins durable et ses frontières plus labiles, où les revendications en faveur d'une maternité choisie en dehors de la conjugalité s'affirment et sortent renforcées par l'ouverture de la PMA aux femmes seules en 2021, bref, où le monde social fait preuve d'une redoutable inventivité en matière de procréation, il devient nécessaire d'adapter les concepts des sciences sociales afin de penser ces nouvelles entrées en parentalité. Outre la stigmatisation, cela implique de ne jamais négliger les ressources – résidentielles, professionnelles, financières, relationnelles, familiales, etc. – dont disposent ceux et celles qui deviennent parents en s'émancipant du modèle conjugal, puisque s'affranchir de la stigmatisation de « l'enfant dans le dos » et/ou de la « maternité solo » implique de pouvoir supporter un ensemble de coûts, matériels et symboliques. Le renouveau de la sociologie de la famille, qui plaide pour une « sociologie du pluralisme familial » (Déchaux et Le Pape, 2021), ne peut donc faire l'économie du rôle joué par ces ressources et ces représentations dans la détermination de l'autonomie procréative de toutes et tous.

Chapitre 7. Meurtrière ? Stigmatiser

« l'atteinte à la vie »

Le 11 septembre 2018, Bertrand de Rochambeau, président du Syndicat National des Gynécologues (Syngof), l'un des principaux syndicats de gynécologie en France¹, affirme au micro de Quotidien que son rôle de médecin n'est pas de « retirer des vies ». Face à la journaliste, Valentine Oberti, qui argue que « faire une IVG, c'est pas un homicide », il répond : « si, madame »². La séquence, largement relayée par les médias et les réseaux sociaux, provoque immédiatement un tollé dans l'Hexagone. Les propos sont condamnés par les associations féministes, nombre de professionnel·les de santé, les instances représentatives de l'État³, tandis que le Syngof publie dès le lendemain un communiqué réaffirmant son soutien au droit à l'IVG⁴. Le mois suivant, l'homélie du pape François, qui compare l'IVG au recours à un « tueur à gage », provoque à son tour une indignation massive⁵ – cette fois de la part des médecins soucieux de défendre leur profession. L'assimilation de l'avortement à un meurtre passible d'une condamnation criminelle, qui constitue une forme historique de stigmatisation de l'avortement (voir 1.2.3), semble donc désormais susciter, en France, une ferme condamnation publique. Mais l'imaginaire de la mère en « monstre tueuse de bébé » (*baby killing monster*) (Astbury-Ward, Parry et Carnwell, 2012, p. 3141) n'a pas disparu pour autant. Ces deux exemples, portés par de hauts représentants des institutions médicales et religieuses, montrent à eux seuls combien le discours – plus ou moins euphémisé – qui assimile l'embryon à un être humain déjà né, et partant l'avortement à sa mise à mort, est encore vivace.

À l'étranger, une telle rhétorique a même repris de la vigueur : en 2013, l'Espagne envisageait par exemple une loi pour reconnaître des droits aux enfants non-nés, qui s'est

¹ D'après un article du Huffington Post paru le 12/09/2018, « ce syndicat revendique "1600 adhérents à jour de cotisation", soit moins d'un quart des 6748 gynécologues recensés en 2017 par l'Ordre des médecins ». Accessible à l'adresse https://www.huffingtonpost.fr/2018/09/12/le-president-du-syndicat-des-gynecologues-bertrand-de-rochambeau-sur-livg-nous-ne-sommes-pas-la-pour-retirer-des-vies_a_23524629/, consulté le 14/08/2021.

² Voir l'interview de Bertrand de Rochambeau sur TF1 à l'adresse <https://www.tf1.fr/tmc/quotidien-avec-yann-barthes/videos/l-interview-integralite-docteur-bertrand-de-rochambeau-gynecologue-refuse-de-pratiquer-ivg.html>, consultée le 14/08/2021.

³ Marlène Schiappa, alors Secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la Lutte contre les discriminations et Agnès Buzyn, Ministre de la Santé, condamnent les propos du gynécologue.

⁴ Accessible à l'adresse <https://syngof.fr/espace-infos/communiqués-de-presse/le-syngof-sexprime-suite-aux-propos-de-bertrand-de-rochambeau-diffusés-dans-lemission-quotidien-sur-tmc-le-mardi-11-septembre/>, consultée le 18/05/2023.

⁵ « Le pape François compare l'avortement au recours à un "tueur à gages" », *Le Monde*, 10/10/2018.

heurtée à une très forte mobilisation féministe nationale et internationale ; en Italie, pendant les années 2010, des attaques contre l'avortement visaient à faire reconnaître le fœtus comme une personne au sens juridique du terme dès la conception (De Zordo, 2018 ; Mattalucci, Mishtal et De Zordo, 2019) ; aux États-Unis enfin, c'est bien la reconnaissance de droits fœtaux qui a motivé la révocation de l'arrêt Roe vs Wade en 2022. Ainsi, « en construisant le fœtus comme une personne et l'avortement comme un meurtre, les forces anti-avortement avancent que les femmes ou les professionnel·les de santé – ou les deux – devraient être considéré·es comme des meurtrier·es⁶ » (Norris et al., 2011, p. 6). En France, cependant, le droit ne reconnaît pas de personnalité juridique au fœtus (Carayon, 2016). Qu'en est-il alors de cette forme de stigmatisation qui procède par l'humanisation du fœtus et assimile celles qui avortent à des tueuses ?

L'enjeu de la discussion porte bien sur la distinction faite ou non entre le corps de la personne enceinte et le corps fœtal. S'il y a plus d'un siècle déjà, dans son ouvrage *Le droit à l'avortement*, la doctoresse Madeleine Pelletier écrivait « L'enfant qui est né est un individu, mais le fœtus, au sein de l'utérus, n'en est pas un : il fait partie du corps de la mère » (Éditions du Malthusien, 1913, p. 16), si le mouvement féministe radical s'est construit sur le droit des femmes à disposer de leur corps, c'est bien la définition de ce ou ces corps qui suscite la controverse. L'objectif de ce chapitre est de montrer comment aujourd'hui, en France, se configure la rhétorique stigmatisante qui assimile l'embryon à un enfant potentiel et partant l'IVG au retrait d'une vie.

Un tel discours est historiquement porté par le militantisme anti-avortement. L'objectif de mon travail n'étant pas directement de proposer une analyse des recompositions des mouvements sociaux opposés à l'IVG (quoiqu'une enquête contemporaine fouillée sur la question serait particulièrement bienvenue⁷), je montrerai plutôt comment les avortées sont (plus ou moins confusément) exposées à leur rhétorique, dans l'espace public et en ligne (1). Mais le discours sur l'avortement comme « retrait d'une vie » n'est pas l'apanage de la militance conservatrice : il se fabrique aussi dans le rapport contemporain de la médecine à la grossesse. La prise en charge médicale de l'avortement est le moment où les femmes sont le plus fortement exposées à un discours humanisant le fœtus, en particulier lors de l'échographie

⁶ "By constructing the fetus as a person and abortion as murder, antiabortion forces argue that women or providers – or both – should be seen as murderers."

⁷ Le travail approfondi de Fiammetta Venner (1995) est aujourd'hui daté mais il montre tout l'intérêt d'une analyse des réseaux anti-avortement en France et de leur collusion avec l'extrême-droite. Une telle recherche pourrait prendre la forme d'une ethnographie auprès de ces militant·es anti-IVG (comme les Survivants), d'une analyse de leurs archives, à la manière du travail journalistique réalisé dans le documentaire « Avortement, les Croisés contre-attaquent », réalisé par Alexandra Jousset et Andréa Rawlins-Gaston (2017).

et de l'expulsion (2). Cette forme de stigmatisation elle aussi se décline : les femmes qui avortent plusieurs fois et/ou à un stade avancé de grossesse y sont davantage exposées (3).

7.1 L'exposition à la rhétorique du militantisme anti-avortement : de la victimisation des fœtus à la victimisation des femmes

Dans les années 1990, images d'embryons selon leur stade développement, slogans choc et poupons ensanglantés ont constitué les instruments d'un militantisme⁸ qui, en montrant le corps, dénonçait l'avortement comme une atteinte au caractère sacré de la vie (Venner, 1995a). En France, un tel militantisme a trouvé un coup d'arrêt en 1993 avec la promulgation de la loi Neiertz caractérisant le délit d'entrave à l'IVG. Le militantisme anti-avortement s'est alors largement retranché sur Internet (sites internet, forums, réseaux sociaux), où la désinformation a proliféré. Depuis le rapport d'alerte du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes sur la question (Laurant, 2013), les pouvoirs publics tentent d'endiguer ce phénomène : outre des dispositions pour faciliter l'accès à une information fiable depuis 2015, le délit d'entrave à l'IVG a été étendu à sa dimension numérique en 2017. Dans quelle mesure ce militantisme a-t-il des effets auprès de celles qui avortent ?

7.1.1 Le relatif épuisement de la rhétorique de l'avortement comme meurtre

« Les gens qui disent qu'on tue quelqu'un [...] ils sont un peu débiles » : la disqualification de l'imaginaire du meurtre dans les entretiens

La rhétorique anti-IVG s'est, historiquement, structurée autour de l'idée que l'avortement serait moralement condamnable car il consisterait dans la « mise à mort » d'un « être innocent ». Le gradient de l'humanisation s'est réduit : si plus personne ne parle de crime de masse ou de génocide des embryons – comme c'était encore le cas au moment de la loi Veil – et presque plus de meurtre ou de crime, l'idée qu'avorter reviendrait à tuer des bébés et sa forme

⁸ Voir les témoignages des professionnel·les de santé des années 1990, notamment l'épisode de 1995 de « Voix du Silence » rediffusée par France Culture le 21/01/2023, « Témoignages sur les commandos anti-IVG en France dans les années 1990 » accessible à l'adresse <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/les-nuits-de-france-culture/voix-du-silence-les-victimes-des-commandos-anti-ivg-1ere-diffusion-samedi-21-10-1995-4595024>, consultée le 29/05/2023.

euphémisée « d'atteinte à la vie » n'ont pas disparu : les entretiens portent la trace de ce soupçon.

Les femmes rencontrées évoquent en effet volontiers cette forme de stigmatisation, pour s'en démarquer avec véhémence, comme Ophélie (19 ans, étudiante en DUT, IVG à 18 ans et demi en 2018) :

Six semaines [de grossesse], c'est vraiment rien du tout, c'est pas trop... J'ai pas trop la culpabilité non plus par rapport à ça. [...] Les gens qui disent qu'on tue quelqu'un et tout, enfin je trouve ça un peu... n'importe quoi. Ils sont un peu débiles !

Astrid (24 ans, chargée de projet dans une collectivité territoriale, IVG à 23 ans en 2018), s'efforce pour sa part de faire passer le destin de l'embryon après le sien :

Et quand je vois toutes les règles et toutes les lois et les gens qui disent « Ouais faire une IVG c'est tuer un enfant... ». Bah ouais, vous avez juste jamais été dans la merde et vous vous êtes pas rendu compte de ce que c'était en fait !

En tout état de cause, la rhétorique de l'IVG comme meurtre ne prend pas auprès de la majorité des enquêtées, qui la caricaturent, comme Coralie (22 ans, étudiante en art, IVG à 21 ans en 2016) :

Les témoignages... j'ai cherché sur internet, sur des femmes qui ont avorté, sauf que je tombe sur des vidéos Youtube et rien qu'en regardant l'image et le titre « Jésus Christ revient-nous » et tout machin, je sais que c'est des témoignages affreux et bourrage de crâne ! Et « ne faites pas ça et c'est pas bien et vous tuez un enfant ! ».

... ou la tournent en dérision, comme Charlie (24 ans, étudiante en sciences sociales, IVG à 21 ans en 2015) pour reconforter une amie qui avorte pour la seconde fois :

Quand j'étais [dans un pays d'Amérique Latine connu pour être fortement anti-avortement], je lui avais envoyé... [rire] J'avais trouvé dans une église une petite fiche de parrainage pour un enfant, de parrainage spirituel pour un enfant en danger d'avortement, et tu le remplissais avec le nom du bébé, le nom de la marraine... Du coup je lui avais envoyé ça, avec plein de blagues qu'on avait autour de ça [rire].

Charlie procède ici à une forme parodique de réappropriation collective du stigmatisme de l'avortée comme meurtrière, en reprenant les discours sur l'enfant « en danger d'avortement » pour en faire un motif burlesque, une farce dont le caractère excessif conduit à sa propre décrédibilisation. Il s'agit, en imitant de façon caricaturale les postures des anti-avortements, d'en montrer l'absurdité et de faire perdre de sa force à cette forme de stigmatisation. Il semble donc, comme l'écrit Lesley Hoggart, qu'il soit « de plus en plus évident que nombre de personnes ne sont plus convaincues par des argumentaires qui présentent les femmes souhaitant avorter comme des meurtrières immorales⁹ » (2015, p. 369). Les militant-es anti-avortement,

⁹ "It became increasingly clear that large numbers of people were not going to be persuaded by appeals based on positioning women seeking an abortion as immoral murderers".

d'ailleurs, ne s'y trompent pas. Ceux-là se savent minoritaires et présentent volontiers leur posture comme marginale, voire stigmatisée¹⁰, n'hésitant pas à recourir à une rhétorique victimaire qui masque largement les réseaux de soutien dont ils disposent.

Il faut cependant nuancer cette conclusion : la vigueur et la fréquence des stratégies des avortées pour contrer l'image d'elles-mêmes en « tueuses de bébé » (voir chapitre 10) atteste de l'enracinement de cet imaginaire, *y compris dans les discours qui semblent s'en moquer*. Ainsi, pour autant que la présentation de l'IVG comme meurtre soit décrédibilisée et mise à distance dans le discours des enquêtées, la récurrence de son évocation dans les entretiens et les références explicites au militantisme anti-avortement (en ligne ou dans l'espace public) attestent de la forte pesanteur de cette forme de stigmatisation. Pauline (25 ans, rédactrice freelance, IVG à 19, 24 et 25 ans) mentionne par exemple la « Marche pour la vie » organisée par l'association du même nom, proche de la fondation Jérôme Lejeune¹¹ – une des principales associations anti-avortement en France (Venner, 2006) : « je sais qu'il y a encore des gens anti-IVG, qu'à Paris il y a des manifestations, et puis c'est un peu remis en cause depuis quelques temps ». Élane (38 ans, chargée de mission dans une association humanitaire, IVG à 34 ans en 2015) s'attendait pour sa part à être accueillie, au centre d'IVG, par « tu sais, les gens qui font des manif comme ça là, avec les photos de bébé, en disant que le fœtus est un être vivant machin machin machin ». Ophélie, évoquée plus haut, précise l'impact d'un tel militantisme :

J'ai lu aussi des trucs... des trucs anti-IVG [rire]. Je sais pas pourquoi j'ai fait ça. Juste pour voir leurs arguments... [...] J'ai lu sur Facebook, mais c'était y'a pas longtemps apparemment, enfin une semaine, une semaine et demi, y'a eu une marche dans Paris, là... [...] qui disait des trucs sur les banderoles, genre que... du genre à un mois l'enfant, l'embryon il ressent déjà des sensations... Alors que franchement non, en soi, c'est pas encore un embryon, c'est quoi, une cellule-œuf, enfin des trucs un peu ridicules comme ça. Donc je me disais, autant de monde pour une manifestation...

Le militantisme familialiste conservateur a, en France, repris en vigueur au cours des années 2010¹². L'avortement n'est pas à l'origine de ce renouveau traditionaliste et il n'en constitue pas la préoccupation première : les attaques contre les droits des personnes LGBT+ et queer et

¹⁰ Émile Duport précise par exemple dans l'enquête menée par Streetpress (<https://www.streetpress.com/sujet/1480340832-emile-duport-survivants-anti-avortement>) : « Déjà, on est contre l'avortement. Si en plus, tu le fais par la prière, c'est donner le bâton pour se faire battre ».

¹¹ Jérôme Lejeune, médecin ayant contribué à la découverte de la trisomie 21, est une figure historique du militantisme anti-avortement (Gaudillère, 2006 ; Venner, 1995a), reconnu comme « vénérable » par l'Église Catholique (Dolbeau et Dutron, 2021).

¹² Le vote de la loi Taubira, en 2013, sur le « Mariage pour tous » a été l'occasion d'une contestation massive issue de la droite traditionnelle et chrétienne et des « féministes de droite », qui a conduit à une (re)mobilisation importante du militantisme familialiste conservateur. Le phénomène de la « Manif pour tous », qui a mobilisé presque un million de personnes, a été depuis documenté dans plusieurs travaux qui tracent les lignes de recomposition au long cours de ces oppositions (Béraud et Portier, 2015 ; Cheynel, 2022 ; Della Sudda, 2022 ; Labussière, 2017 ; Raison du Cleuziou, 2014, 2019).

le « faire famille » en dehors de la parentalité hétérosexuelle concentrent bien davantage l'attention. Mais force est de constater qu'il reste un enjeu de taille. Les Survivants (voir 1.3.3) émergent directement dans le sillage de la Manif pour Tous – son leader, Émile Duport¹³, y a été conseiller en communication. Alors que ce nouveau militantisme intègre une rhétorique davantage soucieuse de l'égalité entre hommes et femmes et emprunte aux mouvements contestataires de gauche son répertoire d'action (manifestations festives, recours à l'humour, langage relâché, etc.), les générations de militants et surtout de militantes se renouvellent : le mouvement des Survivants réunit des jeunes dans la vingtaine, de même qu'un collectif de femmes comme les Antigones (Labussière, 2017). Une partie de la jeune génération se fait ainsi le porte-voix du conservatisme contemporain, au côté d'acteur·ices plus ancien·es comme le CLER (Fradois, 2017), la Fondation Lejeune, Alliance Vita.

« Pikachu n'est jamais né... » : de l'IVG comme meurtre à la grossesse poursuivie comme vie sauvée

Le débat n'est donc pas clos et le militantisme anti-IVG contemporain n'en a pas fini avec la présentation de l'avortement comme atteinte à la vie – aussi euphémisé et prudent soit-il devenu. La parodie de la campagne gouvernementale pro-IVG menée par le Salon Beige (voir 1.3.3), est sans ambages : « IVG c'est tuer » ; « Tuer c'est mon droit »... Le site internet de la Marche pour la vie, de même, n'hésite pas à présenter son action annuelle comme « une réponse » à la loi Veil en rappelant « l'interdit fondamental de tuer, le véritable rôle de la médecine, et le devoir de protéger les innocents et les plus faibles » et en présentant l'avortement (volontaire ou médical) comme la « suppression de vies humaines »¹⁴. Mais le plus souvent, ce discours se fait plus nuancé. Prenons l'exemple de la campagne de communication anti-IVG diffusée par les Survivants en 2016 (avant la caractérisation du délit d'entrave numérique à l'IVG, donc) : le site Sauvezpikachu.com (consultable sur smartphone uniquement), publicisé en ligne et par impression sur les trottoirs parisiens et lyonnais¹⁵.

¹³ Au cours des années 2010, Émile Duport, né au début des années 1980, a été l'âme vive du renouveau anti-IVG. « Croisé anti-IVG dans un costume de hipster » selon L'Obs (07/07/2017), « "troll" en chef des "Survivants" » selon BuzzFeed, mais « gardien de la vie naissante » pour Famille Chrétienne (17/01/2018), il est désigné dès 2010 par La Croix comme « un des dix jeunes qui font bouger l'Église ». Il fait ses armes de communicant auprès de la Manif pour tous avant de lancer sa propre entreprise de publicité. C'est lui qui est à l'initiative du mouvement des Survivants et de son action devant le Centre Pompidou en juin 2016, lui encore qui est à l'initiative du site Afterbaiz.com, Simoneveil.com ou SauvezPikachu (voir *infra*).

¹⁴ Rubrique « Qui sommes-nous ? » du site internet de La Marche pour la Vie, <https://enmarchepourlavie.fr/>, consulté le 20/05/2023.

¹⁵ Voir « Émile Duport, le dresseur de Pokémon en croisade contre l'avortement », *Streetpress* du 28/11/2016, accessible à l'adresse <https://www.streetpress.com/sujet/1480340832-emile-duport-survivants-anti-avortement>, consulté le 24/05/2023.

Lancée alors que le jeu PokémonGo était au faîte de sa gloire, cette application, présentée comme un jeu, propose de « faire le bon choix » pour « sauver Pikachu », le célèbre Pokémon. La plateforme, qui imite le visuel des jeux vidéo Pokémon, met en scène une femelle Pikachu, très amoureuse d'un Pikachu mâle, qui se retrouve enceinte. La mise en place de l'intrigue ne laisse guère de doutes sur les postures défendues.

Figure 4. Captures d'écran de l'application anti-IVG Sauvez Pikachu (1 à 4)



La narration, très simple, valorise l'amour romantique et féminin. La Pikachu femelle a son nom écrit en rose et c'est bien elle qui « tombe amoureuse », ce qui la pousse à s'exclamer que « La vie est belle » à grand renfort de cœurs roses pixelisés. Yeux fermés et sourire aux lèvres, elle semble s'abandonner à son bonheur. Sur l'image suivante, on la retrouve dans une posture tout aussi calme : paisible, les bras croisés sous la tête, le ventre enflé d'une grossesse presque à terme, la petite Pikachu « attend un Pichu » avec sérénité. Elle n'est pas seulement enceinte : d'ores et déjà, ce qui se prépare est personnalisé (« un Pichu », c'est-à-dire un bébé Pikachu) et représente un espoir, une attente à laquelle la petite Pikachu, mère en puissance, se prépare grâce au repos. Le Pikachu masculin à l'origine de la grossesse brille par son absence. L'arrivée d'un enfant est montrée comme une conséquence immédiate et heureuse de l'amour, la sexualité étant complètement occultée au bénéfice des joies romantiques. On retrouve déjà ici tous les ingrédients de la stigmatisation de l'IVG analysés aux chapitres précédents (occultation de la sexualité et de la fertilité du partenaire ; naturalisation de la maternité ; éloge de la sexualité romantique et conjugale ; etc.). Ce bonheur naturalisé comme féminin se heurte cependant aux adultes :

Figure 5. Captures d'écran de l'application anti-IVG Sauvez Pikachu (5 à 8)



Face à la jeune Pikachu soudain triste, aux yeux et oreilles tombant de dépit, les quatre personnages célèbres du dessin animé incarnent chacun-e un argument en faveur de l'avortement, présenté comme un obstacle à une maternité heureuse. Sacha, qui a déjà « trop de Pokémon dans son sac », incarne la rhétorique néo-malthusienne de la limitation des naissances pour des raisons démographiques, familiales et/ou écologiques. Leveinard, Pokémon médecin, représente l'argument sanitaire et reflète surtout les questionnements relevant de l'IMG, qui portent sur la santé de l'embryon¹⁶. Le professeur Chen rappelle à la jeune Pikachu qu'elle a des objectifs de vie supérieurs à sa maternité et met en balance les aspirations individuelles voire professionnelles (« devenir le meilleur Pokémon ») et l'injonction au « faire famille » : il est ici présenté comme l'apôtre d'un carriérisme libéral au mépris des émotions de la petite Pikachu. Enfin, la réaction méprisante de Jessie, une des méchantes du dessin animé, renvoie très directement au débat sur la nature de l'embryon : « ce n'est qu'un amas de cellules, OSEF de ton œuf ». Tout est fait pour susciter l'empathie avec la petite Pikachu si triste de voir que tout le monde s'oppose à la poursuite de sa grossesse. La personne qui visite le site est alors invitée à prendre parti, en décidant si elle souhaite ou non « interrompre l'éclosion de l'œuf » (le vocabulaire renvoyant explicitement à celui de l'*interruption de grossesse*).

¹⁶ La question des IMG est laissée de côté dans cette thèse, mais la référence à cette rhétorique rappelle que la distinction française entre interruption volontaire et interruption médicale de grossesse, introduite par la loi Veil, ne va pas de soi, à la fois pour les femmes elles-mêmes et pour ceux qui dénoncent l'avortement.

Figure 6. Captures d'écran de l'application anti-IVG Sauvez Pikachu (9 à 12)



Le changement visuel traduit alors un fort changement de ton. On quitte l'univers visuel ludique et coloré pour retrouver une mise en page qui évoque davantage un tract militant et développe un discours politique, en noir sur fond neutre. Le Pikachu « non-né » devient une ombre lugubre portant sur le ventre le logo des Survivants, toute femme enceinte étant présentée comme une « future maman », quand le Pikachu « sauvé », heureux d'être là, porte triomphalement le même logo et se fait l'étendard d'un discours pro-parentalité. La mise en scène de la pop culture, le ton familier et humoristique, le détournement de personnages célèbres, ne sont là que pour mieux travestir le message que les anti-IVG veulent marteler : un « œuf » est déjà une personne dans son entièreté et impose à ses concepteur·ices le statut de parents.

La stratégie est subtile à plusieurs égards. Tout d'abord, il ne s'agit pas de dire explicitement que choisir « d'interrompre l'éclosion de l'œuf » reviendrait à « tuer Pikachu ». Tout se joue dans l'implicite : se désoler que Pikachu ne soit pas né et présenter la poursuite de l'éclosion comme le sauvetage d'un « personnage exceptionnel ». Un tel discours euphémise ainsi ses propres postures tout en mobilisant la rhétorique de l'exceptionnalité. L'idée que l'on empêche un grand destin en avortant est un argument anti-avortement récurrent : les Survivants le reprennent en 2017 dans une campagne d'affichage sauvage, qui représente des photos d'embryons sous-titrées « Gandhi », « Einstein », « Bob Marley » barrées d'un bandeau « interruption volontaire de génies »¹⁷ ou encore dans l'interruption de l'émission de Cyril Hanouna pour le « remercier d'exister »¹⁸. Cette rhétorique téléologique consiste à faire comme

¹⁷ Voir « Émile Dupont, un croisé anti-IVG dans un costume de hipster » dans *l'Obs*, cité plus haut.

¹⁸ Voir le *Huffington Post*, 05/10/2016, accessible à l'adresse https://www.huffingtonpost.fr/actualites/article/les-survivants-groupe-anti-ivg-interrompent-tpmp-et-disent-merci-d-exister-a-cyril-hanouna_86044.html, consultée le 24/05/2023.

si le destin individuel était fixé d'avance, l'embryon contenant en germe toutes les prouesses futures.

La force de frappe d'un tel discours tient aussi à ce qu'il *évite de stigmatiser* directement la jeune Pikachu (et toutes les jeunes femmes qu'elle incarne). Les causes de sa grossesse (sexualité, utilisation ou non de la contraception, responsabilité masculine...) ne sont pas évoquées, tandis que la Pikachu est présentée comme une *influençable victime à secourir* plutôt que comme une coupable meurtrière. Une telle stratégie est absolument délibérée : elle est défendue par Émile Duport à plusieurs reprises, dans une interview pour Famille Chrétienne en 2018¹⁹ ou encore dans le texte qui accompagne la campagne d'affichage sauvage au moment des présidentielles de 2017 (voir 1.3.3). Les revendications anti-IVG sont présentées comme « une prise de conscience sociale et humanitaire. Ça n'est ni une négation du droit des femmes, ni la défense archaïque d'une morale, c'est reconnaître que de nombreux avortements sont faits sous la contrainte et la pression et qu'ils provoquent des souffrances importantes chez les femmes et indirectement pour leur entourage²⁰ ».

La rhétorique de l'IVG comme meurtre se fait donc plus subtile : non plus « tu as tué Pikachu » mais plutôt « tu ne l'as pas sauvé – alors que tu aurais pu », en présentant la poursuite de grossesse métaphorisée comme un acte de droiture et de bravoure. Surtout, elle cède le pas à un argument nouveau : l'idée que les (jeunes) femmes qui avortent seraient manipulées par leur entourage et qu'elles devraient trouver en elles la force de résister à des injonctions pro-avortement qui leur seraient nocives. Un tel déplacement de la rhétorique anti-IVG d'un discours centré sur l'embryon à un discours « centré sur les femmes » et même les « futures mères » (leur vulnérabilité, leur souffrance, leur désir « naturel » d'enfanter) n'est pas spécifique à la France. Cela s'inscrit plus généralement dans le contexte international d'une recomposition de la rhétorique anti-IVG, déjà très étudiée dans la littérature (Hoggart, 2015 ; Jordan et Wells, 2009 ; Kelly, 2014 ; Lee, 2003) – et théorisée par les antiavortements eux et elles-mêmes²¹.

L'une des principales tâches de la stratégie anti-choix centrée sur les femmes consiste à remplacer le fœtus par la « femme blessée par l'avortement », rongée par la culpabilité, la haine

¹⁹ Vidéo accessible à l'adresse https://www.youtube.com/watch?v=hhMIBGgtpsc&ab_channel=FamilleChr%C3%A9tienne, consultée le 18/05/2023.

²⁰ Accessible sur le site des Survivants à l'adresse <https://lessurvivants.com/presidentielle-2017-lappel-voix/>, consultée le 18/05/2023.

²¹ Par exemple par David C. Reardon dans *Making Abortion Rare: A Healing Strategy for a Divided Nation*, (1996, Springfield, Ill, Acorn Books), où cet ingénieur en électricité, devenu une figure de proue des mouvements anti-avortement aux États-Unis, plaide pour une posture éthique qui considère qu'il faut accorder pareille attention aux femmes et aux « enfants non-nés ».

de soi, le chagrin, la victimisation et la désignation d'un coupable, pour résumer l'image de ce qui ne va pas avec l'avortement (Cannold, 2002, p. 173).

Selon cette rhétorique nouvelle, si l'avortement doit être limité voire empêché, c'est en raison de l'impact physique et psychologique qu'il aurait sur les femmes influençables, voire contraintes, qui le pratiquent (Hoggart, 2015, p. 369) – l'« atteinte à une vie » n'étant pas mentionnée mais toujours sous-jacente, puisque c'est elle qui rendrait l'IVG douloureuse par nature. Une telle rhétorique reprend à son compte les discours en faveur des droits des femmes (restreindre leur accès à l'IVG est présenté comme favorable à leur intérêt) en se targuant d'arguments présentés comme scientifiques. L'enjeu, dès lors, ne serait plus moral mais sanitaire, et l'on assiste bien à une prise en otage de la rhétorique des droits humains (Lowe et Page, 2019). Ce mouvement de *victimisation* des femmes s'accompagne d'une *sanitarisation* et d'une *psychologisation* du discours anti-IVG, en « passant d'un cadrage moral fondé sur les droits du fœtus à un cadrage de santé publique qui stigmatise les femmes qui avortent sur la base d'une prétendue maladie mentale causée par l'avortement²² » (Husain et Kelly, 2017, p. 2). Cette prétendue maladie mentale est connue à l'international sous le sigle de « PAS », *post-abortion syndrome* (syndrome post-avortement). Autour de ce syndrome s'articule un nouveau visage de la stigmatisation : celui de l'avortement non plus *comme meurtre*, mais *comme traumatisme*²³ pour les femmes – là encore, la rhétorique du droit des femmes est piratée, puisque la caractérisation du *traumatisme* constitue un argument en faveur de la reconnaissance, de la qualification et de la condamnation des violences sexuelles²⁴.

7.1.2 Victimiser et psychologiser pour mieux stigmatiser : la pénétration du « syndrome post-avortement » en France

Le « syndrome post-avortement », présenté comme une variante du stress post-traumatique, est décrit par les anti-choix comme une dégradation de la santé des femmes ayant avorté, sur le plan physique (risque augmenté de stérilité ou de cancer du sein) mais surtout psychique (dépression, troubles du sommeil, troubles alimentaires, perte de l'estime de soi, voire idées suicidaires), accompagnée de comportements dysfonctionnels (comme des flashbacks à

²² « Anti-abortion forces shifted their stigma-based strategies from a morality-based fetal rights framing to a public health framework that stigmatized aborting women based on the alleged mental illness caused by abortion ».

²³ Voir l'article de Jeanne Shullers pour Slate du 02/08/2012, « IVG: la culture du traumatisme a encore de beaux jours devant elle », accessible à l'adresse <https://www.slate.fr/story/60619/ivg-culture-traumatisme-avortement-interruption-volontaire-grossesse>, consultée le 02/06/2023.

²⁴ Voir en particulier les travaux de la psychiatre Muriel Salmona sur la dissociation à l'œuvre lors d'une agression sexuelle ou de violences conjugales répétées (Salmona, 2018b), et sur le fonctionnement de la « mémoire traumatique », qui explique les amnésies parfois très longues à la suite d'un traumatisme, en particulier une agression sexuelle dans l'enfance (Salmona, 2018a ; Tarquinio et al., 2017).

l'anniversaire de l'avortement, des problèmes sexuels ou relationnels avec le conjoint et/ou les enfants) (Husain et Kelly, 2017, p. 1). Un tel mal-être est présenté comme une conséquence du caractère *intrinsèquement traumatique* de l'avortement, qui serait la cause de la culpabilité ressentie pour avoir mis volontairement fin à une grossesse (Cannold, 2002). Face à ce syndrome présenté comme réalité première de l'expérience abortive, les femmes malheureuses, blessées par leur propre avortement (Jordan et Wells, 2009), n'auraient pas d'autres choix, pour se « soigner », que reconnaître le caractère traumatique de leur acte, accepter leur incontestable culpabilité et se reconstruire avec l'aide de professionnel·les de la santé psychique, voire auprès d'instances spirituelles seules à même d'aider à obtenir le pardon – la rhétorique chrétienne de la faute et de la pénitence étant à la fois implicite et légitimée par la référence aux sciences²⁵, puisque « les organisations [anti-avortement] tentent d'échapper au réductionnisme religieux pour devenir plus intelligibles dans le contexte contemporain » (Crosetti, 2022, p. 18). L'accès à la santé sexuelle et reproductive est ainsi disqualifié : « Au prix d'un renversement rhétorique, les droits sexuels et reproductifs des femmes sont présentés non plus comme des vecteurs d'autonomisation mais comme des instruments de leur oppression par le système capitaliste » (Labussière, 2017, §33).

Pourtant, le « syndrome post-avortement » n'a aucune assise scientifique avérée et les institutions faisant foi en la matière ne reconnaissent pas son existence. Aux États-Unis,

²⁵ L'excellente ethnographie menée par Jonell Husain et Kimberley Kelly dans des « recovery groups » post-avortement aux États-Unis est très éclairante sur le rôle des organisations religieuses, en particulier les églises évangélistes, dans la promotion du « syndrome post-avortement » (2017). Les autrices mènent l'enquête auprès de ces « groupes de rémission » qui proposent, durant dix semaines, des réunions hebdomadaires de deux heures et demie censées aider les femmes qui trouvent leur IVG problématique ou traumatique – ce que ces groupes retraduisent en l'expression du « syndrome post-avortement ». Les chercheuses montrent comment ces stages, qui sont le lieu d'une mise en sens collective de l'expérience abortive et de la stigmatisation, participent à la construction sociale de l'identité discréditée de post-avortée. Sous le terme de « convergence des stigmates », elles désignent le processus par lequel les avortées participant à ces groupes sont incitées à appréhender leur propre histoire pour intégrer l'identité déviante d'avortées et se « réconcilier » avec les dominants, via la ritualisation progressive du stigmaté. Dans ce jeu de reconnaissance symbolique, les dominants se mettent à imposer leur vue aux dominées, qui sont invitées à endosser puis renier leur (ex)identité d'avortée, pour se réhabiliter aux yeux des anti-IVG et, ainsi, retrouver une place sociale. Une telle rhétorique s'inscrit bien entendu dans les croyances évangélistes faisant de la reconnaissance de son « péché » la condition pour accéder à la béatitude du pardon. Les avortées sont incitées à franchir plusieurs étapes pour les amener à « avouer » leur avortement d'abord aux pairs en privé, puis en semi privé, puis en public, à travers une succession de rituels qui vont jusqu'à l'exposition publique de leur stigmaté, et une cérémonie pour nommer l'embryon avorté et lui donner une existence, qui conditionne leur réintégration au groupe. Au stade ultime, les avortées, néo-converties, se font nouvelles militantes anti-avortement, et leur expérience devient un argument au renfort des campagnes visant la restriction de l'accès à l'IVG. L'idée de fond, paternaliste, est que la déviance sera reconnue et pardonnée si et seulement si les déviantes se soumettent au script proposé et s'engagent dans une « carrière morale » qui concorde avec les croyances de militants anti-IVG. Dans ces groupes, la stigmatisation est instrumentalisée à des fins de propagande : « l'identité post-avortement devient un outil militant » (p. 5), au service de la théorie de l'avortement-comme-trauma. Ce sont donc bien les mouvements sociaux anti-IVG qui contribuent à façonner et diffuser une telle rhétorique. La légitimité de la médecine est instrumentalisée pour prôner un discours présentant les suites de l'IVG comme une pathologie mentale, tout en proposant, pour s'en soigner, des méthodes d'abord religieuses – ce ne sont pas les médecins qui peuvent soigner le soi-disant trauma, mais le groupe de pairs chrétiens.

l'American Psychiatric Association, *l'American Psychological Association* et *l'American Medical Association* refusent de la reconnaître comme un trouble avéré, par manque de preuves convaincantes. De fait, seuls les travaux avec une méthode scientifique contestable (données tronquées, questions orientées, recrutement de l'échantillon au sein des mouvements anti-avortement...) font état d'une causalité entre avortement et troubles psychiques au long cours. Ils ont été critiqués par la littérature scientifique (Charles et al., 2008 ; Robinson et al., 2009). Au contraire, les travaux construits sur une méthodologie rigoureuse montrent que les personnes ayant eu accès à l'avortement n'en conçoivent pas de détresse psychique particulière (Gomez, 2018) ni de stress post-traumatique (Biggs et al., 2016) voire présentent, sur le long terme, une meilleure santé mentale que les personnes n'ayant pas pu avorter d'une grossesse non-voulue (Biggs, Brown et Foster, 2020 ; Harris et al., 2014). Le « syndrome post-IVG » est ainsi un artefact du militantisme anti-avortement et relève de la désinformation. Mais son absence de validité scientifique n'empêche pas sa diffusion dans les représentations ordinaires de l'avortement.

En France, la référence au « syndrome post-avortement » est perceptible dans le militantisme en ligne des anti-IVG²⁶, dont témoignent les personnes enquêtées et plusieurs enquêtes journalistiques de « testing²⁷ » réalisées avant et après la caractérisation du délit d'entrave numérique à l'IVG. Noémie (24 ans, étudiante en école d'architecture, IVG à 22 ans en 2015), après avoir vu un reportage à la télévision sur les antiavortements, fait par exemple le test proposé, qui consiste à « taper juste IVG sur Google » pour se rendre compte de la forte présence des sites anti-IVG en ligne. Elle s'étonne de vérifier cette affirmation :

Et c'est vrai que je me suis dit, ah mais merde mais c'est vrai ! [...] Et du coup j'ai regardé tout cette première page Google, qu'est-ce qu'il y a, et oui du coup y'a beaucoup de sites... [...] Et

²⁶ Sur des sites internet mais aussi via la publicité. Voir l'article de Laura Motet pour *Le Monde* du 11/07/2018 « Les anti-IVG ciblent les jeunes femmes grâce aux publicités sur Facebook » accessible à l'adresse https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/07/11/les-anti-ivg-ciblent-les-jeunes-femmes-grace-aux-publicites-sur-facebook_5329906_4355770.html consultée le 02/06/2023.

²⁷ Voir par exemple l'enquête de Laura Motet et Samuel Laurent pour *Le Monde* du 07/12/2016 « Ivg.net, sosbebe.org, ecouteivg.org... Les sites "faux nez" des anti-IVG » (accessible à l'adresse https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2016/12/07/ivg-net-sosbebe-org-ecouteivg-org-les-sites-faux-nez-des-anti-ivg_5044556_4355770.html, consulté le 24/05/2023) ou celle de Rozenn Le Saint pour le magazine *Causette* du 31/12/2019, « Testé pour vous : dans les filets des "bonnes samaritaines" anti-IVG » (accessible à l'adresse <https://www.causette.fr/feminismes/combat/dans-les-filets-des-bonnes-samaritaines>, consulté le 24/05/2023). Voir aussi le reportage vidéo de Brut Media, qui appelle le site IVG.net (accessible à l'adresse <https://www.brut.media/fr/news/brut-a-appelle-le-numero-vert-du-site-ivg-net-ad4cb0b6-ee69-4188-8e68-e62a0f68b600>, consultée le 24/05/2023), en reprenant une technique déjà employée par une journaliste de LCI en 2016 (accessible à l'adresse <https://www.tflinfo.fr/societe/delit-d-entrave-on-a-appelle-ivg-net-pro-vie-on-ne-regrette-jamais-d-avoir-un-bebe-tu-m-entends-1500213.html>, consultée le 24/05/2023) et par la députée Aurore Berger – l'histoire est racontée dans l'Obs du 08/12/2016 (accessible à l'adresse <https://www.nouvelobs.com/rue89/rue89-rue69/20161130.RUE5913/allo-ivg-net-je-veux-avorter-ou-comment-s-enerver-toute-seule.html>, consultée le 24/05/2023).

au final, de manière un peu cachée, ils sont là pour... ben, pour faire changer d'avis [...]. Genre : « voilà vous allez avoir des troubles psychologiques » après l'IVG.

Noémie a avorté avant la mise en place du délit d'entrave numérique à l'IVG en 2017, et même avant la création du site gouvernemental ivg.gouv.net en 2016, qui visait à donner une information claire et véridique. À cette époque, les sites anti-avortement, comme ivg.net, principal site anti-IVG en France²⁸, arrivaient en tête des recherches Google²⁹. Or, les témoignages présentés sur ces sites proposent dans l'ensemble des récits heureux de grossesses poursuivies à leur terme, après renoncement à l'avortement, et de lourdes difficultés psychologiques, émotionnelles et relationnelles en cas d'avortement. « L'IVG n'est pas un acte anodin. Même pratiquée dans les meilleures conditions, elle affecte le psychisme de la femme au plus profond d'elle-même » lit-on par exemple en introduction de l'article « Guérir du syndrome post-IVG » sur le site ivg.net³⁰. On retrouve exactement la même rhétorique sur deux autres sites anti-IVG en France : le site simoneveil.com³¹ et le site afterbaiz.com, deux sites créés par Émile Duport et les Survivants.

Le site afterbaiz.com, comme l'application « Sauvez Pikachu », emprunte sa langue et son iconographie à la pop culture³² et mérite une rapide analyse. Présenté comme un site d'information sur les conséquences de la sexualité, il dissimule (mal) son objectif anti-avortement : il est sous-titré « après la baise, l'embryon... ». La stratégie de communication, là encore, est redoutable. Le style d'écriture est léger et accessible, la langue populaire, les visuels

²⁸ Voir par exemple l'article de Samuel Laurent et Laura Motet pour *Le Monde* du 07/12/2016, « Ivg.net, le site très orienté d'un couple de militants catholiques », accessible à l'adresse suivante https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2016/12/07/ivg-net-le-site-tres-oriente-d-un-couple-de-militants-catholiques_5044551_4355770.html, consulté le 25/05/2022.

²⁹ Les mesures gouvernementales ont amélioré l'accès à une information fiable, sans réussir pour autant à masquer la désinformation : en mai 2023, ivg.net sort encore en première page des résultats Google pour « IVG », quoique désormais en 6^e position.

³⁰ <https://www.ivg.net/les-risques-de-ivg/guerir-du-syndrome-post-ivg>, consulté le 25/05/2022.

³¹ Dès 2016, en prévision de la mort de Simone Veil, Émile Duport avait acheté le nom de domaine pour profiter de la visibilité liée à son décès afin de diffuser des messages anti-avortement. À la mort de l'ancienne ministre, le site est mis en ligne, accompagné d'un visuel qui a au préalable largement circulé dans la presse : libre de droit, l'image de Simone Veil est diffusée par une intermédiaire qui se présente comme graphiste free-lance. En réalité, le visuel est promu par les Survivants qui en font l'identité du site simoneveil.com (comme en témoigne Anaïs Condomines, journaliste à LCI, dans un épisode de la chaîne Youtube de Marinette). Exégètes fallacieux, les Survivants, qui présentent leur démarche comme un « hommage à une grande dame », revendiquent une mécompréhension contemporaine de la loi Veil : le sens de la loi, qui réservait l'avortement aux situations de détresse, aurait selon eux été dévoyé. Les mobilisations féministes immédiates conduisent au retrait du site en quelques jours, mais la manœuvre est un succès puisque l'affaire a un fort retentissement – plus de 50 000 vues en quelques jours (voir « Émile Duport, un croisé anti-IVG dans un costume de hipster », Marie Vaton pour *L'Obs*, 07/07/2017, accessible à l'adresse <https://www.nouvelobs.com/politique/20170707.OBS1802/emile-duport-un-croise-anti-ivg-dans-un-costume-de-hipster.html>, consulté 24/05/2023).

³² Le bandeau du site est par exemple composé de célébrités réelles ou imaginaires : on peut y voir des personnages politiques (comme François Hollande ou Donald Trump), des stars de la télévision, du cinéma ou de la chanson (comme Rihanna, Cara Delevingne, Jean Dujardin, Justin Bieber...), des personnages de fiction (comme Gandalf le Gris) détournés et juxtaposés dans un grand patchwork coloré, et rehaussé d'icônes.

colorés et aguicheurs. Tous les codes d'échanges en ligne sont parfaitement maîtrisés. Le site se présente comme un espace d'information autour de la sexualité, mais opère en fait un véritable travail de désinformation (voir encadré XX), qui se résume à un objectif : inciter par tous les moyens à la poursuite d'une grossesse en cours, sur fond de moralisation de la vie amoureuse et sexuelle, et ce grâce à « une récupération des modes d'action des groupes militants "progressistes" [par] les groupes "conservateurs" » (Crosetti, 2022, p. 19).

- **La désinformation sur l'IVG sur le site AfterBaiz.com**

Sur le site AfterBaiz.com, les onglets consacrés à la prévention des grossesses et à la sexualité sont très peu fournis et approximatifs, au contraire de ceux consacrés à la grossesse et à la parentalité. Dans la catégorie « Enceinte ? », les onglets « Risque de grossesse » et « Comment ne pas tomber enceinte » présentent respectivement deux et aucun article(s), au contraire des rubriques « Je pourrais être enceinte » (13 articles recensés) et « Je veux un enfant » (4 articles). La grande majorité des articles retracent le parcours de femmes enceintes ayant mené leur grossesse à terme, parfois contre les jugements de la famille ou des proches. Lorsqu'il est question d'avortement, c'est toujours pour rappeler combien cet acte peut être douloureux et traumatisant.

Dans la rubrique « Et l'IVG ? », trois catégories sont proposées : « comment ça marche », « avorter ou le garder » et « Témoignages ». La première, censée délivrer une information sur l'IVG, ne comporte ainsi qu'un seul article, « Ce qu'on oublie de dire sur l'IVG médicamenteuse », qui met en garde contre les effets secondaires de l'IVG médicamenteuse et en dramatise les séquelles psychiques et physiques. Dans la deuxième, « Avorter ou le garder », on trouve une critique du film *Keeper* (Guillaume Senez, 2015) qui retrace l'histoire d'un couple adolescent faisant le choix de poursuivre une grossesse non prévue. À grand renfort de mélioratifs, l'accent est mis sur la « beauté » de la relation entre les jeunes gens, la « force du premier amour », le « véritable combat » qui suscite l'admiration. L'article présente une vision romantique et mythifiée d'un amour adolescent triomphant de toutes les difficultés pour donner vie à son bébé ; le point de vue de la jeune femme est parfaitement ignoré, au bénéfice de son compagnon qui délaisse sa passion pour le football afin de la protéger. L'impact émotionnel de ce film sur son spectateur – de toute évidence masculin – est martelé : c'est un film « qui ne laisse pas indemne ». L'autre article, intitulé « Ma copine est enceinte, que faire ? » ne s'adresse pas aux jeunes femmes mais aux jeunes hommes. Là encore, le discours est celui de la responsabilité envers la sexualité, la poursuite de la grossesse étant présentée comme la première option. Enfin, les sept articles de la rubrique « Témoignages » ne donnent presque pas la parole aux femmes, mais relaient des témoignages de célébrités qui s'expriment contre l'avortement (comme la chanson « Le Cordon » de Bigflo et Oli, rappeurs très médiatisés, qui met en scène un fœtus avorté s'adressant à sa mère pour essayer de comprendre sa décision) ou témoignent d'un vécu difficile lié à la perte de « l'enfant », comme les chanteuses Sinéad O'Connor ou Nicki Minaj, la comédienne Naya Rivera, ou la personnalité de télé-réalité Jazz, contrainte de recourir à une IMG.

De nombreuses enquêtées ont certes les ressources pour identifier la culpabilisation à l'œuvre : Noémie, dont il est question plus haut, est une excellente étudiante issue des classes supérieures. Elle a réalisé son parcours scolaire dans une école d'architecture reconnue, a participé à des actions d'information sur la sexualité dans son lycée privé catholique et sait faire le tri entre les informations rencontrées. Mais ce n'est pas le cas de toutes, quoiqu'il ne faille pas sous-estimer la capacité des femmes, y compris moins dotées socialement, à identifier les

discours qui les stigmatisent (Kimport, 2019). Si les avortées se souviennent souvent mal des sites visités³³, elles savent toutefois faire la part des choses entre les témoignages qui les confortent dans leur choix et ceux qui découragent à avorter. Mais être capable d'identifier la désinformation ne lui fait pas pour autant perdre sa capacité à stigmatiser, comme le suggère Mélanie (26 ans, étudiante en sciences sociales, IVG à 21 ans en 2013) :

Mine de rien quand tu arrives sur Google, tu tombes sur plein de sites anti-ivg etc., qui parfois d'ailleurs se font passer pour des trucs qui sont censés t'aiguiller, et qui répandent des informations mensongères, sur les risques les trucs machin et cetera, qui sont complètement extrapolés. Donc ça c'est vachement un problème. [...] Si tu tombes sur des trucs qui sont ouvertement, ouvertement tournés pour te faire changer d'avis, ça, c'est vachement culpabilisant, même quand t'es sûre de ta décision, comme je l'ai dit.

La pénétration du discours de l'IVG-comme-trauma en France est ainsi bien réelle, quoique dans des proportions qui n'ont rien à voir avec ce qui se joue par exemple aux États-Unis. Les conditions de félicité de la rhétorique du « syndrome post-avortement » sont moins réunies qu'ailleurs (Lee, 2002, 2003, 2004), en particulier en raison de la déchristianisation massive du pays. Mais elle reste très présente.

Le sondage IFOP commandé en 2020 par Alliance Vita, principale association anti-avortement en France, issue de la mouvance catholique, est une autre façon de s'en convaincre. Le rapport, intitulé « Les Français et l'IVG », avance que plus de 90% des personnes interrogées considèrent que l'avortement laisse « des traces psychologiques difficiles à vivre pour les femmes » – information relayée par la presse de droite comme *Le Figaro*³⁴. La formulation des questions est cependant un parangon de méthodologie bancaire, tant celles-ci laissent transparaître l'orientation des commanditaires et relèvent de « l'imposition de problématique » dont met en garde toute la sociologie au moins depuis Pierre Bourdieu. « Pensez-vous qu'un avortement laisse des traces psychologiques difficiles à vivre pour les femmes ? » est ainsi suivie de « Pensez-vous que la société devrait davantage aider les femmes à éviter le recours à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) ? ». Ces questions, privées d'une alternative, invitent à répondre par l'affirmative en plaçant les répondant·es dans un dilemme qui consiste à se positionner pour ou contre « l'aide aux femmes ». Les implicites méritent d'être décryptés : « aider les femmes » reviendrait de fait à « éviter le recours à l'IVG ». Le postulat, en creux,

³³ J'ai eu l'opportunité d'encadrer un mémoire de fin d'études de sage-femme à l'Université de Tours portant sur l'impact des sites anti-IVG sur l'expérience d'IVG : le dispositif d'enquête de l'étudiante, qui essayait, par questionnaire, de faire identifier les sites visités en proposant des captures d'écran de la page d'accueil, s'est vite heurté à une réalité empirique : les enquêtées se souvenaient peu ou mal des sites et peinaient à reconnaître ceux rencontrés des autres, voire à distinguer les sites pro et anti (Rupin, 2018).

³⁴ « IVG : 92% des Français considèrent qu'un avortement laisse "des traces psychologiques" », par Bénédicte Lutaud, publié le 07/10/2020 dans *Le Figaro*, accessible à l'adresse <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/ivg-nbsp-92-des-francais-considerent-qu-un-avortement-laisse-des-traces-psychologiques-20201007>, consulté le 26/05/2022.

est donc clair : les femmes souffrent d'avorter et il faudrait charitablement leur épargner cette souffrance. Mais les caractéristiques de cette souffrance ne sont pas spécifiées : de quoi est-il question quand on parle de « traces psychologiques difficiles à vivre » ? Contre toute méthode, le sondage pose ainsi des questions orientées et mal définies, susceptibles de mobiliser l'empathie envers les femmes. Ainsi une association notoirement anti-avortement convoque-t-elle l'impact supposé de l'IVG sur le psychisme des femmes comme argument pour en envisager la limitation.

Le même glissement rhétorique vers une victimisation des femmes s'observe dans la tribune³⁵ des « 343 pro-vies » publiée par France Soir le 30/11/2021, intitulée « En réponse au manifeste des 343 » :

Tant de proches, d'amies, de collègues, nous ont appelées pour partager leur détresse, pour des conseils, du soutien ; tant de femmes nous ont dit qu'elles n'avaient plus le choix. Elles ont avorté non par liberté, mais par contrainte, parce que leur travail ne leur permettait pas de s'occuper d'un enfant, par peur de mal le recevoir, par difficulté financière, parce que leur conjoint les y obligeait, parce que leur famille les jugeait, parce que le Planning disait que cet acte n'aurait pas d'impact sur le restant de leur vie.

Des femmes *victimes* – de leur conjoint, de leur employeur, de la précarité, des militantes féministes. Ce discours pointe un certain nombre de tensions réelles autour de la maternité, mais ne vise pourtant pas à dénoncer les inégalités socio-économiques, la violence des rapports de genre ou l'absence d'aide à la parentalité et de structures publiques d'accueil des jeunes enfants. Très vite, place est laissée au discours sur la martyrisation des fœtus (« on nous disait que le fœtus ne ressentait rien, mais nous l'avons vu se débattre contre la canule du médecin ») et au regret d'« un enfant non né dont le reflet peut nous hanter ».

Le discours sur l'IVG-comme-trauma prend ainsi le relai de celui de l'IVG-comme-meurtre dont il est le descendant direct, comme le remarque Noémie (24 ans, étudiante en école d'architecture, IVG à 22 ans en 2015) :

Si on était contentes de faire ça, c'est qu'on passe dans une autre catégorie, je sais pas, de nanas tueuses, on devient, on est comme les nanas qui mettent leurs gamins dans des congel' quoi, on passe dans cette catégorie-là. Donc si on veut pas être dans cette catégorie de nanas, il faut qu'on soit un peu triste. [...] Tout le monde m'a dit « ça va ? ». Comme si c'était vraiment très très très triste ce qui m'était arrivé. Et je leur dis « oui ça va, y'a pas de souci, tout s'est bien passé, je suis pas triste, j'ai pas eu un blocage après... » [...]. Alors après oui, c'est pas le truc le plus fun du monde, un IVG ! Mais c'est quelque chose que peut-être faudrait un peu relativiser, quand même, de ce côté-là...

³⁵ Accessible à l'adresse <https://archive.ph/HIacZ>, consultée le 29/05/2023.

« Comme les nanas qui mettent leurs gamins dans des congel' » : la référence à l'affaire Véronique Courjault³⁶ montre combien les imaginaires associant avortement et néonaticide sont présents dans les représentations des avortées elles-mêmes. L'analyse de Noémie me semble ici particulièrement intéressante : « si on était contentes de faire ça, c'est qu'on passe dans une autre catégorie ». Elle sous-entend par-là que le devoir d'être triste joue un rôle de caution morale : c'est la tristesse ressentie qui empêche les femmes d'être perçues comme de monstres tueuses d'enfants. Ainsi la dramatisation de l'expérience abortive, nouvel instrument du militantisme anti-IVG, devient une injonction faite aux femmes pour *s'épargner le soupçon de meurtre* toujours latent.

*

La stigmatisation se fait donc plus subtile : de la « victimisation des fœtus » identifiée par Fiammetta Venner, on est donc passé à une « victimisation des femmes » qui n'abandonne pas pour autant son postulat sous-jacent : si l'IVG est présentée comme « traumatique », c'est parce qu'elle serait contre-nature et porterait atteinte à la vie en germe. Mais une telle représentation de « l'atteinte à la vie », dont la tristesse des femmes serait le prix à payer, n'est pas propre aux militant·es anti-IVG. Dans des formes atténuées, mais bien réelles, elle traverse également les prises en charge médicales, y compris chez des professionnel·les qui se déclarent pro-avortement, font des IVG, et se mobilisent pour les droits des femmes.

7.2 La stigmatisation de « l'atteinte à la vie » dans les prises en charge médicales : entre réalité et tabou

Parce qu'elle confronte à la matérialité de la grossesse, notamment lors de l'échographie et de l'expulsion, la réalisation de l'IVG est un moment où la stigmatisation de « l'atteinte à la vie » est plus fortement susceptible de se déployer, envers les avortantes mais aussi envers les professionnel·les qui pratiquent le geste abortif. En la matière, les ambiguïtés sont légion. Si une culpabilisation explicite, qui associe la grossesse en cours à un futur enfant, est loin d'avoir disparu, les prises en charge ayant à cœur le bien-être des femmes déploient au contraire un ensemble de stratégies pour limiter ce type de projections. Mais ces stratégies *révèlent* une humanisation latente du fœtus chez les professionnel·les davantage qu'elles ne la *contestent*. Pour le comprendre, il faut entrer dans les significations – historiquement et socialement

³⁶ En 2006, à Séoul, deux cadavres de bébés sont retrouvés dans le congélateur d'un couple ordinaire. L'enquête de police révèle qu'ils ont été tués et conservés par leur mère, Véronique Courjault. L'affaire, très médiatisée, s'est imposée dans les imaginaires relatifs aux néonaticides – quoique l'enquête de Julie Ancien sur la question révèle qu'il s'agit d'une situation très particulière, Véronique Courjault était issu d'un milieu favorisé, contrairement à la plupart des femmes qui donnent la mort à l'enfant dont elles viennent d'accoucher (2018).

construites – données à la grossesse, à l’embryon et au fœtus³⁷ à mesure que la technologie médicale s’est développée.

7.2.1 L’imagerie fœtale et l’humanisation de l’embryon

Depuis les années 1970, les techniques d’échographie ont pris leur essor : elles se sont à la fois perfectionnées pour améliorer le rendu visuel de l’image et du son, et répandues au point que l’échographie constitue aujourd’hui un incontournable du suivi de grossesse ordinaire. En matière d’IVG, l’échographie est un instrument aux mains des médecins, qui peuvent ou non faire voir l’image et/ou faire écouter le rythme cardiaque fœtal, et elle constitue aussi le support d’un ensemble de représentations du fœtus.

« Dans pas longtemps ça pourrait être un bébé » : interpréter l’échographie

La prise en charge ordinaire de l’IVG en France passe, à de rares exceptions, par une échographie visant à mesurer l’embryon pour dater la grossesse. Ce geste médical expose fortement les femmes à une stigmatisation de « l’atteinte à la vie ». Inès (27 ans, ingénieure, IVG à 20 ans en 2010 et 26 ans en 2016) garde par exemple un souvenir douloureux de la prise en charge de sa première demande d’IVG :

Inès : Le plus gros trauma que je garde de la première fois quand même, c’est à l’échographie où... la nana qui avait la sonde... me dit « mais regardez, c’est encore rien, mais dans pas longtemps ça pourrait être un bébé ».

Laurine : Et elle savait que toi tu demandais une I...

Inès : Ah oui oui. Oui oui, elle savait très bien dans quel cadre je venais. Donc je dis « Oui... [évasivement]. Ça sera pas le cas [fermement] ». Je me suis forcée un peu aussi, à le dire. Tu vois, j’en avais marre qu’on me... « Ça sera pas le cas. » « C’est dommage hein, vous savez... » « Oui oui, c’est mon choix aussi » [avec agacement].

Laurine : Oui, tu as réussi à lui dire ça quand même ?

Inès : C’est... ouais. J’avais les larmes aux yeux, mais j’ai réussi à lui dire. C’est lourd.

Dans son cas, la prise en charge a lieu dans un hôpital public. L’échographie est réalisée en dehors du service d’IVG, dans le centre d’imagerie médicale de l’hôpital. L’intitulé du service d’orthogénie est écrit sur les documents administratifs qu’Inès transmet : la personne qui réalise son échographie n’ignore pas qu’elle souhaite avorter mais elle attire son attention sur l’échographie pour lui en proposer une lecture qui, par anticipation, humanise l’embryon. Dans certains cas, ce discours est encore plus explicite. Nolwenn (27 ans, préparatrice en pharmacie,

³⁷ En France, en théorie, on parle d’embryon jusqu’à trois mois de grossesse et de fœtus au-delà. Pour ma part, j’emploie le terme de fœtus pour parler indifféremment de l’embryon et du fœtus, suivant en ce sens Luc Boltanski (2004).

IVG à 19 ans en 2010), qui a été victime de maltraitements médicaux qui l'ont rendue stérile (voir 2.2.2), doit ainsi subir à plusieurs reprises l'épreuve de l'échographie tandis que son IVG est sans cesse repoussée :

Je me souviens, les échos, c'était super long... Elles me faisaient écouter son cœur... Elles disaient « Bah tu vois, là, il est formé ! Ah tiens regarde ça commence, il commence à avoir des ongles. » [...] Et en gros, j'avais eu... J'ai dû aller 3 fois et 3 fois, j'ai eu des échos, et 3 fois ils m'ont imprimé les feuilles où je voyais les échos quoi. Donc chez moi, quand je rentrais chez moi, je cachais le dossier bien sûr, mais des fois, quand j'étais seule à l'appart, je regardais inconsciemment. Tu dis quoi... y'a une évolution, y'a les millimètres, il a encore grandi. Tu vois, je pense qu'ils laissent des marges exprès. Je sais pas... Je pense qu'ils m'ont laissée... autant de temps... [...] pour laisser de la réflexion peut-être et me laisser changer d'avis.

Outre le report de l'IVG et la répétition de l'échographie à différents stades de développement, l'entreprise de dissuasion dont est victime Nolwenn repose sur une description de l'embryon favorisant l'humanisation. L'échographie, ainsi, ne fait pas qu'exposer à une représentation : elle expose aussi aux discours qui l'accompagnent.

Cela est aussi vrai en dehors de toute volonté de culpabilisation, comme pour Coline (22 ans, enseignante, IVG à 22 ans en 2016), qui rentre en France en catastrophe pour avorter à un stade de grossesse avancé :

Du coup je suis partie faire l'écho de datation, et ça, ça a été le plus dur. Parce que [...] même si j'avais fait trois tests de grossesse, j'étais pas encore sûre que j'étais enceinte. Enfin je sais pas comment te dire mais tant que tu n'as pas vu... [elle insiste sur le vu] tu te dis bah je sais pas, peut-être qu'il y a un problème, peut-être que les tests de grossesse étrangers sont mauvais, peut-être que j'ai juste trop d'hormones... [...] Donc là je m'allonge, il met le produit, l'écran plus tourné vers lui mais je voyais un petit peu. Et là il commence l'échographie et il me dit « ah ouais je comprends pourquoi c'était urgent ». Et là j'ai dit : « ah bon... ? Y'a un truc... ? » Tu sais, j'arrivais pas à mettre de mot dessus, j'ai dit « y'a un truc ». Il m'a dit « oui, vous voulez voir ? » et j'ai dit oui parce que j'étais curieuse, je voyais à moitié l'écran, donc là il m'a montré l'écran et j'ai dit « OH MON DIEU » parce que c'était vraiment la forme d'un bébé. Tu vois, enfin j'étais enceinte de... deux mois ? J'étais à quoi, 10 semaines, 10 semaines et demi et j'ai vu un truc, c'était dans mon ventre, ça avait la forme d'un bébé... ça, ça a été vraiment le plus gros choc [...]. Et lui, il m'a dit « oui c'est vraiment urgent là, je sais même pas si vous allez pouvoir le faire en France, il va peut-être falloir aller en Espagne parce que là ça me paraît très juste... ». Donc il a mesuré le fœtus, il m'a dit donc là vous courez à l'hôpital [...] Je trouve qu'il a été un peu maladroit de... genre de montrer sa surprise, de me montrer l'écran...

La réaction émotionnelle de Coline (elle éclate en sanglots dans les bras de sa mère à la sortie de la consultation) est largement médiée par la réaction émotionnelle du médecin, qui n'a pas contenu sa surprise.

Or, toutes ces situations ne sont pas intelligibles en dehors de l'histoire longue de la grossesse et des dispositifs technologiques pour la rendre visible. Si, pendant très longtemps, il était

d'abord question de « faire revenir les règles³⁸ », la grossesse en cours a désormais acquis une autre image³⁹. Les travaux ethnographiques sur les grossesses « ordinaires » ont montré la fonction rituelle qu'a désormais acquis l'échographie et la façon dont les femmes enceintes sont socialisées à se comporter en futures mères, tandis que les fœtus sont considérés comme de futurs enfants (Ballif, 2022 ; Boulet, 2020). De longue date, la recherche en sciences sociales a aussi montré combien une technologie, quelle qu'elle soit, ne trouve son sens que dans les usages et interprétations qui en sont faites.

On doit à l'anthropologue Lisa Mitchell d'avoir mis en lumière, à partir d'une enquête de terrain menée au Canada, la fabrication du discours de l'échographie comme « première photo de bébé » (2001) : échographes et femmes enceintes contribuent de concert à personnifier le fœtus et à l'individualiser, en effaçant, dans le discours et la monstration des images, le corps de la femme qui le porte (Taylor, 2008 ; Tyler, 2000). Cet argument a été abondamment développé dans les travaux féministes. L'échographie, outil tout sauf neutre, contribue à façonner la représentation d'un fœtus séparé du corps de la personne enceinte (Zechmeister, 2001), parce qu'elle s'accompagne de discours qui invitent à lire l'image d'une certaine façon (Roberts, 2012) – comme on l'a vu, les réactions d'Inès, Nolwenn ou Coline sont toutes médiées par les représentations des médecins.

À l'inverse, quand le vocabulaire médical n'humanise pas ce qui s'affiche à l'écran, l'expérience des femmes peut s'en trouver adoucie, comme pour Ony (31 ans, employée dans la restauration collective, IVG à 31 ans en 2018) :

Après, j'ai fait l'échographie. Et c'était un peu quelque chose aussi parce que, tiens, je vais être confrontée à faire une échographie, comme toute femme justement enceinte, ça m'a fait un peu... Un peu bizarre, on va dire. C'était une dame, c'est une gynécologue, du coup, qui m'a reçue, et puis elle a dit « Mais c'est trop tôt pour faire l'échographie ». Et puis, du coup, tout de suite, je dois lui expliquer que c'était pour faire une démarche d'IVG [...] et puis, elle a tout de

³⁸ La méthode « d'induction des règles » ou « aspiration précoce » consistait à aspirer le contenu de l'utérus en cas de retard de règles, afin d'empêcher une grossesse réelle ou supposée, avant même un test de grossesse positif, et elle était pratiquée dans les années 1970 (Ruault, 2017a, p. 478).

³⁹ L'identification et le signalement précoce de la grossesse ont été historiquement construits comme un moyen pour lutter contre l'infanticide. Connaître et faire connaître son état de grossesse au plus vite – dès les trois premiers mois – a été un élément central de la politique de contrôle de la procréation. Dès 1556, un édit d'Henri II dénonçait le « recel de grossesse ». A la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e, avec la mise en place des premiers dispositifs pour accompagner la maternité (autorisation du congé maternité en 1909 puis indemnisation en 1913), la déclaration précoce de grossesse devient une condition pour toucher les aides de l'Etat : si la loi du 21 mars 1931 impose une déclaration trois mois avant le terme, dès l'après-guerre le seuil d'une déclaration avant trois mois de grossesse est fixée – seuil souvent outrepassé. Les méthodes de la fin du XX^e et du début du XXI^e siècle sont cependant peu fiables : l'auscultation fœtale reste incertaine avant le 4^e mois, le toucher utérin est peu pratiqué étant données les normes de pudeur. Dans les années 1930, la « réaction hormonale d'Ashleim et Zondek » est développée et régulée dès la promulgation du Code Civil en 1939 : le biodiagnostic de la grossesse, fiable à partir du 2^e mois et supposant une analyse en laboratoire, est soumis à prescription médicale et archivage administratif. D'entrée de jeu, il est dénoncé par les militants natalistes comme un instrument facilitant les avortements (Cahen et Chiletta, 2018).

suite compris « ah d'accord, il n'y a pas de souci dans ce cas ». Elle m'a tout de suite rassurée, en fait, elle avait dit, « c'est pour faire l'IVG, il n'y aura pas de problème parce que c'est trop tôt, c'est pas un embryon, c'est juste un... » Elle l'appelait... « c'est juste un vésicule, donc c'est un petit truc, même pas 2 millimètres », elle m'avait dit, donc il n'y aura pas de souci. Donc là, du coup, ça m'a rassurée un peu.

Ony n'est certes qu'à quelques semaines de grossesse. Mais c'était également le cas d'Inès. « Bientôt ça pourrait être un bébé » versus « pas de souci, c'est un petit truc, même pas 2 millimètres ». L'image ne prend ici son sens en entier que par l'interprétation qui l'accompagne – selon que l'intention est de (tenter de) dissuader ou au contraire de respecter le choix sans culpabiliser.

« Il s'est pris le fœtus dans la tronche » : (faire) voir ou non l'échographie

Dans les centres d'IVG enquêtés, la vision de l'échographie est présentée comme une confrontation dont, la plupart du temps, les équipes soignantes essaient de protéger les femmes.

Maryse, la conseillère conjugale, me raconte la situation d'un couple [...], parent de deux jumeaux nés un an plus tôt à la suite d'un long parcours de PMA avec stimulation ovarienne. Elle est auxiliaire puéricultrice en congé parental, il est commercial et travaille presque 60 heures par semaine, a été pompier volontaire avant d'arrêter à l'arrivée des enfants. Il s'oppose fermement à la poursuite de la grossesse et a menacé sa compagne de la quitter si elle n'avorte pas. [...] Florence, la sage-femme, revient un peu plus tard sur la consultation avec le couple. Le compagnon a demandé jusqu'à quand il était possible de changer d'avis et a demandé à voir l'échographie. Florence commente : « il s'est pris le fœtus dans la tronche », « il a été confronté à ce qu'il y a dans l'utérus de sa femme », « voir l'écho ça peut faire basculer, ça donne vie, avant l'accouchement ». Elle explique que pour les hommes, la grossesse est « moins réelle » puisqu'elle n'a pas lieu dans leur corps mais que l'échographie est l'occasion de « voir » et « se rendre compte ».

[CIVG 2, septembre 2019]

Au CIVG2, l'échographie n'est montrée qu'à la demande des personnes qui consultent – par défaut, elle ne l'est pas. C'est aussi le cas au CIVG1, qui va plus loin en la matière : le dossier des avortantes est conservé par l'hôpital, qui refuse de le céder aux femmes même quand elles le réclament – ce qui est contraire au droit à l'accès au dossier médical⁴⁰. Les équipes de santé ne veulent pas qu'elles « rentrent chez elles avec l'écho » et invoquent « le protocole » quand celles-ci insistent (j'ai pu assister à quelques confrontations houleuses à ce sujet, les médecins venant au besoin au secours des secrétaires pour affirmer l'intransigeance du service en la matière). Une telle volonté de ne pas laisser les femmes (re)voir l'échographie est présentée

⁴⁰ Selon la CNIL, voir <https://www.cnil.fr/fr/laces-au-dossier-medical>, consulté le 13/06/2023.

comme une façon de les préserver et de favoriser la gestion de leurs émotions post-IVG, l'idée étant que garder l'échographie « n'aide pas à faire le deuil ».

Or, une telle façon de cacher l'échographie ou de limiter son exposition ne remet pas en cause son assimilation à « la première photo de bébé » : au contraire, *elle ne fait que la confirmer*, dans une logique qui est à la fois axiologique (voir l'échographie ferait souffrir les femmes) et pragmatique (de fait, certaines femmes redoutent de la voir).

Mais la peur de voir l'échographie ne frappe pas au hasard. Dans mon corpus, elle concerne par exemple Diane (30 ans, étudiante en médecine, IVG à 30 ans en 2018) ou Céline (34 ans, commerciale, IVG à 32 ans en 2015) :

Diane : J'avais peur de voir le sac gestationnel, voir l'image. Au final, j'ai regardé, c'est sûr ça m'a un peu fait un pinçon, mais c'est un sac, c'est pas un bébé avec le petit cœur qui bat et qui fait des petits mouvements trop mignons.

Céline : On a fait l'écho, au début je voulais pas voir parce que j'avais trop peur de voir un bébé quoi. Je me suis dit, si je vois un bébé je vais jamais pouvoir rien faire. Et puis bien sûr quand la photo elle était devant le médecin, enfin, il fallait que je la regarde quoi ! Donc je l'ai regardée. Et j'ai rien vu. J'ai vu un point noir.

Diane et Céline, qui redoutaient de « voir un bébé », sont toutes deux rassurées que ça ne soit pas le cas. Le rapport à l'échographie doit ici être replacé dans les histoires de ces deux femmes (voir 6.3.2 et 6.3.3). Outre la capacité différentielle à lire une échographie⁴¹ et à interpréter des variations de noir et blanc comme une représentation intelligible, Diane et Céline ont des profils qui se ressemblent. Toutes les deux ont atteint l'âge socialement légitime de la maternité, souhaitent devenir mère et craignent que cela ne leur devienne impossible. Leurs amies, leurs sœurs, leurs proches commencent à avoir des enfants. L'une et l'autre souhaitaient d'abord poursuivre la grossesse mais finissent par changer d'avis, parce que leurs partenaires respectifs, avec qui elles sont depuis peu de temps (onze mois pour Diane, trois mois pour Céline) se désengagent du projet d'enfant après l'avoir soutenu. La « peur de voir un enfant » se manifeste ainsi chez des femmes qui, au début de leur grossesse, auraient souhaité que cette première échographie soit effectivement celle d'un chemin vers la maternité, chemin empêché par le désengagement des partenaires – au contraire, Adélaïde (voir *infra*), qui ne se projette jamais dans la maternité, ne voit à aucun moment « un bébé » à l'écran, alors qu'elle est enceinte de trois mois et demi.

⁴¹ Diane et Céline sont au même stade de grossesse mais Diane a fait des études de médecine et acquis des compétences en matière de déchiffrement de l'échographie : elle est donc en mesure de voir et nommer le « sac gestationnel », à la différence de Céline qui ne voit « rien ». Cela étant, qu'une étudiante en médecine redoute à ce point de voir « un bébé qui fait des petits mouvements trop mignons » atteste de la vigueur de l'imaginaire qui humanise l'embryon dès les premiers stades de la grossesse.

Les interprétations données à une image ne dépendent donc pas seulement du degré de socialisation à la lecture d'une échographie et du stade de la grossesse, mais bien des émotions et des représentations dont cette lecture est investie et des mises en récit différentielles dont elles font l'objet (Boucher, 2004). En ce sens, comme l'ont déjà suggéré de nombreux travaux (Kimport et al., 2012 ; Kjelsvik et al., 2022 ; Wiebe et Adams, 2009), les représentations médicales et celles des femmes ne concordent pas toujours. Le refus de principe de montrer l'échographie relève ainsi d'une forme de maternalisme – paternalisme au féminin, exercé par des femmes se revendiquant du *care* – et occulte toutes les réappropriations symboliques à l'œuvre (voir 8.4), en disqualifiant *a priori* les femmes, nombreuses, qui souhaitent voir l'image (Kimport et al., 2013). Ainsi, en cherchant à *ne pas les stigmatiser*, les équipes de santé imposent paradoxalement aux avortantes *leur propre script de l'IVG comme moment douloureux*, dont la charge émotionnelle – et notamment celle associée à l'échographie – doit être réduite.

*« Un fœtus à 8 semaines, ça a déjà un visage vachement formé » :
les représentations humanisantes des premiers stades embryonnaires*

Reste qu'une vision de l'échographie non consentie par les femmes enceintes favorise la personnification du fœtus et pousse parfois à faire des recherches sur les différents stades de développement de l'embryon. Laurie (25 ans, informaticienne, IVG à 21 ans en 2015), à qui son praticien montre l'écran contre son gré, cherche ensuite à se « renseigner davantage » :

En plus l'échographie je l'avais vue, puisque le premier sage-femme était pas du tout... [Elle grimace]. Alors qu'en plus je lui avais dit hein ! Que j'avais découvert ça [la grossesse] et que je voulais pas forcément le garder... Et là en fait, il place l'écran en plein milieu... Et en fait, tu te renseignes et tu dis bah voilà, c'est quoi la taille d'un fœtus à 6 semaines ? Tu regardes des images et oui ça prend forme quand même... du coup à 8 semaines de grossesse... mmmh... Bah quand tu te renseignes, tu vois à quoi ça peut ressembler, ça a déjà un visage enfin, vachement formé quoi. Et c'est d'autant plus traumatisant.

Pour Laurie, l'humanisation du fœtus a plutôt suivi l'échographie et s'est faite à partir d'images trouvées en ligne sur le développement fœtal. Or, de même que l'échographie, les images d'embryon et de fœtus disponibles sont elles aussi à prendre avec précautions, tant il ne s'agit pas de *photographies* (qui sont déjà elles-mêmes un regard construit sur ce qu'elles montrent) mais bien d'*illustrations* qui sont autant d'interprétations (plus ou moins libres) des données scientifiques⁴².

⁴² Ilana Löwy a d'ailleurs montré le paradoxe de l'usage des photos de fœtus : les images utilisées par les antiavortements pour présenter le fœtus comme un « bébé » ou un « enfant » heureux, baignant dans son liquide amniotique, sont en fait des reconstructions produites à partir d'images de fœtus morts (2018).

Les images en ligne proviennent ainsi bien souvent de sites de conseils et d'information de suivi de grossesse qui ne montrent pas l'embryon à un seul stade mais bien dans la totalité de son développement : de la cellule-souche au fœtus juste avant la naissance. Parce qu'elles s'adressent à des femmes souhaitant être mères (et non à celles qui avortent), les représentations de l'embryon au premier trimestre de grossesse sont donc presque toujours accompagnées de représentations au deuxième et troisième trimestre, qui favorisent d'autant la projection dans les derniers stades du développement fœtal. À cela s'ajoute une esthétisation de ces représentations : choix de la lumière, des couleurs, des angles, qui mettent l'accent sur les traits morphologiques humains tout en minorant voire invisibilisant le cordon ombilical, le placenta, l'utérus – bref, de tout ce qui signale que l'embryon est en totalité entouré du corps de la gestante. À ces images *destinées aux futures mères* s'ajoutent celles, fréquentes dans notre culture visuelle, de fœtus autonomes.

Les représentations contemporaines de l'embryon – comme le recours à l'échographie – sont le résultat de l'histoire culturelle et scientifique qui a contribué à les produire. Lynn Morgan, à partir d'une enquête dans des services d'anatomie, a ainsi montré comment le développement de l'embryologie depuis les années 1950 a alimenté le récit qui pousse à voir dans les embryons des « humains non-nés » devenus « icônes de la vie » (2009). D'autres enquêtes montrent la puissance que ces représentations ont acquies dans la culture de masse. Le fœtus de Stanley Kubrick dans *2001 : L'Odyssée de l'espace* (1968), par exemple, a popularisé à grande échelle l'idée que le fœtus existe indépendamment d'un corps gestant, en produisant une représentation du fœtus comme un « héros de l'espace autonome » (*autonomous space hero*) (Petchesky, 1987, p. 281). Plus récemment, l'installation de Damien Hirst, *The Miraculous Journey*, une série de quatorze sculptures géantes en bronze représentant le développement d'un embryon à différents stades, a été utilisée par le mouvement états-unien anti-avortement comme un support à leurs positions (Wise, 2018).

Le militantisme anti-avortement se sert de l'échographie comme image disant « la vérité » sur le fœtus (Roberts, 2016) et partant comme caution scientifique aux revendications pour des droits anténataux (Franklin, 1991) et au discours assimilant l'avortement à un meurtre (Morgan et Michaels, 1999). En diffusant des scripts émotionnels associés à la joie de la naissance et de la « rencontre avec le bébé », la généralisation de l'échographie a offert aux antiavortements un instrument puissant (Boucher, 2004 ; Hopkins, Zeedyk et Raitt, 2005).

« *Le médecin m'avait demandé si je voulais entendre le cœur* » :
humaniser par le son

Enfin, au moment de l'échographie, il n'est pas seulement question d'image (visible ou non) de l'embryon ; avec le monitoring, il devient question de *son*. La technologie contemporaine permet désormais de faire entendre les débuts de l'activité cardiaque embryonnaire, perceptible dès six semaines de grossesse. Or, cela est souvent bien plus impactant pour les femmes que les images en noir et blanc qu'elles déchiffrent difficilement. Si Céline (34 ans, commerciale, IVG à 32 ans en 2015) était rassurée de n'avoir « rien vu » à l'échographie, elle vit un peu plus tard ce qu'elle nomme un « retour de bâton » :

Céline : J'ai une copine qui a accouché... [...] qui m'a raconté... comme ça, devant tout le monde, devant d'autres amis, comme ça... Elle était enceinte de quelques semaines et ils venaient de faire une écho... Et là, elle m'a dit « mais tu peux pas savoir, on entendait le cœur battre, c'était incroyable ! ». Alors qu'on voyait rien sur la photo. [rire gêné]. Ah là, c'était hyper dur pour moi.

Laurine : Je comprends...

Céline : [silence] Et euh... en fait, je me souviens que y'a des femmes qui disent que les médecins leur font écouter le cœur. Et je trouve ça... et ça doit être hyper dur. Parce que en fait moi je me sentais pas enceinte, en fait. Je sentais rien. [...] Et je pense que le fait de ne pas savoir et de pas entendre, et de... ça m'a aidée.

« Faire entendre le cœur » est ainsi une autre façon d'humaniser la grossesse en cours. Là encore, tout se joue dans la comparaison avec le suivi des grossesses ordinaires : « L'écoute du cœur fœtal joue un rôle particulier dans la matérialisation de l'enfant à naître », à plus forte raison parce que « cette écoute est publique » (Boulet, 2020, p. 409).

L'objectif n'est pas forcément de *dissuader* les femmes, comme cela a été le cas pour Nolwenn plus haut. Cela peut être aussi une façon de les moraliser, de les culpabiliser, de les punir, comme le souligne Chloé (28 ans, journaliste, IVG à 19 ans en 2010) : « Le médecin m'avait demandé si je voulais entendre le cœur [...] et ça m'avait perturbée de savoir qu'il y avait un cœur... Je sais pas s'il était obligé de poser cette question ou quoi mais en tout cas c'était extrêmement culpabilisant ». Quinze ans après son avortement, Cindy (30 ans, infirmière, IVG à 15 ans en 2003) se rappelle encore cet épisode :

Laurine : Et au moment de la prise en charge, tu as un entretien avec quelqu'un, une conseillère, une psychologue ?

Cindy : J'ai pas de souvenir particulier de ça... J'ai le souvenir qu'on m'a fait écouter le cœur. J'ai le souvenir de l'écho. J'ai le souvenir d'un médecin complètement atroce qui en avait absolument rien à foutre de moi et qui faisait son travail à la chaîne et puis c'est tout.

Férouze (42 ans, aide-soignante, IVG à 26 en 2003 et 30 ans en 2007) a vécu la même chose :

Ah ça on me l'a fait aussi, pour les deux échographies de datation ! Alors que j'avais demandé que non. J'ai pas le souvenir de la réponse qu'on m'a donnée tellement ça m'a énervée. Mais

j'étais déjà tellement prête dans ma tête que ce n'était pas ça qui allait me faire changer d'avis. Mais les deux fois, on me l'a fait et j'ai plein de copines qui m'ont dit que quand elles ont entendu le cœur, elles ont hésité et certaines ont changé d'avis. Parce qu'on veut te faire voir en fait que c'est déjà une vie qui est là. Mais en fait, ce n'est pas encore une vie, c'est juste un fœtus, c'est un embryon.

Dans mon corpus, les témoignages en ce sens restent cependant minoritaires et concernent surtout des IVG réalisées au début des années 2000. Dans l'ensemble, le son du monitoring semble désormais coupé. Reste que l'écoute du cœur – ou *a minima* la conscience de l'existence du rythme cardiaque – est parfois déterminante, comme pour Laurianne (27 ans, assistante sociale, IVG à 27 ans en 2018) :

Je me suis vraiment rendu compte qu'il y avait quelque chose, que c'était pas rien. Que c'était pas anodin aussi, l'avortement. On me l'a répété aussi, lors des rendez-vous médicaux, et puis je pense vraiment, ce qui m'a fait le déclic c'est quand j'ai fait l'échographie, et que j'ai eu le... C'est pas tant de voir à l'écran quelque chose, parce que c'est tout petit... C'est plus de lire le compte-rendu, où ils expliquent qu'il y a quand même un rythme cardiaque, et ça, ça m'a fait quelque chose... Oui, on se rend compte, en fait.

C'est à la suite de cette échographie qu'elle et son compagnon, déstabilisé·es, choisissent de prendre davantage de temps pour réfléchir aux suites de la grossesse. Si je n'ai, dans mon corpus, que des femmes ayant finalement choisi d'avorter, l'écoute de la fréquence cardiaque semble avoir de réels effets dissuasifs, comme en témoigne l'enquête d'Aden Gaide sur la parentalité des étudiant·es. La poursuite de la grossesse des personnes de moins de 25 ans enceintes sans le vouloir⁴³ est en fait un *renoncement à l'IVG* (2018, p. 26) dont les démarches peuvent être engagées avant d'être abandonnées : « Dans les récits, un épisode marquant revient très fréquemment : l'échographie de datation, c'est-à-dire celle qui est obligatoire afin d'estimer le nombre de semaines du fœtus (et donc la légalité d'une éventuelle IVG) ; elle est l'occasion de donner un visage et (souvent) un cœur (qui bat) au fœtus » (2014, p. 46-47)⁴⁴.

La perception du rythme cardiaque reste cependant éminemment symbolique : aux États-Unis, avant même la révocation de l'arrêt *Roe vs Wade*, les États les plus restrictifs en matière d'avortement, comme la Géorgie, cherchaient déjà à en faire la limite légale d'avortement (Evans et Narasimhan, 2020). L'essor de la technologie à ultrasons, qui permet désormais de se représenter très tôt le fœtus en son et en image, a ainsi forgé de nouveaux scripts émotionnels et parentaux autour du début de grossesse. En renforçant l'idée d'une autonomie précoce du

⁴³ Dans sa thèse, le chercheur distingue trois groupes d'étudiant·es parents : les personnes de moins de 25 ans enceintes sans le vouloir ; les personnes de moins de 25 ans enceintes par choix ; les personnes de plus de 25 ans qui reprennent ou poursuivent leurs études à l'âge de la maternité.

⁴⁴ Le chercheur précise aussi dans un autre texte, en note de bas de page : « Ces étudiantes renoncent souvent à l'avortement suite à une échographie de datation durant laquelle leur a été montré le fœtus et on leur a fait écouter ses battements de cœur, ce qui humanise le fœtus à leurs yeux. » (2020, p. 170).

fœtus, elle a aussi renforcé la mise en récit de l'avortement comme atteinte à une vie à part entière.

7.2.2. L'expulsion de la grossesse et l'humanisation de l'embryon

L'humanisation du fœtus se renouvelle dans l'exposition aux restes fœtaux. Là encore, les modalités de prise en charge jouent un rôle déterminant.

« Ah bah c'est con, c'est un beau fœtus » : humaniser les restes de la grossesse

Outre l'échographie de datation de grossesse, le moment de l'avortement lui-même est un autre lieu de la confrontation à un corps potentiellement altéré. Les femmes, parce qu'elles dépendent fortement de l'institution médicale, seule habilitée à procéder à l'avortement, sont placées dans une situation de grande vulnérabilité, en particulier au moment de la prise de médicaments abortifs ou de l'intervention chirurgicale⁴⁵. Au CIVG2, une usagère raconte par exemple les conditions d'une IVG antérieure, dans un autre lieu :

Une jeune femme de 31 ans, assistance comptable, maman de deux enfants, une fille et un garçon. T-shirt rose fuchsia, jean, l'air fatigué, les yeux cernés, dents très abimées. Son conjoint est soudeur, souvent en déplacement. C'est sa quatrième IVG. Elle explique : « La première était logique, je suis quelqu'un de logique, j'avais 21 ans (en 2009), je venais de me séparer du papa, qui a été en prison après la séparation. Il était d'origine étrangère et ça passait pas dans nos deux familles. J'ai eu droit à des personnes anti-IVG qui m'ont dit qu'il y avait des aides pour élever un enfant seule. J'ai pas vu de psy, je suis arrivée au bloc... Ils m'ont dit "non faut le garder, vous savez c'est beau, vous allez tuer la vie" L'infirmière avait 5 enfants. »

[CIVG2, juillet 2019]

La tentative de dissuasion a eu lieu à un moment où la jeune femme est captive du processus médical (nue dans une blouse en papier, allongée sur un lit d'hôpital ou déjà sur la table d'opération, sur le point de recevoir une piqûre d'anesthésie locale ou générale) et où la probabilité de changer d'avis est maigre. À défaut de vraiment dissuader, la stigmatisation prend là encore une dimension punitive. En invoquant le fait de « tuer la vie », il s'agit bien de créer un effet émotionnel visant à faire de l'IVG un événement désagréable et marquant. Parfois, les commentaires pendant l'opération s'accompagnent de l'exposition aux restes fœtaux. C'est ce qui est arrivé à Nolwenn (27 ans, préparatrice en pharmacie, IVG à 19 ans en

⁴⁵ C'est d'autant plus vrai que les aspirations ne sont pas toujours réalisées dans les services d'IVG (c'est le cas si le service dispose d'un plateau technique, mais sinon il faut aller au bloc chirurgical, avec des équipes soignantes dédiées) ou *a minima* par le ou la médecin qui a reçu l'avortante à la première consultation (dans certains services, les internes qui réalisent les aspirations ne consultent pas). Cette multiplication des acteurs et actrices médicaux augmente la probabilité d'être confrontée à un·e professionnel·le stigmatisant·e, en particulier lors du geste chirurgical (voir chapitre 2).

2010), victime de maltraitances médicales tout au long de son parcours d'avortement (voir 2.2.2).

[L'opération] a duré beaucoup plus longtemps que normalement... Ça a duré plus d'une heure à... extraire en fait. Donc pendant tout cet acte, tu entends ce qu'ils te disent « ah bah c'est con » « ah bah c'est un beau fœtus... » « ah bah c'est... » Au niveau de la démarche... Déjà t'as pas envie qu'on t'en parle, t'as envie que ça se passe vite, que ça se passe bien... Et finalement... de là à même... montrer... « Ah bah voilà ce qu'on vous a extrait. » OK. Du coup, moi, j'ai des images, qui resteront gravées en moi.

La monstration du produit de la grossesse est ici un acte explicitement culpabilisant, qui constitue le point final d'une série de violences, tentatives de dissuasion et désinformation vécues par Nolwenn. L'aspiration, qui dure bien plus longtemps que la normale⁴⁶, est l'occasion d'une mise en récit centrée sur le « beau fœtus », dont les restes sont funèbrement présentés. La confrontation aux restes de grossesse, quand elle s'accompagne de discours culpabilisants, peut alors avoir des effets majeurs sur les femmes : c'est le cas pour Nolwenn, mais aussi pour Férouze.

- **Férouze (42 ans, aide-soignante, IVG à 26 en 2003 et 30 ans en 2007) ou les effets de la stigmatisation de l'atteinte à la vie**

Férouze a 42 ans quand je la rencontre en 2019. Aide-soignante, puis aide à domicile, elle vit avec son garçon de 8 ans dans une petite maison de campagne et s'investit beaucoup dans l'association de l'école privée catholique de son fils. Férouze a eu « huit grossesses en tout, et un seul enfant » : une IVG à 26 ans, une IVG à 30 ans, un enfant décédé *in utero* à 32 ans, puis quatre fausses-couches successives et tardives entre trois et quatre mois et demi de grossesse, avant d'avoir son fils à 34 ans. Les deux IVG sont son choix exclusif : « c'est mon corps, et je fais ce que je veux », affirme-t-elle aux hommes qui veulent lui faire poursuivre les grossesses. Cette rhétorique féministe sur la propriété du corps s'accompagne pourtant d'une forte représentation de l'avortement comme « atteinte à la vie » et d'un discours critique des « filles qui considèrent que l'avortement, [c'est] devenu un moyen de contraception ». Dès le début de notre entretien, Férouze établit un lien de causalité entre l'enfant qu'elle a perdu et ses deux IVG : « Je me suis dit c'est le bon Dieu qui t'a punie. [...] Quelque part, c'est bien fait pour ta gueule. Je l'ai vécu comme une punition. [...] Je me considère pas comme une meurtrière, mais on empêche une vie d'exister et on est responsable de ça quoiqu'il en soit, et c'est quelque chose après avec lequel on doit vivre toute notre vie ».

Comment comprendre ce discours rétrospectif qui endosse l'idée que l'avortement est passible d'une punition divine ? En revenant en détail sur sa trajectoire, je voudrais montrer que de tels propos rendent compte d'un habitus clivé (Lahire, 2002) entre des dispositions traditionnelles conservatrices et des dispositions à l'indépendance, forgées dans sa socialisation primaire et dans ses expériences médicales, amoureuses et procréatives.

Issue d'une famille maghrébine de cinq enfants, Férouze a grandi dans une grande ville. Son père, ouvrier cariste et musulman pratiquant (« il nous a jamais imposé de religion à la maison, [il] faisait la prière cinq fois par jour et faisait le ramadan »), décédé quand elle avait une vingtaine d'années, est arrivé en France à 25 ans pour épouser sa mère. Celle-ci est également d'origine maghrébine, « très

⁴⁶ En moyenne, l'aspiration prend une dizaine de minutes. Cette durée peut augmenter avec l'augmentation du stade de grossesse et dépend quoiqu'il en soit de l'expérience et des compétences de la personne qui la pratique.

très européenne », moins pieuse, éduquée en France à « l'école des bonnes sœurs ». Le mariage est arrangé, la mère de Férouze y est malheureuse mais, femme au foyer, elle renonce à divorcer faute de ressources matérielles – elle gagne une petite autonomie en faisant des ménages en cachette, ce qui lui permet de prendre la pilule sans en informer son époux et d'éviter d'avoir d'autres enfants. Férouze, pour sa part, s'est détachée de la religion musulmane au point d'accompagner son fils qui réclame le baptême. Elle ne parle pas arabe quoiqu'elle le regrette (politique d'intégration oblige, « ma maman a dit [à mon père] "Bah écoute ici on parle français"») et elle refuse d'être en couple avec des maghrébins, qu'elle juge trop traditionnalistes.

Adolescente, Férouze pratique le sport à haut niveau mais souffre de règles très douloureuses. Dès ses 14 ans, son médecin de famille « parle avec [son] père » pour qu'elle soit autorisée à prendre la pilule : cela est présenté comme un moyen d'optimiser ses performances sportives, indépendamment de toute connotation sexuelle. À 16 ans et demi, après avoir assisté à un mariage traditionnel musulman où le drap taché de sang est exposé (voir 5.2.1), Férouze décide qu'elle ne veut pas vivre cela. Elle présente son entrée dans la sexualité comme une façon de s'émanciper du contrôle traditionnel des « familles maghrébines » : « j'ai perdu ma virginité par moi-même. Enfin, j'ai voulu avoir un rapport sexuel sans que ce soit mon père qui décide ce sera lui, ce sera lui, ce sera lui ». Le garçon est « un Russe très très gentil » qui « s'est mis le préservatif tout seul », ce dont elle est reconnaissante. Elle n'avait pas reçu d'éducation sexuelle : « je pense que j'en aurais pas mis en fait de préservatifs, si ce n'est pas le partenaire qui avait cette conscience ». Par la suite, très vite, elle se met en couple avec un homme de dix ans son aîné avec qui elle n'est « jamais tombée enceinte accidentellement ». Elle le décrit comme « un anarchiste, un motard, un je m'en foutiste, un tout, tout, tout... Le mariage, c'est de la merde, les gosses, c'est de la merde ». Elle a alors 17 ans et la situation lui « va très bien » mais ce mode de vie bientôt l'épuise : « Je devais avoir 22 ans à l'époque [...] j'arrivais pas à me projeter dans un futur comme ça. Voilà, c'était que moi, je voulais acheter une maison, faire un crédit, me faire embaucher. Lui, c'était... non. J'achèterai jamais de maison. Je ne me ferai jamais embaucher. J'aurai jamais d'enfant. Et y'a un moment où j'ai dit... ça sert à rien de continuer. Voilà, on s'est pas quittés en mauvais termes ».

Dès le début de la vingtaine, Férouze est ainsi en tension entre des aspirations familiales traditionnelles (achat de maison, CDI...) et l'univers dans lequel elle évolue : ce « monde des motards » qu'elle résume d'un « drogues, partouzes, violence, meurtres. Ouais, ouais, comme à la télé, quoi. Moi, je l'ai vécu en vrai ». Elle décrit, dans sa vingtaine, une vie très libre : « j'étais prête à ne jamais avoir d'enfant, je voyageais, je sortais, je buvais, je me faisais des shooters en boîte ». Elle entame ensuite une relation avec un tatoueur, essaie de faire un enfant avec lui, sans succès. Elle se croit alors « stérile ». Des problèmes hormonaux (un excès de prolactine, qui entraîne des montées de lait) empêchent toute grossesse : « on me disait que mon corps était comme si j'étais enceinte et qu'on ne peut pas tomber enceinte quand on est enceinte ». Férouze se « fait une raison » : « pour moi, [avoir des enfants] c'était mort. Donc, j'avais organisé ma vie autrement et comme j'avais organisé ma vie autrement, ça m'est tombé sur le coin de la gueule ».

Le premier avortement volontaire de Férouze survient à ses 26 ans, au milieu des années 2000. Elle a quitté le tatoueur – qui la trompait avec deux autres femmes – et s'engage alors dans une relation, qui va durer cinq ans, avec un conducteur de travaux, souvent en déplacement. Au bout de quelques mois, le préservatif, qu'elle utilise parce que « c'est le début », éclate quelques jours avant ses règles. Elle n'envisage pas la possibilité d'une grossesse et comme ses cycles sont irréguliers, elle ne s'inquiète pas de cette absence. C'est sa formation d'aide-soignante qui lui permet de s'alarmer d'une succession de malaises vagues inexplicables. Elle suspecte une grossesse, fait un test urinaire puis sanguin et découvre le jour de Noël qu'elle est enceinte de presque dix semaines. En pleine période de fêtes, son accès au soin est facilité par sa cheffe de service qui peut rapidement l'orienter vers une clinique réalisant des IVG : « Heureusement que j'étais dans le milieu ». Les délais d'attente repoussent toutefois l'intervention à la limite du délai légal. La soignante qui la prend en charge la culpabilise :

« Elle m'avait dit "Vous avez de la chance de le faire par anesthésie générale, vous allez pas voir le mal que vous allez faire, vous mériteriez de souffrir et de garder les yeux grands ouverts". [...] Moi, je lui ai conseillé d'aller travailler en cancérologie et d'avoir l'impression de sauver des vies plutôt que de travailler dans un endroit où on enlève des vies. Et là, je me suis mise à pleurer [...] et franchement, j'ai eu envie de me barrer, et peut-être qu'elle avait dit ça pour que je me barre et du coup, la date soit dépassée et voilà. Et j'ai tenu. Mais elle avait vraiment été garce ».

Une membrane de la grossesse reste toutefois accrochée, dont l'évacuation progressive engendre des « odeurs nauséabondes » pendant des semaines. Férouze refuse de retourner à la clinique où elle a été prise en charge. Elle « vit très mal » ces premières suites de l'avortement : « j'aurais pu avoir un suivi que je n'ai pas eu parce que d'entrée, on m'a traumatisée en fait ! et je serais tombée [à nouveau] sur elle, elle m'aurait dit : franchement, c'est bien fait pour ta gueule ! ». Son premier avortement l'expose ainsi à des maltraitements médicaux, ce qui la pousse à renoncer à des soins et insinue en elle l'idée qu'interrompre une grossesse est un acte qui mérite châtement. Cette culpabilisation va être redoublée lors de sa seconde IVG.

Quatre ans plus tard, Férouze est enceinte une deuxième fois, alors qu'elle a rencontré deux mois plus tôt l'homme qui deviendra son mari. Celui-ci, routier, est déjà père de quatre enfants plus âgés, issus de deux relations différentes. Les relations avec ses ex-compagnes sont extrêmement conflictuelles (Férouze décrit, plus tard, « une ex-femme bipolaire qui se réveille dans la nuit et qui vient mettre des coups de batte de baseball sur ta porte... C'est ton week-end de garde et elle appelle la police en disant que tu as kidnappé ses gamins »). Férouze n'est d'abord pas certaine de vouloir s'engager avec lui, ni même de vouloir des enfants. Comme elle ne veut pas retourner à la clinique où elle a avorté la première fois, de peur de recroiser la soignante qui l'a culpabilisée (« j'avais 9 chances sur 10 de retomber sur cette nana... Et là, je crois que je lui aurais mis un pain dans la gueule quoi »), elle avorte à domicile par médicament. La méthode lui cause de vives douleurs et la confronte à l'expulsion de l'embryon : « tu rentres chez toi, tu te démerdes quoi. Eh bien, je l'ai super mal vécu. Et puis c'est violent, perdre un fœtus. Moi, je l'ai perdu dans les toilettes. Il y a un truc qui tombe, c'est le fœtus. Tu vois, quoi ? C'est violent. Franchement, c'est super violent. Je m'attendais pas à ça, mais vraiment pas. [...] Même une fausse couche à côté, je l'ai pas si mal vécue, et beaucoup plus tardivement ».

Son compagnon, à qui elle a imposé l'IVG, ne l'accompagne pas dans les démarches. Au bout d'un an et demi, après de multiples demandes en mariage et l'insistance de son entourage qui la pousse à « se poser », Férouze finit par accepter de l'épouser et d'avoir un enfant. Enceinte dans les semaines qui suivent le mariage, elle perd la grossesse à plus de sept mois. Aux urgences gynécologiques, l'interne de garde ne diagnostique pas un hématome rétro-placentaire dû à son hyper-tension et, au lieu de l'accoucher en urgence, la renvoie chez elle malgré ses douleurs. La poche de grossesse explose sur le chemin du retour et Férouze doit accoucher par voie basse trois jours plus tard de son enfant décédé. Son conjoint, qui lui garde rancune de son IVG, la culpabilise : « Mon ex-mari a très mal vécu l'avortement. Il a pas compris, puisqu'il était dans un projet de fiançailles, de mariage, de ci, de ça, il a pas compris pourquoi je me faisais avorter [...]. Donc après, quand on a eu notre fils, qui est parti, il l'a très, très mal vécu. Et la première phrase qu'il a dit quand j'ai perdu le bébé, il m'a dit "Tu vois ? le bon Dieu, il t'a punie" ».

Mot pour mot, le discours de son mari est celui qu'elle me livre comme étant le sien dans les premières minutes de notre échange : elle a, en partie du moins, intériorisé l'idée que la perte de son enfant, et la douleur physique, constituent le prix à payer, voire le châtement, pour avoir par deux fois « enlevé une vie ». C'est bien le deuil de son enfant qui la pousse à avoir une lecture rétrospective de ses avortements : « J'y ai plus pensé ensuite pendant des années, des années ! Et ensuite, quand j'ai perdu mon premier fils, j'y ai repensé... et je me suis dit après, après ce que t'as fait, bah c'est peut-être aussi ce que tu mérites. C'est la vie qui décide, c'est pas toi... Pour enlever une vie ou pour décider de oui, il va exister, ou non, il va pas exister ».

Les années suivantes, Férouze enchaîne les fausses-couches à un terme avancé, tandis que son mari se met à boire, devient violent physiquement, commence à la tromper : « En février 2011, j'étais cocue.

Et enceinte du petit, il est né en avril ». Finalement, après douze ans de mariage, elle divorce (un an avant que je la rencontre), quand la violence de son conjoint se tourne également vers leur fils : « Les derniers temps, il s'en prenait au petit aussi, du coup, ça a été sans retour. J'ai toujours dit moi, je supporte, en tant que femme, je peux supporter beaucoup de choses, mais à partir du moment où ça touche mon enfant, je pouvais plus accepter ».

Férouze, qui se définit comme une « grande gueule », oscille ainsi entre des revendications très affirmées de son autonomie et des représentations traditionnelles du couple, de la famille, de la procréation. Ses dispositions à l'indépendance se sont probablement forgées dans son expérience sportive, que son père a largement encouragée, mais aussi dans le fait « d'avoir vécu avec une maman malheureuse et complètement dépendante de [son] père ». Férouze tire très tôt de l'observation de la vie des femmes maghrébines qui l'entourent une certitude : « J'avais toujours eu le discours que moi, ce que je veux quand je serai grande, c'est travailler et je ne veux pas me marier ». Elle est rattrapée, la trentaine passée, par des aspirations familiales plus traditionnelles, son entourage se chargeant du rappel aux normes conjugales et procréatives : « Les gens qui m'ont saoulée, la famille... "C'est bon, t'as plus de 30 ans. Tu crois que après 30 ans, tu vas tomber sur des mecs comment ? Ils ont tous des gosses après 30 ans, les mecs normaux ! C'est toi qui n'es pas normale de pas avoir de gosses après 30 ans. Et donc, marie-toi, fais un gosse, fais comme tout le monde". Et puis, au final, j'ai fait comme tout le monde ».

Si elle encaisse des années durant la violence conjugale, Férouze ne cesse pourtant jamais d'assurer ses arrières, d'avoir un revenu et de défendre son indépendance : « J'ai été intelligente. Je me suis mariée, mais j'ai fait un contrat de mariage. J'ai acheté, mais j'ai acheté toute seule la maison. Au nom de mon fils. Du coup, on était pas mariés sous le régime de la communauté. Donc, mon coco, tout ce qui est ici est à moi, donc tu dégages ».

Les dispositions féministes de Férouze sont ainsi en tension avec toute sa socialisation primaire dans une famille musulmane tiraillée entre tradition (côté paternel) et volonté d'indépendance déçue (côté maternel), ce qui explique que le discours religieux ressurgisse (le bon Dieu t'a punie ») bien que Férouze ne « pratique pas du tout la religion ». À cela s'ajoute la culpabilisation qu'elle a vécue à l'hôpital et de la part de son ex-mari, et probablement aussi sa formation d'aide-soignante, qui l'a socialisée à des représentations de la grossesse comme vie en devenir. Lorsqu'elle affronte la perte de son premier enfant, ce sont tous ces éléments biographiques qui se conjuguent pour façonner une relecture *a posteriori* de sa trajectoire génésique. Son discours paradoxal, entre revendication de son autonomie corporelle et conception de l'avortement comme « retrait d'une vie » susceptible d'être sanctionné, sont le produit de cette socialisation plurielle (Lahire, 2011).

Ainsi, la mobilisation d'une représentation personnifiée de la grossesse avortée ne va jamais de soi et la stigmatisation de « l'atteinte à la vie » a des effets réels sur le déroulé des soins. Pour Férouze, cette tension, cependant, semble se relâcher avec le temps – et peut-être également la rupture avec son conjoint violent. Son discours se transforme : « Et après, je me suis dit non, tu es parano [de croire que la mort de son fils est une punition] parce que peut-être que ça serait arrivé quand même ». Elle conclut : « [Mon fils] est là, oui, il va bien, très bien. Il prend beaucoup de place. Après, je regrette pas si je dois revenir en arrière, je referais exactement la même chose ». Encore une fois : « On n'empêche pas l'avortement : on le rend plus dangereux, plus coûteux, plus pénible » (Cahen, 2020) et la stigmatisation de « l'atteinte à la vie » en est un instrument.

« Tu peux pas dire "c'est évident, c'est le bébé" » : protéger les femmes de la stigmatisation... en la renouvelant ?

Dans mon corpus, cependant, il est rare que les femmes soient, comme Férouze, confrontées à ce qu'elles expulsent, à l'exception des IVG à domicile (voir 8.4.3). Dans l'ensemble, les

équipes de soin rencontrées, au contraire, ont à cœur de limiter au maximum la confrontation aux restes de grossesse. C'est une des raisons pour laquelle les soignantes critiquent l'IVG à domicile et préfèrent que les expulsions aient lieu dans le service⁴⁷. Au CIVG1, les femmes expulsent dans une bassine. Les infirmières contrôlent elles-mêmes qu'il s'agit de la poche de grossesse et ne les laissent pas voir. Comme pour l'échographie, l'idée est bien de préserver les femmes d'une vision désagréable, susceptible de personnifier davantage la grossesse et de rendre l'IVG plus difficile. Et comme pour l'échographie, une telle pratique n'a rien d'une évidence, puisqu'elle repose sur le postulat implicite que les avortées ne pourraient voir dans les restes fœtaux autre chose qu'un enfant en puissance – ce qui, en réalité, conforte le script anti-avortement de l'embryon humanisé.

Des travaux menés aux États-Unis suggèrent pourtant que donner la possibilité aux femmes de voir la poche de grossesse pourrait *au contraire* limiter la personnification plutôt que l'accentuer, en déconstruisant *par corps* (j'ajoute : et par les discours des professionnel·les qui orientent le regard) les représentations de l'embryon comme mini-enfant des anti-IVG (Gerber, 2002 ; Hann et Becker, 2020). La volonté des soignantes de protéger *par principe* les femmes de la vision des tissus de grossesse, qui relève là encore d'une forme de maternalisme, renforce aussi, paradoxalement, la stigmatisation sous-jacente de l'IVG comme atteinte à l'existence d'un être.

Cette tension est tout aussi perceptible dans les termes employés pour décrire la grossesse. Dans les centres enquêtés, face aux avortantes, les termes « bébé » et « enfant » sont strictement évités et les mots pour décrire la grossesse sont choisis avec soin pour évacuer l'imaginaire de l'enfant en puissance – les professionnelles parlent de « poche gestationnelle », « contenu de l'utérus », « vésicule », etc. Mais ces précautions rhétoriques sont levées par ailleurs : au quotidien, il est fréquent que les soignantes, entre elles, parlent de « bébé ». Par exemple, Mireille (infirmière, 51 ans, CIVG1) me décrit les changements de protocoles médicaux qu'il a fallu mettre en place au moment de l'allongement du délai d'IVG en 2001 :

Quand je suis arrivée, ben c'est rare hein mais y'en avait qui des fois expulsaient dans le service [parce que le misoprostol était donné trop tôt à des femmes au stade de grossesse avancé] et que tu vois le machin, le fœtus par terre et qu'elles te disent « c'est quoi ? » et tout. Et que toi tu peux surtout pas dire « bah oui c'est évident c'est le bébé » et tout. Sauf que ben tu peux pas cacher que c'est pas le bébé, parce que ça se voit... [...] C'était dur pour elles, c'était dur pour nous, c'était dur...

Mireille est infirmière orthogéniste depuis quinze ans quand nous avons cet échange, en mars 2016. Elle est très investie dans son travail et constitue une référence dans le service : elle a

⁴⁷ Cette incitation à avorter à l'hôpital est renforcée par la nécessité de réaliser des hospitalisations pour maintenir ouverts des services d'orthogénie qui se dépeuplent avec la diversification des voies d'accès à l'IVG.

suivi des formations en hypnose et en communication non-violente pour améliorer son accompagnement thérapeutique, a été un pilier de la mobilisation contre la fermeture de « son » centre d'orthogénie quelques années plus tôt, n'hésite pas à reprendre ses collègues lorsqu'elle estime qu'elles s'adressent « mal » aux patientes (Thizy, 2016). Malgré ce fort engagement dans l'activité d'avortement, sa façon de nommer la grossesse reste paradoxale. Elle oscille entre « le fœtus » « l'embryon » et « le bébé ». Or, son affirmation selon laquelle « tu peux pas cacher que c'est le bébé parce que ça se voit » paraît discutable : preuve en est que les femmes lui posent la question de ce dont il s'agit... Encore une fois, la façon de voir les tissus de la grossesse dépend du regard qui se pose sur eux : Mireille n'est pas seulement infirmière orthogéniste. Elle a d'abord été infirmière en gynécologie-obstétrique, elle refuse de se définir comme féministe ou militante et elle est aussi mère de trois enfants (c'est pour s'occuper d'eux qu'elle a quitté la gynécologie pour les horaires plus compatibles avec la vie familiale du centre d'IVG). Le regard qu'elle porte sur la grossesse n'est pas seulement celui d'une professionnelle habituée à déchiffrer les tissus : il est aussi celui d'une femme pour qui la maternité est une expérience structurante. À cela s'ajoute que, pour les professionnel·les de l'orthogénie, l'avortement n'est pas un événement ponctuel de la trajectoire gènesique mais bien leur ordinaire professionnel. Plus encore que les femmes qui avortent, la stigmatisation de « l'atteinte à la vie » les concerne, en raison de la répétition quotidienne du geste abortif – et c'est bien elle qui s'exprime en creux.

« Tuer des bébés toute la journée » : des professionnelles de santé elles-mêmes stigmatisables

L'inquiétude des professionnel·les de santé d'être assimilées à des tueuses est en effet manifeste dans les quelques entretiens menés avec elles. La remarque d'une avortante qui demande si le comprimé donné va « commencer à le tuer » interpelle par exemple Josiane (aide-soignante, 55 ans, CIVG1) : « j'en ai parlé après en supervision, parce que ça m'avait marquée quand même, je me suis dit, mais qu'est-ce qu'elle pense de nous cette dame qui vient ? Elle pense qu'on est des meurtrières ! ». Mireille aussi redoute qu'elle ou ses enfants soient stigmatisé·es parce qu'elle fait des IVG :

[J'ai pas dit tout de suite que je travaille ici] parce que quand tu connais déjà pas bien et tout... Mes enfants c'est pareil, mes enfants étaient petits, [...] j'allais pas dire... pour pas que les gens sachent, pour pas que les gens leur disent « bon ben ta mère elle tue des bébés toute la journée ». Donc voilà. Donc après ils ont grandi, ils ont une maturité, ils sont devenus ados, et un jour j'ai assumé.

Le vocabulaire du meurtre est ainsi mobilisé dans les discours des soignantes et, sous une forme atténuée mais bien réelle, dans le discours des médecins. La docteure Armana (médecin généraliste, 52 ans, CIVG1), en 2016, voyait dans la tension autour de « la vie » un argument contre la suppression du délai de réflexion jusque-là obligatoire :

Après, je pense pas qu'il faille aller trop vite non plus. Je pense quand même que ça mérite réflexion, c'est quand même un acte... grave. Et qui met en jeu une vie, certes embryonnaire, mais voilà, comme disait un médecin, professeur H., j'avais eu une formation de médecine légale avec elle, elle faisait de l'IVG, c'est un acte vital, qui met en cause une vie, et ça il faut en faire prendre conscience aux patientes que c'est pas anodin.

Comme Mireille, la docteure Armana peut difficilement être suspectée d'être anti-IVG : elle a fait partie des premières générations à réaliser des avortements, a fait face dans les années 1990 aux attaques virulentes des commandos anti-IVG qui s'enchaînaient aux lits d'hôpitaux, a monté deux centres d'IVG dans des cliniques privées. Depuis plus de 25 ans, elle fait des avortements toutes les semaines. Mais sa position rend compte d'une tension très caractéristique des professionnel·les de l'avortement, documentée dans la recherche récente.

« L'IVG comme mise à mort légitime, c'est le paradoxe qui traverse bon nombre des entretiens menés avec des gynécologues » écrit par exemple Raphaël Perrin (2021, p. 78). Myriam Borel relève aussi chez ses enquêté·es « un embarras éthique, émotionnel et pratique qui explique la mise en crise d'un éthos professionnel affirmé comme étant guidé par l'impératif de bienveillance à l'égard de la demande d'IVG » (2023, p. 384). Les deux sociologues relatent cependant des rapports très différenciés à la *description* des restes fœtaux. Raphaël Perrin évoque la récurrence de récits horribles dressant avec dégoût des portraits de fœtus broyés : « J'ai été surpris par la propension des enquêté·es à me décrire le plus graphiquement possible les détails les plus sanglants de l'avortement, à recourir au champ lexical du meurtre, et à humaniser le fœtus » (2021, p. 53). Au contraire, de telles descriptions sont largement évitées sur le terrain de Myriam Borel : il s'agit de « NE PAS décrire avec précision les gestes auxquels [les professionnel·les rencontré·es] procèdent, comme si ceux-ci conservaient une charge agressive très intense sur laquelle iels ne souhaitaient pas s'appesantir » (2023, p. 46) et « les rares professionnel·le.s qui, sur l'ensemble de notre corpus – trois seulement – ont accepté de décrire les gestes abortifs, font entendre qu'iels ne se départissent pas d'une certaine représentation d'une rencontre avec la mort » (p. 371).

Les différences entre ces résultats ne divergent qu'en apparence. Raphaël Perrin s'est intéressé au rapport à l'avortement des *gynécologues*, qui en ont historiquement le monopole, tandis que Myriam Borel a mené son enquête surtout auprès des *sages-femmes*, qui ont récemment acquis le droit de pratiquer cet acte. L'hétérogénéité des propos tenus par les gynécologues et par les sages-femmes peut s'expliquer par cette différence dans l'ancienneté

de la pratique professionnelle : l'enjeu de légitimer l'investissement de l'avortement empêche probablement les sages-femmes de formuler des réticences vives. Outre ces variations dans la sociologie des professions, on peut aussi lire dans ces résultats différenciés des effets directement liés à la méthodologie de l'enquête. Difficile d'exclure la variable du sexe de l'enquêteur·ice : décrire avec force détails les fœtus démembrés est peut-être plus fréquent face à un chercheur plutôt qu'une chercheuse, renvoyée à son identité de femme (et donc sensible aux choses de la maternité) avant son identité de sociologue. À cela peut s'ajouter la subtilité des positionnements sur le terrain et des socialisations individuelles, qui déterminent la possibilité d'avoir accès (ou non) à ce qui ne se dit pas, ou pas facilement : là où Raphaël Perrin « [s'étonnait] à la suite des enquêtées du peu d'attention donnée [...] au caractère "formé" du fœtus de 14SA » (p. 21), Myriam Borel, qui évoque à plusieurs reprises la « violence » de la confrontation aux restes fœtaux, semble davantage partager le malaise de ses enquêté·es face au corps fœtal, ce qui peut limiter les questions posées à ce sujet⁴⁸.

Mais ces résultats se rejoignent en un point : l'enjeu de fond, pour les professionnel·les de santé (mais aussi pour les sociologues féministes), est de ne pas donner davantage de grain à moudre aux antiavortements et de ne pas être soi-même suspecté d'en être un·e – une enquêtée de Raphaël Perrin évoque ainsi « la solitude face à ce malaise, qu'elle exprime peu, au travail comme en famille ou avec ses amis, de peur qu'on doute de son soutien au droit à l'IVG » (2021, p. 69). Mais c'est bien l'efficacité de la rhétorique anti-IVG de l'avortement comme meurtre qui se lit dans les réticences médicales : « ce qui dégoûte [dans la pratique de l'avortement], ce n'est pas le corps dans sa matérialité, ni le sang, c'est l'impression de tuer » (*ibid.*, p. 93). Or, il est d'autant plus difficile de faire face à cette « impression de tuer » que les équipes de soin sont – aujourd'hui encore – socialisées à accorder une importance particulière au « respect de la vie » (Ferrand, 1988, p. 377) et que l'essor de la médecine fœtale a constitué le fœtus en sujet de la médecine moderne.

« La montée en puissance d'une morale de l'avortement centrée sur le fœtus a coïncidé avec la reconfiguration de la grossesse comme un état médical (par opposition à un état « féminin ») impliquant deux patientes autonomes, le fœtus étant le sujet principal⁴⁹ » (Millar, 2017, p. 123). Là encore, la technologie médicale a contribué à séparer le corps de la personne enceinte du

⁴⁸ J'ai moi-même sous-investigé cette dimension, avec les femmes comme avec les professionnel·les de santé, parce qu'au début de cette enquête, je renvoyais à d'autres champs de compétences que les sciences sociales le débat relatif à la nature de l'embryon et redoutais de faire le jeu des antiavortements ou de mettre les enquêtées mal à l'aise en demandant des précisions. Rétrospectivement, je vois surtout dans cette esquivance relative du sujet le reflet de mes propres prénotions en la matière.

⁴⁹ "The ascendancy of a foetocentric abortion morality coincided with the reconfiguration of pregnancy as a medical (as opposed to "woman's") condition involving two autonomous patients, with the foetus as its primary subject"

corps fœtal, ce qui n'a rien d'évident tant l'articulation entre contraception et avortement relève d'un continuum⁵⁰. Cette séparation sort renforcée de tous les dispositifs d'humanisation des fœtus morts dans les situations d'IMG ou de fausse-couche à un stade avancé, puisque désormais, le deuil de l'enfant désiré se fait par la présentation du corps à ses parents (Memmi, 2011).

Si pour les professionnel·les de l'IVG, l'enjeu est de mettre à distance des représentations des avortantes en « tueuses de bébé », s'en protéger elles-mêmes se révèle donc plus complexe.

*

La généralisation de la technologie à ultrasons dans le suivi de grossesse, la diffusion massive de représentations de fœtus dans la culture visuelle, les avancées de la médecine fœtale, les nouvelles pratiques professionnelles dans les services de périnatalité sont autant de modalités de ce que Dominique Memmi a appelé la « revanche de la chair » (2014), ce processus par lequel le corps devient le support des identités. S'agissant d'IVG, cette *revanche de la chair* transforme les débuts de grossesse en bébés virtuels, en enfants possibles, et elle a été largement utilisée par les anti-IVG pour donner une assise scientifique à une humanisation des fœtus bien plus ancienne. Cela place les médecins dans des dilemmes importants : si la stigmatisation de « l'atteinte à la vie » est rarement explicite dans les prises en charge contemporaines, elle persiste en creux dans tous les dispositifs pour cacher la matérialité de la grossesse et dans les représentations que les professionnel·les se font de leur propre travail. Dès lors, la psychologisation (chapitre 3) a aussi pour fonction de signaler l'exceptionnalité de l'avortement – la tristesse attendue jouant son rôle de caution morale, tandis que la remédicalisation contraceptive (chapitre 4), en tant qu'elle prévient les possibles IVG ultérieures, reste une façon de limiter « l'atteinte à la vie ».

7.3 Une stigmatisation qui s'accroît avec la répétition de l'avortement et l'avancé de la grossesse

C'est la raison pour laquelle, à l'inverse, les IVG répétées et celles à un terme avancé sont davantage stigmatisées. « L'atteinte à la vie » produit sa propre hiérarchie de la déviance, selon son degré perçu.

⁵⁰ Les techniques de contraception (comme le DIU), qui empêchent la nidation et/ou le développement primaire de la grossesse, n'empêchent pas la fécondation de l'ovule et peuvent en cela être assimilées à l'avortement. Toutes les techniques pour « faire revenir les règles » étaient d'ailleurs plutôt envisagées comme préventives et non comme abortives, et l'avortement par médicament aux tous premiers stades de la grossesse se rapproche de même de la contraception d'urgence .

7.3.1 « Je me voyais pas jouer trop avec la vie et la mort ! » : la stigmatisation des IVG répétées

Les femmes qui ont plusieurs fois recours à l'IVG ont historiquement cristallisé la stigmatisation : dans les années 1980, elles étaient qualifiées de « récidivistes » (Novaes, 1982), dans un vocabulaire pénal qui fait implicitement de l'avortement un délit. L'usage de ce terme n'a pas disparu (Mathieu et Ruault, 2014) mais il tend à être remplacé par celui « d'IVG itératives ». Marie Mathieu a montré dans sa thèse la difficulté à faire de cette catégorie un groupe homogène tant les situations varient (2016) et certains travaux invitent même à éviter le terme d'IVG « répétée », qui accentue la stigmatisation des femmes (Hoggart, Newton et Bury, 2017). Cette stigmatisation spécifique ne repose pas seulement sur la répétition de « l'échec contraceptif » : elle est aussi conditionnée par les représentations de l'embryon comme une vie en cours. La situation de Christel (27 ans, travailleuse sociale, IVG à 26 ans en 2017) n'est pourtant pas très différente, quand je la rencontre, de celle dans laquelle elle se trouvait quelques mois plus tôt, quand elle a avorté : même âge, même situation professionnelle, une relation qui reste récente avec son compagnon (quatre mois avant son IVG, quoiqu'ils soient déjà installés ensemble). La grossesse est aussi non prévue, mais cette fois, son choix est différent :

Christel : Là, je suis de nouveau enceinte, mais je l'ai gardé cette fois. Je pense que ça a joué malgré tout, pour moi, personnellement [l'IVG].

Laurine : De la même personne ?

Christel : De la même personne. Et par contre, je me voyais pas réavorter, tu vois. Jouer... trop... avec la vie [rire] et la mort ! Du coup... Non et puis c'est une chance aussi, je me dis, imagine plus tard, avec tout ce qu'on entend, l'endométriose ou je sais pas quoi qui te rend stérile...

Laurine : Ouais tu avais cette peur-là ?

Christel : Ouais un peu cette peur là et je me suis dit, bon ce destin-là deux fois ça va ! Il est OK, je suis OK, ça va !

L'avortement n'est ici acceptable que ponctuellement. Dans les arguments mobilisés pour expliquer son refus d'avorter de nouveau, la peur de l'infertilité (sans raison objective) et l'accord du couple sur le devenir de la grossesse passent cependant après l'argument massue : *ne pas jouer trop avec la vie et la mort*. Une fois mais pas deux. Ou deux mais pas trois, comme le dit aussi Julia (26 ans, auxiliaire de vie scolaire, IVG à 18 ans en 2010 et 25 ans en 2016) :

J'espère ne plus avoir recours à l'IVG ! Je pense que si ça arrivait, j'hésiterais grandement, parce que 3 fois quand même ça fait beaucoup... Et puis, je sais pas s'il y a des répercussions physiques, si on fait 3 IVG... On m'a dit médicamenteux moins que chirurgical mais quand même je sais pas trop...

La peur que l'IVG rende stérile si elle est répétée n'est pourtant pas étayée sur le plan épidémiologique (Frank et al., 1993 ; Hamy et al., 2008), mais elle reflète la stigmatisation de

l'IVG répétée. Le registre historique de l'avortement comme *concession et dernier recours* (Bajos et Ferrand, 2011 ; Divay, 2003) n'a donc pas disparu.

Cela est vrai pour les premières concernées mais aussi pour les professionnel·les de l'IVG. Au CIVG5, Anna, la psychologue, ne reçoit pas systématiquement toutes les avortantes mais elle prend d'office celles qu'elle appelle les « profils particuliers » ou « profils ciblés » : les mineures, les « 12-14 » (celles enceintes de plus de 10 semaines de grossesse) et les « IVG à répétition ». Ces circonstances lui semblent justifier un entretien imposé. En cela, elle ne fait que reprendre les catégories de l'action publique et de la recherche elle-même, qui ont largement contribué à la focalisation sur les femmes qui avortent plusieurs fois ou au-delà d'un certain seuil, comme le fait remarquer Myriam Borel (2023). Le gouvernement psychique et sanitaire s'exerce ainsi de façon plus étroite auprès de celles dont on considère qu'elles portent davantage « atteinte à la vie ».

7.3.2 « En France, on a le droit d'avorter, mais pas entièrement quoi » : avorter à la limite ou au-delà du seuil légal d'IVG, une expérience stigmatisante

Mais plutôt que dans ses marges extensives (le nombre d'IVG), c'est dans sa marge intensive (le stade de grossesse) que se joue l'essentiel de la stigmatisation de « l'atteinte à la vie ». S'il n'a jamais été question d'interdire la *répétition* de l'IVG, l'IVG *au-delà d'un certain seuil*, elle, reste prohibée en France, à la différence de l'IMG (autorisée jusqu'à terme) ou de l'avortement dans d'autres pays⁵¹. Ce seuil fait régulièrement l'objet d'âpres controverses : fixé par la loi Veil à dix semaines de grossesse, il est passé à 12 semaines en 2001 avec le vote de la loi Aubry-Guigou et à 14 semaines en 2022, à la faveur de la restructuration de l'offre d'IVG pendant la pandémie de Covid-19. La fixation d'un tel seuil, en maintenant l'exceptionnalité de l'avortement (Millar, 2022), contribue à stigmatiser celles qui avortent à ses frontières : juste avant la limite et, plus fortement encore, au-delà. Quand elles refusent la poursuite de grossesse, celles-ci doivent en passer par une IMG psychosociale ou un voyage à l'étranger.

Le « gap » dans le développement embryonnaire : avorter à la limite du seuil légal d'IVG

En France, l'allongement du délai légal d'IVG, en 2001 comme en 2022, a fait l'objet de vives résistances médicales, portées notamment par les instances représentatives de la

⁵¹ L'Espagne autorise l'avortement jusqu'à 22 semaines de grossesse, les Pays-Bas jusqu'à 20 semaines et le Royaume-Uni jusqu'à 24 semaines.

profession⁵². La difficulté du geste technique passées 10 semaines de grossesse (12SA) est souvent mise en avant, mais l'argument légitime du manque de formation n'est pas irrémédiable. Ces réticences reflètent plutôt le malaise médical décrit plus haut face à l'avortement, qui augmente avec le stade de grossesse. Bien souvent, sur le terrain, les médecins ont insisté sur le « gap » entre la 8^e et la 10^e semaine de grossesse (entre 10 et 12SA) : « ça commence vraiment à ressembler à un bébé, tu as les pieds, les mains, les doigts, l'épine dorsale, les côtes qui commencent à se former... » (Julie, médecin généraliste, 33 ans, CIVG2). Une telle description est produite avec plus ou moins d'émotions. Odile (CCF, 59 ans, CIVG1) me fait par exemple le récit de sa première observation au bloc sur le mode du secret révélé :

Je te jure, ça m'a sciée ! Et moi qui disais toujours aux femmes, « vous inquiétez pas, c'est pas grand-chose », après je me suis dit mais en fait... Et puis y'avait eu une supervision où [une médecin] a parlé [...] de ce qui sortait ... Et là j'ai compris... Je me suis dit... Mais qu'est-ce que t'es en train de me dire, qu'il y a des mains, des pieds, et tout ça ? Elle me dit « Ben oui... ». Oui, parce qu'en fait, avec la pince, ils avaient été obligés de broyer une tête, enfin tu vois le truc... et moi je suis dit, mais de quoi vous parlez là ? Et après je me suis dit, mais de quel droit je dis aux femmes, tu vois, quand elles sont à la fin, c'est rien ? Alors je suis allée voir. Et j'ai vu. Ça m'a sciée. Et je me suis dit, je ne peux pas, moi, de mon propre chef, minimiser. Donc je leur dis pas « vous savez c'est tout formé hein ! » Non ! mais je dis rien, quand le terme est loin, je dis rien. Quand c'est vraiment un RU [un début de grossesse, systématiquement réalisé par méthode médicamenteuse dans ce service], je dis c'est vraiment qu'un petit sac de cellule, c'est qu'un programme, voilà. Mais quand c'est plus, je dis pas... [Elle se zippe la bouche]. Parce que [...] c'est formé tu vois quand même, un petit être, des petits bras... [silence]. C'est vraiment l'idée, on a beau savoir, le voir c'est pas la même chose...

Odile est conseillère conjugale : ce n'est pas elle qui réalise les IVG. Mais son discours est caractéristique de la tension entre « voir » et « savoir » identifiée par Julie Palmer (2009) – la forme humanoïde du fœtus (ce que l'on voit) ne dit pas grand-chose, par exemple, de l'état de son système nerveux et de sa sensibilité (ce qu'en dit le savoir scientifique). Cet inconfort face aux grossesses au-delà de 8 semaines de grossesse (10SA) est partagée dans le service. En 2016, le CIVG1 réorientait les femmes au-delà de 10 semaines de grossesse (12SA) vers d'autres structures locales, en plaidant l'impossibilité de faire des anesthésies générales sur place (le service n'a qu'un plateau technique et pas de bloc opératoire ni d'anesthésiste). Il n'y a pourtant pas de contre-indication à la réalisation d'IVG sous anesthésie *locale* entre 10 et 12 semaines de grossesse (12 et 14 SA), mais le service refusait d'en faire, au motif que cela serait trop inconfortable et risqué pour les femmes (« une IVG gémellaire à 14SA en AL, c'est criminel » ai-je pu entendre à propos des pratiques d'autres services). Mais c'est probablement tout autant

⁵² Dans un communiqué, accessible à l'adresse <http://www.cngof.fr/actualites/774-allongement-delai-ivg-14-16sa-2>, le Collège national des Gynécologues et Obstétriciens français (CNGOF) s'est positionné contre l'allongement de 12 à 14 semaines de grossesse lors des débats au printemps 2022, de même que l'Académie de médecine.

le confort des équipes de santé qui est en jeu : « quand la loi elle a changé en 2001, on s'est pris deux semaines de plus et tout, et deux semaines de plus dans l'évolution du fœtus c'est pas mal... » me dit par exemple Mireille (infirmière, 51 ans, CIVG1), comme s'il s'agissait d'une condamnation pénale. Ce refus de pratiquer l'IVG après 10 semaines de grossesse n'est pas exceptionnel : un certain nombre de services (ou de médecins) partagent cette posture (Battistel et Muschotti, 2020, p. 56 ; Perrin, 2021, p. 54).

La majorité des femmes avortent bien avant le seuil limite – plus de la moitié des IVG ont lieu avant 6 semaines de grossesse (8SA) (Vilain, 2022), mais de telles limitations posent la question de l'accès au soin pour les grossesses avancées, puisqu'elles peuvent imposer aux femmes d'avorter dans un autre département, éloigné de chez elles (Rahm et al., 2022, 2023). Dans mon corpus, les IVG tardives sont plutôt rares : Coline (22 ans, enseignante, IVG à 22 ans en 2016) est prise en charge à Paris où l'offre est abondante, elle est fortement dotée en capitaux et bénéficie du soutien de sa généraliste. Cindy (30 ans, infirmière, IVG à 15 ans en 2003) est hors-délai mais les médecins outrepassent la législation en raison de son très jeune âge pour « lui sauver la mise » – la stigmatisation de l'atteinte à la vie étant ici moins efficiente que la stigmatisation des maternités adolescentes (voir 6.2.2). La propension des services à dépasser le seuil varie : au CIVG1, le service accepte de fermer les yeux en cas de dépassement de quelques jours, alors qu'il n'en est pas question au CIVG2, qui peut cependant bousculer ses procédures pour faire une IVG en urgence le jour même au besoin⁵³. L'allongement de ce seuil à 14 semaines de grossesse (16SA) en 2022 pose ainsi une question de fond, à laquelle des enquêtes ultérieures pourront répondre : qu'en est-il *en pratique* de son application sur les lieux de prise en charge, quand nombre de professionnel·les rechignent déjà à faire les IVG après 10 semaines de grossesse ?

De l'IVG hors-délai à l'IMG psychosociale : avorter sous réserve d'une autorisation médicale

La stigmatisation de « l'atteinte à la vie » se fait encore plus visible lorsque les femmes dépassent le délai légal. En France, passés trois mois de grossesse (trois et demi, désormais), on entre dans le domaine de la médecine prénatale. Cette nette distinction statutaire se lit dans la franche séparation entre les services d'orthogénie d'une part (qui réalisent les IVG) et les services de dépistage prénatal d'autre part (qui réalisent les IMG et le suivi néonatal). Les

⁵³ Légalement, depuis la suppression du délai de réflexion, toutes les IVG pourraient être réalisées le jour même. Mais la pesanteur de l'organisation du travail et la conviction qu'il est bénéfique aux femmes de « ne pas aller trop vite » font que l'entretien pré-IVG est souvent séparé de plusieurs jours, voire d'une semaine, de l'IVG elle-même.

équipes différent, les lieux de prise en charge différent, le prestige associé à l'activité diffère, les représentations de la grossesse différent. Si les équipes d'orthogénie s'efforcent de ne pas employer le terme de « bébé », le vocabulaire du diagnostic prénatal ne laisse aucun doute : l'enjeu est autant « la mère » que « l'enfant » et l'avortement sur décision médicale est un « fœticide ». Entre ces services qui communiquent rarement, les demandes d'avortement au-delà du seuil légal d'IVG créent une zone d'incertitude.

Depuis l'amendement du 1^{er} août 2020 (article L 2213-1 du Code de la santé publique), l'IMG pour « détresse maternelle » a en effet été étendue à un motif « psychosocial », qui autorise, après le passage devant une commission mixte⁵⁴, à interrompre la grossesse pour des motifs non-médicaux. De telles dispositions posent question aux équipes de dépistage prénatal, habilitées à poser des diagnostics médicaux et pas des jugements sociaux. Si les sciences sociales savent bien qu'il n'existe aucun diagnostic pur et que la construction des catégories d'entendement médical est infusée de représentations sociales, les médecins résistent à se considérer comme de véritables juges des situations sociales ou psychologiques. Dans le cas des IMG psychosociales (qui correspondent bien souvent à des demandes d'IVG hors-délai), c'est pourtant ce qui se joue.

En octobre 2022, je suis ainsi invitée à participer à une journée d'étude mixte qui réunit des médecins, des sages-femmes, des historien·nes, des juristes, des sociologues, des philosophes, pour construire une réflexion collective à partir de « cas cliniques » ayant posé problème aux équipes de santé. La situation étudiée est celle d'une étudiante d'une vingtaine d'années découvrant sa grossesse juste avant le confinement du printemps 2020 : elle veut avorter mais ne réalise pas les démarches dans les temps impartis. Issue d'une famille musulmane, elle est enfermée chez elle avec ses frères et ses parents qui ignorent qu'elle fréquente un garçon. Elle n'a pas réussi à contacter le centre d'IVG avant le déconfinement, dépasse les 14SA alors autorisées pour l'IVG, est basculée d'un service d'orthogénie vers un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN), qui finit par accepter de faire une IMG psychosociale pour « détresse maternelle », après avoir longuement débattu de la façon de caractériser cette détresse. Pour les équipes du CPDPN, l'enjeu est de parvenir à poser un diagnostic psychiatrique – les « idéations suicidaires » n'étant pas suffisantes – pour justifier et autoriser la demande.

Comme l'écrit Raphaël Perrin dans un article à paraître (2023), la (re)définition de l'IMG pour détresse psychosociale en 2020 a favorisé la constitution d'un « tribunal des femmes

⁵⁴ Ces commissions sont composées d'un·e gynécologue obstétricien·e, d'un·e praticien·ne spécialiste de l'affection considérée, d'un·e médecin au choix de la femme et d'un·e assistant·e social·e ou psychologue soumis·e au secret médical (parfois remplacé·e par une secrétaire ou une sage-femme).

enceintes ». L'acceptation de l'IMG par les médecins est tributaire d'une pathologisation de la situation sociale des demandeuses. Poser un diagnostic psychiatrique permet en effet de ramener une situation sociale dans le registre médical et ainsi, de légitimer la délégation de la décision d'avortement aux équipes de santé. Cette pathologisation est à la fois empreinte de jugement social et performative, puisqu'elle impose de faire montre d'une détresse suffisante pour être autorisée à avorter. Il en résulte que les femmes qui ne veulent ou ne peuvent pas devenir mères, mais dépassent le délai d'IVG, sont soumises à une prise en charge à deux vitesses : quand les plus dotées peuvent toujours s'orienter vers une IVG hors-délai à l'étranger et décider *elles-mêmes* du devenir de leur grossesse, les plus précaires en passent par l'arbitraire des décisions médicales et peuvent, en cas de refus de leur demande, se voir contraintes de mener à terme une grossesse qu'elles ne désirent pas. Dans les deux cas, la décision d'avorter est fortement stigmatisante. Pour celles qui se lancent dans une longue procédure d'IMG psychosociale, cela impose de performer la détresse⁵⁵ et de surjouer ses écarts à la norme procréative – en plus d'avorter par voie basse et non par une méthode de dilatation du col / extraction fœtale⁵⁶. Pour celles qui partent à l'étranger, c'est se placer dans l'illégalité relativement à la loi de leur pays de résidence.

Avorter à l'étranger : un voyage stigmatisant

La mise en avant du nombre de femmes contraintes d'aller avorter à l'étranger a ainsi été l'argument de fond des revendications féministes en faveur de l'allongement du délai d'IVG avant la loi de 2022 – elles étaient alors estimées à plusieurs milliers⁵⁷. Les voyages à l'étranger ne sont pas nouveaux (les MLAC en leur temps en organisaient déjà) ni propres à la situation française (les migrations temporaires pour avorter font l'objet d'abondantes recherches⁵⁸). En France, les voyages à l'étranger concernent presque exclusivement des femmes hors-délai (De

⁵⁵ Une telle mise en récit de la souffrance n'est d'ailleurs pas spécifique aux demandes d'IMG : la sociologie des demandes d'asile a elle aussi mis en évidence comment l'obtention d'un statut de réfugié·e est lié à la capacité à mettre en récit l'expérience de la migration sur le mode du traumatisme (Shumam et Bohmer, 2004).

⁵⁶ Comme l'explique Emmanuelle Lhomme lors de la conférence finale de diffusion de *l'Europe Abortion Access Project* tenue à Barcelone le 22/06/2022.

⁵⁷ Le Planning Familial avançait 5000 personnes par an. Le rapport n°3343 (Battistel et Muschotti, 2020), qui reprend les chiffres d'un rapport plus ancien suggère un chiffre compris entre 3000 et 5000 par an pour plus de 200 000 IVG annuelles (Bousquet, 2000).

⁵⁸ Le *Europe Abortion Access Project*, un groupe de travail coordonné par Silvia de Zordo et financé par le Conseil Européen de la Recherche, est consacré à l'étude de l'accès à l'avortement en Europe et des migrations entre différents pays pour accéder à l'avortement, qu'il s'agisse de dépassement des délais locaux (De Zordo et al., 2021, 2023) ou d'autres restrictions locales – en Irlande par exemple (Mishtal et al., 2022). Le livre coordonné par Christabelle Stehna et Gayle Davis, *Abortion across borders: transnational travel and access to abortion services* (2019), offre une perspective internationale sur la question tandis qu'en France, la thèse en cours de Justine Chaput sur les avortements au-delà du délai légal d'IVG apportera un éclairage sur le recours à l'IMG et les déplacements à l'étranger.

Zordo et al., 2023 ; Rahm et al., 2023). À bien des égards, l'expérience d'Adélaïde (27 ans, chargée de mission dans l'environnement, IVG à 26 ans en 2017) me semble paradigmatique de l'ensemble des normes qui concourent à la stigmatisation de l'IVG en France, à plus forte raison pour des avortements hors-délais.

- **Adélaïde (27 ans, chargée de mission dans l'environnement, IVG à 26 ans en 2017), un exemple d'IVG hors délai**

Adélaïde a 27 ans lorsqu'elle me contacte en 2018. Elle a trouvé mon annonce en ligne sur le site « J'ai avorté et je vais bien, merci », me propose d'abord « un échange » autour de l'IVG et me partage longuement son expérience dans plusieurs mails avant que nous discussions en visioconférence. Chargée de mission dans l'environnement, Adélaïde vit à la campagne et travaille de façon très autonome dans une structure en lien avec la municipalité. Ses parents sont enseignant·es et l'ont eue en début de quarantaine, elle a un grand frère de deux ans son aîné. Elle est en couple depuis 2016 avec un jeune homme de quatre ans de plus qu'elle, pisciculteur, et ils viennent tout juste de s'installer ensemble. Quelques mois plus tôt, Adélaïde a avorté à plus de 14 semaines de grossesse, en Espagne. Elle découvre son « état » (elle se refuse à employer le terme de grossesse) à trois mois passés :

Je prenais la pilule, mais ça m'arrivait quand même d'avoir du retard. Une fois, j'avais pris la pilule du lendemain. Et après je me suis mise à faire plus attention. Mais en fait, pour moi... je prenais la pilule donc ça allait. Et à un moment donné je n'ai plus eu mes règles et... Je m'en suis pas inquiétée. C'est un peu bizarre dit comme ça, mais je me suis dit qu'à force de la prendre en retard, j'avais des cycles un peu perturbés [...] et puis [...] [mon copain] m'a posé la question et j'ai dit « non je les ai pas » mais ça m'a pas étonnée, mais le fait qu'il me demande je me suis dit faut que je vérifie.

Le test de grossesse est positif et Adélaïde se rend le jour même chez sa généraliste habituelle, qui redoute que la grossesse soit trop avancée et l'oriente en urgence vers une gynécologue à l'hôpital. Adélaïde est terrifiée à l'idée de ne pas pouvoir avorter : « c'était horrible [...], c'était vraiment... ma vie était fichue ». Le lendemain, accompagnée par son copain, elle « s'effondre en larmes » dans le cabinet de la gynécologue qui « ne comprend pas pourquoi [elle est] dans cet état-là » et « [lui fait] une visite tout à fait normale de grossesse » :

« L'échographie, elle m'a tout montré sur comment c'était fait, sur l'écran... Oui, c'est vrai que sur le coup, je savais pas et je m'en fichais complètement, j'attendais juste que ça finisse et qu'elle me dise à quelle semaine j'en étais. C'était mon seul but. Et l'écran était en face de moi, donc elle m'a tout montré. Moi intérieurement, bon, j'avais l'esprit à moitié ailleurs, mais je me disais franchement on voit rien, je comprends rien à ce qu'elle me raconte. Et elle m'a même fait écouter le coeur. C'est vrai que sur le coup, rien ne m'a vraiment choquée parce que je savais pas comment ça se passait en vrai ce genre de chose. [...] Après, elle nous a fait remplir le dossier, nom du père, nom de la mère, comme si... la totale quoi ! Mais moi dans ma tête je me disais ça sert rien, parce que je trouverai quand même une solution ».

La gynécologue tarde à lui dire de combien de semaines elle est enceinte et esquivé ses questions sur la possibilité d'avorter à l'étranger, en disant qu'elle ne peut pas lui répondre. À la fin de la consultation, prenant finalement acte de ses sanglots ininterrompus, qu'elle a jusque-là ignorés, elle lui suggère de voir une psychologue, trouve elle-même un rendez-vous immédiat dans la structure hospitalière – non sans lui avoir d'abord pris d'office des rendez-vous de suivi de grossesse et des prises de sang pour « tous les trucs pour une grossesse normale, l'analyse de la trisomie, tout ça, tout le package ».

Adélaïde et son compagnon échangent alors avec la psychologue et deux sages-femmes. Davantage compréhensives, elles cherchent à déculpabiliser Adélaïde qui ne cesse de répéter que « c'est de sa faute » parce qu'elle n'a pas pris sa pilule correctement et l'orientent vers « une dame du Planning

Familial qui travaillait à l'hôpital aussi », susceptible de la renseigner sur la possibilité d'avorter à l'étranger. Celle-ci plaide qu'elle n'a « pas le droit de [lui] répondre parce qu'elle travaille dans un hôpital public » et lui conseille de chercher en ligne. Perdue dans les informations éparses d'Internet, Adélaïde finit par appeler la section départementale du Planning Familial qui se renseigne, la rappelle, mais refuse par précaution de lui communiquer les informations par téléphone : elle doit se rendre sur place. Les militantes la réorientent alors vers la section du département voisin, bien plus familière de ce genre de démarches : « on m'a donné toutes les infos, dans tous les détails, c'était vraiment super, vraiment génial [...] adresse, téléphone, les affaires qu'il faut emmener pour y aller... les prises de sang, tous les détails, combien de temps ça dure, comment ça se passe ».

Adélaïde a la chance de disposer d'une grande autonomie dans son travail et d'avoir un responsable qui ne lui pose pas davantage de question lorsqu'elle explique avoir des problèmes de santé (« pas de souci, vous n'avez rien à me dire » lui dit-il). La médecin du Planning lui prescrit une semaine d'arrêt maladie et elle a les moyens de financer le voyage et l'opération, qui coûte à elle seule plus de 1000€⁵⁹. Adélaïde part en voiture avec son compagnon vers une clinique espagnole proche de la frontière, avec une lettre de recommandation du Planning. Le réseau est rodé : sur place, il n'a « presque que des Françaises », le personnel parle français, les IVG sont réalisées « à la chaîne ». Adélaïde attend longuement dans un espace « vraiment petit, pas du tout intime », séparée des autres femmes par des rideaux. Après l'opération, elle se réveille en ayant « très mal » et les infirmières lui prescrivent immédiatement des anti-douleurs, avant de l'autoriser à sortir : « Je me suis sentie libérée ! [rire] C'est un peu bizarre, mais libérée... C'était fort, c'était de se dire ça y est, c'est bon ! ».

Par la suite, elle évite d'abord de parler de son avortement, sauf à sa mère et à deux amies très proches (ses « meilleures amies », « amies d'enfance »), parce qu'elle ne veut pas avoir à « se justifier » : « si on le dit, par exemple, à un repas au boulot, ça va être une conversation d'une demi-heure parce qu'il va falloir leur expliquer plein de choses. C'est pas un truc dont on peut parler comme ça au détour d'une conversation ». En même temps, par l'intermédiaire d'une de ses deux amies proches, qui a elle aussi avorté et s'est depuis investie dans une association qui lutte pour les droits des femmes, Adélaïde commence à politiser son expérience – elle était déjà engagée par ailleurs pour l'environnement. Elle lit et se questionne sur les rapports de genre, commence à participer à des manifestations contre les violences sexistes et sexuelles. C'est cet engagement nouveau qui lui donne envie de me contacter, pour visibiliser son expérience : « maintenant que je me sens plus engagée dans ces combats-là, j'aimerais en parler ». Adélaïde se rend également compte qu'elle ne se retrouve pas dans le script de l'IVG comme douloureuse épreuve. Elle écrit dans un de ses mails :

« On m'avait aussi dit qu'il faudrait peut-être que j'ai un suivi psychologique derrière, une amie et ma mère s'inquiétaient de ça. Or en fait je me rends compte que je le vis très bien depuis le départ, quoique cela sera à mesurer dans le temps. Et le fait de bien le vivre fait que j'aimerais en parler plus, mais on n'ose pas vraiment, car ça va forcément soulever plein de questions chez les autres (le jugement, devoir se justifier) ».

Le parcours d'Adélaïde est exemplaire des différentes formes de stigmatisation. La stigmatisation de *l'échec contraceptif*, si elle est fortement intériorisée, reste limitée : Adélaïde a pour elle de prendre la pilule, même imparfaitement, et les soignantes admettent facilement que « ça arrive d'oublier », surtout quand la culpabilité est exprimée. Son écart à la norme de bonne observance est d'autant plus excusé qu'il est immédiatement *corrigé* par son acceptation enthousiaste d'un DIU en post-IVG – une remédicalisation en action. La stigmatisation de la

⁵⁹ Une IVG à l'étranger coûte en moyenne entre 600 et 3 000 euros, hors frais de trajet et d'hébergement (Battistel et Muschotti, 2020, p. 34).

sexualité récréative n'est pas évoquée : Adélaïde est en couple hétérosexuel, stable, cohabitant, elle et son compagnon approchent de la trentaine. Sa sexualité est considérée comme légitime. La stigmatisation se cristallise donc sur l'*humanisation de l'embryon* et le *refus de maternité*.

À la relecture de son expérience, il paraît évident que la première gynécologue consultée a fait la sourde oreille à sa demande d'avortement, en imposant un suivi de grossesse ordinaire avant de lui indiquer le nombre de semaine d'aménorrhées, en faisant comme si la poursuite de grossesse était incontestable, et en humanisant l'embryon : visionnage commenté de l'échographie, écoute du cœur, ignorance ostensible de son mal-être. Mais cette stigmatisation ne prend absolument pas sur Adélaïde tant elle est certaine de son choix.

Adélaïde est particulièrement hésitante sur le fait de devenir mère un jour, comme elle le développe dans les mails que nous avons échangés. L'injonction à la maternité lui pèse (« moi je ressens une énorme pression de voir les gens autour de moi (j'ai 27 ans) commencer à avoir des enfants ») et elle est particulièrement en mesure d'identifier la norme procréative à l'œuvre : « J'ai aussi bien senti que la 1ère gynéco que j'ai vue [...] ne comprenait pas mon souhait (j'ai un ami, on a l'air tout à fait convenable, on travaille, je suis en bonne santé) ». Adélaïde sait qu'elle et son compagnon satisfont aux différentes dimensions de cette norme (conjugalité durable et hétérosexuelle ; appartenance sociale favorisée ; situation professionnelle stable pour tous les deux ; absence de contre-indications médicales). Mais elle n'est pas certaine d'avoir envie de devenir mère, à la différence de son compagnon qui s'est déjà projeté dans la parentalité – il est un peu plus âgé, son frère et son meilleur ami sont déjà parents, ce qui n'est pas le cas des ami·es d'Adélaïde : « Moi j'aurais presque envie de dire que je ne veux pas d'enfant, mais en soi c'est pas que j'en veux pas, c'est que "on verra plus tard", mais vraiment plus tard (et il faut avouer que je n'ai jamais été attirée par les enfants ni les bébés) ». Le désintérêt pour le maternage est formulé entre parenthèse, sur le mode de la confession. Dans un autre mail, Adélaïde précise son appréhension face au travail parental :

Quand des gens avec qui l'on partageait beaucoup se retrouvent "aspirés" (sans connotation péjorative) par la parentalité (parce que l'on sait bien qu'un bébé c'est une somme de travail colossale et que les jeunes parents ne parlent, en toute légitimité, presque que de cela), si toi cela ne t'intéresse pas ou peu, ça change les relations aux gens. La différence entre les bébés et les motos (ou les papillons, ou la bouffe chinoise) c'est la valeur qu'on leur accorde (légitime là aussi, bien sûr !) et la place que ça prend dans une vie. Ça rend l'enjeu encore plus important... Mais je ne pense pas que l'on soit "mauvaise" parce que simplement pas intéressée par les enfants, ou intéressée par autre chose.

Adélaïde rend ici compte de la *stigmatisation du refus de maternité*. D'autres exemples où l'enjeu souterrain est la maternité seront présentés au chapitre suivant, mais d'ores et déjà, les résultats pionniers de Kristin Luker (1985) se confirment : derrière l'humanisation de

l'embryon, sont bien en jeu les représentations de la maternité et de la place que celle-ci devrait ou non occuper dans la vie des femmes. Pour Adélaïde, le refus d'être assignée à une identité maternelle a été un combat :

En fait, avant, je me disais si un jour je tombe enceinte, c'est pas très grave, parce que je pourrai avorter. Et finalement, cette année je me suis rendu compte... Ah bah oui on a le droit, mais en fait en vrai on peut pas. Et ça change tout. Et je sais qu'il y a des pays où c'est complètement interdit hein, mais je me rends compte que même en France où on dit qu'on a le droit, bah oui on a le droit, mais pas entièrement quoi.

Adélaïde appelle alors de ses vœux un allongement du délai, qui lui semble une façon de garantir l'accès à l'IVG à celles qui, comme elle, ne se sont pas aperçues de la grossesse : elle choisit de politiser son vécu plutôt que de le psychologiser.

*

Derrière le débat médical et légal sur le seuil légal d'IVG – seuil forcément arbitraire – se joue donc bien un bras de fer genré autour de l'autonomie procréative des femmes. L'opposition à l'allongement du délai d'IVG en France au motif qu'il serait toujours possible, au besoin, d'en passer par une IMG psychosociale ou par un avortement à l'étranger relève ainsi d'une limitation discriminante de cette autonomie, puisque celle-ci se fait tributaire soit d'une décision médicale, soit des ressources économiques et sociales des personnes enceintes. Dans un cas comme dans l'autre, la stigmatisation – qui repose sur l'idée que l'avortement est une « atteinte à la vie » – est là : dans l'exposition aux jugements médicaux et la dépossession du choix d'un côté ; dans le constat d'une illégalité selon la loi de son pays de l'autre. Comme l'écrivait déjà Donna Haraway, « le corps des femmes a des frontières désormais perméables à la fois à la "visualisation" et à l'"intervention". Bien entendu, la question de savoir qui contrôle l'interprétation des limites corporelles dans l'herméneutique médicale est une question féministe majeure⁶⁰ » (1991, p. 169).

Bilan 7 : une stigmatisation persistante de « l'atteinte à la vie »

En France, la rhétorique présentant les femmes qui avortent et ceux et celles qui les font avorter comme des « meurtrier·es » semble désormais relativement circonscrite. En l'état, elle n'est tenue ouvertement que par les franges les plus radicales du militantisme anti-avortement, qui a été relativement bâillonné par la caractérisation du délit d'entrave à l'IVG et n'est que rarement pris au sérieux par les personnes rencontrées. Les représentations des avortées (et des

⁶⁰ "Women's bodies have boundaries newly permeable to both 'visualization' and 'intervention'. Of course, who controls the interpretation of bodily boundaries in medical hermeneutics is a major feminist issue".

avorteur·ses) en « tueuses de bébé », condamnées par le discours public, sont relativement peu opérantes tant elles sont perçues comme archaïques. Mais s'en tenir là serait ne pas voir la puissance de recomposition de la stigmatisation de l'avortement basée sur « l'atteinte à la vie ».

Les multiples précautions des avortées et des avorteur·ses pour se tenir à distance de telles représentations attestent en réalité d'à quel point celles-ci demeurent structurantes. Le glissement du discours de l'avortement-comme-meurtre à l'avortement-comme-traumatisme, s'il a décalé le regard des « fœtus victimes » aux « femmes victimes », repose au fond sur l'euphémisation d'un même postulat faisant de l'avortement un acte grave « par nature », en ce qu'il empêcherait la venue au monde d'un futur être. Le discours anti-avortement reste visible et opérant : s'il a été contraint de se retrancher sur Internet (où il est désormais condamné *en théorie*, mais plus difficilement *en pratique*), s'il reste minoritaire, sa force de frappe est toujours réelle et le militantisme « pro-vie » s'exprime toujours régulièrement dans des manifestations publiques. De futurs travaux sur les oppositions contemporaines à l'avortement en France seront donc les bienvenus.

Ces conceptions de l'avortement comme « atteinte à la vie » sortent renforcées des avancées de la médecine fœtale. La forte médicalisation des suivis de grossesse et l'essor des technologies de visualisation ont façonné des représentations de la grossesse distinguant très précocement le corps de la « mère » et celui de « l'enfant ». Ce nouveau régime du suivi de grossesse, avec ses rites d'accueil de « l'enfant-en-devenir », produit comparativement autour du fœtus, lors de l'IVG, un malaise durable pour les professionnel·les de santé et pour les avortantes. Mais ce malaise ne devient vraiment intelligible que rapporté aux conceptions implicites de la maternité qui le sous-tendent, c'est-à-dire à un certain état des rapports de genre et de l'assignation des femmes à la procréation.

Ainsi, pour les avortées, voir ou ne pas voir dans la grossesse un autre corps que le sien dépend d'un ensemble de facteurs, dont la perméabilité au militantisme anti-IVG et le mode de présentation de la grossesse par les professionnel·les de santé. Mais les représentations des femmes ne se déduisent pas directement des représentations qu'on leur propose : elles dépendent de leur attitude relativement à la maternité. Éprouver des symptômes physiques de grossesse, être sensible à l'existence d'un rythme cardiaque, voir une forme humanoïde à l'échographie, identifier d'éventuels membres dans les restes fœtaux, se configure différemment selon que l'éventualité de poursuivre la grossesse existe et constitue une perspective heureuse, ou qu'il est question d'en finir au plus vite avec une grossesse largement indésirable. Une même exposition à la rhétorique qui personnifie le fœtus ne produit pas les mêmes effets selon les trajectoires des femmes. L'analyse de la stigmatisation de l'avortement ne peut donc s'en tenir à *l'exposition* à cette stigmatisation : elle doit aussi en étudier la *réception* différenciée par les premières concernées – leur capacité à l'intégrer, l'esquiver ou lui résister. Telle est l'ambition de la troisième et dernière partie de ce travail.

CONCLUSION INTERMEDIAIRE II. Une forme de stigmatisation peut en cacher une autre

Les narrations stigmatisantes mises en évidence dans ce chapitre font de l'avortement « un problème causé – ou au moins mérité – par les femmes qui avortent, et pas une conséquence de l'inégalité entre les sexes et de différences de pouvoir¹ » (Husain et Kelly, 2017, p. 5). Or, comprendre les causes véritables de la stigmatisation implique, au contraire, de mettre au jour les asymétries genrées en matière de contraception, sexualité, parentalité. En analysant les normes qui se cachent derrière les stéréotypes des avortées en « irresponsables », « salopes », « égoïstes » et « meurtrières », j'ai voulu répondre aux questions suivantes : où en est au juste la normalisation des comportements procréatifs féminins et comment a-t-elle évolué récemment en France ? Qui sont aujourd'hui les entrepreneur·ses de morale en la matière – et en particulier, quel rôle jouent les professionnel·les de l'IVG et les militant·es anti-avortement ? Quelle place occupe ici la reconduction de rapports de force genrés, qui protègent historiquement les hommes de la stigmatisation abortive ? Comment se décline cette stigmatisation selon les caractéristiques sociales des avortées ? Pour récapituler mes résultats, je propose un tableau de synthèse (voir Tableau 2).

Au total, en France, la figure de l'avortée en femme « irresponsable », n'ayant pu éviter *l'échec contraceptif*, constitue la principale – mais non la seule – forme de stigmatisation de l'avortement. En raison de l'assouplissement des normes sexuelles, qui a relativement mis en sourdine la stigmatisation de la *sexualité féminine*, « l'irresponsable » a éclipsé la « salope » qui, historiquement, la précède. Cela n'est compréhensible qu'en regard des spécificités de la norme contraceptive française, centrée sur la pilule – et désormais sur le DIU et l'implant. Une telle focalisation sur la contraception a plusieurs effets. Elle fait peser sur les femmes la gestion de la prévention des grossesses, en invisibilisant la fertilité quotidienne des hommes. Elle fait aussi oublier que l'enjeu de l'avortement reste profondément lié aux pratiques concrètes de l'(hétéro)sexualité : en dehors d'un parcours en PMA, la grossesse fait toujours suite à un rapport sexuel avec pénétration péno-vaginale. Or les femmes sont dotées certes d'un utérus, mais aussi d'un clitoris : la disqualification – par sa négation implicite – de cette autonomie

¹ "A problem caused by women, or at least deserved by women who abort, and not as a function of gender inequality and power differentials".

possible du plaisir et de la sexualité féminine éclate alors. Analyser la stigmatisation de l'IVG permet donc de mettre à jour d'autres négations, d'autres effacements.

Mais surtout, les normes procréatives et les idéaux contemporains de la parentalité s'imposent : la sexualité pour le plaisir reste *moins stigmatisante* qu'une maternité hors normes – non prévue, trop précoce, et en dehors d'un couple hétérosexuel. C'est la raison pour laquelle la figure de la femme « égoïste », qui refuse la maternité, entre en concurrence avec toutes les figures de la maternité déviante (la « mère adolescente », la « mère solo », etc.). Cet ensemble de normes répulsives prend les femmes en tenaille dans un puissant système d'injonctions contradictoires, qui pousse toujours à enfanter, mais en respectant des normes procréatives de plus en plus rigides.

Les normes de maternité ne sont pas les seules à avoir évolué : les technologies et les protocoles qui encadrent la grossesse ordinaire – échographie, diagnostic prénatal, etc. – ont renforcé les représentations du fœtus comme une entité autonome du corps qui le porte, en alimentant de fait le vieux récit de l'avortement comme mise à mort d'un être humain. Cette rhétorique, pourtant, est devenue difficilement tenable dans l'espace public. Dans les discours anti-avortement, la figure de la femme « meurtrière », tueuse de son propre bébé, a ainsi cédé la place à celle la femme *victime*, qu'il faudrait protéger des dommages physiques mais surtout psychiques que causerait l'IVG. Il faut toutefois y lire une euphémisation *stratégique* de la traditionnelle stigmatisation fondée sur l'humanisation du fœtus : de cette manière, celle-ci résiste bel et bien, y compris – et peut-être même *surtout* – pour les professionnel·les qui réalisent l'acte abortif. Cette psychologisation, qui impose *a minima* le récit de l'avortement comme « acte-pas-anodin » et « symptôme d'autre chose », quand il n'est pas question de stress post-traumatique, préserve à sa façon la dramatisation de « l'atteinte à la vie ».

Les premiers entrepreneur·ses de morale et de stigmatisation ne sont pourtant pas les militant·es anti-avortement : ceux et celles-là sont minoritaires et nombre de leurs actions tombent aujourd'hui sous le coup de la loi française. Ces entrepreneur·ses sont plus largement les familles, les pairs, l'ensemble des représentations culturelles et, bien entendu, les professionnel·les de santé. Les parents, en tant que première instance de socialisation, continuent d'imposer un cadre normatif plus ou moins fort sur la sexualité des plus jeunes et sur l'entrée en parentalité des plus âgées – attente des petits-enfants oblige. Le groupe de pairs a sensiblement les mêmes effets que la famille : il maintient une forte coercition sur les débuts sexuels des jeunes filles et crée une pression à la maternité pour les trentenaires qui voient les proches de leur âge devenir parents – miroir tendu dans lequel ne pas se refléter est parfois coûteux. Les professionnelles de santé, enfin, ne sont pas seulement « éducatrices et surveillantes des pratiques légitimes en matière de contrôle des fertilités » (Mathieu et Ruault,

2014, p. 37). Détentrices de la légitimité médicale, elles sont aussi en partie gardiennes de l'hétérosexualité comme régime, en postulant que la sexualité et la parentalité vont de pair avec la conjugalité.

Ces normes, cependant, ne cessent d'évoluer : ne serait-ce qu'entre le début (en 2016) et la fin (en 2023) de ce travail de recherche, des déplacements normatifs rapides sont observables. La contestation de la norme contraceptive pilulocentrée ne faiblit pas, tandis que l'intérêt pour les techniques de contraception sur le corps des hommes s'affirme ; à la suite de #metoo, la dénonciation de plus en plus véhémente des violences sexuelles et gynécologiques – dans la famille, à l'hôpital, etc. – s'accompagne d'un discours sur la santé sexuelle basé sur le consentement, l'inclusivité et la remise en cause du script pénétratif ; le discours sur le refus volontaire de la maternité devient audible. Tout cela contribue à reconfigurer les formes de la stigmatisation de l'avortement en France mais ne saurait faire oublier la pesanteur des rapports de force historiques entre les sexes, mais aussi entre les classes, les âges, les appartenances ethno-raciales.

Pour autant, il est nécessaire, pour comprendre comment procèdent ces reconfigurations de la stigmatisation, de ne pas considérer définitivement les avortées comme des actrices passives et d'explorer leur agentivité : comment, selon leurs dispositions et leur trajectoire sociale, intériorisent-elles ou au contraire rejettent-elles la stigmatisation qu'elles subissent ? Quelles stratégies mettent-elles en place pour s'en protéger ? De quelles ressources disposent-elles pour « garder la face » – c'est-à-dire maintenir la valeur positive qu'elles accordent à leur identité, pour le dire en des termes goffmaniens (Goffman, 1973) ? Voici les questions que je voudrais à présent explorer.

Tableau 2. Les formes de stigmatisation de l'avortement en France

Identité stigmatisée	Forme de la stigmatisation	Evolution historique depuis 1975	Entrepreneur·euses de morale aujourd'hui	Catégories les plus exposées au stigmate	Inscription dans les rapports de genre
« Irresponsable »	Stigmatisation de l'échec contraceptif	Très forte augmentation avec la diffusion de la norme contraceptive féminine médicalisée.	Professionnel·les de santé. Education à la sexualité. Parents (mères en particulier).	Pratiques contraceptives s'éloignant de la norme médicale. Classes populaires et femmes racisées soupçonnées d'incompétence.	Assignment des femmes à la prévention des grossesses et occultation de la fertilité des hommes.
« Salope »	Stigmatisation de la sexualité récréative	Mise en sourdine relative de la stigmatisation de la sexualité non-reproductive mais persistance d'une stigmatisation implicite de la recherche de plaisir au féminin.	Parents et familles. Religion. Pairs. Rarement les professionnel·les de santé.	Adolescentes et très jeunes femmes (moins de 20 ans). Femmes racisées et/ou élevées dans des familles religieuses et/ou avec une trajectoire migratoire récente.	Naturalisation du désir et priorisation du plaisir des hommes. Disqualification du désir et du plaisir des femmes.
« Égoïste »	Stigmatisation du refus de maternité	Ambiguïtés du modèle de la « maternité désirée » qui met en tension la grossesse non-prévue et les normes procréatives (âge, couple, conditions de vie)	Parents et familles. Pairs. Professionnel·les de santé.	Femmes en couple stable et/ou ayant atteint l'âge moyen à la maternité (plus de 25 ans) et/ou bien dotées socialement.	Naturalisation de la maternité pour les femmes. Absence de questionnement sur la paternité.
« Meurtrière »	Stigmatisation de « l'atteinte à la vie »	Mise sous silence de la représentation de l'IVG comme meurtre, mais forte recomposition de « l'atteinte à la vie ».	Militantisme anti-avortement Professionnel·les de santé	Professionnel·les de santé. Pluri-avortées. Avortement d'une grosseuse à un stade avancé (autour ou après le seuil légal)	Mise en balance de l'autonomie corporelle des femmes avec le corps fœtal
« Traïtresse à la Nation »	Stigmatisation du « péril démographique »	Très fort déclin (ne persiste que dans les discours d'extrême-droite)	Extrême-droite nationaliste	Nullipares et femmes sans enfant	Subordination des femmes à la politique démographique nationale

Partie III. Les stratégies de gestion du stigmatisme par les avortées

Pour étudier les stratégies déployées par les avortées pour faire face à la stigmatisation abortive, il faut considérer que celle-ci s'exerce à différents niveaux. La littérature anglophone distingue généralement entre un « stigmatisme intrapersonnel » (*intrapersonal stigma*), parfois nommé « stigmatisme intériorisé » (*internalized stigma*), et un « stigmatisme interpersonnel » ou externe (Astbury-Ward, Parry et Carnwell, 2012), qui interagissent : se sentir stigmatisé-e influe sur l'intériorisation du stigmatisme (Shellenberg et Tsui, 2012). Le stigmatisme interpersonnel (*interpersonal stigma*) peut être sous-divisé entre un « stigmatisme ressenti » (*felt stigma*) et une stigmatisation véritablement expérimentée (*enacted stigma*). Cette typologie, souvent mobilisée par la littérature sur l'*abortion stigma* (Cockrill et Nack, 2013 ; Millar, 2020 ; Shellenberg et al., 2011), reprend la théorisation du stigmatisme lié à la sexualité proposée par Gregory M. Herek (2009), qui reprenait elle-même une distinction devenue classique dans les travaux anglophones sur la stigmatisation¹. Ces trois niveaux de manifestation du stigmatisme (intériorisé, perçu, expérimenté) constituent trois facettes distinctes – quoique liées entre elles – de la stigmatisation expérimentée à l'échelle individuelle (*individual-level abortion stigma*). À partir de ce cadre conceptuel, la stigmatisation de l'avortement à l'échelle individuelle peut être ainsi déclinée :

La *stigmatisation intériorisée* résulte d'abord de l'acceptation par une femme des jugements culturels négatifs sur l'avortement. La *stigmatisation ressentie* englobe ensuite l'évaluation des attitudes des autres vis-à-vis de l'avortement et les suppositions sur la façon dont ces attitudes pourraient se traduire en actes. La *stigmatisation expérimentée* se réfère à l'expérience que fait une femme d'actions explicites ou implicites traduisant des préjugés sur l'avortement, comme

¹ Par exemple, des travaux états-uniens sur la stigmatisation expérimentée par les hommes atteints de maladie mentale (Link et al., 1997) ou par les personnes séropositives ou atteintes d'un cancer (Fife et Wright, 2000) distinguent déjà entre « *perceived stigma* » (l'équivalent du *felt stigma*), « *experienced stigma* » (équivalent de l'*enacted stigma*) et « *internalised stigma* ».

des abus physiques ou émotionnels, de la discrimination, des discours haineux, des jugements verbaux, des présuppositions, de l'évitement, ou des manifestations de gêne, d'anxiété ou de dégoût². (Cockrill et Nack, 2013, p. 974)

La « stigmatisation intériorisée » (ou « intrapersonnelle ») renvoie à l'ensemble des auto-jugements formulés par les femmes envers elles-mêmes, qui les exposent à des émotions et ressentis négatifs. Pour ma part, je nommerai préférentiellement *auto-stigmatisation* cette dimension du stigmaté à l'échelle individuelle, pour désigner les processus psychosociaux qui mènent à ressentir de la honte et/ou de la culpabilité. Le chapitre 8 a ainsi pour objectif de proposer une analyse sociologique des émotions ressenties lors de l'avortement, en s'attachant à mettre en évidence comment les normes intériorisées façonnent l'expérience subjective. Il sera question de dépsychologiser et de désindividualiser l'approche des émotions liées à l'expérience de l'IVG, en montrant leur construction sociale genrée. Je défendrai l'idée que les avortées doivent mettre en place un *travail émotionnel* (Hochschild, [1983] 2017) spécifique afin de faire face à l'auto-stigmatisation.

La distinction entre stigmatisation ressentie (*felt stigma*) et la stigmatisation expérimentée (*enacted stigma*) est quant à elle intéressante parce qu'elle permet de faire la distinction entre des situations où la stigmatisation est redoutée de celle où elle est véritablement expérimentée. Cependant, afin d'ôter à ces terminologies leur coloration psychologique, je choisirai pour ma part de parler de *stigmatisation anticipée* (ou *potentielle*) et de *stigmatisation effective*. Parler de « stigmaté ressenti » suggère en effet de se focaliser sur une expérience psychique individuelle plutôt que sur un processus social interactif. Or, « l'évaluation des attitudes des autres vis-à-vis de l'avortement et les suppositions sur la façon dont ces attitudes pourraient se traduire en actes » (voir *supra*) ne constitue pas un état émotionnel, mais plutôt une anticipation de comportements sociaux attendus ou supposés. Préférer au *felt stigma* la notion de *stigmatisation anticipée* ou *potentielle* permet d'inscrire l'analyse dans une conceptualisation sociologique attentive à l'interaction et aux diverses représentations de la situation portées par les avortées, tout en continuant de la distinguer du *enacted stigma*, c'est-à-dire de la *stigmatisation réelle, avérée, effective* – étudiée dans la partie précédente.

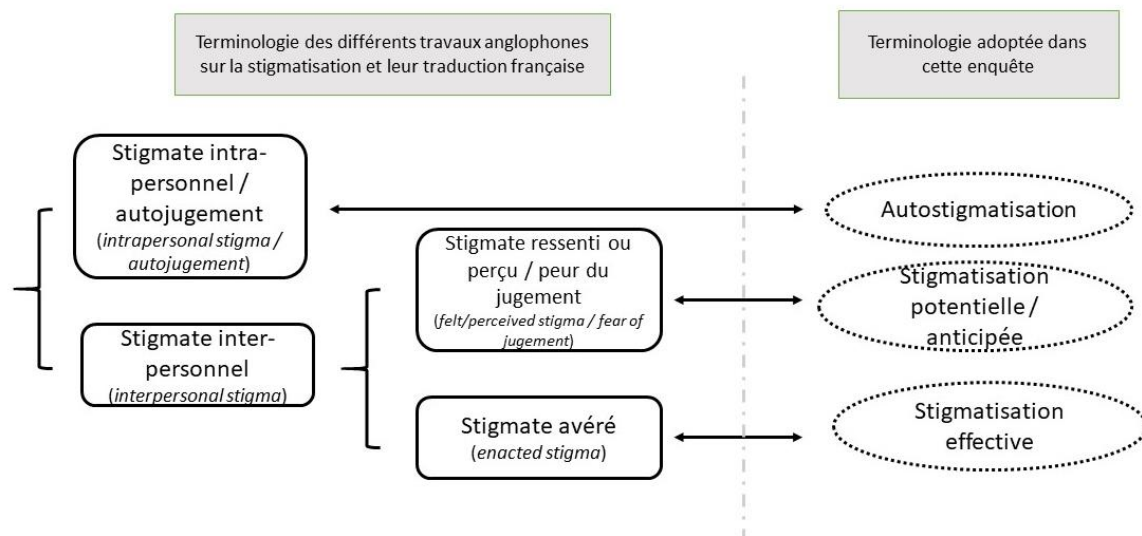
Les travaux internationaux suggèrent que la plupart du temps, la stigmatisation est anticipée plutôt qu'avérée :

² "First, internalized stigma results from a woman's acceptance of negative cultural valuations of abortion. Second, felt stigma encompasses her assessments of others' abortion attitudes, as well as her expectations about how attitudes might result in actions. Then, enacted abortion stigma is a woman's experiences of clear or subtle actions that reveal préjudice against those involved in abortion: for example, physical or emotional abuse, discrimination, hate speech, as well as verbal judgments=assumptions, avoidance, and displays of discomfort, anxiety, or even disgust".

Les recherches disponibles suggèrent que les formes de stigmatisation perçues et intériorisées l'emportent largement sur l'expérience de la stigmatisation vécue : de nombreuses femmes s'attendent à être stigmatisées par les autres et intériorisent une certaine négativité autour de leur avortement, mais ne connaissent que rarement des réactions stigmatisantes³. (Millar, 2020, p. 3)

La stigmatisation effective (*enacted stigma*) serait bien souvent esquivée grâce à des stratégies de contournement du stigmate qui permettent d'éviter le discrédit. Le chapitre 9 explore cette hypothèse, à partir de l'analyse des stratégies de contournement du stigmate mises en place par les avortées – dissimulation de l'avortement et gestion stricte du secret et de son dévoilement (Shellenberg et al., 2011). La circulation de la parole autour de l'avortement s'avère en effet difficile, les femmes faisant souvent le choix du silence (Major et Gramzow, 1999). Une méta-analyse récente de la littérature sur l'*abortion stigma* identifie ainsi le rôle de la « peur du jugement » (*fear of judgement*), de « l'autojugement » (*autojudgement*) dans le besoin de maintenir le secret (Hanschmidt et al., 2016). Ces distinctions recourent ce que je nomme respectivement *stigmatisation anticipée* et *auto-stigmatisation*.

Figure 7. Trois niveaux de stigmatisation



Dans le chapitre 9, je montre ainsi que les techniques de dissimulation de l'IVG imposent aux femmes un travail particulier que je nomme *travail d'invisibilisation*. Ce travail d'invisibilisation devient ainsi une composante du travail procréatif assigné aux femmes. S'il permet d'esquiver la stigmatisation, il entretient le silence sur l'IVG et contribue ainsi à la perpétuation du stigmate.

³ "From the research available, it seems that perceived and internalised forms of stigma far out weigh the experience of enacted stigma: that many women expect to be stigmatised by others and internalise some negativity around their abortions but only rarely experience stigmatising reactions"

Le chapitre 10 s'intéresse enfin aux stratégies de déstigmatisation de l'IVG, qu'il s'agisse de stratégies individuelles ou de mobilisations collectives. J'y montre que le passage d'un travail émotionnel individuel à un travail émotionnel collectif auprès du groupe de pairs est une condition préliminaire à la déstigmatisation, mais insuffisante. La contestation du stigmatisme se joue à une échelle politique, dans la conscientisation et la dénonciation de rapports de genre asymétriques.

Chapitre 8. (Ne pas) intérioriser le stigmat

Je comprenais pas pourquoi je doutais pas et pourquoi je... Je culpabilisais pas de cet acte-là. Parce que dans mes représentations à moi, enfin on se posait quand même la question, et pour moi, y'avait pas de question à se poser. [...] Moi je me sens bien en fait ! Et ce qui me perturbe, c'est que je suis pas triste ! Et je me dis, je devrais être triste ! Mais non, je suis pas triste, je sais ce que j'ai fait, je sais pourquoi je l'ai fait, mais au contraire je suis plutôt contente d'avoir fait ce choix-là ! Et donc ouais ce truc, c'était... mais pourquoi je suis pas triste, je comprends pas ? C'est pas ça, ce qu'on nous dit ?
Tiphany (35 ans, psychologue, IVG à 35 ans en 2017)

Quand j'échange avec Tiphany quelques semaines après son avortement, celle-ci ne se sent pas coupable de son choix ; mais elle se sent coupable, dit-elle, de ne « pas avoir douté ». Cette assurance la déstabilise, tant elle a intériorisé le discours qui prophétise aux avortées hésitation et/ou souffrance émotionnelle. Or Tiphany est loin d'être la seule, dans mon corpus, à ne pas vivre douloureusement son avortement et à en être surprise. Gaëlle (46 ans, dessinatrice, IVG à 46 ans en 2018) constate : « Moi, ça m'a étonnée, que ça ait été une chose si... Finalement, si peu traumatisante ». Noémie (24 ans, étudiante en école d'architecture, IVG à 22 ans en 2015) répète quatre ou cinq fois pendant l'entretien qu'elle n'a « pas été particulièrement traumatisée », alors qu'« avant que ça [lui] arrive, elle pensai[t] vraiment que c'était un truc très traumatisant dans la vie d'une femme, de vivre ça ». Élane (38 ans, chargée de mission dans une association humanitaire, IVG à 34 ans en 2015) est elle aussi déconcertée :

C'est drôle, parce que je m'étais toujours dit « Ah ouais non, mais si un jour je dois faire une IVG... Physiquement, ça ira, mais psychologiquement, je suis pas sûre de m'en remettre ». Et bizarrement, ça a été exactement l'inverse quoi. Psychologiquement j'ai tout encaissé alors que j'ai quand même galéré à trouver l'échographie machin bidule, j'ai fait tout na na na, mais en fait une fois que c'était en place je me suis jamais dit « bordel, mais qu'est-ce que je fais ! ». Alors qu'avant, j'étais en mode « Mais jamais tu t'en remettras, ma grosse », alors qu'en fait bah non, pas de souci quoi.

La récurrence des récits d'avortements « assez bien vécus » dans mon corpus suffit à elle seule à contester la rhétorique anti-avortement qui prédit un mal-être post-IVG *certain*, tout en montrant à quel point ce discours est présent à l'esprit des femmes et constitue un *a priori* partagé. Dans le même temps, les IVG bien vécues ne doivent pas non plus éclipser le discours des femmes qui, elles, l'ont « très mal vécu », au point parfois de perdre l'appétit, le sommeil, l'envie de se divertir, etc., voire qui, comme Imane (29 ans, hôtesse de l'air, IVG à 29 ans en

2018) ou Maïssa (37 ans, designeuse, IVG à 37 ans en 2018), disent « le regretter tous les jours ». La question qui se pose est donc bien : étant donné que l'expression de difficultés émotionnelles et/ou de regrets après l'avortement n'est pas systématique, loin de là, qu'est-ce qui, d'un point de vue sociologique, explique que les femmes se sentent – ou non – coupables d'avoir avorté ?

De nombreux travaux de psychologie et de sociologie suggèrent un fort lien entre exposition au stigmatisme et santé mentale. La peur d'être stigmatisée, en imposant des stratégies de dissimulation (voir chapitre 9), a un coût psychique non négligeable¹ et réciproquement, l'éventuelle détresse psychologique ressentie par les femmes est étroitement corrélée à l'importance de la stigmatisation perçue (O'Donnell, O'Carroll et Toole, 2018). Mais ces travaux présentent des limites méthodologiques : la stigmatisation est définie en des termes vagues ; il n'est pas si simple de se doter d'une échelle de mesure de la santé mentale et d'isoler les effets propres de l'IVG sur le bien-être (Millar, 2020). Je préférerais, pour ma part, aborder cette *internalisation du stigmatisme* depuis la perspective de la sociologie des émotions, afin de mettre en évidence le *travail émotionnel* (Hochschild, 2003, [1983] 2017) déployé par les avortées pour faire face à ce qu'elles ressentent. Je m'appuierai pour cela sur la façon dont les personnes rencontrées racontent leur rapport à l'IVG – car « peu d'enquêtes ont analysé le langage que les femmes elles-mêmes utilisent pour représenter leurs expériences¹ » (Beynon-Jones, 2017, p. 226).

En partant d'un résultat fort de la sociologie des émotions (Déchaux, 2015 ; Drulhe, 2006 ; Fernandez, Lézé et Marche, 2014), je considérerai que les affects très souvent mentionnés par les femmes – colère, culpabilité, honte, soulagement, stupeur, etc. – ne doivent pas être analysés pour eux-mêmes mais plutôt comme la manifestation d'un certain rapport à la norme ou à l'écart à la norme. Erving Goffman écrivait déjà :

Les critères que la société a fait intérioriser à [l'individu stigmatisé] sont autant d'instruments qui le rendent intimement sensible à ce que les autres voient comme sa déficience et qui, inévitablement, l'amènent, ne serait-ce que par instants, à admettre en effet qu'il n'est pas à la hauteur de ce qu'il devrait être. La honte surgit dès lors au centre des possibilités chez un individu qui perçoit l'un de ses propres attributs comme une chose avilissante à posséder, une chose qu'il se verrait bien ne pas posséder. ([1963] 1975, p. 17-18)

En revenant à une définition interactionniste – mais aussi dispositionnaliste – des émotions, je chercherai donc à répondre aux questions suivantes : quelles formes prend l'auto-

¹ La littérature internationale en psychologie sociale a identifié de longue date que les femmes qui doivent le plus maintenir leur IVG secrète sont les plus susceptibles de voir se dégrader leur santé mentale : l'enquête en psychologie sociale de Brenda Major et Richard Gramzow de 1999, très souvent citée dans la littérature sur l'*abortion stigma*, affirme que celles-ci sont davantage confrontées à des cycles de pensées intrusives (*intrusive thoughts*) / pensées refoulées (*suppression thought*) et une « détresse » liée à l'avortement (1999).

stigmatisation ? Se déduit-elle d'une exposition équivalente à la stigmatisation ? Dans le cas contraire, quelles dispositions sociales et quels effets de contexte² limitent ou au contraire accentuent l'auto-stigmatisation ? Mais aussi : comment, de façon dynamique, les avortées y font-elles face, c'est-à-dire quel *travail émotionnel* déploient-elles pour composer avec l'auto-stigmatisation et restaurer une image d'elles-mêmes acceptable (*managing the damaged self*, selon l'expression de (Cockrill et Nack, 2013, p. 975) ?

Par souci analytique, j'étudierai l'intériorisation de chacune des formes de stigmatisation de l'avortement mises en évidence dans la partie précédente et je montrerai à quel point les femmes l'appliquent – ou pas – à leur propre situation. Car « l'auto-stigmatisation survient quand une femme (1) a été exposée à des discours négatifs sur les femmes qui avortent (2) croit que ces discours sont légitimes et (3) estime qu'ils s'appliquent à elle-même³ » (Cockrill et Nack, 2013, p. 979-980). Pour chacune des formes de stigmatisme (stigmatisation de l'échec contraceptif, de la sexualité récréative, du refus de maternité, de « l'atteinte à la vie »), je chercherai ainsi à estimer les variations de l'auto-stigmatisation correspondante et à en identifier les déterminants – puisque toutes les femmes ne sont pas impactées de la même façon (Shellenberg et Tsui, 2012). Il ne faudra jamais perdre de vue, cependant, que j'isole ces différentes formes pour des raisons analytiques mais que dans les faits, elles peuvent s'entre-renforcer ou au contraire jouer dans des sens opposés.

8.1 Irresponsable ? Une forte auto-stigmatisation de l'échec contraceptif

Endosser la stigmatisation de « l'échec contraceptif » implique, pour les femmes, de 1/ se trouver exposées à la norme contraceptive, 2/ la considérer comme légitime et 3/ estimer qu'elles ont elles-mêmes enfreint cette norme. La première et la deuxième condition, on va le voir, sont très souvent vérifiées. Selon le degré de responsabilité que les femmes s'attribuent dans « l'échec contraceptif », la distinction se fait ainsi entre des représentations de la grossesse non prévue comme « accident-malchance » (la norme contraceptive n'est pas enfreinte) ou « accident-erreur » (la norme est enfreinte), pour reprendre la distinction proposée par Marie Mathieu (2016, p. 133).

² Selon l'équation lahirienne désormais connue « dispositions + contexte = pratiques ».

³ "self-stigma manifested when a woman had (1) been exposed to negative discourses about women who have abortions, (2) believed the discourses were legitimate, and (3) believed they applied to her."

8.1.1 L'adhésion partagée à la responsabilité contraceptive

La norme contraceptive, à laquelle les femmes ont été exposées au moins depuis l'adolescence, a pour effet qu'il est extrêmement rare que les avortées considèrent l'IVG comme une *possibilité acceptable* plutôt que comme *un acte à éviter par tous les moyens*.

« *Je me disais que j'y aurai sûrement recours un jour* » : de rares exemples de remise en cause de la norme contraceptive

Dans mon corpus, seules Lucia (34 ans, employée dans la restauration, IVG à 25, 27, 29 et 31 ans) et Elisabeth (25 ans, service civique dans une association culturelle, deux IVG à 21 ans en 2014 et une à 25 ans en 2018) ne diabolisent pas *a priori* l'IVG⁴.

Laurine : Toi, avant d'avoir une IVG, t'avais déjà pensé que tu pourrais y avoir recours ? Tu avais déjà des formes de représentation de cet acte-là ?

Elisabeth : Oui, oui, déjà je me disais que j'y aurais sûrement recours un jour... Non, parce que déjà je me disais que si jamais je tombais enceinte, avant de vouloir un enfant, or je ne me voyais pas vouloir un enfant dans un futur proche, que j'aurais recours à une IVG, c'était logique. Pour moi, c'était... y'a même pas moyen de penser à avoir un enfant, à garder l'enfant, et puis sachant que je n'étais pas non plus à me protéger beaucoup, je me disais : « ça m'arrivera sûrement à un moment ». Et je m'en faisais une image... ça ne me faisait pas trop peur, non. Je me disais, ça a l'air d'être bien encadré, les plannings, les machins, voilà. Ça ne me faisait pas peur.

Ces situations marginales sont le fait de jeunes femmes dont la trajectoire de vie l'est aussi : Lucia comme Elisabeth ont connu une période de vie qu'elles-mêmes qualifient de « très instable », où elles logeaient dans des squats. Lucia, issue d'une famille italienne de la classe ouvrière, victime de violences dans l'enfance, considère qu'« à cette époque, [elle] arrivait[t] pas à gérer [sa] santé en général » et que « pendant des années, [elle] étai[t] hors de ce monde-là ». La contraception n'était pas une préoccupation pour elle, ni pour ses partenaires : « on a géré comme on a pu, mais sans savoir que c'était un problème ». Elisabeth, bien plus intégrée socialement, s'avère aussi, *in fine*, plus perméable à la norme contraceptive.

- **Elisabeth (25 ans, service civique dans une association culturelle, deux IVG à 21 ans en 2014 et une à 25 ans en 2018) ou la resocialisation à la norme contraceptive**

Elisabeth est issue d'une famille de la bourgeoisie aisée d'une ville française moyenne (son père est chercheur au CNRS et sa mère, originaire d'Amérique Latine, est ingénieure). Excellente élève, elle est très fortement poussée par ses enseignant·es vers une classe préparatoire littéraire parisienne où on lui prédit toutes les chances de succès. Mais elle veut faire de l'art, redoute « d'étouffer » à « bosser tout le temps ». Elle passe et réussit le concours d'une grande école publique d'art à Paris, n'hésite

⁴ Bien sûr, il est possible que d'autres enquêtées aient elles aussi un rapport plus relâché à la norme contraceptive mais ne l'aient pas exprimé en entretien avec moi – mais ce silence traduirait en lui-même l'intériorisation de la norme contraceptive et la reconnaissance de son caractère dominant.

pas, déçante pourtant : « au final à l'école d'art, c'était un peu pareil [que la prépa] dans le sens où c'était beaucoup beaucoup de boulot, beaucoup de pression, avec un côté où ça bride aussi, et quelle horreur, rendez-moi ma liberté ! ».

Elisabeth refuse la pression, critique ses camarades qui ont « l'air tellement obligés, y'a les attentes de la famille et tout », rejette cette vie-là (« retenter une autre grande école derrière, pour ensuite faire des stages là, puis une autre grande école, puis des stages encore et puis à un moment tu te tires une balle »), et rentre dans sa ville natale pour étudier les langues et la littérature à l'université locale : « ça me semblait : "la fac, c'est trop la liberté !" ». Si elle y réussit brillamment (au point d'être encouragée par ses enseignant·es à poursuivre en doctorat, ce qu'elle refuse), son équilibre de vie ces années-là est plutôt instable : « je faisais un peu n'importe quoi, [...] j'avais besoin de me prendre un mur ». À 21 ou 22 ans, elle vit dans un squat, fréquente « des marginaux, des gens pas dans le système disons, et plutôt qui aiment bien l'alcool et la drogue aussi, autant dire », a des relations sexuelles non-protégées avec plusieurs d'entre eux et se trouve enceinte par deux fois à deux mois d'intervalle.

Au moment de notre rencontre trois ans plus tard, elle vient d'avorter une troisième fois. Elle est alors en relation avec le patron de son job d'été, un homme qui a plus du double de son âge, et elle commence un service civique, après une année comme assistante de langue à l'étranger. Rétrospectivement, elle se félicite de « s'être calmée » et de n'avoir pas contracté d'infection sexuellement transmissible quelques années plus tôt (« je ne sais pas comment j'ai jamais rien eu, parce que franchement j'ai eu des relations beaucoup avec la frange de la population la plus à risque, disons... »). Déclassée sans aucun ressentiment, portée par l'envie de « se découvrir » et « enchantée » par son travail, Elisabeth, dans sa trajectoire sociale, a enfreint les normes dominantes à de multiples reprises : dans son refus d'une trajectoire scolaire d'excellence toute tracée ; dans ses conditions de logement ; dans ses affinités électives ; dans son rapport discontinu au travail ; dans sa nouvelle relation amoureuse avec un écart d'âge de plusieurs dizaines d'années. Il faudrait réaliser des entretiens biographiques plus détaillés pour comprendre précisément comment s'est forgée, chez Elisabeth, une telle « disposition à l'indocilité ». Mais, en vertu de la transférabilité minimale des dispositions (Lahire, 2002), il n'est pas surprenant que cette indocilité concerne aussi la contraception. La faible intériorisation de la norme contraceptive à la française survient ainsi chez une jeune femme qui s'accorde, dans plusieurs dimensions de son existence, une grande liberté. À cela s'ajoute que sa mère, originaire d'Amérique Latine, n'a pas été socialisée en France, ce qui peut également limiter la « prévention par transmission » (Amsellem-Mainguy, 2006) de la norme contraceptive française.

Pourtant, si la possibilité d'avoir un jour recours à l'IVG était pour Elisabeth une éventualité acceptable, celle d'avorter une deuxième fois dans la foulée ne l'est pas :

« La deuxième fois, j'avais super honte, parce qu'autant je me disais : « une fois, ça peut arriver à tout le monde, on est dans un monde moderne, c'est bon, y'a pas de quoi avoir honte », mais la deuxième fois, là, j'en parle à personne [...] parce que vraiment c'est trop la honte... du coup, je l'ai fait toute seule ».

La stigmatisation contraceptive, d'abord évacuée, revient ainsi en force avec la répétition de l'IVG dans un intervalle de temps très court – et amène Elisabeth à accepter un implant qui ne lui convient pas (voir 4.1.2). Après sa troisième IVG, Elisabeth, qui par ailleurs s'auto-stigmatise peu, se félicite chaudement de son adhésion nouvelle à une contraception médicalisée :

« Et quand je me suis réveillée [de l'opération], c'est marrant parce que... je ne sais pas si... j'étais bien, j'étais libérée, mais comme si, tout était tombé [...] j'étais de nouveau joyeuse, j'arrivais de nouveau à m'ouvrir à [son compagnon], par exemple. Même, j'avais l'impression d'avoir vécu une super belle histoire, c'est con à dire mais comme si c'était... au lieu de « oh je suis partie me faire avorter, c'est un peu glauque », non, en fait, c'était trop beau et je ne sais pas pourquoi. Et le fait aussi de sentir que j'avais ce stérilet en moi, je sentais comme une victoire ».

Elisabeth inaugure sinon sa *carrière gynécologique* (Koechlin, 2021), du moins sa *carrière contraceptive* : la médicalisation de la contraception est présentée comme une « victoire » et relève

bien d'une adhésion finale à la norme dominante⁵. Il semble ainsi très difficile d'échapper à cette forme d'(auto)-stigmatisation.

*« Je me disais que la contraception c'est quelque chose de sûr ! » :
Une foi partagée (et déçue) dans la contraception médicale*

Dans l'immense majorité des cas, les avortées souscrivent à l'idée que la contraception doit empêcher l'avortement et stigmatisent l'absence ou les mauvaises pratiques contraceptives – les leurs et/ou celles des autres. L'exemple d'Elisabeth et Lucia tranche nettement avec toutes celles, majoritaires dans mon corpus, qui n'envisageaient pas devoir en passer un jour par l'IVG : « je m'étais jamais sentie concernée » dit Anne (27 ans, enseignante, IVG à 24 ans en 2014) ; « j'avais des principes [...] je me disais que si je tombais enceinte je le garderai et je me poserai pas la question. Mais pour moi c'était "ça n'arrive qu'aux autres, et ça peut pas m'arriver à moi en fait" » précise Pauline (25 ans, rédactrice free-lance, IVG à 19, 24 et 25 ans).

Se découvrir enceinte malgré l'utilisation d'une méthode de contraception, en particulier à haute efficacité théorique, constitue bien souvent un choc. C'est particulièrement flagrant dans la découverte de la grossesse, qui est décrite dans nombre d'entretiens comme une vive surprise. Si l'absence de règles est bien souvent l'élément qui décide les femmes à faire un test, cela ne suffit pas toujours. Certaines, comme Coline (22 ans, enseignante, IVG à 22 ans en 2016), continuent d'avoir des saignements réguliers ; d'autres ont des règles irrégulières et ne s'inquiètent pas d'un retard. Adélaïde (27 ans, chargée de mission dans l'environnement, IVG à 26 ans en 2017 – voir portrait au chapitre précédent) attend plus de trois mois d'aménorrhées avant de faire un test parce qu'elle ne présente aucun autre signe de grossesse.

Mais même quand ces signes existent et mettent « la puce à l'oreille » (pour reprendre une expression qui revient dans les entretiens), il n'est pas facile pour des jeunes femmes nullipares de les attribuer à un début de grossesse – preuve de la construction sociale de l'expérience corporelle (Détrez, 2002). Nausées, malaises, saignements inhabituels, fatigue, changements d'humeur inexplicables, sont autant de signes dont les jeunes femmes tardent à identifier la cause. L'expérience de proches ayant déjà été enceintes peut alors être déterminante. Camille (22 ans, enseignante, IVG à 18 ans en 2012) s'aperçoit qu'elle présente les mêmes symptômes (nausées, fatigue...) que sa belle-mère qui vient d'annoncer sa grossesse. Noéline (20 ans, serveuse, IVG à 20 ans en 2018) fait un test urinaire parce qu'une collègue de travail, mère d'un jeune enfant, le lui suggère après le récit de sa soirée de la veille (écœurée par les odeurs de friture du restaurant, elle a vomi dans les toilettes). De même Laurianne (27 ans, assistante sociale, IVG

⁵ Les mots d'Elisabeth font étrangement écho à l'incipit de *1984* de Georges Orwell (1949) : « IL AVAIT REMPORTE LA VICTOIRE SUR LUI-MEME. IL AIMAIT BIG BROTHER ».

à 27 ans en 2018) vomit au travail, Coralie (22 ans, étudiante en art, IVG à 21 ans en 2016) au rayon poissonnerie en faisant ses courses, etc. Parfois, les proches poussent à faire un test. La tante d'Ony (31 ans, employée dans la restauration collective, IVG à 31 ans en 2018) remarque son envie plus fréquente d'uriner (elle est mère de deux enfants, dont Ony s'occupe plusieurs fois par semaine) et, informée de son retard de règles, lui suggère de faire un test. Une amie de Chloé (28 ans, journaliste, IVG à 19 ans en 2010), qui a déjà avorté elle-même, lui achète directement un test de grossesse parce qu'elle trouve suspecte son envie soudaine et irréprouvable de surimi. De nombreuses enquêtées ont ainsi du mal à formuler l'imputation causale entre des désagréments corporels expérimentés et la grossesse. La possibilité d'une grossesse est inenvisageable, parce que les femmes s'astreignent à des pratiques contraceptives – plus ou moins efficaces.

Les réactions à la découverte de la grossesse, particulièrement redondantes, le confirment : « choc », surprise, larmes, grand sentiment d'incrédulité. Laurianne (27 ans, assistante sociale, IVG à 27 ans en 2018, enceinte sous pilule) : « je me suis dit, bon, allez, je vais faire un test, pour être sûre, pour ne pas avoir peur, et de fait, le test était positif, et là, ça a été le choc ». Mélanie (26 ans, étudiante en sciences sociales, IVG à 21 ans en 2013, enceinte sous pilule) : « C'était un truc du genre je suis dans la merde ! [rire] Je sais pas trop ouais. J'étais très deg'. Je crois que j'ai pleuré ». Cynthia (17 ans, lycéenne, IVG à 17 ans en 2017, enceinte sous pilule) : « j'ai eu du mal à comprendre ce qu'il se passait [...] j'y croyais vraiment pas ! ». Etc. De nombreuses enquêtées peinent tellement à croire qu'elles sont enceintes qu'elles font plusieurs tests (urinaires et/ou sanguins) consécutifs. Coline (22 ans, enseignante, IVG à 22 ans en 2016, rupture de préservatif) : « J'ai fait le test, c'est positif. J'en ai fait deux autres, pour être sûre, et du coup à chaque fois c'était positif... ». Charlie (24 ans, étudiante en sciences sociales, IVG à 21 ans en 2015) : « Je crois que d'abord j'ai été faire une prise de sang, pour être vraiment sûre de sûre [rire] », etc. D'un entretien à l'autre, les récits se ressemblent et se font écho.

Si les femmes rencontrées sont si nombreuses à « ne pas comprendre ce qui a bien pu se passer » (Valentine, 27 ans, IVG à 17 ans, relectrice), c'est parce qu'elles ont foi dans l'efficacité de la contraception médicale : « Je me disais que la contraception c'était quelque chose de sûr ! Que y avait pas de doute à avoir là-dessus ! et que ça pouvait pas m'arriver finalement ! » (Pauline, 25 ans, rédactrice free-lance, IVG à 19, 24 et 25 ans). L'immense incrédulité face au test positif me semble ainsi un indice de la très forte intériorisation de la norme contraceptive chez les personnes rencontrées. Reste à savoir quel degré de responsabilité les femmes s'attribuent dans « l'échec » – qu'il s'agisse d'un dysfonctionnement du dispositif, d'un problème d'observance ou de pratiques à plus fort risque.

8.1.2 L'accident-malchance : enceinte malgré le travail contraceptif

Quand les femmes utilisent un dispositif médicalisé, comme le DIU ou la contraception orale, elles peuvent faire valoir leur allégeance à la norme contraceptive et ne pas se sentir responsables de l'échec : « Certaines femmes gèrent la stigmatisation intériorisée en acceptant la légitimité de la stigmatisation, tout en contestant son application à leurs expériences particulières⁶ » (Norris et al., 2011, p. 5). Mais, même dans ces situations, l'auto-stigmatisation guette.

« C'était pas mon erreur » : s'épargner l'auto-stigmatisation contraceptive

Les femmes qui se trouvent enceintes alors même qu'elles se sont astreintes à un travail contraceptif régulier peuvent ne pas éprouver pas de culpabilité contraceptive : au contraire, elles sont en colère que leurs efforts en la matière n'aient pas porté leurs fruits. C'est le cas notamment des personnes qui ont consacré du temps et de l'énergie à trouver une contraception adaptée et/ou de celles qui se trouvent enceintes en dépit d'un dispositif au long cours comme le DIU. Julia (26 ans, auxiliaire de vie scolaire, IVG à 18 ans en 2010 et 25 ans en 2016), après sa première IVG, se voit prescrire la pilule :

Donc la pilule, pendant 4 ans. Une pilule qui arrête les règles. J'ai pris 12 kilos... [rire ironique], énormément de poitrine, donc du coup j'ai arrêté du jour au lendemain quand j'ai vu 70kg sur la balance ! [rire]. J'ai un peu pleuré... donc j'ai arrêté la pilule. Et du coup vu que j'avais pris énormément de poitrine, j'ai aussi fait une réduction mammaire, voilà. Du coup, à la suite de ça, j'ai mis un stérilet en place, en septembre 2014, [...] un stérilet en cuivre. Ça s'est très bien passé pendant on va dire 2 ans. Et en octobre 2016, j'avais toujours mon stérilet, et là... retard de règles, mauvais souvenir, nausées et un peu de douleurs aux seins et là je me dis « y'a un problème ». Donc je refais un test de grossesse et là bim ! En trois secondes les deux barres qui s'affichent. Je me dis « c'est pas possible, j'ai un stérilet et je suis enceinte ! » [...] Donc là c'était un peu l'horreur... parce que « c'était pas mon erreur », *entre guillemets*.

Hélène (28 ans, étudiante sage-femme, IVG à 23 ans en 2011), enceinte dans le même contexte, utilise exactement la même expression : « je trouvais ça pas juste que ça m'arrive à moi [rire] [...] en plus je me suis dit, *entre guillemets*, "personne pourra me reprocher, moi j'ai tout bien fait comme il faut" ! ». La récurrence de la mention des *guillemets* pour évoquer des reproches semblables me semble être davantage, ici, qu'un simple hasard de langage. En plaçant « *entre guillemets* » les accusations portant sur la contraception, Hélène comme Julia,

⁶ "Some women managed internalized stigma by accepting the legitimacy of stigma, while simultaneously challenging its application to their particular experiences".

intuitivement, *citent* d'autres personnes, un discours entendu qui n'est pas initialement le leur et dont, ce faisant, elles se désolidarisent en partie. Hélène, d'ailleurs, s'empresse d'ajouter : « Mais c'est pas du tout parce que je pense que y'a des gens qui font pas ce qu'il faut ! [...] j'avais déjà un peu de mal avec la notion, de "bon bah c'est bon y'a qu'à pas oublier sa pilule" "ces inconscientes qui oublient leur pilule" j'étais un peu genre... bah c'est pas évident de prendre sa pilule tous les jours, je trouvais ça déjà un peu dur ». Ni Julia ni Hélène ne recourt à la stratégie de « désignation par contraste » (Divay, 2004) pour se distinguer des autres avortées. De même, Cindy (30 ans, infirmière, IVG à 15 ans en 2003), avec quinze ans de recul, a par exemple un jugement peu amène sur sa propre IVG :

Cindy : C'est le manque d'information complet qui est un problème, et pour les jeunes, inconscientes, comme moi, et pour les nanas qui en ont réellement besoin, qui sont victimes.

Laurine : Tu te trouves inconsciente ?

Cindy : Pfff... oh oui à l'époque oui !

Laurine : Au sens ?

Cindy : Au sens, si tu fais attention, je pense pas que ça t'arrive. Y'a plein de nanas qui ont vécu des années avec des pilules ou des moyens de contraception, à qui c'est jamais arrivé. Donc je pense oui, que c'est de l'inconscience, qu'il y a ce côté frivole de « oh oui j'ai 15 ans, c'est une pilule... ». Tant que ça t'est pas arrivé, oui, je pense que tu es inconsciente.

Laurine : Parce que tu dirais qu'après tu as fait beaucoup plus attention à la contraception ?

Cindy ; Oh oui ! oui oui oui ! [rire] C'était radical ! Ah mais j'étais flippée chaque mois pendant des années ! C'était quelque chose de traumatisant, c'était, mais non, ça peut pas se reproduire ! »

C'est la distance temporelle qui permet à Cindy de rejeter son « soi » de quinze ans pour y opposer son « soi » de maintenant : quand nous échangeons, elle est enceinte, mariée et surtout infirmière – c'est-à-dire socialisée aux normes médicales relatives à la procréation. En se tenant à distance de sa propre IVG, elle stigmatise en fait toutes celles qui n'auraient pas suffisamment appris leur leçon contraceptive, et reconduit en cela la stigmatisation qu'elle a elle-même vécue à l'époque. La rare disqualification explicite des pratiques des autres n'est portée que par les femmes les plus âgées de mon corpus, qui travaillent dans l'espace médical, comme Férrouze (42 ans, aide-soignante, IVG à 26 en 2003 et 30 ans en 2007) qui conspu « les filles pour qui l'avortement, c'est devenu un moyen de contraception ». La tentative pour se tenir éloignée du stigmate procède moins par la décrédibilisation des conduites contraceptives des autres que par une mise en évidence de sa propre exemplarité en la matière.

Ophélie (19 ans, étudiante en DUT, IVG à 18 ans et demi en 2018), par exemple, est très en colère, parce qu'elle estime avoir eu, avec son copain, une responsabilité sexuelle irréprochable :

Ce qui m'énervait c'est qu'on avait fait les choses ultra bien ! [...] On a fait tous les deux un test, pour toutes les maladies tout ça, j'ai dû passer un coton tige, enfin toutes les maladies ! Je devais commencer la pilule en septembre, enfin c'était vraiment tout tout bien prévu, on avait vraiment

fait les choses bien ! C'est pas tout le monde qui fait un test, dans sa vie, même quand y'a pas forcément de risque...

Les femmes rencontrées font ainsi valoir à leurs propres yeux (et aux miens) l'étendue du travail contraceptif fourni, pour mettre « l'échec » à distance. La stigmatisation des « mauvaises » pratiques contraceptives est considérée comme légitime, mais ces enquêtées estiment ne pas être concernées : « je suis tombée enceinte alors que j'avais tout fait pour ne pas l'être et du coup d'être dans une situation où je devais assumer des trucs que je pensais être déjà... enfin de ne pas avoir à gérer. [...] j'ai ressenti, de l'injustice, de l'injustice : "C'est dégueulasse !" » s'écrie Margot (31 ans, psychologue, IVG à 27 ans en 2016), dont le DIU s'est déplacé.

« J'avais tellement honte » : s'auto-stigmatiser malgré le fort travail contraceptif

Pourtant, la norme contraceptive est si puissante – et la stigmatisation associée si répandue, que même celles qui avaient un dispositif contraceptif indépendant de leur observance, ou dont l'assiduité était d'une grande rigueur, peuvent se sentir honteuses d'être enceintes sans le vouloir, comme Camille (22 ans, enseignante, IVG à 18 ans en 2012), enceinte malgré son DIU :

Camille : Quand j'ai avorté, j'avais extrêmement honte. Et quand j'ai eu mon agression sexuelle, j'ai eu honte. Et... c'était la même honte, le même tabou, de quelque chose... tu peux pas le balancer comme ça, tu peux pas, tu sais que si tu vas le dire ça va provoquer des réactions alors... dans le cas de l'agression sexuelle j'étais victime. [...] Et dans le cas de l'IVG je sais pas si on peut dire que j'étais victime, ou coupable, mais en tout cas c'était la même culpabilité.

Laurine : Donc ouais tu t'es sentie coupable ?

Camille : Pour l'IVG ? Ah ouais, hyper coupable. Hyper coupable. Et je m'en sens toujours un peu coupable. Alors c'est pas rationnel hein... Mais ouais. Et vraiment, honte ! Maintenant j'ai moins honte. Mais à l'époque... c'était une honte cuisante.

Laurine : De quoi ... d'être tombée enceinte ? ou de pas avoir poursuivi la grossesse ?

Camille : Peut-être tomber enceinte ouais... Mais je sais pas pourquoi, hein. Justement, dans une famille où [la maternité] c'est tellement valorisé et tout, je sais pas pourquoi j'avais tellement honte hein, mais ouais, j'avais l'impression d'avoir fait quelque chose de très sale. Alors que j'avais le droit de coucher avec mon copain, c'était... Enfin... c'était pas du tout, ma famille est pas du tout pas avant le mariage, ils sont... à gauche, ils sont... mais... j'avais honte.

Mais ici, ce que Camille attribue à une stigmatisation de *l'échec contraceptif* me semble en fait – et d'abord – une stigmatisation de *son propre refus de maternité*. Camille est en effet issue d'une famille de la bourgeoisie très aisée, de tradition catholique (son père est médecin, sa mère est avocate). Du côté de sa mère, « on est onze cousines et un seul cousin, un vrai matriarcat ». Sa grande cousine, qui n'a que trois ans de plus qu'elle, est devenue mère à dix-huit à peine et a eu depuis cinq enfants – dont un mort-né. Camille est très proche d'elle : celle-

ci a vécu toute sa première grossesse sous le même toit (la mère de Camille avait alors accueilli sa nièce, mise à la porte de chez elle par ses propres parents qui s'opposaient à la poursuite de sa grossesse). Camille garde de cette époque un souvenir net :

[J'étais] complètement fascinée par toutes les histoires de sa grossesse, avec ma sœur, elle avait quasiment notre âge... On en parlait tout le temps, on regardait les échographies, on allait acheter des vêtements pour le bébé, des vêtements de grossesse... Elle dormait dans ma chambre... [...] Quand ma cousine était enceinte, ça avait l'air d'être quelque chose d'idéal, de merveilleux, ma cousine en plus est super belle, et super mince, et toujours... toujours très mince, trop mince... elle faisait du mannequinat pour femme enceinte.

L'année de ses quinze ans, Camille a ainsi dormi tous les soirs avec cette grande cousine dont elle idéalise la maternité. Quand elle-même se retrouve enceinte, elle fait le parallèle : « j'avais le même âge et je me disais bon mais c'est possible ! J'aurais pu le garder ce bébé ! ». L'auto-stigmatisation exprimée par Camille me semble ainsi venir de la place qu'occupe la maternité dans sa vie – étudiante brillante, elle considère que sa carrière passe au second plan relativement à la maternité et ne cesse d'insister sur la place que ses enfants auraient dans sa vie. Cette appétence lui vient du maternage répété auprès de ses petit-es cousin-es et des enfants qu'elle gardait en baby-sitting, mais aussi, elle le sait, des normes familiales : « y'a une énorme valorisation de la maternité dans ma famille maternelle. Qui... qui a contribué au fait que c'était pas facile d'avorter. Parce que... mon grand-père, il disait tout le temps aux filles [rire] "toi je t'écouterai quand tu seras mère de famille !" ». L'intériorisation du stigmate abortif s'explique donc ici par le *refus de maternité* plus que par la contraception elle-même : une forme d'auto-stigmatisation peut en cacher une autre.

8.1.3 L'accident-erreur : une forte auto-stigmatisation des écarts à la norme contraceptive

Quand le travail contraceptif est moindre, l'auto-stigmatisation de l'échec contraceptif augmente et peut être plus ou moins forte.

« Jouer avec le feu » : parier sur l'absence de grossesse

Plusieurs enquêtées estiment qu'elles ont eu conscience d'être exposées à un risque de grossesse, et d'avoir parié sur des statistiques en leur faveur (Luker, 1975). Charlie (24 ans, étudiante en sciences sociales, IVG à 21 ans en 2015), qui « n'avai[t] pas de contraception à l'époque », a renoncé à prendre la pilule du lendemain après un rapport non-protégé :

Comme je l'avais déjà prise la semaine d'avant, sur le chemin de la pharmacie j'ai été prise d'un doute, est-ce que c'est pas dangereux, c'est pas très bon de prendre autant d'hormones... Et pour juste une fois, je peux peut-être le tenter... Donc j'ai joué à pile ou face... Sauf qu'en fait

tu joues pas à pile ou face avec ça. Et en fait je m'en suis rendu compte très tôt, parce que je savais quand même que c'était pas très prudent, donc ça a pu être une IVG médicamenteuse.

Or, le choix de Charlie n'a rien d'irrationnel : il procède en réalité d'un calcul coût-avantage. La probabilité d'être enceinte après un unique rapport non-protégé est mise en balance avec les effets estimés de la contraception d'urgence. Peut-on parler, comme le suggèrent les travaux des épidémiologistes, d'une « sous-estimation du risque de grossesse » (Ayoola, Nettleman et Brewer, 2007 ; Dupuis et al., 2018) ? Il apparaît que non : à la *certitude* de perturber une nouvelle fois le fonctionnement ordinaire de son corps avec la pilule du lendemain, Charlie a préféré la *probabilité*, limitée et difficile à quantifier, de la grossesse à interrompre (Lessard et al., 2012). Là encore, les pratiques contraceptives ne sont pas absentes ; elles sont simplement discontinues.

Diane (30 ans, étudiante en médecine, IVG à 30 ans en 2018), elle aussi, a limité le travail contraceptif :

Diane : Bah moi, je le savais quasiment dès la conception qu'en fait, je serai enceinte. En fait, on s'est vachement exposés. C'était un peu voulu. Donc, pas de surprise... sur mes règles. Parce que la contraception qu'on avait, c'était assez ledj'.... Donc je surveillais mon cycle de toute façon, je savais, quoi.

Laurine : Et vous en avez discuté tous les deux des questions de contraception, d'enfant ?

Diane : Ouais, un peu. [...] Du coup ça fait des années que j'ai arrêté [la pilule], ça fait des années que j'ai pas vraiment de contraception, ou alors je surveille mon cycle, et préservatif quoi. Et j'étais pas du tout tombée enceinte pendant des années, donc je me faisais pas trop de souci non plus ! J'avais même un peu peur de pas y arriver. Et donc, j'avais réfléchi à remettre un stérilet et finalement, j'ai laissé tomber. Ça me fait... Je sais pas... C'est pas beaucoup de contraintes, mais ne serait-ce que de revenir quand tu as tes règles, machin, ça me fatiguait un peu et comme de toute façon, j'avais un peu envie de jouer avec le feu, je l'ai pas fait.

Mais Diane fait partie de celles qui redoutent de ne pas pouvoir être enceinte et son expérience lui fait croire que son évitement de la grossesse est le signe d'une faible fertilité. Elle sait qu'elle s'expose au risque, mais en comparaison, cela lui paraît plus contraignant de s'astreindre à la pose d'un DIU.

Alison (24 ans, doctorante en sciences expérimentales, IVG à 21 ans en 2014), quant à elle, a testé plusieurs dispositifs, mais elle n'arrive pas à prendre la pilule régulièrement et les médecins sont « vachement réticents pour [lui] mettre certains trucs [comme le DIU], ce qui fait qu'elle n'a « jamais osé demander en fait ! ». Par ailleurs, elle ne fréquente « personne de manière régulière ». Alison part aussi du principe que la probabilité d'être enceinte est limitée :

Alison : Je galérais, je me disais « mais non, ça n'arrivera pas ». Et en fait même en faisant attention on sait très bien que ça marche pas. Donc ouais, erreur, erreur.

Laurine : Ouais, tu faisais, tu surveillais tes cycles, tu comptais les jours ?

Alison : Ouais. Ouais voilà... et puis au début on utilisait des préservatifs, et c'est vrai que des fois non, et puis bah là c'était une fois non quoi, et c'est arrivé. [...] En même temps voilà j'ai

joué avec le feu. Mais c'est vrai que c'était pile poil au moment où je voulais arrêter d'avoir peur tous les mois, arrêter de me dire « oh, ça craint » et voilà.

Alison, Diane et Charlie ne s'écartent ainsi que *ponctuellement* de la norme contraceptive ; elles le savent et se le reprochent (« tu joues pas à pile ou face avec ça » ; « arrêter de me dire "ça craint" » ; etc.). Elles ne remettent donc pas en cause la légitimité de la contraception. L'auto-stigmatisation est présente mais limitée, parce qu'elle est mise en balance avec l'intensité du travail contraceptif déjà réalisé ou à réaliser. D'autres enquêtes sont plus véhémentes envers elles-mêmes.

« Je faisais n'importe quoi » : l'auto-stigmatisation du manque de rigueur contraceptive

De nombreuses femmes de mon corpus critiquent leur propre rapport à la contraception et qualifient leur grossesse de « bêtise », de « connerie », de « n'importe quoi », comme Romane (25 ans, comédienne au RSA, IVG à 24 ans en 2017) :

J'ai continué à faire n'importe quoi [...], je me suis dit bon en fait ça va ! Ça marche de calculer son cycle. Et je suis tombée enceinte au 26^e jour de mes règles, donc non ça ne marche pas du tout [rire]. [...] ça faisait quasi un an que ouais j'étais en mode... « Je calcule ». Et en gros à partir du 14^e jour de mon cycle, je faisais n'importe quoi [rire]. Donc c'était évident que ça allait arriver.

Romane ne se tient pas rigueur de sa grossesse non prévue. Elle est une des rares à m'en parler comme d'une expérience intéressante (« tu vois, avoir été enceinte, c'était cool »), mais chez elle, on peut identifier des dispositions à l'esthétisation. Romane est comédienne, elle écrit des spectacles et les questions de genre et de maternité l'intéressent. Quand elle me contacte, c'est pour avoir un échange réciproque ; elle témoigne pour ma thèse et en retour, notre discussion nourrit son projet de spectacle sur l'enjeu de faire des enfants ou pas. Elle n'a de cesse, pendant notre échange, de mettre en avant son expérience de la grossesse :

Tu vois, j'en parlais pas, mais [...] mes seins ont doublé de volume, enfin tu vois il s'est passé des trucs. C'était genre... wahoo ! Et en fait... Je regrette pas du tout d'avoir vécu ça. [...] C'était marrant ! Enfin, c'était intéressant [...]. C'était sentir des sensations que sinon, on sent pas, et tu vois c'était pas genre douloureux ou quoi, c'était pas horrible.

Si Romane ne dit pas se sentir ni honteuse ni coupable, elle condamne néanmoins son insouciance – prendre le parti d'en rire étant une façon de mettre à distance l'auto-stigmatisation au fond bien réelle.

Les femmes rencontrées peuvent ainsi avoir envers leur propre rapport à la contraception des jugements particulièrement sévères. Si certaines pointent l'absence de pratiques contraceptives du côté des hommes, aucune n'accuse son partenaire de l'avoir mise enceinte et

ne défausse la responsabilité sur lui, y compris, comme on l'a vu au chapitre 5, celles qui sont victimes de sabotage contraceptif (refus du préservatif ; absence du retrait initialement convenu). La responsabilité est, dans le meilleur des cas, partagée – et encore l'est-elle inéquitablement. Lors de sa deuxième grossesse, Inès (27 ans, ingénieure, IVG à 20 ans en 2010 et 26 ans en 2016), qui « n'avai[t] plus de contraception », estime avoir « fait la conne ». Elle se sent pourtant moins coupable que pour sa première IVG survenue sous pilule, parce que son nouveau compagnon l'accompagne pendant tout le parcours – contrairement à son ex : « ouais bon, c'est une connerie, mais on l'a fait à deux, on l'a géré à deux, et puis... OK, c'est cool, c'est la vie, ça arrive, c'est pas grave ». Le partage de la responsabilité contraceptive semble ainsi atténuer l'auto-stigmatisation contraceptive, sans jamais l'annuler.

Laura (21 ans, étudiante en relations internationales, IVG à 20 ans en 2016), par exemple, a arrêté la pilule qu'elle prenait « depuis sa première fois » avec son premier copain après avoir rompu : « je me suis dit bon bah c'est bon, si c'est pour avoir 4 relations sexuelles dans l'année c'est pas la peine, je mettrai des capotes et puis voilà ! ». Quand elle commence à avoir de temps en temps des relations sexuelles avec « un pote », ils ne mettent pas de préservatif :

On calculait, et d'habitude ça marchait. Il y a juste une fois où on n'a pas calculé... parce qu'on faisait attention ; on se disait ça faisait tant de temps que j'ai pas eu mes règles, donc on faisait juste avant que j'étais censée les avoir, ou juste après... Et avant on étudiait ensemble dans la même ville, et après il est parti faire son master dans une autre ville, et du coup on se voyait quasi jamais [...] et là il était revenu [...]. Et voilà. Et j'ai pas calculé parce que c'était la 3e fois du semestre qu'on se voyait et on a même pas réfléchi quoi. Donc clairement non, on l'a quand même mérité quoi, c'était bien de notre faute.

L'auto-stigmatisation contraceptive semble à nouveau atténuée d'être partagée.

*

L'auto-stigmatisation contraceptive s'avère très puissante : bien souvent, les femmes s'en veulent davantage de la *grossesse non prévue* que de son interruption. Cette auto-stigmatisation a tendance à augmenter à mesure que la rigueur des pratiques contraceptives décroît. Mais l'intensité plus ou moins forte du travail contraceptif n'est pas le seul déterminant de l'auto-stigmatisation : celles qui se culpabilisent le plus sont aussi et surtout *celles qui ont été culpabilisées* (par les proches et/ou les professionnel·les de santé) et celles qui *déculpabilisent leur partenaire*, en estimant que la contraception est une tâche qui leur revient – autrement dit, celles qui adhèrent à la division genrée du travail contraceptif. À l'inverse, celles qui estiment que la responsabilité est (au moins un peu) partagée nuancent leur discours sur l'auto-stigmatisation de l'échec contraceptif. La « culpabilité » et la « honte » exprimées en entretien rendent ainsi compte de la très forte intériorisation de la norme contraceptive féminine et médicalisée. Mais celle-ci s'articule à d'autres formes d'auto-stigmatisation.

8.2 Salope... ou « bloquée » ? Une auto-stigmatisation des difficultés et des refus sexuels post-IVG

Les avortées considèrent-elles que la sexualité récréative (ou certaines pratiques sexuelles) peu(ven)t être illégitime(s), et si oui s'estiment-elles elles-mêmes déviantes ? À la différence de l'auto-stigmatisation contraceptive très forte, l'auto-stigmatisation sexuelle est limitée, voire absente : les femmes ne considèrent que rarement leur sexualité comme illégitime – du moins ne formulent-elles pas de jugement explicite sur leur comportement sexuel. En matière de sexualité, l'auto-stigmatisation semble fonctionner en sens inverse : ce que les avortées se reprochent, c'est plutôt de ne plus réussir à avoir une sexualité fluide après l'IVG.

8.2.1 Les difficultés sexuelles et gynécologiques après l'IVG

La reprise de la sexualité après l'IVG est opaque : comme pour le post-partum, les professionnel·les de santé restent évasives sur la question, mais, à la différence du post-partum, il est difficile pour les avortées de demander des conseils à leurs proches ou sur les réseaux sociaux (Pierrepont, 2010), toujours en raison du stigmate abortif. Les femmes doivent ainsi composer avec les suites de l'IVG et la reprise de la sexualité peut difficilement être qualifiée de *récréative*.

« Passer le reste de ma vie à être flippée » : le retour de la peur au ventre

La première difficulté sexuelle tient à la peur de retomber enceinte sans le vouloir, surtout pour celles qui utilisaient un dispositif contraceptif dans lequel elles avaient confiance. Julia (26 ans, auxiliaire de vie scolaire, IVG à 18 ans en 2010 et 25 ans en 2016), enceinte une deuxième fois malgré son DIU au cuivre – elle opte ensuite pour un DIU hormonal – passe son temps à faire des tests de grossesse :

Et puis maintenant, je suis un peu stressée avec le stérilet. Je pense que je vais acheter un lot de test de grossesses sur internet [rire] ! Pour que ça me revient moins cher ! Parce que tu te dis, ça a pas marché une fois, pourquoi ça marcherait dans le futur... J'espère ne plus avoir recours à l'IVG !

Celles qui ont eu une grossesse sous pilule choisissent bien souvent un autre dispositif. En cela, la remédicalisation contraceptive n'est pas seulement une injonction des professionnel·les de santé : elle est aussi une façon, pour les jeunes femmes, de mettre à distance l'angoisse de la grossesse, comme l'exprime Noémie (24 ans, étudiante en école d'architecture, IVG à 22 ans en 2015) :

J'avais envie d'arrêter la pilule et de mettre un stérilet. [...] Bah parce que forcément, tu flippes, tu te dis bon ben tu l'as oubliée une fois, t'es tombée enceinte, ça peut t'arriver à tout moment quoi ! [...] J'ai attendu six mois avant de changer, de mettre le stérilet, le temps d'en reparler avec mon gynéco, de faire les tests, d'acheter le truc, ça a pris un peu de temps, mais c'est vrai que ces six mois-là ben ça me faisait un peu flipper... ben quand on avait des relations sexuelles, quand je prenais la pilule... Je faisais vachement gaffe, j'avais toujours peur de retomber enceinte. Donc y'avait aussi ça de me dire bon, j'ai pas envie de passer le reste de ma vie à être flippée à chaque fois que je le vois et qu'on fait l'amour, c'est un peu horrible !

L'expérience de l'échec contraceptif rappelle ainsi l'ancienne « peur au ventre » des femmes (Thébaud, 1991). Elle recrée autour de la sexualité la crainte qui précédait la diffusion de la contraception et la légalisation de l'avortement⁷, qui est une *crainte de la sexualité elle-même*. En stigmatisant l'échec contraceptif, sont ainsi implicitement stigmatisées les conduites sexuelles et c'est bien cela que traduit la peur de la sexualité. Mais les conséquences de l'IVG sur la sexualité ne sont pas seulement émotionnelles : elles peuvent aussi se traduire par des difficultés physiques.

« Ça faisait mal » : sang, sécheresses vaginales, douleurs à la pénétration après l'IVG

Si l'IVG est un acte médical bénin et dans la grande majorité des cas sans impact sur la santé, il n'en reste pas moins qu'il faut parfois un peu de temps pour que le corps se régule. Sirine (29 ans, architecte, FC à 25 ans en 2014, IVG à 26, 27 et 28 ans), par exemple, a des saignements pendant plusieurs semaines après sa deuxième IVG : « longtemps après, j'avais encore du sang, mais du sang... pas du sang de règles, du sang un peu marron, et du coup je trouvais ça super désagréable comme sensation ». Ces saignements ont un impact sur la reprise de sa sexualité :

Donc après ce mec-là, on s'est séparés, et j'ai rencontré un autre mec. Et d'ailleurs la première fois que j'ai eu un rapport avec lui il me dit « mais c'est bizarre, y'a un peu sang, t'as tes règles » et je dis « ah non pas du tout, c'est juste que j'ai avorté y'a je sais pas combien de... et notre relation, du coup, a un peu commencé là-dessus.

⁷ Les lettres envoyées dans les années 1970 à Menie Grégoire, qui animait sur RTL la célèbre émission de dialogue sur la sexualité « Allô Menie », attestent de cette très grande peur de la sexualité de celles qui avortaient illégalement. J'ai eu l'occasion de réaliser un travail au fond Menie Grégoire des archives d'Indre-et-Loire. Si j'ai finalement choisi d'écarter ce matériau de ma thèse, les deux extraits qui suivent donnent un aperçu du rejet historique de la sexualité post-avortement : « Au bout d'un an je finis par lui céder et à nouveau. Une peur tenace et parfois insupportable vient me tenailler chaque fois [...] Dois-je payer par cet enfant ? [...]Après cette naissance je ne me sens pas capable d'avoir peur chaque mois comme avant » écrit une femme de 24 ans, au chômage, mariée depuis quelques mois à un sous-officier (31/01/1970). « Je regrette ce mariage car il ne m'a rien apporté et pourtant j'aime mon mari. Mais lui m'aime-t-il ? Un homme qui fait 2 enfants l'un à la suite de l'autre à sa femme l'aime-t-il ? J'avais pourtant confiance en lui. Une fois cela peut être un accident. Mais la 2e c'est du "jemenfoutisme". Ma vie est un enfer. Faire l'Amour me dégoûte maintenant. J'ai horreur des nuits » écrit une autre, mère de deux enfants, de nouveau enceinte et souhaitant avorter (27/01/1972).

Si Sirine change de partenaire à la suite de son IVG, d'autres enquêtées poursuivent leur relation de couple. Celles-ci sont nombreuses à signaler des difficultés à la reprise de la sexualité, à commencer par des douleurs à la pénétration *qui n'existaient pas auparavant*. Ophélie (19 ans, étudiante en DUT, IVG à 18 ans et demi en 2018) par exemple :

Après on a quand même dû attendre plus d'un mois pour... Après... [elle hésite]. Après, par contre, ça m'a fait vraiment mal. Je sais pas si c'est le fait de... Je sais pas... Vu que ça a beaucoup saigné, je sais pas trop ce que ça a fait... Et j'ai mis un moment à.. que ça refasse bien comme il faut... Ouais parce que je sais pas, ça faisait mal, ça rentrait pas... Je sais pas... [rire gêné].

Mais pour Laurie (25 ans, informaticienne, IVG à 21 ans en 2015), qui souffre de sécheresses vaginales après l'IVG, qu'elle contourne en utilisant désormais du lubrifiant, c'est moins *son propre inconfort* qui la préoccupe que *celui de son partenaire*, qu'elle rassure sur son désir pour lui (« c'est pas que je veux pas, t'inquiète ») :

Laurie : Ouais, le lubrifiant du coup, depuis qu'on l'utilise, bah j'ai moins mal, et lui aussi du coup, parce que sinon ça lui fait mal aussi, y'a les deux, et ça permet de retrouver du plaisir dans cet acte-là.

Laurine : Oui tu avais des douleurs du coup ?

Laurie : Oui, et lui aussi du coup ! Parce que j'étais toute serrée donc c'est compliqué quoi ! [...] Et puis plus c'est serré, plus il a mal, et plus je redoutais... et finalement plus il arrivait ce que je redoutais, c'est assez psychologique quoi.

Les avortées en couple se sentent en effet le devoir de reprendre, dès que possible, une sexualité pénétrative, quand bien même cette sexualité ne convient ni à l'une ni à l'autre. Laurie et son compagnon ne choisissent pas d'avoir d'autres pratiques sexuelles que la pénétration : ils trouvent une façon de la poursuivre en minimisant l'inconfort, via le lubrifiant. L'enjeu n'est donc pas seulement de « retrouver du plaisir » : c'est aussi et probablement *d'abord* de ne pas s'écarter de la norme de la sexualité pénétrative, pensée comme condition de l'équilibre conjugal. Les femmes se posent moins la question de renouer avec leur propre plaisir que de redevenir aussi vite que possible pénétrables, quitte à accepter d'avoir mal. Nina (32 ans, travailleuse sociale, IVG à 32 ans en 2017), qui vient tout juste d'avorter, s'inquiète ainsi de raviver des douleurs sexuelles anciennes⁸, qu'elle avait réussi à surmonter grâce à l'ostéopathie :

Alors bon, je vous le dis hein, quand la semaine dernière tout nu il s'est frotté à moi, j'avais pas du tout envie de sentir son sexe. Moi ce que j'appréhende c'est vraiment la pratique sexuelle après tout ça. Parce que je me dis à ce que je vais peut-être me recontracter quelque chose à l'utérus, voir ensuite [devoir retourner] chez l'ostéopathe...

⁸ Victime d'inceste pendant son enfance, Nina a eu pendant des années des difficultés sexuelles et des douleurs physiques au dos et à l'utérus, qu'elle n'a réussi à apaiser que par un long travail thérapeutique.

L'entêtement des femmes en couple à pratiquer une sexualité pénétrative – et les inquiétudes et frustrations ressenties à l'idée de ne pas y arriver – montre que l'enjeu sexuel, pour elles, n'est pas le plaisir ressenti, mais bien l'entretien de la relation conjugale via la satisfaction sexuelle des hommes. Les conséquences peuvent parfois être durables. Pendant les deux ans qui suivent son IVG, Valentine (28 ans, relectrice, IVG à 17 ans en 2009) n'arrive pas à avoir une sexualité avec son nouveau partenaire. Il n'est pas seulement question de douleurs, mais aussi d'infections génitales :

Valentine : On a jamais réussi à avoir une sexualité. Et je suis restée deux ans avec lui.

Laurine : Oui tu as passé du temps...

Valentine : A essayer, et à pas y arriver, oui [rire]. Parce que j'avais fait le lien, consciemment ou pas, que le cul c'était merdique, que ça allait me gâcher la vie, et qu'il fallait que j'arrête. [...] Sauf que... j'étais du coup avec [ce garçon]... qui lui avait du coup, lui, des attentes assez... y'a des gars qui ont pas forcément besoin de faire ça tout le temps quoi, et lui c'était...

Laurine : très fréquent ?

Valentine : Voilà. Et donc euh... mycoses, sur mycoses, sur mycoses... Je faisais... franchement j'avais l'impression de produire du pétrole avec ma chatte tellement je comprenais pas ce qu'il se passait [éclats de rire] ! Vraiment ! C'était ... ! [rire] Vrrrrroummm [elle imite un bruit de quelque chose qui jaillit]... Et des cystites... et des... et des... enfin vraiment, pendant deux ans, impossible ! ça a été un combat... parce qu'en même temps y'a eu cette histoire de trouver la pilule qui te correspond, je sais pas si t'as connu ça...

Valentine, elle aussi, s'entête :

Laurine : Du coup j' imagine que t'y prenais aucun plaisir... ?

Valentine : Oh bah pffff rien du tout ! Et puis je comprenais même pas pourquoi... enfin comment ça pouvait être un truc cool quoi. Ouais.

Laurine : C'est des choses dont vous discutiez avec... ?

Valentine : On parlait que de ça. Et du coup c'était ça qui était lourd... parce qu'en fait il fallait trouver une solution. Et on a essayé toutes les solutions... Le nombre de sex-toys qu'on a dû acheter pour essayer de... faire en sorte que ça marche... Mais ça marchait pas, parce que c'était psychologique et que ça pouvait pas ! [rire]

Laurine : Oui, genre on va tester des trucs techniquement différents...

Valentine : Ouais, c'était ça... je me suis posé la question de s'il fallait pas que j'essaye avec les filles, parce que peut-être qu'en fait finalement... mais en fait non. Du coup... Je sais pas... [rire]. C'était ce truc là qui avait pas été résolu. Et je pense que c'est un truc qui est jamais vraiment résolu. [...] Il m'a fallu un bon moment pour que je trouve quelqu'un avec qui je pouvais avoir une sexualité apaisée.

Comme Laurie, Valentine cherche à changer ses scripts sexuels (intégrer des sex-toys) pour essayer de renouer avec la sexualité pénétrative – tout en envisageant la possibilité d'arrêter les rapports avec les hommes. Et comme Noémie, l'apaisement dans la sexualité vient finalement de la pause d'un DIU au cuivre : « jusqu'à ce que j'ai cette histoire de stérilet au cuivre, la pilule ça a été une grosse grosse source d'angoisse, parce que... dès qu'il y a un oubli de pilule, c'était crise d'angoisse... très violente... parce que... pas envie de repasser par-là quoi ! ».

Ces difficultés sexuelles, quand elles apparaissent, peuvent être particulièrement intenses... sans pour autant remettre en cause le script pénétratif. Or, cette réalité est très peu documentée dans la littérature (en médecine comme en sciences sociales), ce qui n'est pas un mince paradoxe si l'on considère que la remédicalisation contraceptive, en théorie, vise *précisément* à permettre le retour à une sexualité pénétrative ! Ce résultat reflète une hiérarchie dans les stigmates. Les difficultés sexuelles peuvent s'interpréter comme une intériorisation (peu conscientisée) de la stigmatisation sexuelle : le tabou sur la sexualité récréative est bien présent, mais il n'est pas mentionné et opère en-deçà du langage, dans le corps lui-même. De même que la *stigmatisation* sexuelle est mise en sourdine (voir chapitre 5), l'*auto-stigmatisation* sexuelle ne passe pas par le discours, mais se lit dans l'impact concret de l'IVG sur la sexualité récréative post-IVG.

Mais le principal résultat n'est pas là. Ce qui apparaît massivement est plutôt une auto-stigmatisation des difficultés et des refus sexuels : les femmes culpabilisent et sont frustrées de ne plus désirer leurs partenaires comme avant. Dans le couple, la sexualité (à d'autres fins que la reproduction) semble donc aujourd'hui *moins tabou* que l'absence de sexualité pénétrative, parce que les refus sexuels ont un impact sur la conjugalité.

8.2.2 L'évitement de la sexualité après l'IVG

Il n'est pas rare que les femmes, au moment de l'avortement, regrettent l'acte sexuel à l'origine de la grossesse. Les médecins elles-mêmes signalent ce refus de la sexualité chez certaines avortées : « Y'en a beaucoup qui disent ah non de toutes façons je n'aurai plus jamais de relations sexuelles ! » (Docteur Voltaire, gynécologue, 51 ans, CIVG7). Et de fait, pour nombre de personnes rencontrées, la sexualité est évitée après l'IVG, soit en refusant les rapports au sein du couple... soit en évitant le couple.

« J'avais pas envie qu'on me touche » : l'exposition corporelle pendant l'IVG

Avorter impose aux femmes d'exposer leur intimité, à la fois émotionnelle et corporelle. Le parcours de soin implique de se montrer nues à plusieurs personnes et de subir une ou plusieurs pénétrations vaginales (par la sonde d'échographie ; par le spéculum lors des visites pré-IVG et de l'IVG par aspiration, etc.), voire de provoquer des douleurs génitales. Leur rapport au corps et au désir peut s'en trouver affecté. Margot (31 ans, psychologue, IVG à 27 ans en 2016) a par exemple fait une grosse hémorragie quinze jours après son IVG, au point d'être récupérée par les pompiers sur son lieu de travail pour être emmenée en urgence à l'hôpital. Cet épisode

met un coup d'arrêt à son désir pour son partenaire, alors même que leur relation n'a que quelques mois :

C'était le début de notre relation et du coup, le début d'une relation, c'est quand même là où le désir est le plus fort, etc. Et... c'était pas libéré du coup... [...]. La grossesse, le fait d'être enceinte, je me sentais vachement vulnérable et du coup j'avais pas envie, et j'avais pas envie qu'on me touche. Parce que à ce moment-là, dans le parcours IVG, on arrêtait pas de me tripoter, l'échographie, après le prélèvement en labo, machin, je pense que ça a joué sur ma libido à ce moment-là et du coup, c'est un peu con parce que je pense que ça a été un peu la chappe de plomb sur le désir qu'il y a au début d'une relation.

D'autres femmes témoignent d'une totale impossibilité sexuelle consécutive à l'IVG, à plus forte raison quand celle-ci est répétée. Au CIVG2, par exemple, une jeune femme de 34 ans, agente de service hospitalier, a eu en tout 14 grossesses. Elle est mère de 5 enfants, a fait 4 fausses-couches et une grossesse extra-utérine. Elle avorte pour la 4^e fois et explique ses difficultés sexuelles à la conseillère conjugale : « dans l'intimité avec mon homme, c'est pas ça ». Elle répète plusieurs fois « je veux plus qu'il me touche » et « même là, alors que je sais que je suis enceinte donc ça peut rien faire de plus, je veux plus ». Son compagnon voudrait avoir des rapports mais elle dit non car elle « bloque dans l'intimité ». Elle explique qu'elle a une « sale image d'elle », à force d'imaginer « tous ces gens qui sont venus fouiller dans [son] utérus, à l'intérieur [d'elle] » [CIVG2, septembre 2019].

Mais là encore, le refus de la sexualité pose problème car il menace la conjugalité, comme le raconte Nolwenn (27 ans, préparatrice en pharmacie, IVG à 19 ans en 2010), qui a d'abord refusé de parler de l'IVG à son compagnon :

Du coup, il y a eu une rupture avec mon compagnon... Vu que je pense que j'ai tellement mal vécu que... La vie sexuelle, après, je refusais tout. [...] Parce que du coup je n'avais plus confiance en la pilule non plus. Parce que j'étais tombée enceinte sous pilule. Je me dis ça fait cinq ans que je la prends pour... J'avais pas eu de gastro... [elle n'a pas vomi sa pilule]. J'avais rien changé dans mes habitudes de vie. Je voyais pas pourquoi j'étais tombée enceinte. [...] Au début lui il pensait que j'avais quelqu'un d'autre, parce que du coup je voulais plus avoir de relations [sexuelles] avec lui. Du coup il a soumis ce doute-là... bah voilà... Jusqu'au jour où on s'est séparés. Et c'est que peu de temps après que je lui ai expliqué la vraie raison parce que même lui il comprenait pas...

La sexualité « récréative » des femmes poursuit bien d'autres objectifs que leur désir et leur plaisir propres. C'est aussi la raison pour laquelle les femmes ne se reconnaissent pas dans l'accusation de prendre *trop de plaisir à la sexualité* (aucune ne se considère comme une « salope »). L'auto-stigmatisation explicite de la sexualité, de ce point de vue, est très limitée ; au contraire, les femmes culpabilisent de n'avoir pas envie d'un rapport pénétratif : là encore, l'auto-stigmatisation porte plutôt sur *leur refus de la sexualité*. Pour échapper à des négociations

difficiles en la matière, certaines enquêtées choisissent purement et simplement l'*exit* temporaire : pendant un temps, elles arrêtent de fréquenter des hommes hétérosexuels.

« *J'ai juste arrêté les mecs* » : une solution radicale mais temporaire

Pour éviter d'en repasser par l'avortement, quelques enquêtées renoncent temporairement à la conjugalité et/ou à la sexualité, ou la réinventent. Cindy (30 ans, infirmière, IVG à 15 ans en 2003) commence par éviter les relations avec les hommes : « après j'ai mis le stérilet pendant 5 ans... et puis pendant un moment j'ai juste arrêté les mecs [rire]. Voilà, ça a été arrêt de pilule, et arrêt des mecs, et après le stérilet ». Mais la sortie de rôle n'est que provisoire (Cindy, par la suite, se marie et fait un enfant) : la conjugalité hétérosexuelle est donc suspendue plutôt que contestée. Chez Camille (22 ans, enseignante, IVG à 18 ans en 2012), cette sortie de rôle est plus durable. Elle se sépare de son copain juste après l'IVG : « il avait pas voulu m'accompagner, il m'avait laissée toute seule... Et je lui en voulais. [...] Et j'avais du mal à... j'arrivais plus à coucher avec lui ». Après cela, pendant plus d'un an, Camille esquive la sexualité :

Ça a été très dur de reprendre ! J'ai réussi mais... ouais... ça a été un grand stress de reprendre une sexualité, et je suis sortie avec un mec qui était gay, pendant un an. [...] Et voilà, on couchait pas ensemble. Moi, j'étais un peu une couverture pour sa famille, parce qu'il avait une famille super tradi. Et moi j'étais amoureuse de lui, et je crois que lui il était quand même amoureux de moi, mais voilà, on couchait pas ensemble. [...] J'étais terrifiée par l'idée de coucher avec quelqu'un. [...] J'avais eu très mal en fait, en couchant avec mon copain après, parce qu'il y avait eu ces histoires d'infection et tout...

La peur de la sexualité amène Camille à imaginer une nouvelle façon de faire couple avec quelqu'un qui a tout autant intérêt qu'elle à respecter la norme conjugale (pour garder la face devant sa famille et aussi pour les émotions romantiques que cela apporte) tout en évitant la sexualité (puisque'il n'a pas non plus de désir pour elle). Deux formes de déviations (le refus de la sexualité pour Camille, l'homosexualité pour son partenaire) forment une entente pour souscrire *en apparence* à la norme dominante de conjugalité hétérosexuelle. Si la puissance de l'hétéronormativité comme régime est manifeste dans ce bricolage, est aussi affirmée la capacité des acteur·ices à s'inventer des marges d'autonomie au sein même de ce carcan normatif. Par ailleurs, le comportement irrationnel de Camille, qui fait compulsivement des tests de grossesse alors qu'elle n'a *objectivement* aucune raison d'être enceinte, n'a en réalité rien de surprenant. Camille a été enceinte sous DIU et sa grossesse a complètement remis en cause sa foi dans la contraception : l'occultation de la sexualité fait que la cause des grossesses est attribuée à une défaillance contraceptive avant même d'être imputée à un rapport sexuel !

Cette irrationalité n'est donc qu'un symptôme des normes sexuelles et contraceptives dominantes.

Ces solutions radicales d'esquive de la sexualité ne frappent pas au hasard. Elles concernent des personnes qui 1/ont énormément souffert physiquement de leur IVG et 2/ ont vécu une stigmatisation importante. Cindy estime par exemple qu'elle a « un seuil de douleur ultra élevé de base », qu'elle est « quelqu'un qui n'a pas mal, qui sait pas ce que c'est, trop, la douleur » (elle me raconte avoir eu une pyélonéphrite⁹, pathologie réputée pour faire « plus mal qu'un accouchement » et n'avoir eu « qu'un peu mal dans le dos »). Mais l'IVG lui laisse un souvenir terrible :

Du coup ils ont fait un curetage, et ils m'ont renvoyée chez moi. Sans jamais prévenir que la douleur que ça engendrait était juste atroce. [...] Ce soir-là j'étais restée clouée sur le lit, paralysée jusqu'au petit orteil, à plus pouvoir ne serait-ce que prendre les médocs qui étaient par terre. Et je me souviens j'avais la chambre de mon frère juste à côté, et je me souviens j'avais pris le premier truc qui m'était tombé sous la main pour l'envoyer sur le mur, pour le réveiller, ça l'a jamais réveillé [rire] pour lui dire de me donner un Doliprane parce que j'étais vraiment très très mal.

Camille aussi estime que son IVG a été une des expériences physiques les plus douloureuses de sa vie : elle a eu une infection importante après l'IVG et personne n'a prêté attention à sa douleur. Elle aussi compare avec d'autres expériences physiquement difficiles :

Non, non... franchement c'était hyper violent, en fait. Vraiment. J'ai eu pas mal de truc tu vois, [...] bah par exemple, quand j'étais petite je me suis par exemple coincé le pied dans la roue de la moto de mon père, dans le pot d'échappement, j'ai eu le pied complètement tordu, brûlé au troisième degré et tout... et [...] tu vois, j'ai le souvenir de moi perdant beaucoup de sang, machin, mais... l'IVG ça a rien à voir avec une perte de sang habituelle. Déjà c'est du sang noir. C'est des caillots sombres, gluants, ça a quelque chose de répugnant, qui m'a hyper dérangée. Et après j'ai été mal à l'aise avec mon corps.

Cindy et Camille ont ainsi vécu l'IVG comme une expérience aigüe de la douleur corporelle et ni l'une ni l'autre n'a été accompagnée dans cette douleur : Cindy avorte sans le dire à sa mère, ne parvient pas à réveiller son frère, n'est pas soutenue par son partenaire ; Camille avorte enfermée dans sa chambre tandis que sa sœur a invité une amie, que sa mère est sortie faire des courses et que son copain, resté dans la ville où elle étudie, révise ses examens. Mais outre cette douleur et cet isolement, Cindy et Camille ont été exposées à la stigmatisation : Cindy a été stigmatisée par les médecins et par sa mère (voir 5.2) ; Camille vient d'une famille où les incitations à la maternité sont très fortes, comme on l'a vu plus haut. Le refus de la sexualité et du couple après l'avortement concerne ainsi des situations qui articulent douleur physique et expérience du stigmaté.

⁹ Une infection urinaire aigüe au niveau des reins, extrêmement douloureuse.

D'une façon plus générale encore, il semble que le plaisir pris (ou non-pris) ne pèse pas lourd par rapport à ses conséquences. Cynthia (17 ans, lycéenne, IVG à 17 ans en 2017) est tombée enceinte sous pilule sans l'avoir oubliée (elle pense l'avoir vomie) :

J'ai une grosse peur de retomber enceinte parce que je me dis, si c'est arrivé une fois, ça peut arriver deux fois... et d'un côté on peut pas non plus pas avoir de vie sexuelle, et d'un autre côté on se dit mais "est-ce que ça en vaut vraiment la peine". [...] C'est pas ces quinze minutes qui valaient ça en fait !

La grossesse non prévue rend d'autant moins acceptable l'absence de plaisir ressenti pendant le rapport : « je suis désolée pour lui, mais c'est pas quelqu'un avec qui j'ai pris le plus de plaisir dans la relation on va dire, sexuellement » admet Tiphany (35 ans, psychologue, IVG à 35 ans en 2017).

Pourtant, malgré toutes ces difficultés sexuelles après l'IVG (et le plaisir limité avant l'IVG), aucune enquêtée rencontrée ne fait une sortie de rôle radicale. Effet de la « contrainte à l'hétérosexualité » décrite par Adrienne Rich (1981), ni le lesbianisme ni l'abstinence durable ne sont envisagées comme alternatives possibles : « on peut pas non plus pas avoir de vie sexuelle », c'est-à-dire, au fond, on ne peut pas ne pas coucher avec les hommes ; car cela priverait en même temps des bénéfices sociaux de la conjugalité.

L'*auto-stigmatisation* non pas de la *sexualité* mais au contraire des *difficultés et des refus sexuels* est ainsi la conséquence directe du système hétéronormatif qui a appris aux femmes que leur valeur sociale se joue d'abord dans et par la conjugalité avec un homme. Dans le même temps – effet des injonctions contradictoires – *l'auto-stigmatisation implicite du plaisir féminin*, ou *a minima* la priorité donnée à la pénétration, limite les possibilités de négocier des scripts sexuels alternatifs, c'est-à-dire non-pénétratifs. Les ambivalences en matière de sexualité se lisent ainsi dans les affects (émotionnels et corporels) que décrivent les femmes et une fois encore, la dimension récréative du sexe – le désir et le plaisir pris – arrive en queue de peloton des préoccupations sexuelles des avortées.

*

Que l'*auto-stigmatisation des difficultés et refus sexuels* surpasse l'*auto-stigmatisation sexuelle* n'a rien de surprenant, dans la société contemporaine où les injonctions à la sexualité conjugale (si ce n'est épanouie) sont incessantes (Clair, 2023). Le peu de cas que les avortées font de leur absence de plaisir et même des douleurs ressenties pendant les rapports montrent combien les injonctions à la disponibilité sexuelle sont fortes et le chemin vers la récréativité au féminin encore long. *In fine*, la seule voie pour échapper à cette auto-stigmatisation contradictoire serait celle qui remet en cause le postulat selon lequel l'amour romantique ne va

pas sans le coût... ce qui équivaut à un bouleversement profond des rapports de genre en vigueur.

8.3 Égoïste ? Une auto-stigmatisation contestée du refus de maternité

Si en matière de sexualité, les injonctions contemporaines sont contradictoires, c'est également le cas s'agissant de la maternité (voir chapitre 6). Ces injonctions contradictoires complexifient les conditions de l'auto-stigmatisation : il ne s'agit plus seulement de 1/ être exposée à la norme 2/ la considérer comme légitime et 3/ se sentir concernée par la déviance. Cela implique plutôt 1/ d'être exposée à des normes contradictoires (ne pas refuser la maternité / ne pas devenir mère dans de mauvaises conditions) 2/ de hiérarchiser ces normes contradictoires (c'est-à-dire faire prévaloir une légitimité normative sur une autre) 3/ estimer que l'on a enfreint la norme que l'on considère la plus légitime. Pour éviter de s'auto-stigmatiser, il suffit donc, à l'étape 2, de considérer comme plus légitime *la norme que l'on n'enfreint pas* (ou que l'on enfreint moins). Cette concurrence normative explique que l'auto-stigmatisation du refus de maternité soit en apparence très limitée.

Pour étudier cela en détail, je m'appuierai dans ce qui suit sur le travail de Sri Devi Thakkilapati, une sociologue américaine dont la thèse porte sur les stratégies de gestion du stigmate des avortées (2009). Celle-ci identifie trois types de féminité performées pour affronter la stigmatisation de l'avortement et la façon dont les femmes acceptent ou contestent les normes de genre dominantes. L'affirmation d'une *féminité paria* consiste à mettre en avant toutes les façons de déroger à ce que nous nommons en France les normes procréatives. Cette féminité paria ne remet pas en cause les normes de maternité et elle n'est que temporaire. Elle peut devenir une *féminité complice* qui, en temps voulu, se rapproche au maximum des normes dominantes (mais n'est pas une *féminité hégémonique*, puisque l'IVG reste disqualifiante). Ces types de performance de la féminité embrassent les normes procréatives dominantes (elles se différencient seulement dans la capacité des femmes à y souscrire ou non). Mais S. D. Thakkilapati montre qu'une troisième identité, qu'elle nomme *féminité alternative*, peut se construire : et celle-ci suppose de contester les normes de genre en vigueur. Dans tous les cas, l'auto-stigmatisation est limitée, mais elle l'est pour des raisons qui diffèrent profondément.

8.3.1 « Féminités parias » : refuser d'être une « mauvaise mère »

La première raison qui évite l'auto-stigmatisation du refus de maternité est la mise en évidence, par les avortées elles-mêmes, de leur incapacité à enfanter comme il se doit. Dit autrement, elles sont déviantes, certes, mais pour de bonnes raisons : une incompétence maternelle auto-déclarée ou une préoccupation supérieure pour le bien-être de l'enfant hypothétique.

« Un bébé qui fait des bébés » : mettre en avant son incompétence maternelle

Dans les entretiens, cela se traduit par une présentation du soi d'alors en mère incapable : « je pouvais pas être enceinte parce que dans ma tête j'étais pas une maman » me dit Alison (24 ans, doctorante en sciences expérimentales, IVG à 21 ans en 2014). Valentine (28 ans, relectrice, IVG à 17 ans en 2009) cite un extrait du film *La Boum*¹⁰ :

A un moment donné, sa mamie elle lui dit « tu sais à 14 ans, y'a des bébés qui font des bébés » ou « y'a des enfants qui font des enfants » [...] et du coup c'est une phrase qui m'est restée ce truc là... Et du coup... Ouais, j'aurais pu être un bébé qui fait des bébés. Mais j'ai pas envie d'être un bébé qui fait des bébés.

L'incompétence maternelle est parfois mise en scène avec exubérance. Romane (25 ans, comédienne au RSA, IVG à 24 ans en 2017) me raconte sur un mode cartoonesque un épisode au centre d'IVG :

Romane : [Ma pote] m'a dit de penser à te raconter un truc drôle. Attends, je vais voir si je trouve le truc. [Elle se lève et va chercher un jouet qui se compose d'une baguette jaune avec, au-dessus, un canard en plastique fixé sur un ressort, qui remue quand on agite la baguette]. Alors, ça c'est mon pote, il s'appelle Robert [elle montre le canard sur la baguette, qui couine un peu quand elle le secoue].

Laurine : Bonjour Robert ! [rire]

Romane : Il fait des bulles ! Bon, on s'en fout. L'histoire drôle... [...] Ma pote m'a accompagnée [au centre d'IVG], et le matin, on a pris Robert [rire]. Et je me souviens on était assises, on attendait que la sage-femme vienne me chercher, et puis y'avait d'autres nanas aussi qui avortaient et puis ma pote elle était comme ça [Elle agite Robert-le-canard qui couine]... C'était n'importe, quoi on était un peu scandaleuses quoi... On a essayé de faire gaffe, parce que y'avait quand même d'autres nanas et puis bon... on s'est dit chacune ses histoires, y'en a sûrement pour qui c'était beaucoup plus difficile [...]. Mais du coup y'a un moment, on attendait, et là elle me fait [elle agite encore le canard en mimant la scène et chuchote] « et du coup tu sais pourquoi tu avortes ? » [agite le canard, reprend sur le même ton] « parce que c'est toi l'enfant ! Regarde ! » [rire]. Et c'était hyper drôle en fait ! Et ça m'a fait vachement de bien de me rappeler

¹⁰ Sorti en 1980, réalisé par Claude Pinoteau, ce film célèbre a lancé la carrière de Sophie Marceau.

que... Bah que c'est pas moi l'enfant mais... Tu vois... Je me suis pas encore assez occupée de moi pour pouvoir m'occuper de quelqu'un d'autre, et ça c'était un peu la symbolique de ça.

Romane met en scène, dans son récit, cette « féminité paria » (« on était un peu scandaleuses ») dont elle se réclame, par rapport aux « autres nanas » pour qui l'avortement est plus difficile. Ce faisant, elle « s'identifie elle-même comme ayant une performance de genre inappropriée et par conséquent comme incapable de materner¹¹ » (Thakkilapati, 2009, p. iii). Romane met aussi en avant son envie de « s'occuper d'elle-même » : en cela, elle rejoint en partie les aspirations de la *féminité alternative*, où l'épanouissement est pensé en dehors des modèles dominants. Mais cette aspiration reste subordonnée à un objectif supérieur à terme : « s'occuper de quelqu'un d'autre ».

« Et puis même pour lui... » : avorter au nom du bien-être de l'enfant hypothétique

Si les femmes peuvent invoquer leur incompétence temporaire à être mères sans s'auto-stigmatiser, c'est parce qu'elles peuvent par ailleurs mettre en avant une « loyauté supérieure » (Cockrill et Nack, 2013) qui a trait au bien-être de l'enfant potentiel. Au CIVG2, une jeune femme de 31 ans, déjà mère d'une petite fille de 5 ans, a été par exemple victime de violences conjugales. Elle a quitté le père de sa fille et a déménagé à plusieurs centaines de kilomètres pour se mettre à l'abri. Enceinte de son nouveau compagnon, elle juge leur situation trop précaire : ils sont en train de faire construire une maison, elle commence tout juste à se stabiliser professionnellement (elle vient d'ouvrir son propre salon de coiffure qui lui demande beaucoup de temps et d'énergie), se fait aider par sa propre mère pour garder sa fille. Elle estime que son choix de l'IVG est altruiste : « Si j'avais été égoïste, j'aurais gardé mon bébé parce que nous on est comme ça les femmes ». Les égoïstes, dès lors, ne sont pas celles qui refusent d'enfanter mais celles qui font des enfants n'importe comment. Ainsi certaines femmes « affirment qu'il serait préférable pour l'enfant de ne pas naître¹² » (Furedi, 2001, p. ii30).

Le contre-modèle de la jeune fille qui fait des enfants trop tôt est alors mobilisé pour légitimer l'avortement – Noéline (20 ans, serveuse, IVG à 20 ans en 2018), par exemple, considère que sa cousine qui a eu un enfant à 18 ans parce qu'elle a renoncé à avorter est une figure de maternité repoussoir. De même Inès (27 ans, ingénieure, IVG à 20 ans en 2010 et 26 ans en 2016), en soulignant les mauvaises conditions pour élever un enfant, ne fait que renforcer par contraste les bonnes conditions auxquelles il faut souscrire :

¹¹ "They identify themselves as performing gender inappropriately and as therefore incapable of mothering"

¹² "Some argue that it would be better for the child if it were not"

En plus, le pire, c'est que j'en veux. Je veux des enfants. Et j'ai réussi à me réconcilier avec cette idée parce que j'en voulais plus, pendant longtemps. Je disais non, je veux pas, et puis la grossesse l'horreur... [...] Plus d'autres considérations purement écolo, purement sociétales, comment élever un gamin dans la société dans laquelle on vit. Mais je me suis réconciliée avec l'hypothèse d'avoir des enfants un jour. Mais du coup, je veux le faire bien. Je veux ME donner les moyens de LEUR donner les moyens. Et aujourd'hui ... Enfin y'a tellement de gamins qui sont en galère, je sais pas... Moi je suis enfant de parents divorcés, la plupart de mes potes aussi, enfin tu vois... j'ai été... J'ai un ex qui a été élevé juste par sa mère et sa grand-mère... Enfin c'est tellement des conditions pourries ! Tu vas pas te mettre dedans volontairement ! C'est un peu dommage je trouve. Et irresponsable. Pour le coup.

Le discours d'Inès pour légitimer son recours à l'IVG passe ainsi par l'affirmation de son soutien massif aux normes procréatives dominantes, en stigmatisant notamment les familles recomposées et monoparentales. Les « féminités parias » se construisent ainsi à l'intérieur des normes en vigueur qu'elles renforcent par contraste. Mais si cette identité peut être endossée à moindre coût, c'est parce qu'elle *n'est que temporaire* et appelée à céder la place, dans le temps, à une *féminité complice*, qui adhère aux normes dominantes.

8.3.2 « Féminités complices » : ne refuser la maternité que provisoirement

La très grande majorité des enquêtées estime vouloir des enfants *un jour*, quand les conditions seront réunies. La mise en avant de l'incompétence maternelle *au moment de l'IVG* s'accompagne de la conviction de l'acquisition des compétences attendues *plus tard*. Le « refus de maternité » n'est donc pas auto-stigmatisé parce qu'en réalité, pour nombre d'enquêtées, il n'est pas question d'un *refus* mais d'un *report*. Et ce report permet de prendre le temps d'acquérir les compétences manquantes, comme le suggère Diane (30 ans, étudiante en médecine, IVG à 30 ans en 2018) :

J'ai lu qu'il y a beaucoup de gens qui prennent la décision de faire un gamin un peu inconsciemment. Je pense que c'était mon cas. Et au final, je pense que si tu veux bien vivre ta grossesse et ensuite bien vivre ta maternité, bah c'est pas mal, de prendre la décision de manière plus aguerrie.

L'idée de fond est que l'avortement permet d'être, plus tard, « une meilleure mère » –ou, pour celles qui ont déjà des enfants, d'être davantage disponibles pour eux et de s'en occuper intensivement (Becker, 2019). Dans un cas comme dans l'autre, il est question, grâce à l'avortement, de mieux souscrire aux normes procréatives, et notamment à la norme de maternité planifiée et désirée, comme le rappelle Férouze (42 ans, aide-soignante, IVG à 26 en 2003 et 30 ans en 2007) :

Y'en a plein qui [...] font des enfants malheureux aujourd'hui parce que c'est pas des enfants qui étaient désirés et voulus, c'est des enfants qui ont... Mais un enfant, c'est pas quelque chose

qu'on peut imposer à quelqu'un. Quand on a un enfant, on le fait à deux. L'accident, je le préconise pas en fait !

Les femmes ont ainsi la capacité de refuser le script de l'égoïste et d'écarter la culpabilité sans pour autant remettre en cause leur rapport à la maternité. Au CIVG2, par exemple, la conseillère conjugale reçoit une jeune femme d'origine maghrébine de 27 ans, venue avec son compagnon qui attend dans la salle d'attente. Musulmane qui « vit avec son temps », elle est en couple depuis moins d'un an et ne vit pas avec son partenaire, travaille dans la vente mais vient de reprendre des études de droit car elle espère devenir avocate. Son compagnon « aurait été d'accord si [elle] avai[t] insisté, mais [elle] ne le sen[t] vraiment pas ». Si elle estime que la décision est difficile (« c'est douloureux quand même, je mens pas »), elle trouve néanmoins que sa décision est la bonne car, s'agissant de maternité, elle veut pouvoir pleinement s'investir et être « bien préparée » : « pour être maman je veux y être à cent pour cent [...] l'appeler un accident, je veux pas. J'espère ne pas le regretter... » [CIVG1, février 2016].

C'est cette façon de souscrire aux normes de maternité et de les appeler de ses vœux que Sri Devi Thakkilapati nomme *féminité complice*. Elle s'inspire en cela du travail de Raewyn Connell. De même que la *masculinité complice* prête allégeance à la *masculinité hégémonique* sans réussir à l'égaliser (Connell, 2014 ; Connell et Messerschmidt, 2015), la *féminité complice* souscrit aux normes de féminité hégémonique relatives à la maternité et cherche à s'en rapprocher. Dit autrement, si les femmes refusent la maternité aujourd'hui, c'est pour l'accueillir demain, voire : pour *mieux* l'accueillir demain. En cela, les avortées sans enfant ne sont que *ponctuellement* déviantes et la *féminité paria* (présente) porte en elle la *féminité complice* (future). Dans ces deux cas de figures, donc, l'auto-stigmatisation du refus de maternité ne prend pas : il ne s'agit que d'un ajournement pour, plus tard, faire mieux.

8.3.3 « Féminités alternatives » : défendre son autonomie

Ce refus de l'auto-stigmatisation souscrit pleinement aux normes procréatives. Mais il est possible aussi que l'absence d'auto-stigmatisation les conteste. Dans ce cas de figure, que Sri Devi Thakkilapati nomme « féminité alternative », les avortées « proposent des constructions alternatives du genre dans lesquelles l'avortement est considéré comme un choix acceptable¹³ » (2009, p. iii). Dans cette configuration, l'avortement est légitimé au motif que les femmes doivent prioriser leur propre vie ou d'autres considérations que la maternité. Toutes les situations où les femmes (mais aussi les couples) mettent en balance leurs envies prioritaires

¹³ "offer alternative constructions of gender in which an abortion is considered an acceptable choice and construct"

(voyager, se reconverter, faire construire une maison, etc.) par rapport à la parentalité rendent compte de cette tension entre les injonctions à la parentalité d'une part et les injonctions à l'accomplissement de soi d'autre part. Dès lors, les raisons du refus de maternité ne sont ni des « justifications » ni des « excuses » (comme certains travaux sur l'*abortion stigma* le présentent¹⁴) mais bien une « description de l'avortement comme socialement légitime¹⁵ », les aspirations personnelles (ne pas vouloir d'enfant, préférer investir sa carrière ou ses relations, etc.) étant présentées comme « des alternatives acceptables et, même, plus légitimes que la poursuite d'une grossesse particulière¹⁶ » (Beynon-Jones, 2017, p. 231).

Beaucoup d'exemples ont été détaillés au chapitre 6, mais la situation paradigmatique de la « féminité alternative » concerne les femmes minoritaires qui ne veulent pas du tout d'enfant (ou hésitent). Celles-ci retournent à leur avantage l'accusation d'égoïsme. Pauline (25 ans, rédactrice free-lance, IVG à 19, 24 et 25 ans) et son compagnon, par exemple, ne veulent pas d'enfant pour des raisons écologiques :

Moi des enfants je suis un peu partagée, j'en ai pas envie maintenant parce que... j'ai un peu des idées radicales là-dessus. J'estime qu'on est trop nombreux sur terre, et c'est pour ça que j'ai pas envie d'enfant, et j'ai pas envie d'offrir cet avenir-là à un enfant, parce que ça serait égoïste.

À l'heure où les craintes relatives à la surpopulation et l'épuisement des ressources occupent une place de plus en plus importante dans le débat public, l'accusation d'égoïsme est renvoyée frontalement à celles et ceux qui veulent des enfants (Tillich, 2020, §12), quoiqu'elle puisse masquer d'autres raisons plus intimes mais perçues comme moins légitimes, comme l'envie de se prioriser.

L'absence de prise en compte du risque de surpopulation n'est pas la seule raison à l'accusation d'égoïsme parental. Sont aussi désignés comme égoïstes par les sans enfants par choix ceux et celles qui feraient des enfants *pour leur propre satisfaction* (Debest, 2019, § 111) Gaëlle (46 ans, dessinatrice, IVG à 46 ans en 2018), qui n'a pas et ne veut pas d'enfant, se dit ainsi incapable de comprendre les gens « qui n'arrivent pas à avoir d'enfants et qui s'acharnent à tout prix avec des traitements ». Elle voit dans la parentalité une façon de valoriser son propre ego :

Reproduire un petit moi, tu vois, un petit soi, qui te ressemble, c'est ton enfant, c'est ta chair, c'est ton... Y'a un truc tellement égotique aussi. [...] Je trouve qu'il y a tellement un truc de reproduction de soi. Genre « Mon enfant, mon enfant oh et pis il est intelligent ! ». Le pire, une

¹⁴ Par exemple dans (Cockrill et Nack, 2013) : "They rationalized why the abortion happened and why it was a legitimate behavior, despite its taboo. Two ways of rationalizing included excuses and justifications. Excuses allow women to avoid the label of "irresponsibility"; whereas, justifications serve women who accept responsibility for their abortions but deny the wrongfulness of the act, therefore denying any negative devaluations of moral character. Excuses and justifications appeared with high frequency in the abortion narratives."

¹⁵ "describe having an abortion as socially legitimate"

¹⁶ "as valuable and, indeed, more legitimate alternatives to continuing with a particular pregnancy".

fois, j'ai retrouvé une copine comme ça par hasard, je l'avais pas vue depuis longtemps, elle m'a parlé de son fils pendant 20 minutes, qui était super bon à l'école, qui avait des notes incroyables en maths, il était trop génial son fils [ironique]. Tu as envie de lui dire, bon, ça va quoi ! En plus elle se rendait même pas compte de l'égoïsme qu'il y avait dans tout ce qu'elle me disait sur son fils.

Là encore, l'auto-stigmatisation du refus de maternité ne prend pas. Elle est au contraire remplacée par une *stigmatisation en miroir de la maternité* elle-même, qui met au travail les normes de genre dominantes.

*

La typologie proposée est bien entendu idéal-typique et aucune de ces trois constructions de la féminité n'est « pure ». Les femmes qui repoussent la maternité parce qu'elles se sentent (sur le moment) incapables (*féminité paria*) le font en partie pour faire mieux plus tard (*féminité complice*) mais aussi en partie pour elles-mêmes (*féminité alternative*). Elles peuvent aussi, en entretien, choisir de mettre en avant le discours légitime de la féminité complice, en étant, au fond, davantage convaincues par celui de la féminité alternative, ou inversement. Quoiqu'il en soit, si *l'auto-stigmatisation du refus de maternité* est mise à distance, c'est pour des raisons très diverses et ces raisons sont entre elles contradictoires, car elles font valoir des régimes de légitimité différents. Du côté des aspirantes à la maternité, le refus n'est pas stigmatisé puisqu'il n'existe pas en tant que tel : il n'est que report, en attendant de pouvoir performer les normes de genre dominantes associées à la maternité. Pour celles qui ne veulent pas d'enfant ou ne sont pas sûres d'en vouloir, le refus de maternité est présenté comme une posture morale juste, au nom de l'autonomie individuelle (voire de considérations écologiques). Mais l'auto-stigmatisation du refus de maternité n'est pas absente pour autant de mon corpus : on a vu plus haut qu'elle renforce par exemple *l'auto-stigmatisation de l'échec contraceptif*. Mais c'est dans son articulation avec *l'auto-stigmatisation de « l'atteinte à la vie »* qu'elle transparait le plus.

8.4 Meurtrière ? Une auto-stigmatisation de « l'atteinte à la vie » tributaire du rapport à la maternité

Pour que l'auto-stigmatisation de « l'atteinte à la vie » ait lieu, il faut 1/ que les femmes soient exposées à l'humanisation de l'embryon 2/ qu'elles souscrivent à l'idée que cet embryon est un enfant en puissance et 3/ qu'elles estiment avoir en effet empêché la naissance de « cet enfant ». Au chapitre 7, on a commencé à voir que les représentations de la grossesse des femmes ne se déduisent pas directement de l'exposition au stigmat, mais plutôt de leur positionnement relativement à la maternité. Je voudrais ici détailler ce résultat, pour mettre en évidence les conditions sociales de la (non)-humanisation du début de grossesse.

8.4.1 L'avortement comme remède à un trouble corporel : absence d'auto-stigmatisation de « l'atteinte à la vie » et absence de projection dans la maternité

Une première catégorie d'avortées ne considère pas la grossesse autrement que comme un problème corporel auquel il faut remédier au plus vite. Si l'assimilation de la grossesse à un enfant en puissance n'opère pas, c'est parce que la poursuite de grossesse se présente comme absolument inenvisageable.

« Comme si je n'étais pas enceinte » : d'insupportables signes de grossesse

De nombreuses enquêtées vivent le début de la grossesse non prévue non pas comme la possibilité d'une maternité mais plutôt comme l'expérience de troubles corporels désagréables auxquels il faut mettre fin au plus vite. Parce que les signes de la grossesse ne sont pas vécus selon le script de l'enfant-en-devenir, ils s'avèrent difficilement supportables. Nina (32 ans, travailleuse sociale, IVG à 32 ans en 2017) raconte par exemple qu'elle « mange des frites alors qu'[elle] aime pas du tout les frites » et que cela « la dérange » : « je ne souhaite pas être enceinte, et pour le coup y a mon corps il y a déjà tous les symptômes et ça c'est assez dérangeant ». Mais les désagréments peuvent être plus conséquents : Elisabeth (25 ans, service civique dans une association culturelle, deux IVG à 21 ans en 2014 et une à 25 ans en 2018) évoque longuement « son écœurement » qui faisait « de [son] quotidien un cauchemar horrible » ; Hélène (28 ans, étudiante sage-femme, IVG à 23 ans en 2011), qui reste enceinte trois semaines avant de pouvoir avorter, a des « nausées en continu », ne supporte plus certaines odeurs et est si fatiguée qu'elle passe son temps à somnoler, etc. Tous ces signes de la grossesse sont vécus sur un mode pathologique et les femmes, parfois, refusent de les prendre en considération. Ainsi, malgré ses nausées et sa fatigue, Hélène ne se résout pas à modifier son quotidien :

J'aurais dû lâcher l'affaire et puis manger du riz blanc pendant trois semaines et puis c'est tout quoi, 'fin c'était le seul truc qui passait. Sauf que moi je voulais continuer à m'obstiner à manger normalement [...] et plutôt que de lâcher et dire « pas grave bon pendant trois semaines, je vais manger ce qui me fait envie au moment où ça me fait envie et puis arrêter d'essayer de me caler sur cette espèce d'habitude... » non, j'ai pas eu ce bon sens-là. Et du coup c'était tendu parce que ouais, c'était désagréable. Être enceinte ouais, j'étais vraiment crevée, et puis professionnellement [...] je pouvais pas lâcher le boulot, je pouvais pas dire [...] « écoutez là je suis enceinte donc je vais ralentir un peu »... Enfin, si j'avais été enceinte, je pense que je me serais autorisée ! [rire]

« Si j'avais été enceinte » : ce qui apparaît – et c'est également redondant dans les entretiens – c'est que les femmes, parce qu'elles n'investissent pas la grossesse émotionnellement, ne se considèrent pas comme *authentiquement* enceintes. Tiphany (35 ans, psychologue, IVG à 35 ans en 2017), à propos d'une éventuelle future grossesse, dit par exemple « quand je serai enceinte » comme si elle ne l'avait jamais été ; Adélaïde (27 ans, chargée de mission dans l'environnement, IVG à 26 ans en 2017) se refuse à employer le terme de grossesse : « pour moi dans ma tête j'ai jamais été enceinte, clairement ! ». Plusieurs autres enquêtées évoquent le moment où elles seront « *vraiment* enceintes », comme si, en avortant, elles ne l'avaient pas *vraiment* été. Ainsi, pour le dire dans le vocabulaire de Luc Boltanski (2004), le fœtus qui n'est pas « confirmé par la parole » (c'est-à-dire investi du projet parental), n'est pas un *fœtus authentique* : il reste un *fœtus tumoral* et en cela relève du désagrément physique auquel il faut remédier dans les plus brefs délais – la seule exception, dans mon corpus, est Romane (25 ans, comédienne au RSA, IVG à 24 ans en 2017) (voir plus haut).

« *Juste enlever ce truc à l'intérieur de moi* » : l'IVG comme remède

Cette conception de la grossesse comme un *problème corporel* fait de l'IVG une solution et même un *remède* aux troubles constatés. C'est particulièrement vrai pour les femmes enceintes très jeunes et qui avortent dans les premières semaines de grossesse. Valentine (28 ans, relectrice, IVG à 17 ans en 2009) raconte que « ça a été... hyper froid, hyper rationnel... Je me suis pas dit que c'était un... un être vivant... un être humain qui était à l'intérieur de moi, enfin pas du tout, c'était pas du tout ça, c'était une petite framboise je disais ». Ophélie (19 ans, étudiante en DUT, IVG à 18 ans et demi en 2018), qui a « regardé [sur internet] comment c'est à 6 semaines... » en conclut que « c'est vraiment rien du tout » et qu'elle a « pas trop la culpabilité non plus par rapport à ça ». Julia (26 ans, auxiliaire de vie scolaire, IVG à 18 ans en 2010 et 25 ans en 2016) ne « [voulait] pas du tout le garder » et ne s'est « jamais posé la question » parce qu'elle « [voulait] juste enlever ce truc à l'intérieur [d'elle] ». Lorsque la possibilité de devenir mère immédiatement n'existe pas dans l'esprit des femmes rencontrées, l'avortement est présenté comme une façon de recouvrir un état de santé ordinaire. Mélanie (26 ans, étudiante en sciences sociales, IVG à 21 ans en 2013) explique :

Alors moi j'ai même pas envisagé la possibilité qu'il y ait une alternative à l'IVG en fait. Moi c'était l'IVG ou rien en fait. J'ai même pas... C'est marrant parce que c'est un truc... Enfin quand j'étais plus jeune, j'avais déjà pensé qu'est-ce que je ferais si j'étais enceinte et tout machin, et je m'étais dit que j'hésiterais sûrement beaucoup, à le garder et tout machin. Mais c'est même pas un truc qui m'a traversé l'esprit. En fait, quand je me suis rendu compte que j'étais enceinte, ça a été tout de suite « non là, il faut que je m'en débarrasse en fait. Il faut que j'arrête ça ». Ouais pour moi c'était vraiment... C'était limite ... Enfin j'ai même pas envisagé ça comme une

grossesse. En fait moi pour moi j'étais malade et mon corps il était malade, enfin tu vois le truc ?
C'était affreux.

On pourrait formuler l'hypothèse que *l'auto-stigmatisation* de « l'atteinte à la vie » suit la même trajectoire que la *stigmatisation* de « l'atteinte à la vie » : c'est-à-dire qu'elle augmente avec l'avancée de la grossesse. C'est en partie vrai, au sens où nombre de femmes sont rassurées d'avorter au plus vite, quand la grossesse est « un petit truc » : « je veux que ça reste tout petit petit petit petit, parce que dans ma conception des choses c'était un amas de cellules, point. Je crois que j'aurais pas pu attendre, j'aurais pas pu laisser la grossesse grandir, clairement » (Tiphany, 35 ans, psychologue, IVG à 35 ans en 2017). Mais une telle analyse est insuffisante : Hélène, Romane ou Adélaïde avortent par aspiration après 8 semaines de grossesse et elles n'humanisent pas l'embryon pour autant. Ce qui est déterminant, ce sont donc bien les projections – et en l'occurrence l'absence de projection – dans la maternité.

Dans ces circonstances, pouvoir avorter – surtout pour celles qui restent enceintes plusieurs semaines après la découverte de la grossesse – est présenté comme une « libération » (le terme est employé par Hélène, par Adélaïde, etc.) et/ou « un soulagement » (l'expression revient également d'un entretien à l'autre). L'IVG achevée permet le retour des affects positifs. Quand le corps n'est pas mis en récit comme corps enceint ou corps maternel, mais comme corps *défaillant*, hors de son fonctionnement ordinaire, l'auto-stigmatisation de « l'atteinte à la vie » est ainsi absente, parce que les femmes réfutent l'idée que l'embryon est un enfant en puissance (bien qu'elles aient été exposées à cette rhétorique).

8.4.2 « C'est une forme de vie mais c'est pas un bébé » : une auto-stigmatisation limitée de « l'atteinte à la vie »

Dans d'autres circonstances, la conception de la grossesse comme enfant en puissance existe, mais sous une forme qui n'est pas maximale : la grossesse pourrait devenir un enfant mais à ce stade, elle ne l'est pas. Cette catégorie d'avortées se considère comme *vraiment enceintes*, mais *pas vraiment* d'un enfant, et produisent des discours qui montrent la pluralité des interprétations du début de grossesse et des degrés d'auto-stigmatisation associés. Coline (22 ans, enseignante, IVG à 22 ans en 2016) par exemple, qui a été très choquée de voir « une forme de bébé » lors de l'échographie, affirme néanmoins à sa grand-mère à propos de sa grossesse que « c'est pas un bébé mais une petite plante, il respire pas ». Cette ambiguïté reste très présente dans nombre de discours qui refusent de considérer la grossesse comme seul problème corporel : « il y a quelque chose qui est important, c'est tout cet aspect "c'est pas une dent de sagesse" quoi » (Alison, 24 ans, doctorante en sciences expérimentales, IVG à 21 ans en 2014).

D'autres relativisent en comparant l'interruption volontaire de grossesse aux interruptions spontanées (les « fausses-couches »). Férouze (42 ans, aide-soignante, IVG à 26 en 2003 et 30 ans en 2007) met l'accent sur la pluralité des issues possibles de la grossesse : « on veut te faire voir en fait que c'est déjà une vie qui est là. Mais en fait, ce n'est pas encore une vie, c'est juste un fœtus, c'est un embryon. C'est un peu... Tu peux faire une fausse couche, tu peux faire ci, tu peux faire ça, il y a plein de possibilités » – d'expérience, Férouze sait qu'une grossesse ne présume pas d'un enfant viable (elle a fait 4 fausses-couches et a perdu un enfant *in utero*). Diane (30 ans, étudiante en médecine, IVG à 30 ans en 2018) explique quant à elle :

Au final, il y a aussi ce truc qui me permet de banaliser ce que j'ai fait. C'est qu'il y a une grossesse sur cinq qui finit en fausse-couche avant le troisième mois de grossesse. 20% de chance. OK, j'ai senti vraiment des changements en moi, je me suis projetée. Je sentais que je n'étais plus complètement toute seule. Et c'est une forme de vie. Et voilà, tant pis... j'y ai mis fin. Mais c'est un amas de cellules quoi. On fantasme vachement les bébés mais... c'est pas un bébé. Et il y a tellement de chance que ça se passe mal, que ça se finisse avant même que tout soit arrivé.

Outre que, comme Férouze (aide-soignante en gynécologie), Diane travaille dans le soin (stage d'externat en gynécologie-obstétrique), elle aussi sait d'expérience que les fausses-couches sont fréquentes : sa mère, sa tante et ses trois grandes sœurs sont passées par là. Si son choix d'avorter est pour elle un renoncement, elle ne personnifie pas pour autant sa grossesse comme un « enfant perdu ». L'auto-stigmatisation de « l'atteinte à la vie » est ainsi limitée par la mise en balance avec la fréquence des fausses-couches¹⁷ – mais une telle comparaison est moins accessible aux femmes plus jeunes et/ou ne travaillant pas dans la sphère médicale, qui sont moins au fait de la banalité statistique des avortements spontanés.

Enfin, certaines femmes adhèrent partiellement à la rhétorique de l'avortement comme « retrait d'une vie » et s'en culpabilisent. Ony (31 ans, employée dans la restauration collective, IVG à 31 ans en 2018) par exemple, catholique pratiquante d'origine malgache, mais qui défend « la liberté de choisir », considère que sa grossesse non voulue est « la pire chose qui [lui] soit arrivée dans la vie ». Elle dit s'être sentie « coupable par rapport à l'embryon » :

Laurine : De quoi vous vous sentiez coupable ?

Ony : Peut-être que... Je me sens un peu coupable parce que c'est comme si moi, j'avais une vie. Je m'imagine si bah, peut être que moi, si mes parents ne m'ont pas voulue, je ne serais pas là, donc ça... Je me culpabilise un peu déjà de se dire que oui, je retire la vie, en fait. Même si

¹⁷ Là encore, la stigmatisation dépend de représentations sociales : en France, la fausse-couche est passée sous silence mais elle ne constitue pas un puissant motif de stigmatisation (encore que la question mériterait d'être davantage investiguée !). Il peut en être autrement dans des groupes sociaux où la valorisation de la fertilité rend l'avortement *involontaire* plus honteux que l'avortement *volontaire* : une enquête menée aux Etats-Unis montre par exemple que si les femmes blanches trouvent que l'IVG est plus fortement stigmatisée, les femmes noires et latinas, au contraire, estiment qu'une fausse-couche est plus stigmatisante (Bommaraju et al., 2016)

c'est encore un œuf ou une vésicule, mais je me culpabilise un peu par rapport à ça. Mais après, je pense à moi aussi parce que... il faut que je pense à mon intérêt.

Ici, c'est la socialisation catholique et l'intériorisation de la rhétorique sur le « respect de la vie » qui pousse Ony à s'auto-stigmatiser. Mais très vite, elle met cela en balance avec son écart à la norme procréative ; pour le dire autrement, elle met en avant sa « féminité paria » (son indisponibilité à la maternité), ce qui lui permet de ne pas (trop) s'auto-stigmatiser :

J'ai pas de situation, je peux pas élever un enfant. Je suis pas prête, j'ai pas les moyens, donc il vaut mieux faire ça que d'être dans des situations plus difficiles, encore plus dans la précarité. Ou j'espère quand même que je vais trouver du travail dans mon domaine que j'ai voulu. Mais pour l'instant, ce n'est pas possible. Je ne vais pas non plus être dans une situation plus délicate quoi. Et puis de donner, de faire l'enfant, de naître et que lui, il ne sera pas dans de bonnes conditions, dans la pauvreté ou je ne sais pas, dans des conditions plus difficiles. Et surtout que le garçon, oui, lui il voulait pas du tout d'enfant, il ne va pas le reconnaître, il ne va pas s'en occuper. Je ne vois pas l'intérêt. Pourquoi le garder ? Vous voyez, il y a tout ça. Donc, c'est pas... Pour moi personnellement que je fais ça, mais même si je me culpabilise, mais... Pour ne pas compliquer encore plus la vie.

L'auto-stigmatisation de « l'atteinte à la vie » est donc ici atténuée par l'absence d'auto-stigmatisation du « refus de maternité ». Dans son échelle de valeur, il est plus important, pour Ony de ne pas être une mauvaise mère que d'interrompre « la vie ». Deux formes d'auto-stigmatisation peuvent ainsi jouer dans des sens contraires et se contrebalancer. Ainsi, le stigmate lié à l'humanisation de l'embryon prend, mais de façon limitée : il est minoré par le début de grossesse et les arguments qui poussaient à l'IVG.

Mais la stigmatisation de « l'atteinte à la vie », pour nuancée qu'elle soit, n'est pas toujours mise à distance¹⁸. L'intériorisation de la rhétorique anti-IVG est bien réelle, comme pour Carole, à propos de sa deuxième grossesse (38 ans, avocate, IVG à 27 ans en 2007 et 36 ans en 2016) :

Laurine : Et cette culpabilité, du coup, tu saurais dire sur quoi elle porte exactement ?

Carole : [Hésite]. Non, je ne saurais pas exactement mettre en mots dessus. [Hésite] Si, y'a une forme de culpabilité.... Un peu inconsciente, d'avoir enlevé une vie, quand même. Mais qui est pas... si tu veux, au moment où j'ai avorté, je n'avais pas d'image mentale de ce que j'avais à l'intérieur de moi. Je ne m'étais pas fait d'images ou de représentations... Je crois que c'est pour se rassurer aussi. Je me disais « Bah non, là, c'est tout petit ». Finalement, c'est pas très grave, c'est ce qu'on se dit sur le moment pour en fait légitimer ce qu'on va faire, pour s'autoriser on va dire plutôt, vis-à-vis de nous-mêmes, de le faire. Et c'est après où on se sent coupable.

¹⁸ Cela est vrai y compris pour des personnes se revendiquant comme féministes : une amie doctorante en sciences sociales, enceinte sous stérilet, certaine de ne jamais vouloir d'enfant, a avorté en 2018. Elle me confiait, embarrassée, qu'elle s'était surprise à « s'excuser auprès de l'embryon » de l'enlever de son utérus. Un tel réflexe lui posait problème car il lui semblait contradictoire avec ses convictions féministes. Pourtant, l'intériorisation de la stigmatisation de « l'atteinte à la vie » n'a rien de surprenant dans la société française contemporaine où le discours anti-IVG mais aussi le discours médical sur la grossesse produit une forte humanisation de l'embryon.

Après : c'est-à-dire après s'être sentie mal, après avoir fait des recherches en ligne sur l'IVG et donc après avoir lu du contenu anti-avortement culpabilisant. Carole, pour faire face à son mal-être relatif à l'IVG, a en effet beaucoup cherché en ligne et en librairie du « contenu » sur l'avortement et a ainsi été confrontée à des témoignages publiés sur des sites anti-IVG. Partant, elle mobilise d'autant plus vite la rhétorique de « l'atteinte à la vie » qu'elle y a été exposée et, surtout, que ce discours constitue aujourd'hui le discours le plus visible et accessible pour expliquer le mal-être. Bien entendu, il ne s'agit à aucun moment de contester l'existence d'un mal-être lié à l'avortement : Carole a eu des troubles alimentaires post-IVG, s'est enfermée sur elle-même, etc. Mais l'origine de ce mal-être post-IVG est imputable à bien d'autres facteurs que le fait « d'enlever une vie ». En entretien, Carole évoque la peur « d'être jugée » ; le sentiment d'être « totalement décalée par rapport à ce qui se passait autour » (ses proches qui deviennent parents) ; et surtout, de façon massive, le *regret* de sa grossesse qu'elle souhaitait poursuivre, ce que son compagnon a fermement refusé (voir chapitre 6). Ainsi l'auto-stigmatisation de « l'atteinte à la vie » ne se met à prendre vraiment que lorsque les femmes auraient fortement voulu être mères, mais en ont été empêchées par leur partenaire et/ou par leurs conditions matérielles d'existence.

8.4.3 Des grossesses empêchées : les projections dans la maternité, condition (pas toujours suffisante) de l'auto-stigmatisation de « l'atteinte à la vie »

Cette condition est nécessaire, mais insuffisante : même chez celles qui auraient fortement souhaité poursuivre la grossesse, l'auto-stigmatisation de « l'atteinte à la vie » reste ambiguë et n'est pas systématique. Trois cas de figures émergent de mon corpus : celles qui se sont projetées dans la maternité, mais rationalisent ce désir précisément en n'humanisant pas le fœtus ; celles qui humanisent le fœtus, mettent en place des pratiques rituelles de deuil et parfois regrettent l'IVG, sans pour autant adhérer au portrait d'elles-mêmes en meurtrières ; celles enfin – une seule dans mon corpus – qui s'auto-stigmatisent très fortement en estimant avoir « tué leur bébé ». Et chacune de ces situations, bien sûr, est à mettre en lien avec la socialisation et la trajectoire sociale des femmes, mais aussi avec la distance temporelle entre l'IVG et l'entretien sociologique – plus cette distance est courte, plus les affects exprimés sont intenses.

« On a beau se dire que c'est des cellules, une fois qu'on l'a fantasmé, il est présent » : humaniser la grossesse en rejetant « l'atteinte à la vie »

Parmi les femmes qui projettent dans la grossesse la perspective d'un enfant, toutes ne se reprochent pourtant pas d'avoir « porté atteinte à la vie ». C'est même le contraire : la matérialité du corps peut permettre de rationaliser les affects relativement à la maternité. Pauline (25 ans, rédactrice free-lance, IVG à 19, 24 et 25 ans) « n'a pas réfléchi tellement » pour ses deux premières IVG : « je m'étais dit de toutes façons c'est pas le moment, je veux pas d'enfant et puis point à la ligne, je me suis pas posé 36000 questions ». Mais lorsqu'elle avorte pour la troisième fois, elle « s'en veut, un sentiment de honte terrible ». Parce qu'elle se « pose plein de questions », Pauline a « cherché des choses sur internet » et ainsi été exposée à la rhétorique qui, tout en humanisant l'embryon, renvoie en même temps les femmes à l'inévitabilité de l'identité maternelle. Nous échangeons quelques semaines après cette 3^e IVG :

Pauline : Bah en fait, c'est un jour ça va, un jour ça va pas. Il y a des jours j'ai l'impression que c'est un drame ce que j'ai fait, je suis plus bas que terre et je me hais finalement. Et le lendemain je relativise, et je me dis c'est pas grave, c'est juste une petite cellule c'est rien, c'est parti et puis c'est fini. [...]

Laurine : Et justement, ces jours où vous vous dites que c'est un drame, vous arrivez à identifier pourquoi ça serait un drame ?

Pauline : Parce qu'en fait j'extrapole. [Hésite]. En fait j'ai des images et je me dis, je suis comme ça physiquement, mon compagnon il est comme ça physiquement, qu'est-ce que ça donnerait, qu'est-ce qu'on peut partager avec un enfant ?

Pauline, ici, ne considère pas qu'elle aurait attenté à une vie humaine ; elle précise même, au contraire, qu'elle a « l'impression de faire du mal à [son propre] corps ». Et c'est la représentation physique du début de grossesse (« une petite cellule c'est rien ») qui l'aide à lutter contre ce qu'elle « extrapole » – ce à quoi la grossesse aurait pu mener. La culpabilité, ici, ne repose pas sur « l'atteinte à la vie ». Elle repose en fait sur le *refus* (pour la troisième fois) *de la maternité*. Or, Pauline, qui se définit comme « très romantique », en a une représentation particulièrement éclatante :

Je trouve ça super beau, une femme enceinte en fait, je suis hyper touchée quand je vois une femme enceinte, qui est lumineuse, et puis ça me fascine vraiment ! [...] Et j'ai l'impression qu'il y a un peu une sorte de culte, dans la pensée occidentale française, qui aide pas trop [...]. J'ai l'impression qu'il y a un culte de l'enfant, un culte de la naissance, et je pense que ça influe vachement sur cette idée un peu romantique, de dire que oui c'est magnifique c'est incroyable, c'est quelque chose qui doit arriver ! [...] Parce que après, aussi, je pense que je l'ai mal vécu parce que je me compare avec des femmes qui sont enceintes et qui ont eu des enfants récemment et qui sont tellement bien, tellement affranchies, épanouies, tranquilles dans leur tête, dans leur façon de voir les choses, et donc moi je trouve ça superbe, et je me mets en

parallèle avec ces personnes-là et je me dis mais moi j'en suis pas capable, je suis pas assez tranquille dans ma tête, pas assez détendue, pas assez mûre pour accéder à ça.

Idéalisation de la maternité à l'œuvre : l'accumulation de mélioratifs pour parler des nouvelles mères (affranchies, épanouies, tranquilles) tranche avec le portrait que Pauline fait de ce qu'elle considère comme ses propres incapacités (pas capable, pas tranquille, pas détendue, pas assez mûre) – là encore, « féminité paria ». Cela est renforcé par le fait que les « femmes enceintes » dont elle parle ici ne sont pas seulement des abstractions : à un autre moment de l'entretien, elle explique que sa meilleure amie (qu'elle connaît depuis ses 4 ans) est enceinte de plusieurs mois au moment de son avortement. Son soutien n'empêche pas Pauline de « se comparer », la divergence des trajectoires étant d'autant plus forte que la camaraderie est partagée de longue date et que nombre de rituels existentiels (adolescence, premières relations sexuelles, études, etc.) ont jusque-là été franchis ensemble. Ainsi, ce qui est difficilement supportable pour Pauline est son sentiment d'être renvoyée, de façon abstraite mais aussi très concrète, à cette « féminité paria », incapable de mater, alors qu'elle mesure à quel point enfanter fait acquérir aux femmes un statut et une reconnaissance sociale. Pauline se sent devenir déviante par rapport à ce qu'elle considère comme la norme ; car dévier de la norme, ce n'est pas seulement faire ce qu'il est interdit de faire (sortir de la norme). C'est aussi ne pas faire ce qui est attendu que l'on fasse (ne pas rentrer dans la norme).

Cette sorte de déviance *par défaut* devient de plus en plus manifeste à mesure qu'autour de soi, les pairs deviennent parents. Les injonctions peuvent être silencieuses mais, dans la comparaison aux autres, elles se font d'une évidence terrible. Car si avorter est une déviance *ponctuelle*, ne pas être mère passé un certain âge est une déviance *de (presque) tous les instants*. Et c'est cela qui préoccupe les avortées nullipares ayant atteint ou dépassé l'âge moyen au premier enfant, comme en témoigne aussi Juliette (31 ans, productrice de documentaire à mi-temps, IVG à 30 ans en 2017) :

Quand on envisage les choses, du coup, quelque part l'enfant il existe, qu'on le veuille ou non. À un moment, si on l'a fantasmé et on a beau se dire que c'est des cellules, je sais moi... une fois qu'on l'a fantasmé, il est présent dans la tête, donc... Moi aujourd'hui, je ressens le manque de cet enfant, alors que de façon pratique il n'a jamais existé. Donc c'est quand même un deuil à faire et donc c'est un deuil à faire sur un enfant et aussi sur une vie qui aurait été possible. [...] Pour moi, c'est quelque chose de super douloureux, qui je pense demandera beaucoup de temps, oui, beaucoup de temps, et qui aussi... Voilà, moi toutes mes amies ont déjà des enfants ou les dernières sont en train d'accoucher, donc, c'est aussi super présent, moi dans ma tranche d'âge, je ne sais pas si c'est mes amies, ma tranche d'âge ou quoi, mais dans ma vie à moi, la question de la famille, des enfants est tout le temps-là, donc ne cesse de venir rappeler quelque chose de douloureux.

Là encore, les projections d'un enfant futur sur la grossesse sont contre-carrées par la rationalisation (« c'est des cellules ») : pas d'auto-stigmatisation de « l'atteinte à la vie » mais

plutôt une auto-stigmatisation de l'absence de maternité, qui procède par comparaison au groupe de pairs.

Ce qui compte, c'est donc le « fantasme », la projection, le récit maternel autour de la grossesse. Ainsi le corps ne fait pas sens en lui-même : il ne se comprend que dans et par les histoires qui se racontent autour et en construisent les significations. L'enjeu alors est bien de comprendre les « scripts corporels » associés au corps gestant. Je reprends à Nox Aulombard la définition qu'il en propose dans sa thèse : les scripts corporels sont « des fictions forgées par les logiques de domination, [qui] structurent le regard sur les corps, les pratiques corporelles et les interactions sociales » (2019). En tant que « scénarios et narrations de corps qui préexistent à tout-e individu-e et qui régissent la construction du rapport de chacun-e aux corps des autres et à son propre corps » (*ibid.*, p. 25), les scripts corporels associés au corps gestant sont ces récits qui y associent au début de grossesse une personne et un destin possible. Or, quand ce récit a eu lieu, le renoncement à la grossesse devient, comme le dit Juliette, « un deuil à faire ».

« Lui donner un prénom » : le bricolage de pratiques de deuil

Plusieurs enquêtées, dans mon corpus, racontent des pratiques de deuil qui consistent par exemple à conserver l'échographie en mémoire de la grossesse, réaliser des cérémonies d'au revoir ou d'enterrement, et même donner un prénom à « l'enfant ». Ces pratiques, à première vue, sont éminemment paradoxales¹⁹, tant elles semblent corroborer le script anti-avortement présentant l'IVG comme le « retrait d'une vie » : que des femmes ayant opté pour une interruption *volontaire* de grossesse estiment devoir faire le *deuil d'un enfant* crée une tension entre le refus affirmé de se considérer comme infanticide d'une part et la construction de la grossesse comme d'un « enfant perdu » d'autre part. Pour comprendre la construction sociale de ce paradoxe, il faut entrer dans le détail des trajectoires et des expériences des avortées.

Anissa (22 ans, étudiante en école de commerce, IVG à 19 ans en 2014), par exemple, fait partie de celles qui vivent très mal les suites de l'avortement. Elle qui sort de classe préparatoire et vient d'obtenir une grande école n'arrive pas à profiter de cette réussite. Les mois qui suivent son IVG, elle s'enferme chez son copain (qu'elle finira par quitter), s'isole de ses ami·es, « ne mange plus rien », « a envie de pleurer tout le temps ». Elle me raconte en sanglotant qu'elle se « faisai[t] des scénarios où [elle] imaginai[t] la date de naissance », se demandait « comment

¹⁹ J'ai même été tentée de les laisser de côté, tant je redoutais, sinon, de donner du grain à moudre aux anti-IVG. Mais n'en pas faire mention, en plus de faire offense aux données, m'aurait privée de l'analyse ici menée en termes d'intériorisation du stigmaté. Plutôt que de « cacher ces faits que je ne saurais voir » (Caveng et Darbus, 2017), il était nécessaire d'en proposer une interprétation – différente de celle qui vise à entraver le droit des femmes.

ça se serait passé, à quoi il aurait ressemblé », ne « supportai[t] pas de voir une femme enceinte dans la rue ». Elle se culpabilise beaucoup (quoique *entre guillemets* elle aussi) d'avoir oublié sa pilule : « je suis en tort entre guillemets hein, parce qu'*a priori* c'était un oubli. [...] J'ai passé des mois et des semaines à me dire "à quel moment tu l'as oubliée ?" ». La rupture avec son partenaire est finalement brutale :

Ça s'est très très mal fini, on est pas du tout restés en contact, et... il a gardé tous les documents [les échographies et le dossier d'IVG]. Parce que je les cachais chez lui en fait. Je voulais pas les amener chez moi parce qu'on sait jamais, il faudrait pas que quelqu'un tombe dessus. Et du coup, il les a tous gardés, et ça je l'ai vraiment mal vécu. Enfin, j'ai jamais osé lui redemander, mais par moment j'ai repensé aux images etc., et même si c'était les deux premières échographies, c'était un truc auquel j'étais attachée. Au début, je les gardais toujours sur moi en fait.

Ce qu'Anissa regrette, c'est de n'avoir pas pu conserver la trace de son IVG et les images qu'elle s'était faite de la grossesse. Mais sa représentation de l'échographie en « première image de bébé » (Mitchell, 2001) doit être remise en perspective avec tout ce que l'on sait déjà d'Anissa. Son compagnon, de dix ans de plus qu'elle, souhaitait devenir père et lui reproche d'avorter (voir 6.3.3). Sa mère stigmatise sa sexualité et lui reprochait déjà de prendre la pilule (voir 5.2.1). Le premier médecin qu'elle a rencontré, anti-IVG (voir 2.2.1), ralentit volontairement son parcours de soin et au lieu d'avorter rapidement par méthode médicamenteuse, Anissa avorte par aspiration à plus de deux mois et demi de grossesse. Comme ce parcours de soin entravé lui a fait réaliser plusieurs échographies, elle mesure le développement embryonnaire : « surtout que y'a eu une toute dernière échographie, juste avant l'avortement, et apparemment [elle renifle] il ressemblait déjà à quelque chose. [...] Et ouais, le fait de savoir ça... C'est pas comme si ça avait été au tout tout début, où vraiment on me dit que ça ressemble à rien. C'est pas pareil ». Ici, c'est elle qui demande à voir et à garder l'échographie malgré les réticences des professionnelles de santé qui la rassurent : « ne vous inquiétez pas, c'est un délai légal ».

Si Anissa projette autant sur la grossesse, c'est parce qu'elle a été culpabilisée à de nombreuses reprises, comme elle le reconnaît elle-même : « je me suis dit, mais tu vas jamais t'en sortir, si tu as quelqu'un qui te met une culpabilité comme ça sur les épaules sachant que toi tu te sens déjà super coupable » (à propos de son ex-compagnon). Mais c'est aussi parce qu'elle a un exemple très proche et récent de grossesse menée à terme : son petit frère n'a pas quatre ans quand elle avorte, et Anissa l'a « toujours considéré plus comme [son] bébé que [son] petit frère ». Non seulement sa grossesse fait écho à celle de sa mère (« je me rappelais des étapes de la grossesse de ma mère du coup et je savais que, enfin à un mois près, on savait le sexe de l'enfant, des choses comme ça quoi. Et ça me montait vraiment à la tête »), mais en

plus, les mois qui suivent son IVG, la fin de sa classe préparatoire lui laisse le temps de beaucoup s'investir auprès de cet enfant, qu'elle amène à l'école etc.

Anissa présente ainsi différentes formes d'auto-stigmatisation : auto-stigmatisation de l'échec contraceptif malgré le respect de la norme médicalisée ; auto-stigmatisation de l'atteinte à la vie alors qu'elle n'est pas responsable d'avorter si tard ; et auto-stigmatisation, bien sûr, et surtout, du *refus de maternité*. Son besoin de garder l'échographie est ainsi la résultante de la stigmatisation expérimentée et intériorisée.

Mais, dans la grande majorité des cas, les avortées qui racontent des pratiques de deuil ont été *contraintes* d'avorter plutôt qu'elles ne l'ont choisi, en raison de leur précarité matérielle et/ou du refus de leur partenaire d'investir la paternité.

Noéline (20 ans, serveuse, IVG à 20 ans en 2018), par exemple, a eu très envie de poursuivre sa grossesse. Elle est en couple depuis un an avec un garçon plus âgé, ils travaillent dans un fast-food et épargnent l'un et l'autre pour reprendre des études. Ils vivent ensemble dans une colocation de six personnes et ont un revenu très limité : « C'est pas qu'on n'en voulait pas, c'est qu'on ne pouvait pas. [...] même financièrement, on a du mal à sortir la tête de l'eau, donc avec un enfant en plus, c'était juste pas possible. » Le choix de l'IVG est très douloureux : elle en parle tout au long de l'entretien, mais ce n'est qu'à la fin, hors enregistrement, qu'elle me raconte les pratiques de deuil. Noéline a ainsi écrit une lettre à destination de l'embryon, imaginé le sexe qu'il aurait eu et, avec son compagnon, elle lui a choisi un prénom, « un prénom de garçon ». Elle explique plusieurs fois qu'elle avait besoin de « faire exister » cette grossesse : les actions symboliques viennent alors clôturer ce qui n'a pas eu lieu et constituent pour Noéline « un anti-douleur sur une blessure, mais qui aiderait pas à cicatriser la blessure en question ». La personnification de la grossesse est ici un moyen du deuil.

Sirine (29 ans, architecte, FC à 25 ans en 2014, IVG à 26, 27 et 28 ans), elle aussi, a besoin de « faire exister » sa dernière grossesse. Son processus de deuil ne concerne pas toutes ses grossesses interrompues, seulement la dernière – preuve qu'il ne suffit pas d'être enceinte pour personnifier l'embryon. Elle se questionne alors sur la nature de la grossesse :

J'ai été vraiment très très très... enfin sur le plan ni sociologique ni psychologique, mais sur le plan de la vie de l'âme, à partir de quand c'est la vie, ça m'a complètement perturbée en fait. Donc j'ai commencé à lire des bouquins de philo sur « l'embryon est-il un être vivant ? ». Il y avait tout un côté mystique sur la question de la vie et de l'âme et de l'embryologie, ça a commencé à vraiment m'intéresser. Et surtout j'étais en deuil quoi. J'étais en deuil mais sans pouvoir l'expliquer à personne. Il n'y a pas eu d'enterrement... [...] Pourquoi on est en deuil d'un truc qui a pas existé ? C'est ça qui me taraudait.

Ce n'est qu'à la toute fin d'entretien, auprès deux heures d'échange en visio-conférence, que Sirine, à demi-mots, raconte la traduction de ce « deuil » en des pratiques concrètes qui lui

permettent de « reprendre possession de son corps ». Elle écrit et publie sur un blog en ligne « un texte sur comment on fait le deuil de quelque chose qui n'est finalement même pas né », mais aussi :

J'ai fait une cérémonie de deuil avec [la personne dont elle était enceinte]. Notamment... On a fait une cérémonie comme ça sur l'eau avec un peu des trucs qui partaient... [elle mime un objet qu'on dépose sur l'eau], enfin voilà pour marquer le truc... [...] Parce que c'était vraiment incroyable ce qu'il se passait sur le plan dialogue avec les morts... Enfin, je veux pas rentrer dans ces détails... Mais c'était très très très... ça m'a beaucoup apporté en fait... Enfin, ça m'a consolée. Et voilà. Mais avec mes amis, j'en parle pas.

L'enjeu ici est bien la spiritualité et le tabou autour des croyances sur la vie après la mort. Sirine ne s'appesantit pas tant elle craint d'être « mal comprise » (dans une société fondée sur la rationalité individuelle, la stigmatisation des pratiques ésotériques semble surpasser celle de l'IVG), mais elle aussi se fabrique un processus de deuil, avec ses significations et ses symboles. Je n'exclus pas, d'ailleurs, que ces pratiques soient encore plus répandues et qu'elles m'aient en partie échappé en entretien²⁰.

Si elles ont d'abord constitué un résultat inattendu et paradoxal de mon enquête, il apparaît qu'elles s'expliquent très bien par les *scripts corporels* associés à la fois à la grossesse et à la perte d'un enfant. Les femmes qui vivent l'IVG comme un choix contraint (Carole, 38 ans, avocate, IVG à 27 ans en 2007 et 36 ans en 2016, parle même d'« IIG pour Interruption Involontaire de Grossesse ») rapprochent leur expérience d'autres issues de la grossesse – fausse-couche, IMG, deuil péri-natal. Et, pour faire face aux fortes émotions ressenties, elles en appellent aux répertoires du deuil disponibles, s'agissant de la mort en général et de la mort péri-natale en particulier (Memmi, 2014). Si Sirine regrette « qu'il n'y ait pas eu d'enterrement » (car pas de « corps »), la confrontation aux restes fœtaux peut engendrer des processus d'inhumation.

Imane (29 ans, hôtesse de l'air, IVG à 29 ans en 2018) fait elle aussi, selon son expression « partie de celles qui regrettent » –elle insiste, en fin d'entretien, pour que je le « dise bien ». Elle me raconte les larmes aux yeux l'expulsion de la poche de grossesse à son domicile :

²⁰ Je ne posais pas de questions à ce sujet et leur caractère paradoxal (construire une représentation de l'IVG comme la perte d'un enfant tout en refusant de se considérer comme infanticide) a pu amener les femmes à les passer sous silence. Mais après l'entretien avec Noéline (20 ans, serveuse, IVG à 20 ans en 2018), je me suis étonnée à plusieurs reprises, auprès de proches, de ces pratiques de deuil, notamment du fait de donner un prénom à l'embryon. Or, à l'occasion de ces discussions informelles, il m'est arrivé à plusieurs reprises que l'on me partage le même type d'expérience (personnelle, ou vécue par des amies) : donner un prénom au fœtus de la grossesse avortée. Ce contexte amical, qui favorise les prises de parole sur ce qui est difficilement dicible, me fait donc croire que j'ai pu, dans mon corpus, sous-estimer les pratiques de deuil, en refusant (pour éviter l'humanisation de l'embryon *a priori*) de poser des questions sur le sujet. Un autre indice de la possible banalité de ces pratiques de deuil se trouve dans la thèse de Marie Mathieu (2016) : Andréanne, une de ses enquêtées, réalise elle aussi des rituels, alors même qu'elle est « à l'aise » avec ses avortements (voir p. 156).

En fait, elles m'avaient dit, les infirmières, que j'allais peut-être pas voir, du coup, l'embryon, parce que des fois, c'était dans une poche de sang. Et en fait, moi, je l'ai vu... Il est tombé dans la baignoire pendant que je me douchais... Et il était bien distinct de la poche de sang. Et du coup, je ne pouvais pas mettre un coup de jet et le mettre dans les canalisations... C'était trop dur. Du coup, je l'ai pris... Je l'ai mis dans une serviette, et après bah, en fait, je l'ai enterré dans la plante qui est là [elle me montre son ficus, unique plante véritable dans son appartement blanc, extrêmement propre]. Ça m'émeut de parler de ça, excusez-moi [elle se met à pleurer]. Je l'ai tout de suite regretté.

Confrontée à la poche de grossesse, Imane y voit un embryon déjà formé, ce qui lui procure une vive émotion et entraîne une pratique funéraire d'enterrement de la poche de grossesse dans la seule terre à sa disposition. Elle décrit l'embryon :

Pour moi, c'est un être vivant, il était formé, il avait une tête, il avait des yeux, il avait une main ! Quand je culpabilisais, j'avais une amie qui m'a accompagnée et elle avait déjà fait une IVG. Et elle a pas compris que... que je le vive mal en fait, que je regrette, que ça me fasse autant de peine... Elle me disait « mais c'est même pas une personne, c'est pas un bébé. Tu peux pas dire ça ! ». Elle ne comprenait pas du tout [...] Mais moi, déjà... Tous les aliments déjà que j'adorais, je pouvais plus les voir. Les odeurs que j'aimais, je pouvais plus les sentir. J'étais tout le temps fatiguée. J'avais déjà toutes les cinq minutes des nausées. Donc pour moi, il était déjà là, en fait, je l'ai déjà senti.

Son émotion, cependant, n'est pas compréhensible en dehors de son souhait de poursuivre la grossesse, auquel elle a dû renoncer parce que l'homme qui l'a fécondée refuse de s'engager avec elle dans la parentalité (voir 6.3.2). Depuis le début, Imane ne veut pas avorter (même si elle s'y résout) et depuis le début, Imane interprète les signes de la grossesse non comme un dérèglement de son corps, mais comme *la manifestation d'une présence autre* : celle de son enfant en puissance. Le script corporel associé au corps enceint produit ici immédiatement le récit d'un *corps autre* – à la différence d'autres enquêtées pour qui la maternité, au moment de la grossesse, n'est pas envisageable.

Il est intéressant de confronter la vision d'Imane à celle de l'amie qu'elle évoque et que j'ai l'opportunité d'interroger, la semaine suivante, sur son propre avortement (il s'agit de Christel, 27 ans, travailleuse sociale, IVG à 26 ans en 2017). En fin d'entretien, micro coupé, celle-ci me confie qu'Imane lui a envoyé une photo de la poche de grossesse, pour « lui montrer ». Christel s'exclame : « on voyait rien, c'était dégueulasse » et ne comprend pas le besoin d'Imane de lui partager ça. Contrairement à elle, Christel (alors enceinte de jumeaux) n'est pas du tout émue par une forme humaine qu'elle croirait y reconnaître. Là encore, la lecture des tissus corporels est médiée par le regard qui se pose sur eux : comme l'ont déjà montré nombre de travaux (Beynon-Jones, 2015 ; Gerber, 2002 ; Kimport et al., 2012 ; Kjelsvik et al., 2022 ; Wiebe et Adams, 2009), ce que les femmes voient (dans l'échographie et/ou les restes de grossesse) dépend de ce qu'elles sont disposées à y voir, ce qui est largement tributaire de leurs dispositions

à la maternité au moment de l'IVG. L'auto-stigmatisation de « *l'atteinte à la vie* », qui s'incarne dans la culpabilité ressentie relativement à l'embryon, est ainsi étroitement corrélée à l'auto-stigmatisation du *refus de maternité*.

Reste que, y compris en matière d'IVG, le deuil de « l'enfant non né » existe : il peut être spontanément mis en récit de cette manière, ou avec la médiation de professionnel·les du psychisme²¹ (Sirine, par exemple, a suivi une longue thérapie). En réalité, cela n'a rien de surprenant étant donné la puissance des assignations contemporaines à la maternité et l'existence de pratiques de deuil périnatal. Ce résultat ne corrobore donc pas pour autant les allégations anti-IVG : ce qui produit la forte émotion – notamment face au corps fœtal – n'est pas le refus d'une maternité perçue comme destin *naturel* des femmes, mais le refus d'une maternité alors que les femmes tirent une très grande reconnaissance sociale du statut de mère et que la maternité permet de se maintenir dans le groupe de pairs à mesure que naissent les enfants des autres.

Si les discours anti-IVG sont si efficaces, c'est qu'ils sont une des seules mises en récit disponibles d'un mal-être qui lui est bien réel.

« J'ai perdu mon bébé, mon amour, ma joie de vivre » : le regret de maternité de Maïssa

La situation de Maïssa, 37 ans, confine par exemple au désespoir. Mais ce désespoir, une fois encore, n'a rien d'une fatalité intrinsèque à l'avortement : il prend place dans la trajectoire de vie de cette enquêtée. À 35 ans, Maïssa réalise des analyses pour vérifier sa réserve ovarienne, qui se concluent par un conseil du médecin à « se dépêcher » si elle veut avoir un enfant, car il lui reste très peu d'ovocytes. Celle-ci commence alors à faire le deuil d'une éventuelle maternité : elle n'a pas de compagnon, la loi de bioéthique de 2021 sur l'autoconservation des gamètes n'est pas encore passée, elle n'a pas les moyens de faire congeler des ovocytes à l'étranger. Elle pense ses chances de grossesse si faibles qu'elle se considère infertile. Quand deux ans plus tard, alors qu'elle est en pleine reconversion

²¹ Dans les CIVG enquêtés, il arrivait que les conseillères conjugales et familiales réorientent les femmes les plus en souffrance vers l'association AGAPA (<https://association-agapa.fr/>) qui propose une écoute à toutes celles ayant connu « une grossesse qui n'a pas été menée à son terme ». Cette association propose des groupes de parole, des cafés-rencontres ou des rendez-vous individuels autour du deuil péri-natal, des fausses-couches, de l'IMG et également de l'IVG – preuve de la forte porosité entre les différentes sortes de grossesse interrompues. Si l'on en croit le site internet, elle a été fondée « en 1994 par des bénévoles chrétiens désireux d'offrir un lieu d'échange apaisé et sans jugement, à ceux et celles qui souhaitaient parler de l'IVG qu'ils avaient vécu ». Je n'ai pas enquêté auprès de cette association, mais il y aurait là matière à une très belle enquête, de master par exemple. En particulier, il faudrait voir dans quelle mesure AGAPA publicise la rhétorique du « syndrome post-avortement » en France ou au contraire bricole un discours moral et psychologique autre pour se distancer des positions ouvertement anti-IVG.

professionnelle, elle rencontre un jeune homme de 25 ans, ils n'utilisent pas de préservatifs : Maïssa lui a dit qu'elle est stérile. Elle se découvre enceinte quelques temps plus tard, alors qu'elle n'espérait plus l'être. Elle veut poursuivre la grossesse, est prête à s'occuper seule d'un enfant s'il le faut, sans rien demander au géniteur. Mais lui ne l'entend pas de cette oreille : il a l'impression d'avoir été trahi, que Maïssa lui a menti sur sa fertilité et qu'elle essaie de lui faire « un enfant dans le dos ». Le jeune homme campe sur ses positions et menace de « gâcher [sa] vie comme [elle] gâche la sienne » si elle n'avorte pas. Alors qu'il ne veut pas être père, il se dit prêt à demander la garde de l'enfant seulement pour qu'elle n'en bénéficie pas, la menace ouvertement. La négociation dure jusqu'à la limite du délai légal d'IVG. Les tentatives de dialogue médiée par l'assistante sociale, elle-même dépêchée par la psychologue de l'hôpital, n'aboutissent pas.

Maïssa ne peut par ailleurs pas compter sur son entourage : sa mère l'incite à avorter ; sa sœur, qui a mené une grossesse à terme à 17 ans et regrette de n'avoir pas avorté à l'époque, pousse à l'avortement ; son père l'encourage un peu mais ne peut constituer un vrai soutien, ni émotionnel ni matériel. Maïssa ne cesse de changer d'avis : elle prend une première dose de MyféGINE, veut finalement poursuivre la grossesse. Au jour du terme du délai légal, elle se présente au centre d'orthogénie avec l'idée confuse de poursuivre la grossesse même si personne ne la soutient en ce sens. Elle a le sentiment que les médecins l'ont avortée de force. Quand elle me contacte trois semaines plus tard, elle ne s'est pas remise de son avortement : elle me transfère un mail écrit quelques temps plus tôt à sa psychologue. Dans de longs paragraphes douloureux, elle raconte sa situation et écrit sa douleur d'avoir « perdu son enfant ». Elle écrit notamment « J'ai perdu mon bébé, mon amour, ma joie de vivre, mon identité, mes convictions, ma nature, mon sourire. ». Au cours de l'entretien, qui dure plus de trois heures, elle ne cesse de revenir à cet « enfant perdu », aux raisons de son choix, à ses envies suicidaires, au deuil qu'elle tente difficilement de faire alors.

L'auto-stigmatisation de « l'atteinte à la vie » s'appuie ici sur un désir de maternité très ancien, abandonné à regret, et remis à l'ordre du jour par une grossesse inattendue. Maïssa écrit que « l'ambivalence était là nourrie, par [ses] peurs, les peurs des autres, les injonctions sociétales, la culture. Surtout cette ambivalence était nourrie par [son] manque de confiance en [elle] ». Cette contradiction entre un désir intime et des injonctions sociales la pousse vers une issue qu'elle regrette, et elle sort renforcée de la fréquentation des sites anti-IVG – Maïssa déplore de n'avoir trouvé IVG.net qu'*après* sa propre IVG. La personnification de l'embryon est le produit de la trajectoire de vie de Maïssa et des obstacles qu'elle a rencontrés pour poursuivre sa grossesse.

Est-ce à dire, comme me l'avait résumé Michèle Ferrand au début de mon enquête, « qu'en dehors du désir de maternité, l'avortement est une technique » ? Faut-il opposer d'un côté « celles qui ne veulent pas d'enfant maintenant » et voient dans la grossesse un problème corporel, à celles, entravées dans leur projet de maternité pour des raisons conjugales ou matérielles, qui estiment avoir empêché un bébé – leur bébé – de naître ? Il apparaît que les postures des femmes sont souvent autrement plus ambiguës. Tout en mettant fortement à distance le portrait de soi en meurtrières, les avortées peuvent adhérer en partie au discours sur le « respect de la vie », tant il a infusé dans la société contemporaine – et nombre d'enquêtées se refusent à envisager la grossesse seulement comme une « tumeur » (une « dent de sagesse », une « appendicite », etc.) ou toute excroissance indésirable de leur corps.

Bilan 8 : le travail émotionnel face à l'auto-stigmatisation

Stupeur de se découvrir enceinte ; colère de voir échouer le travail contraceptif déployé ; tristesse de renoncer à une maternité possible ; culpabilité d'avoir insuffisamment maîtrisé sa contraception ; soulagement d'être libérée de la grossesse non-voulue ; etc. : les émotions évoquées par les enquêtées sont multiples et d'autant plus intenses que l'entretien survient à faible distance de l'avortement. Mais ces émotions ne font sens, ici, que dans ce qu'elles disent du rapport des femmes aux normes de genre qui gouvernent l'IVG. Si les femmes sont surprises, voire en colère, d'être enceintes malgré une contraception dans laquelle elles avaient confiance – ou à l'inverse se culpabilisent d'avoir manqué d'assiduité – c'est parce qu'elles ont très fortement intériorisé la norme contraceptive féminine et médicalisée ; si elles sont tristes de renoncer à la grossesse, c'est parce que le refus de maternité n'est pas de leur fait mais plutôt de celui de leur partenaire, de leur famille ou de leurs conditions d'existence ; si elles sont soulagées, c'est plutôt que ce refus de maternité est leur et qu'elles l'estiment légitime, etc.

Le premier résultat de ce chapitre, attendu, est donc bien que les sciences sociales peuvent – et même doivent – s'emparer des affects pour en décrire les conditions sociales de productions et d'expression. Si cela n'a rien d'absolument neuf sous le soleil sociologique, c'est une façon, face à l'obscurantisme, de proposer un éclairage sur les émotions post-IVG. Toutefois, il ne s'agit pas d'affirmer de façon péremptoire ou axiologique que toutes les femmes vont bien après une IVG, qu'aucune n'est en souffrance ou ne regrette : l'enquête montre, au contraire, que certaines femmes expriment des émotions négatives fortes et même que certaines – rares – disent regretter leur choix, en tout cas au moment de l'entretien. Et c'est précisément parce que le discours anti-avortement propose une lecture de ces émotions négatives que sa puissance de culpabilisation est si opérante. Mais l'enjeu est bien de décrypter la production de ces

émotions – d'où elles viennent, comment elles se construisent – pour ne pas se tromper de causalité.

Un autre résultat important de ce chapitre est ainsi que l'auto-stigmatisation est étroitement corrélée à la stigmatisation. L'internalisation du stigmate est d'autant plus forte que les femmes y sont davantage exposées, ce qui recoupe les résultats d'autres travaux (Hoggart, 2017). Il existe ainsi une forme d'homologie structurale entre la stigmatisation objectivement vécue par les femmes et son intériorisation subjective. C'est la raison pour laquelle il n'est pas surprenant que la principale forme d'auto-stigmatisation soit celle de l'échec contraceptif. Comme la stigmatisation afférente, elle est majoritairement exprimée, y compris par celles qui s'astreignent à des pratiques préventives à forte efficacité théorique et sans problème d'observance.

Les autres formes d'auto-stigmatisation sont, comme les formes de stigmatisation correspondantes, plus ambiguës. Les difficultés ou l'évitement sexuel traduisent le retour d'une peur de la grossesse qui ne prend sens que rapportée d'un côté à l'(auto-)stigmatisation de l'échec contraceptif et de l'autre (de façon plus inattendue) à l'auto-stigmatisation de la non-sexualité : les enquêtées continuent bien souvent *malgré tout* à pratiquer une sexualité coïtale, moins pour le plaisir que pour la préservation de la conjugalité.

La stigmatisation du refus de maternité est largement contestée. Les femmes produisent des hiérarchies entre stigmatisation de l'avortement et stigmatisation des maternités déviantes de sorte à placer plus haut l'écart à la norme procréative, ou la mise en avant de leur autonomie individuelle. Les raisons de la faible auto-stigmatisation du refus de maternité suivent ainsi des logiques contradictoires, allant de l'adhésion à la remise en cause des normes de genre dominantes. Mais cette forme d'auto-stigmatisation n'est pas absente pour autant : bien cachée derrière l'auto-stigmatisation de « l'atteinte à la vie », elle ressurgit.

Celles qui estiment avoir empêché la venue d'un être humain ne parlent pas, en effet, d'UN bébé générique, mais bien de LEUR bébé : l'auto-culpabilisation liée à l'humanisation de l'embryon survient massivement chez des femmes dont la maternité potentielle a été entravée et qui se sont senties contraintes d'avorter – ce qui recoupe les résultats de Kimport, Foster et Weitz, (2011). Mais même là, l'humanisation de l'embryon n'est pas systématique, puisque le réductionnisme de la grossesse à « une cellule » permet de limiter les projections dans la maternité. Les formes d'auto-stigmatisation peuvent ainsi s'entre-nourrir ou se dissimuler l'une l'autre : *in fine*, le refus de maternité, ou plutôt le renoncement au statut social associé à la maternité, nourrit en sous-main l'auto-stigmatisation liée à la contraception comme à l'embryon – on retrouve ici les résultats pionniers de Luker (1985).

Un troisième résultat est donc que l'homologie structurale entre stigmaté et auto-stigmaté est *imparfaite*. L'auto-stigmatisation n'est pas seulement une intériorisation à l'*identique* de la norme, étant donné que les femmes ont des ressources émotionnelles, discursives, psychiques, pour mettre les normes à distance. Dit autrement, les émotions doivent être envisagées de façon dynamique, évolutives dans le temps, puisque les femmes ne sont pas passives ni figées dans un état émotionnel. Au contraire, elles questionnent leurs affects, elles s'y confrontent, elles les subissent ou les mettent à distance, c'est-à-dire qu'elles mettent en place, activement, un très grand travail émotionnel pour composer avec le fait d'avoir eu recours à un acte faiblement légitime socialement. Ce travail émotionnel constitue la principale stratégie pour faire face au stigmaté intra-personnel et il se joue au niveau identitaire, de sorte à garder une définition de soi qui permette de garder la face (au sens de Goffman) : en cela, elles *manage the damaged self* (Cockrill et Nack, 2013, p. 975). Car, comme le rappelle Siân Beynon-Jones (2017), les identités elles non plus ne sont pas figées : considérer que les femmes sont enfermées dans une identité stigmatisée et ne peuvent pas en sortir, c'est refuser de considérer comment celles-ci construisent, dans le discours, des identités acceptables, évolutives, mouvantes. Il ne faut donc pas priver les avortées de cette agentivité. Si l'auto-stigmatisation fonctionne par homologie, il y a aussi de nombreuses situations où elle échoue.

Et il ne s'agit pas là « d'excuses et de justifications » (Divay, 2004) – puisque ce vocabulaire reprend à son compte les normes dominantes. Il s'agit au contraire de la production d'une légitimité alternative – sans exclure les situations de réelle dissonance cognitive²². C'est la raison pour laquelle les stratégies de « désignation par contraste », qui consistent à pointer du doigt pire que soi, sont relativement circonscrites aux pratiques contraceptives déviantes... ou utilisées pour justifier l'IVG relativement à une maternité déviante. Dans la plupart des cas, la hiérarchie entre avortées reste limitée et ce qui pointe dans les entretiens réalisés est une certaine sororité, une inquiétude empathique pour « les autres », « celles pour qui c'est vraiment dur » : comme l'écrivait Erving Goffman, « les autres compatissants sont d'abord [...] ceux qui partagent le même stigmaté » ([1963] 1975, p. 32). Un tel résultat diffère en partie de ce que

²² Il arrive que certaines femmes avortent en se disant elles-mêmes anti-avortement, voire en militant contre l'avortement. Je n'ai pas rencontré de telles situations dans mon enquête mais celles-ci existent : dans l'épisode de 1995 de « Voix du Silence » rediffusé par France Culture le 21/01/2023, « Témoignages sur les commandos anti-IVG en France dans les années 1990 », une des sages-femmes interrogées racontent comment, au centre d'IVG, elles reçoivent des femmes déjà croisées dans les commandos anti-IVG, le secret professionnel étant alors mis à rude épreuves. D'autres travaux plus contemporains menés aux Etats-Unis et en Amérique Latine analysent également la dissonance cognitive chez les femmes catholiques pratiquantes et/ou anti-avortement, qui avortent elles-mêmes (Frohworth, Coleman et Moore, 2018 ; Johnson, 2017, 2018 ; Thomas, Norris et Gallo, 2017).

Sophie Divay avait mis en évidence (2003 ; 2004) : outre les évolutions normatives en vingt ans, j'y vois aussi un effet de nos différences de méthode²³.

Quoiqu'il en soit, il apparaît que même quand les femmes sont exposées à la stigmatisation, celle-ci ne prend pas toujours. « L'auto-stigmatisation résulte de l'acceptation par une femme des valeurs culturelles négatives sur l'avortement²⁴ » (Cockrill & Nack, 2013, p. 974) : mais parfois, cette acceptation n'a pas lieu ou les femmes ne se sentent pas concernées. L'auto-stigmatisation peut alors être limitée, voire absente, quand l'IVG est *vraiment* le choix des femmes ; quand elles sont soutenues et accompagnées dans leur démarche par leur partenaire et/ou leurs proches ; quand elles sont bien prises en charge ; c'est-à-dire quand la stigmatisation expérimentée est limitée et l'agentivité réelle – en cela, mes résultats recourent la littérature sur l'*abortion stigma* (Kumar, Hessini et Mitchell, 2009 ; Norris et al., 2011).

Or cette agentivité ne se limite pas au travail émotionnel réalisé pour faire face à l'auto-stigmatisation. Elle se déploie aussi dans toutes les stratégies mises en place par les femmes pour éviter d'être stigmatisées, c'est-à-dire dans l'*anticipation* d'une éventuelle stigmatisation, comme on va le voir à présent.

²³ Sophie Divay interrogeait des avortantes au moment où celles-ci demandaient l'IVG en faisant directement partie de la structure d'accueil : elle était donc perçue comme partie prenante de l'institution, alors que j'ai réalisé la quasi-totalité de mes entretiens à distance (physique et temporelle) de la prise en charge. Les femmes rencontrées par Sophie Divay étaient ainsi plus susceptibles de faire valoir leur relative adhésion aux normes dominantes, puisqu'elles étaient tributaires du bon vouloir de l'institution. À cela s'ajoute, dans mon travail, un très probable effet de sélection : si les femmes acceptent de s'encombrer d'un entretien sociologique, c'est parce qu'elles veulent bien souvent « aider les autres » (de même qu'elles-mêmes se sont senties aidées et « moins seules » à la lecture d'autres témoignages). Il y a donc une surreprésentation certaine, dans mon échantillon, de femmes disposées à ne pas stigmatiser d'autres femmes mais au contraire à faire cause commune autour de l'IVG.

²⁴ "Internalised stigma results from a woman's acceptance of negative cultural valuations of abortion".

Chapitre 9. Esquiver le stigmat

Laurine : Est-ce que du coup après ta première IVG, tu en as parlé à des gens autour de toi ?

Julia : Oui, à d'autres copines, au fur et à mesure, plusieurs autres copines. Tout le monde comprend oui, mais après que ça me soit arrivé à moi, bon...

Laurine : Tu as jamais été confrontée à des réactions hostiles ou à des remarques ?

Julia : Non jamais. Heureusement ! Après chacun son avis, c'est peut-être des choses que les gens gardent pour eux... mais personne ne m'a jamais rien dit.

Laurine : Parfois, tu as hésité à en parler, ou il y a eu des moments où tu t'es dit « non, là, il vaut mieux pas que j'en parle » ou des choses comme ça ?

Julia : Bah oui, par exemple si je sais que c'est des personnes qui parlent beaucoup, qui sont pas fiables, je l'ai pas dit. Donc la plupart c'est des gens bienveillants, et là, y'a pas de souci.

Laurine : Quand tu dis « des gens qui parlent beaucoup », ça serait des gens qui peuvent ébruiter la nouvelle ?

Julia : Oui, des gens qui peuvent le dire à d'autres personnes, à l'école, au lycée, dans les études, tout ça. Il y a des personnes à qui je l'ai jamais dit, parce que j'ai pas forcément confiance à 100%, donc j'ai peut-être une petite dizaine de mes copines qui sont au courant, ce qui est quand même déjà pas mal.

Julia (26 ans, auxiliaire de vie scolaire, IVG à 18 ans en 2010 et 25 ans en 2016)

Lorsque l'on entreprend d'enquêter sur l'expérience de la stigmatisation, en faisant le choix de ne pas employer explicitement ce terme, il n'est pas rare que les personnes enquêtées ne rendent pas compte, comme Julia ci-dessus, d'une expérience *effective* de comportements stigmatisants. Au contraire, les avortées sont même nombreuses à témoigner du soutien qu'elles ont reçu des personnes à qui elles se sont ouvertes. Faudrait-il pour autant conclure à une absence de stigmatisation ? Cela serait priver les acteur·ices de leur autonomie et de leur capacité à s'orienter dans l'espace social, en anticipant les jugements dont ils ou elles peuvent faire l'objet. De fait, les personnes rencontrées au cours de mon enquête savent très bien dans quel contexte elles peuvent, ou non, évoquer leur avortement. C'est à ce niveau de l'analyse que la distinction entre ce que j'ai appelé, en introduction de cette troisième partie, la *stigmatisation potentielle* ou *anticipée*¹ et la *stigmatisation effective*², devient nécessaire. L'absence de comportements stigmatisants *en acte* (*enacted stigma*) ne permet pas de conclure à l'absence de stigmatisation tout court, mais plutôt à une gestion de cette stigmatisation par les personnes qu'elle vise. Ce chapitre sera ainsi consacré à la façon dont les avortées composent avec cette *stigmatisation anticipée*, pour éviter qu'elle ne devienne *effective*.

¹ Qui équivaut au *felt stigma* anglophone et correspond aux situations où la stigmatisation est redoutée.

² Qui équivaut à l'*enacted stigma* anglophone et correspond aux situations où la stigmatisation est avérée.

Je m'appuierai pour cela principalement sur les entretiens menés auprès des personnes ayant avorté. Tout au long de ce chapitre, il faudra garder à l'esprit une dimension méthodologique importante : les femmes ayant beaucoup caché leur grossesse à leur entourage, partenaire inclus, sont *les moins susceptibles* de se porter volontaires pour un entretien sociologique, qu'il faudrait lui aussi justifier ou cacher. À l'inverse, celles qui n'ont pas de difficultés à parler de leur avortement sont plus susceptibles de participer à une enquête sociologique : les résultats discutés ici, rapportés au mode de recueil des données, peuvent donc tendre à surestimer le dévoilement de l'IVG, et ce même si le caractère anonyme du témoignage a permis de rencontrer aussi des personnes n'en ayant presque pas parlé.

Kate Cockrill et Adina Nack ont montré que face à la stigmatisation anticipée, les femmes mettent en place des stratégies de contournement du stigmate dont l'objectif est le maintien d'une bonne réputation (*maintaining a good reputation*) (Cockrill et Nack, 2013). Le discours de Julia en exergue laisse de fait transparaître sa volonté d'éviter que son entourage plus ou moins proche ne « parle » derrière son dos. Or, cette dissimulation n'est possible que parce que le stigmate (la grossesse avortée) n'est pas immédiatement visible.

L'avortion stigma est généralement considéré comme un stigmate « dissimulable » : il demeure inconnu des autres en l'absence d'un dévoilement. [...] Par conséquent, les personnes stigmatisées par l'avortement font face non seulement au stigmate révélé, mais aussi à la gestion de cette révélation ou absence de révélation du stigmate³. (Norris et al., 2011, p. 3)

Pour le dire en termes davantage goffmaniens, la possibilité de cacher l'avortement signifie que les avortées ne sont pas d'emblée *discréditées*, mais bien plutôt *discréditables* (Goffman, [1963] 1975, p. 14). L'identité d'avortée reste *virtuelle* tant que l'IVG n'est pas portée à la connaissance d'autrui, ce qui permet de maintenir une apparente conformité :

Lorsque les dominés dans les rapports de forces symboliques entrent dans la lutte à l'état isolé, comme c'est le cas dans les interactions de la vie quotidienne, ils n'ont pas d'autre choix que l'acceptation (résignée ou provocante, soumise ou révoltée, etc.) de la définition dominante de leur identité ou la recherche de l'assimilation qui suppose un travail visant à faire disparaître tous les signes propres à rappeler le stigmate [...] et à proposer, par des stratégies de dissimulation ou de bluff, l'image de soi la moins éloignée possible de l'identité légitime (Bourdieu, 1980, p. 69).

Les femmes peuvent ainsi mettre en place un ensemble de techniques pour ne pas évoquer leur avortement et pour en effacer – voire falsifier – les traces matérielles ; elles s'emploient

³ "Abortion stigma is usually considered a "concealable" stigma: It is unknown to others unless disclosed [...]. Consequently, those stigmatized by abortion cope not only with the stigma once revealed, but also with managing whether or not the stigma will be revealed".

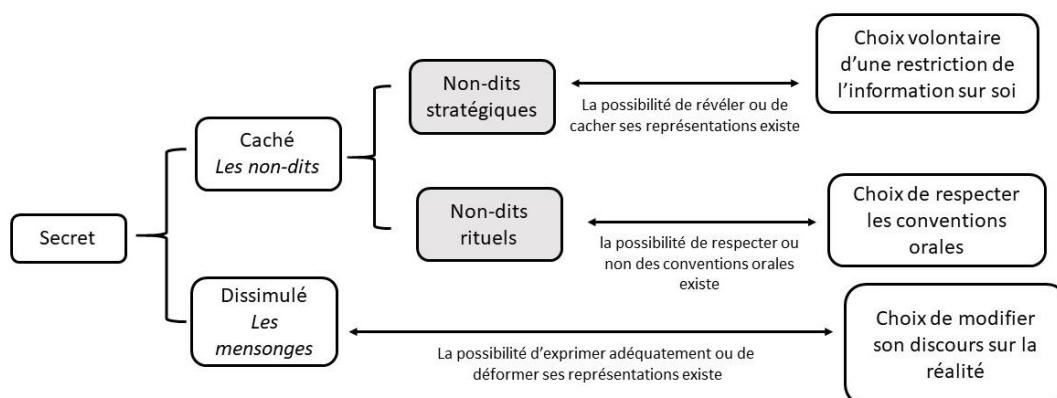
activement à produire du secret autour de leur acte. Ce sont ces techniques de production du secret autour de l'IVG qui constituent l'objet de ce chapitre⁴.

J'entends démontrer que de telles stratégies de contournement du stigmatisme constituent un *travail d'invisibilisation* imposé aux avortantes (Thizy, 2021), lequel constitue une forme particulière du travail procréatif féminin (Mathieu et Ruault, 2017). Ainsi le secret autour de l'IVG n'est pas donné. Il est produit par les personnes exposées à la stigmatisation, qui mettent en place des stratégies discursives et pratiques plurielles, coûteuses en temps, en énergie, en disponibilité mentale et émotionnelle. L'objectif est ainsi d'aborder le secret de façon matérialiste, en donnant à voir ses logiques concrètes et en le réinscrivant dans des rapports de pouvoir structurels.

Je m'appuierai pour cela, en plus des travaux féministes sur le travail procréatif (présentés en introduction), sur les analyses du sociologue André Petitat (Petitat, 1998), qui reprend et approfondit les travaux pionniers d'Erving Goffman et de Georg Simmel. Dans *Secret et sociétés secrètes*, publié en 1908, Simmel propose une définition du secret dans l'interaction (Simmel, [1908] 1998) : il l'identifie comme « une limitation de la connaissance réciproque » (cité par Petitat, 1998, p. 15). Le secret peut alors être « actif » ou « passif », selon que la limitation de la connaissance passe par des informations faussées ou seulement par l'omission d'informations. André Petitat reprend et approfondit une telle conception du secret. Il le définit à la suite de Simmel comme une « soustraction d'information dans l'interaction » (*ibid.*, p. 9) et distingue pour sa part le « mensonge » (qui relève de la forme « déguisée » de secret – « actif » chez Simmel) du « non-dit » (qui relève de la forme « cachée » du secret – « passive » chez Simmel) (*ibid.*, p. 16). Ce non-dit peut être « stratégique » (conscientisé par les détenteur·ices de l'information) ou « rituel » (imposé par des normes d'interaction qui distinguent le dicible de l'indicible). Chez André Petitat, le secret n'est pas pensable en dehors de son dévoilement potentiel – secret et dévoilement constituent les deux faces d'une même pièce, qui serait pour Goffman l'identité des individus. La possibilité du secret repose dès lors sur trois critères : « 1/ la possibilité de révéler ou de cacher ses représentations ; 2/ la possibilité d'exprimer adéquatement ou de déformer nos représentations ; et 3/ la possibilité de respecter ou de ne pas respecter nos conventions » (*ibid.*, p. 23). Je propose de résumer la pensée d'André Petitat avec le schéma suivant, qui servira de base à la suite de mon analyse :

⁴ J'y reprends et approfondis des réflexions déjà publiées dans un article paru dans le numéro 38 de la revue *Enfances, Familles, Générations* sur le travail procréatif (Thizy, 2021).

Figure 8. Schéma représentant l'analyse du secret comme restriction de l'information chez André Petitat



J'étudierai d'abord les « non-dits » autour de l'IVG, en montrant que les avortées ont intériorisé ce qu'elles nomment le « tabou » autour de l'avortement et contrôlent strictement les informations sur elles pour éviter le discrédit. Ces non-dits sur l'IVG peuvent être *stratégiques* (en prévention de la stigmatisation anticipée), mais ils sont aussi *subis* par les avortées qui peuvent avoir le sentiment que leur silence est attendu car socialement convenable (9.1). Le silence est pourtant rompu à certaines conditions. L'IVG est révélée à des personnes « de confiance » qui constituent d'importantes ressources pour les avortées, selon des logiques genrées (9.2). Les stratégies d'invisibilisation peuvent enfin relever du « mensonge » au sens d'André Petitat, c'est-à-dire d'une modification du discours sur le réel. Il s'agit alors de trouver des raisons alternatives aux signes de grossesse remarqués ou aux conséquences de l'IVG, d'expliquer des absences liées à la prise en charge médicale, voire, devant les professionnels de l'orthogénie, de dissimuler des pratiques contraceptives non conformes aux attentes médicales (9.3).

9.1 L'invisibilisation par les « non-dits »

« Le silence est un mécanisme important pour les personnes confrontées à la stigmatisation de l'avortement. Elles espèrent que, si l'on ignore leur lien à l'IVG, elles ne pourront pas être stigmatisées⁵ » écrivent Alison Norris et ses collègues dans leur article de cadrage de 2011 (2011, p. 8). Taire son avortement constitue une première stratégie pour éviter la stigmatisation, à la fois *en amont* et *en aval* de l'IVG – la probabilité d'être exposée à la stigmatisation s'éloignant à mesure que s'éloigne l'avortement. Comment comprendre les « non-dits » autour

⁵ “Silence is an important mechanism for individuals coping with abortion stigma; people hope that if no one knows about their relationship to abortion, they cannot be stigmatized”.

de l'avortement ? Chez André Petitat, les non-dits relèvent d'une double logique : ils sont *stratégiques* ou *rituels*. Je proposerai d'interpréter cette distinction en montrant que le silence autour de l'IVG procède lui aussi selon deux registres distincts. Le secret est d'abord une anticipation du discrédit : il permet aux avortées de se préserver de la *stigmatisation anticipée*, et repose en cela sur les *non-dits stratégiques* (9.1.1). Mais le secret autour de l'IVG est aussi une *norme sociale* : le silence n'est pas seulement voulu par les avortées, il est aussi collectivement imposé, par une relégation de l'avortement hors de l'espace public (Boltanski, 2004). En cela, ce qu'André Petitat nomme les *non-dits rituels* me semble davantage relever d'une *silenciation* genrée de l'expérience abortive : de nécessité, le secret devient fardeau (9.1.2).

9.1.1 Le secret comme anticipation du discrédit : le « need for secrecy⁶ »

Pourquoi les femmes cachent-elles leur IVG ? Une enquête états-unienne menée par plusieurs chercheuses en santé identifie trois raisons de ne pas évoquer un avortement envisagé auprès des membres de son réseau : la peur du jugement (*concerns about judgment*) – autrement dit, la stigmatisation anticipée ; le désir de préserver son intimité (*desiring to maintain privacy*), enfin l'absence de doute sur la décision (*certainty about their decision*) (Chor et al., 2019). Ces trois raisons relèvent toutes d'une logique de préservation de soi.

« J'avais peur des réflexions » : se préserver soi-même

En tant qu'actrices du monde social, les avortées sont capables de se représenter des situations d'interaction et d'agir en fonction de ce qu'elles en perçoivent. La *stigmatisation anticipée* les conduit à dévoiler ou non leur IVG, en évaluant en amont « une réaction hostile à craindre » (Hélène, 28 ans, étudiante sage-femme, IVG à 23 ans en 2011). Les termes employés pour décrire ce processus varient peu d'un entretien à l'autre : il est question d'être discrète afin d'éviter « les jugements », de ne pas « être jugée », etc. La divulgation de l'information sur soi est strictement contrôlée, pour préserver une image sociale de soi positive, comme le suggère Céline (34 ans, commerciale, IVG à 32 ans en 2015) :

J'avais peur, à chaque fois, d'être jugée. Parce que c'est des gens que vous connaissez pas, vous connaissez pas leurs idées, vous connaissez rien d'eux [...]. Et franchement, j'ai pas envie de me prendre... J'ai pas envie d'une réflexion, d'un regard, d'un... que ça soit de mépris, ou de condescendance, rien, je veux rien de tout ça. [...] Donc je l'ai pas dit.

⁶ L'expression est employée dans plusieurs articles, notamment (Hanschmidt et al., 2016 ; Shellenberg et al., 2011).

Dans des situations d'interaction où il est impossible d'anticiper la réaction des interlocuteur·ices (« vous connaissez pas leurs idées »), les personnes rencontrées préfèrent ne pas évoquer leur avortement, traduisant ainsi une nécessité au secret, « a *need for secrecy* » (Shellenberg et al., 2011, p. 12). Le silence permet de prévenir les jugements négatifs, comme l'ont montré dès les années 1990 une équipe états-unienne de psychologues sociaux réunies autour de Brenda Major (Major et Gramzow, 1999). Mais il n'est pas seulement question, comme le suggère cette étude, de préserver son bien-être psychique⁷. Le silence *comme fait social* engage avant tout la préservation du statut des femmes, leur « respectabilité », pour reprendre l'expression de Beverly Skeggs (2015). Cette « respectabilité » – qui relève au fond d'une recherche de distinction bourdieusienne propre aux classes dominées – est déterminée par un rapport *légitime* à la reproduction : une « femme respectable », c'est-à-dire une femme dont les pratiques sont conformes à la morale dominante, n'avorte pas.

À l'inverse, les situations où l'avortement est découvert aux dépens des femmes attestent de l'atteinte faite à la « réputation » (Clair, 2008). Noéline (20 ans, serveuse, IVG à 20 ans en 2018) est exposée à son secret trahi :

Noéline : Le problème, c'est que j'en ai parlé à une personne avec qui j'aurais pas dû. Du coup, le premier truc qu'elle a fait, c'est en parler à d'autres personnes. Des personnes que je connais à peine quoi ! Ça aurait été des gens que je connaissais... à qui j'aurais peut-être fini par le dire... Mais là, c'étaient des gens... genre un collègue, quelqu'un que j'avais vu deux fois dans ma vie. J'avais jamais parlé plus que ça avec lui donc... c'est très, très mal passé. [...]

Laurine : Parce que tu avais l'impression d'être jugée sur la décision ?

Noéline : Oui, par plusieurs personnes. Des gens à qui, déjà, j'avais pas fait le choix d'en parler et qui, au final, ont été au courant par X,Y personne. Et du coup, qui se permettaient de parler, de dire oui, mais moi, à sa place... Mais en fait, t'es pas à ma place ! Donc juste, tais-toi, je t'ai pas demandé ton avis en fait ! [...] Dès que les gens commençaient à parler un peu trop de ce qui ne les regarde pas, de ce qui me regarde, moi, ça commençait vite à m'énerver. Du coup, je montais vite dans les tours donc ils évitaient d'en parler... Ouais, je pétais des scandales [rire].

Laurine : Quel genre de scandale ?

Noéline [se caricature elle-même] : « AH NON MAIS CA LE REGARDE PAS IL FERME SA GUEULE EN FAIT » [rire]. [...] Qu'on juge ce que je fais, je supportais pas. En fait, ça ne te regarde pas. Donc ferme ta gueule, et laisse-moi tranquille !

La rupture du secret expose ici Noéline à la *stigmatisation effective*. Pour y faire face, elle troque sa stratégie de contournement du stigmaté contre une stratégie plus offensive : la « condamnation de ceux qui condamnent », identifiée de longue date par la littérature sur la déviance comme « stratégie de neutralisation » du stigmaté (Sykes et Matza, 1957), y compris de l'*abortion stigma* (Cockrill et Nack, 2013, p. 984). Quand le secret est brisé, il faut réinventer

⁷ Les travaux de deux psycho-sociologues états-uniennes, qui étudient la corrélation entre les identités stigmatisées dissimulables (*concealable stigmatized identities*) et le bien-être physique et psychique (*people's psychological well-being and health*) montrent que la santé mentale est plus susceptible de se dégrader quand la stigmatisation anticipée, plus forte, impose une gestion du secret plus stricte (Quinn et Chaudoir, 2009).

une posture pour combattre la mauvaise réputation (*managing the damaged reputation, ibid.*, p. 985) : le maintien du secret *en amont* paraît ainsi une stratégie plus efficiente.

Nolwenn (27 ans, préparatrice en pharmacie, IVG à 19 ans en 2010), qui a été victime de violences abortives (voir 2.2.2), préfère pour sa part ne pas parler de sa terrible expérience :

Moi, ce que j'avais peur, c'est le regard des autres quoi... à 19 ans, tomber enceinte alors que t'es en soirée, machin. [...] J'avais peur que mon copain me rejette... Que mes parents me traitent de tous les noms et autres... Et même que mes beaux-parents me disent que je gâche la vie de leur fils... [...] Moi j'avais tellement honte de ça. [...] J'avais une bande d'amis, j'avais pas envie de me retrouver enceinte devant eux... J'avais peur du jugement. J'avais peur de... « la cassos, elle est déjà enceinte ». Des réflexions qu'on aurait pu me faire ou même... Que ça parle dans notre canton.

La peur de réactions de rejet (« que ça parle ») venant de ses proches (ami·es, parents, beaux-parents, conjoint...) conduit Nolwenn à ne se confier d'abord qu'à sa colocataire – jusqu'à ce que sa mère découvre son histoire via ses relevés de Sécurité Sociale. Nolwenn cherche à préserver sa respectabilité, au sens de Beverly Skeggs, puisque les implications sociales du jugement sont majeures : s'exposer au commérage, c'est risquer d'être écartée des interactions sociales ordinaires. L'enjeu est d'autant plus fort que les réseaux d'interconnaissance sont étroits et interconnectés, comme c'est le cas dans son « petit village ». Comme l'ont montré Norbert Elias et John S. Scotson dans *The Established and the Outsiders* ([1965] 1994) dans leur analyse de Winston Parva⁸, le commérage permet de créer des frontières et des hiérarchies entre catégories sociales, et constitue un « instrument d'exclusion hautement efficace » (Elias et Muel-Dreyfus, 1985, p. 25). Le commérage est « le moyen d'une réassurance permanente de sa propre supériorité » (*ibid.*, p. 24). La figure évoquée de la jeune-fille enceinte rassemble d'ailleurs, à elle seule, plusieurs identités stigmatisées présentées dans la deuxième partie de ce travail : figure de la « salope » qui tombe enceinte « alors [qu'elle est] en soirée », l'association entre fête et sexualité déviante étant implicite (voir 5.2.1) ; figure de la « cassos », comme cas particulier de la figure de « l'irresponsable » qui ne maîtriserait pas sa contraception (voir 4.2.1) ; évocation enfin de la grossesse précoce (« 19 ans et déjà enceinte ») qui déroge aux normes de maternité identifiées (voir 6.2.2). Nolwenn insiste un peu plus tard sur la volonté de réussir dans ses études, qui représente un enjeu fort : celui d'un maintien voire d'une ascension

⁸ « Winston Parva » est le nom donné à la communauté de 5000 habitants ethnographiée par les deux enquêteurs. Elle est constituée de trois groupes sociaux distincts : des familles de classes moyenne dont le réseau de relations sociales est extérieur à Winston Parva ; des familles de classe ouvrière établies de longue date (les *insiders*) dans « le village » ; des familles de classe ouvrière aux propriétés économiques comparables (même salaires, même type d'emploi) mais arrivées plus récemment (les *outsiders*) qui vivent dans « le lotissement ». N. Elias et J. S. Scotson montrent que l'ancienneté constitue un capital qui permet aux habitants du village de se distinguer de ceux du lotissement. Le commérage, positif ou négatif, constitue un instrument de cette hiérarchie, en contribuant à créer du lien social et à assurer l'unité du groupe des *insiders* : le commérage célèbre et réaffirme les normes du groupe en excluant ceux et celles qui y dérogent.

sociale. Il s'agit ici de repousser la peur de l'échec ou du rejet social, dont l'avortement serait synonyme, et le secret un moyen de prévention. Nolwenn sait par ailleurs que le stigmatisme est contagieux : ne pas en parler à son compagnon est une façon de le protéger à son insu de ce stigmatisme secondaire – l'*affiliate stigma* (Lipp, 2011), en préservant leurs deux réputations des commérages. Mais en la matière, les asymétries genrées sont flagrantes, comme en témoigne l'histoire de Chloé (28 ans, journaliste, IVG à 19 ans en 2010).

Les « jugements » (qu'il s'agisse d'un regard, d'un soupir, d'un commentaire désobligeant, d'une leçon de morale) sont donc loin d'être les seules sanctions sociales redoutées : ce que les avortées craignent, ce sont surtout les *conséquences de ces jugements* sur leur réseau de sociabilité. La révélation de l'IVG peut de fait entraîner une rupture du lien conjugal et/ou des solidarités familiales et amicales, voire des maltraitances physiques, psychiques, ou des menaces de mort. Tout dépend des réseaux dans lesquels les femmes s'inscrivent : « les interactions stigmatisantes redoutées par les femmes varient beaucoup et dépendent des valeurs et des attitudes qu'elles perçoivent dans leur communauté et chez leurs proches⁹ » (Cockrill et Nack, 2013, p. 980). La nécessité de cacher l'avortement s'avère d'autant plus impérative qu'elle engage les conditions d'existence matérielle des femmes : accès au logement, à leurs vêtements, à la nourriture, à l'argent, à des conditions de vie dignes, lien social sur le lieu de travail ou d'habitation. C'est le cas lorsqu'elles dépendent des conjoints ou des familles. Dans certaines situations de violences aggravées, c'est la vie des femmes elles-mêmes qui peut être en jeu.

« Je voulais pas que les gens se fassent du souci pour moi » : refuser l'apitoiement

Outre la préservation de sa réputation auprès des autres, les personnes rencontrées taisent aussi leur IVG pour ne pas avoir à endurer les réactions des autres, y compris les réactions qui témoignent d'une attention à l'autre. Coralie (22 ans, étudiante en art, IVG à 21 ans en 2016) fait par exemple des attitudes charitables un repoussoir : « y'a pas mal de personnes qui sont au courant c'est vrai, mais ils sont pas du tout dans la pitié ou dans la compassion, ils sont plutôt en mode "ok, tu t'es fait avorter, c'est pas quelque chose d'anodin, c'est pas très agréable mais maintenant tout va bien !" ». Les avortées ne refusent pas seulement les *jugements* : elles refusent aussi la *pitié*. Ce faisant, les femmes rencontrées contestent l'assignation au scénario de l'IVG-comme-trauma. Pauline (25 ans, rédactrice free-lance, IVG à 19, 24 et 25 ans)

⁹ «The stigmatizing interactions women expected varied widely and depended on the values and attitudes they perceived in their communities and the people around them”.

dénonce ainsi les « regards lourds de sens » qu'elle a perçus à l'hôpital et auprès de son cercle de sociabilité : « je suis assez gênée d'en parler à mes amies [...] parce que je constate des regards de commisération qui disent "Ah mais c'est horrible de faire ça, ma pauvre !" . Et ça, ça aide pas tellement en fait ! ».

Ce refus de la sollicitude des proches peut se comprendre de plusieurs manières. Tout d'abord, l'excessive compassion exacerbe la difficulté de l'IVG plutôt que la neutraliser, en performant le script dramatisant l'IVG. Mais pas seulement. Les attitudes compatissantes sont aussi, plus subtilement, la manifestation d'une domination sociale *soft* : celle des personnes qui, épargnées par la déviance et dominantes socialement, peuvent se permettre la mansuétude. La sollicitude peut ainsi, elle aussi, signifier voire recréer des hiérarchies, d'autant plus difficiles à contester que la générosité et l'empathie en sont le postulat – les travaux sur la charité publique ont à eux seuls montré combien celle-ci constitue un instrument de la domination sociale (Castel, 1999 ; Pinell, 2019).

Mais le refus de la compassion peut également être une façon de ne pas porter les inquiétudes des autres. Elisabeth (25 ans, service civique dans une association culturelle, deux IVG à 21 ans en 2014 et une à 25 ans en 2018) ne veut pas perdre d'énergie à composer avec les réactions des autres à son égard : « Sur le coup, je ne voulais pas en parler parce que je ne voulais pas que les gens se fassent du souci pour moi ou les gens se disent : "elle est dans un délire pas bien, c'est pas bien", j'aime pas à avoir à porter sur les épaules les préoccupations des autres, déjà qu'on a nos propres préoccupations, c'est déjà assez chiant ». Sans forcément redouter de vifs jugements, les avortées ne veulent pas s'encombrer d'un travail de justification de leur démarche. Adélaïde (27 ans, chargée de mission dans l'environnement, IVG à 26 ans en 2017) refuse ainsi de faire auprès des autres l'exégèse de son IVG :

Justement, derrière, il va falloir se justifier en fait. Se justifier... Il va au moins falloir s'expliquer. Parce que si je dis ça comme ça, les gens vont dire « Ah bon ? ». Et ils vont chercher à en savoir un peu plus. Et j'ai pas envie d'expliquer tout ça en fait. Voilà. Il faut toujours se justifier de ce choix-là et c'est fatigant.

Le refus de se confronter aux jugements ou à l'excessive compassion conduit ainsi bien souvent les avortées à s'épargner un travail émotionnel et relationnel de dé-stigmatisation de leur propre choix (souvent bien vécu d'ailleurs), quand il ne s'agit pas plus simplement de préserver ses relations sociales.

« Je me suis pas jetée dans la gueule du loup » : le non-dit stratégique

C'est la raison pour laquelle le secret est massivement utilisé. Mais il ne l'est pas auprès de n'importe qui. Comme le dit Sirine (29 ans, architecte, FC à 25 ans en 2014, IVG à 26, 27 et 28 ans) : « je suis pas allée me jeter dans la gueule du loup hein ! c'est-à-dire que j'ai compris que certaines personnes étaient très très hermétiques à ça [l'IVG], donc j'ai arrêté de les voir ». Le non-dit stratégique est utilisé quand les femmes anticipent une forte stigmatisation.

• **Les proches aux positions anti-avortement**

Le secret s'impose donc comme moyen de prévention du rejet. Les avortées sélectionnent soigneusement en amont les personnes destinataires de leur secret. Dans sa thèse de PhD, Kristen Shellenberg estime que plus de la moitié des personnes interrogées aux États-Unis gardent le secret de leur avortement auprès de leur famille et de leurs ami·es (Shellenberg, 2010). Dans l'enquête de Kate Cockrill et Adina Nack, l'avortement est caché aux « membres de la famille religieux, des proches opposés à l'avortement, des ami·es ayant eu des difficultés à concevoir, et des obstétricien·nes les ayant accouchées¹⁰ » (p. 980, ma traduction). Mes enquêtées étant nullipares – elles n'ont jamais accouché auparavant – et n'ayant que peu de proches déjà parents – ce type de dissimulation n'est pas mentionné. Elles évitent toutefois, elles aussi, de parler de leur IVG aux membres de leur famille très religieux, ou à ceux et celles ayant des convictions anti-avortement connues.

Dans mon corpus, les jeunes filles considérant qu'il est impératif de dissimuler leur avortement à leur mère, et, quand il est présent, à leur père, sont issues de familles où les croyances religieuses, catholiques ou musulmanes, restent très présentes, et la sexualité elle-même très stigmatisée : les situations d'Ony (31 ans, employée dans la restauration collective, IVG à 31 ans en 2018), Anissa (22 ans, étudiante en école de commerce, IVG à 19 ans en 2014), Cynthia (17 ans, lycéenne, IVG à 17 ans en 2017), Imane (29 ans, hôtesse de l'air, IVG à 29 ans en 2018) ou Cindy (30 ans, infirmière, IVG à 15 ans en 2003) ont déjà été présentées (voir 5.2.1) et toutes ont caché (ou essayé de cacher sans y parvenir) leur IVG à leur famille.

• **La sphère professionnelle**

De façon plus systématique, les avortées évitent d'ébruiter leur grossesse et son interruption sur leur lieu de travail ou de formation, à moins qu'elles n'entretiennent avec leurs collègues ou camarades une relation amicale. Dans l'ensemble, elles dissimulent l'avortement à leur

¹⁰ “religious family, members, significant others who are anti-abortion, friends who struggled to conceive, and Ob=Gyns who had delivered their babies”.

hiérarchie, pour ne pas s'exposer davantage dans des relations où elles sont déjà dominées – rappelons-nous de Noémie (24 ans, étudiante en école d'architecture, IVG à 22 ans en 2015), qui ne veut pas « rendre des comptes sur [sa] vie privée à [son] patron », d'autant qu'elle redoute des commentaires sur sa sexualité (voir 5.2.2). Cette protection de la vie privée au travail, toutefois, n'est pas spécifique à l'avortement : de nombreux travaux sur la maladie chronique, qu'il s'agisse d'un cancer (Fife et Wright, 2000), d'une hépatite (Lhuilier, Brugeilles et Rolland, 2015), d'une infection au VIH (Fabre, Clercq et Tchobanian, 2000 ; Lhuilier et al., 2007), etc., montrent que les problématiques liées à la santé en général sont bien souvent gardées confidentielles au travail. Les avortées opèrent une distinction nette entre la sphère domestique, dont relève à leurs yeux l'avortement, et la sphère professionnelle.

*

Le secret se présente donc d'abord sous la forme de *non-dits stratégiques*, révélant une certaine autonomie du sujet, pour faire face à la *stigmatisation anticipée*. Mais le secret n'est pas seulement préservation de soi : il est aussi *imposé* aux avortées par des *non-dits rituels*, des normes à ne pas transgresser. Le silence devient alors *silenciation*.

9.1.2 Le secret comme silenciation : le « burden of silence »

Comme dans d'autres enquêtes (Astbury-Ward, Parry et Carnwell, 2012), les femmes rencontrées évoquent très souvent le « tabou » qui pèse sur l'IVG. L'expression revient d'un entretien à l'autre comme un constat, régulièrement déploré. Entendu dans son sens ordinaire plutôt qu'anthropologique¹¹, ce tabou se caractérise par une *injonction* – plutôt qu'un choix – à passer l'IVG sous silence. Ainsi, comme l'écrivait André Petitat, « le secret est inséparable des règles qui gouvernent nos échanges » (Petitat, 1998, p. 10). La stigmatisation de l'IVG s'accompagne d'une *norme de silence* : « on parle pas de ces choses-là » (Ony, 31 ans, employée dans la restauration collective, IVG à 31 ans en 2018). Renvoyé au domaine féminin, c'est-à-dire au domaine privé, à l'intime, à l'individuel, l'avortement fait l'objet d'une relégation sociale : « Parmi l'ensemble des pratiques rattachées au pôle féminin, l'avortement est sans doute l'une de celles qui sont les plus fortement mises à l'écart de l'espace public, accomplies dans l'ombre et uniquement entre femmes » écrit Luc Boltanski (2004, p. 33).

L'expérience de l'avortement ne constitue pas un sujet de conversation collective légitime : pas question d'en « parler entre la poire et le fromage au repas de Noël » (Hélène, 28 ans, étudiante sage-femme, IVG à 23 ans en 2011), puisque « c'est pas un truc que tu dis en famille »

¹¹ En anthropologie, le tabou relève d'une transgression du sacré plutôt que de ce dont il ne faut pas parler.

(Christel, 27 ans, travailleuse sociale, IVG à 26 ans en 2017). Le non-dit, alors, n'est pas *stratégique* mais *rituel* :

Dans certaines situations, ne pas dire est obligatoire ou recommandé. La politesse, la pudeur, la modestie, la discrétion, les interdits de toutes sortes imposent des restrictions dans les échanges, mettent un frein à l'entropie qui menace des interactions non réglées par des montages héréditaires. (Petitat, 1998, p. 16)

Le « jeu du voilement et du dévoilement » est donc « toujours empreint de normativité » (*ibid.*, p. 27), puisqu'un ensemble de normes détermine les restrictions dans les échanges, selon le contexte social. Le silence n'est donc pas toujours adopté stratégiquement, *il peut être aussi subi*. Dit autrement, les femmes ne sont pas seulement *silencieuses* ; elles sont aussi *silenciées* et « il est attendu des femmes qu'elles gardent le silence sur leur avortement¹² » (Norris et al., 2011, p. S50).

Il faut donc distinguer deux tabous : l'avortement et le discours public sur l'avortement. Car au fond, l'interdit semble moins porter sur l'acte en lui-même que sur sa mise en récit. Comme l'explique Luc Boltanski dans *La condition fœtale* (2004), si l'avortement suscite une « réprobation générale », il fait l'objet d'une « tolérance de fait » et constitue en cela un « secret de Polichinelle ». En reprenant la distinction bourdieusienne entre « l'officiel » et « l'officieux », le sociologue écrit :

L'avortement, tout en étant officiellement condamné, est officieusement toléré [...]. Il est toléré non seulement parce qu'il a lieu dans un contexte, l'univers du féminin, impénétrable depuis l'espace public ; non seulement parce que l'on ne fait pas les efforts nécessaires pour savoir ce qui s'y passe, mais aussi parce que, tout en le sachant très bien, d'une certaine façon, on peut faire comme si ce que l'on sait était sans pertinence ou, si l'on veut, fermer les yeux et faire comme si on ne le savait pas. (2004, p. 34)

Le mécanisme du silence, du regard détourné, est ici parfaitement identifié. Toutefois, il est intéressant de questionner qui sont les acteur·ices ramassé·es dans ce « on » rhétorique. Dit autrement : qui ne fait pas l'effort de voir, qui ferme les yeux sur la connaissance de l'avortement ? L'auteur, sans le dire explicitement, suggère une piste de réponse : à « l'univers du féminin » s'oppose, innommé car trop évident, un autre univers qui serait, lui, masculin, c'est-à-dire public, légitime, dominant. C'est de ce point de vue – et de ce point de vue *seulement* – qu'il est possible de qualifier « d'impénétrable » cet « univers féminin » ! Pour celles qui en sont partie prenante, le domaine de l'intime n'a rien d'une forteresse imprenable¹³.

¹² «Women are expected to keep quiet about abortion».

¹³ Il n'est pas surprenant qu'une telle expression advienne sous la plume d'un chercheur homme, qui reconnaît d'ailleurs lui-même que l'étude de l'avortement n'a été rendue possible qu'avec la formation d'anthropologues femmes. On peut cependant contester l'idée que de tels retards s'expliqueraient pour des raisons méthodologiques, à cause d'un terrain jusque-là inaccessible aux hommes. Le manque de données sur la question vient plus

La fabrication du secret ne peut donc se départir des rapports de genre dans lesquels elle est prise. La capacité à imposer le silence est la résultante d'un rapport de force : au principe de la silenciation de l'expérience abortive des femmes, il y a des normes genrées qui distinguent ce qui peut être dit de ce qui ne peut pas l'être.

L'inceste, en tant que fait social, constitue un parallèle intéressant pour comprendre les logiques de la silenciation genrée. Les travaux de Dorothee Dussy ont établi qu'entre 5 et 10% de la population française a été victime d'inceste (Dussy, 2013a). Ce chiffre est pourtant longtemps resté inconnu : la silenciation de l'inceste est probablement la plus importante de l'histoire contemporaine, quoiqu'elle se fissure depuis le début des années 2020. La publication des livres de Vanessa Springora¹⁴ (*Le Consentement*, en janvier 2020, aux éditions Grasset) et de Camille Kouchner¹⁵ (*La Familia Grande*, en janvier 2021, aux éditions du Seuil) ont entraîné, à la suite du #metoo en 2017, un #metooinceste en janvier 2021¹⁶ : l'inceste est en train d'être constitué en problème public¹⁷. Jusque-là, cependant, c'était le silence qui s'imposait, et se reproduisait de lui-même.

probablement d'un mépris pour l'objet, dont l'intérêt scientifique n'était pas évident avant que ne soient formées des chercheuses avec un point de vue situé sur l'expérience procréatrice.

¹⁴ L'autrice quarantenaire, qui est également éditrice, raconte dans ce roman la relation entretenue de ses 13 ans à ses 15 ans avec un écrivain alors relativement célèbre et connu pour ses écrits pédopornographiques – Gabriel Matzneff. Elle montre le mécanisme de l'emprise amoureuse et sexuelle sur l'adolescente qu'elle était alors, et les conséquences physiques dévastatrices que cette histoire a eu sur sa santé mentale. L'ouvrage a eu un retentissant succès médiatique et a entraîné l'ouverture d'une commission ministérielle chargée d'enquêter sur l'inceste en juillet 2020 (voir l'article de *Libération*, « Violences sexuelles sur mineurs : le gouvernement va lancer une commission indépendante », Virginie Ballet, 2 août 2020, accessible à l'adresse https://www.liberation.fr/france/2020/08/02/violences-sexuelles-sur-mineurs-le-gouvernement-va-lancer-une-commission-independante_1795853/, consultée le 18/08/2021). En 2021, l'ouvrage avait été vendu à 135 000 exemplaires, d'après LivresHebdo, et se classe parmi les 5 meilleures ventes de l'année 2020 (l'information est disponible dans cet article du 02/02/2021, « Gabriel Matzneff autoédite un livre en réponse au "Consentement" de Vanessa Springora », accessible à l'adresse <https://www.livreshebdo.fr/article/gabriel-matzneff-autoedite-un-livre-en-reponse-au-consentement-de-vanessa-springora>, consultée le 18/08/2021).

¹⁵ L'autrice, avocate et maître de conférences en droit privé, raconte dans cet ouvrage les agressions sexuelles répétées imposées à son frère jumeau tout au long de son adolescence par leur beau-père, Olivier Duhamel, politiste réputé. Elle montre notamment comment la plupart des proches de la famille, pourtant informés de ces violences sexuelles, ont choisi de se taire. Comme dans « l'affaire Matzneff », la résonance médiatique de ce qui devient rapidement « l'affaire Duhamel » est puissante et immédiate, notamment à travers les nombreux articles publiés par le journal *le Monde*. La semaine de sa sortie, il est l'ouvrage le plus vendu, témoignant d'un changement d'ampleur, comme le soulignent les journalistes Frédéric Martel et Nicolas Gastineau sur France Culture le 17/01/2021 (accessible à l'adresse <https://www.franceculture.fr/litterature/la-familia-grande-succes-de-librairie>, consulté le 18/08/2021).

¹⁶ Voir l'article du Figaro du 17/01/2021 par Coline Renault, « #MeTooInceste : des milliers de témoignages après l'affaire Duhamel », accessible à l'adresse <https://www.lefigaro.fr/actualite-france/metooinceste-des-milliers-de-temoignages-apres-l-affaire-duhamel-20210117>, consulté le 18/08/2021.

¹⁷ La question de la pédopornographie et des agressions sexuelles sur mineur-es, y compris dans le cadre familial, fait depuis 2020 l'objet d'une attention politique et médiatique soutenue – l'histoire de la mise en problématique de l'inceste dans le débat public contemporain reste encore à faire. On peut cependant citer les travaux importants de l'anthropologue Dorothee Dussy (Dussy, 2013a, 2013b), de la philosophe Tal Piterbraut-Merx (Niedergang et Piterbraut-Merx, 2021 ; Piterbraut-Merx, 2019, 2020) et de l'historienne Marie-Claude Ambroise-Rendi (Ambroise-Rendu, 2014) sur cette question. Du côté du journalisme d'enquête, Charlotte

L'enfant incesté qui aurait des velléités de partager son expérience constate qu'on ne parle pas de l'inceste. Personne n'en parle, il n'y a aucun espace de dialogue pour évoquer l'inceste, aucun film d'enfant qui raconte une scène d'inceste, aucun copain ou aucune copine qui ne fasse part d'une situation équivalente, aucune histoire qui relate un inceste. (Dussy, 2013a, p. 111)

Le silence appelle le silence. L'absence de représentation appelle le silence. Et, dans le cas de l'inceste, l'absence de réaction des personnes informées conforte le silence (Dussy et Le Caisne, 2007). Le secret, là aussi, est « secret de Polichinelle » : bien souvent, ceux et celles qui savent préfèrent – par commodité, par confort, par déni suggère Dorothée Dussy – détourner les yeux. Le tabou porte ainsi moins sur la pratique incestueuse que sur le discours public autour de l'inceste¹⁸. Cette silenciation est une façon d'imposer « l'ordre incestueux » : « L'intériorisation des abus sexuels et du silence qui les entoure pour les incestés [...] [participe] d'une description complète des processus de fabrication des dominateurs et des dominés » (2013b, p. 255-256).

Dans le cas de l'avortement, bien entendu, il ne s'agit pas de crime dont on a été victime, ni de dénonciation publique d'un agresseur ; il n'y a pas non plus d'enjeu autour de la crédibilité du témoignage. Toutefois, les travaux sur l'inceste me semblent éclairants parce qu'ils mettent en évidence que *la silenciation est un instrument de la domination patriarcale*. Si les femmes se taisent, c'est aussi, et peut-être d'abord, parce qu'elles ne sont pas socialement autorisées à parler. Cette logique ne les préserve pas elles-mêmes. Elle préserve au contraire un ordre social genré où les écarts aux normes procréatives n'ont pas « voix » au chapitre ou, quand elles l'ont, sont renvoyées à une pathologie psychique individuelle : là aussi, la recherche a montré comment faire passer les femmes pour hystériques, folles ou malades est une excellente façon – sexiste – de les maintenir subordonnées¹⁹. Carole (38 ans, avocate, IVG à 27 ans en 2007 et 36 ans en 2016) explique par exemple :

C'est un sujet qu'on n'aborde pas en famille... On sait que ça existe, mais tant qu'on est pas touchée, entre guillemets... C'est comme si ça existait pas. Puis après autour de moi, ma famille, mes cousins, tout le monde était en période d'avoir des enfants. Donc ramener ça, c'était totalement décalé par rapport à ce qui se passait autour.

Pudlowski a proposé, dans son podcast *Ou peut-être une nuit* (Louie Media, 2020), une analyse très fine des mécanismes sociaux de l'inceste.

¹⁸ Léonore Le Caisne ne s'y trompe pas quand elle intitule son ouvrage sur l'inceste d'une jeune fille par son père *Et pourtant tout le monde savait* (2014) : tout le village était au courant des rapports entre le père et sa fille. C'est pourtant la prise de parole de la victime qui crée le scandale. La chercheuse, à partir d'une enquête de terrain dans la ville où a eu lieu le fait divers, montre ici combien l'inceste doit être appréhendé à l'échelle collective, dans les enjeux de réputation qu'il charrie, les rapports de force qu'il structure.

¹⁹ Voir par exemple le colloque de la SIÉFAR des 26-27 mars 2021, « Femmes et folie sous l'Ancien Régime » mais aussi les travaux des historien·nes sur l'hystérie (Abramovici, 2022 ; Edelman, 2003 ; etc.).

Pour Carole, le silence n'est pas seulement anticipation d'un discrédit potentiel *personnel* : il découle aussi de sa certitude que l'avortement n'est pas un sujet de discussion *socialement* souhaitable, en particulier devant des personnes qui, en devenant parents, s'inscrivent dans les normes procréatives dominantes. Parler d'avortement revient alors à *importuner ses proches*, comme l'explique Alison (24 ans, doctorante en sciences expérimentales, IVG à 21 ans en 2014) :

C'est le genre de sujet où toi, si tu en parles, t'as l'impression que tu t'étales aussi [...]. Même si c'est des gens qui sont super proches de toi, tu as l'impression d'être dans le déballage... Alors que je déballe plein de trucs à mes potes hein ! Mais là, je me disais ils ont peut-être pas envie que je leur en parle, peut-être que ça les gonfle.

Se taire vise alors à éviter des sanctions plus ou moins importantes liées non pas à *l'avortement*, mais à la *révélation de l'avortement*, comme si le discours sur l'acte était davantage répréhensible que l'acte lui-même – comme dans le cas de l'inceste où les victimes ont longtemps été considérées comme *coupables d'avoir parlé*.

Cette idée semble confirmée par des travaux menés dans les pays où l'avortement demeure clandestin : « dans les quatre pays [de cette enquête] où l'accès à l'avortement est très restreint, la dimension clandestine de la procédure semble moins liée à l'illégalité de l'avortement qu'à la nécessité de le cacher aux autres²⁰ » écrit par exemple l'équipe internationale réunie autour de K. Shellenberg dans un article qui compare le rapport au secret et au dévoilement de l'avortement entre cinq pays (États-Unis, Pérou, Mexique, Nigéria, Pakistan) (Shellenberg et al., 2011, p. 10). De ce point de vue, le silence imposé *reflète* la stigmatisation de l'IVG plus qu'il ne permet son contournement : comme l'écrit Céline Bryon-Portet en commentant les travaux de l'anthropologue Jean Jamin (Jamin, 1977), « la pratique du secret s'inscrit dans des exercices de pouvoir, des rapports de force et des stratégies de domination » (Bryon-Portet, 2011, §7). Le secret assoit ainsi des rapports de pouvoir genrés, parce qu'il contribue à isoler les femmes et exacerbe leur sentiment de solitude (Astbury-Ward, Parry et Carnwell, 2012 ; Ellison, 2003). Alison ajoute plus tard dans l'entretien : « J'ai vécu ça vraiment comme une histoire de femme et comme un truc super solitaire quoi. Que tu fais toute seule ». Le silence n'est donc pas seulement un choix, il est aussi un fardeau, que la littérature anglophone nomme « *burden of silence* » (Astbury-Ward, Parry et Carnwell, 2012, p. 3142).

*

Que le *non-dit* soit *stratégique* en anticipant la stigmatisation potentielle, ou qu'il soit la conséquence d'une *silenciation* de l'expérience abortive, il s'impose quoiqu'il en soit aux

²⁰ « In the four countries where abortion is highly restricted, the clandestine aspect of the procedure seemed to be less about the illegality of abortion and more about keeping it a secret from other people »

femmes. Un glissement est pourtant à l'œuvre dans le discours d'Alison : si elle limite la divulgation de son IVG pour satisfaire à la norme de silence, elle aurait toutefois souhaité se confier davantage et partager son expérience. De fait, aucune des personnes rencontrées n'est restée totalement silencieuse sur son IVG : toutes ont eu au moins un·e confident·e (en dehors de la relation d'enquête), y compris celles qui ont le moins partagé leur état.

9.2 La révélation sélective de l'IVG : stigmatisation anticipée négligeable ou nécessaire dévoilement ?

Le silence sur l'IVG n'est jamais absolu : avant, pendant et après l'intervention, l'IVG est révélée, *a minima* aux professionnel·les de l'orthogénie. Le secret ne peut donc s'envisager indépendamment de sa levée ponctuelle, c'est-à-dire de sa révélation ou son dévoilement (*disclosure*). Dans quelles circonstances le secret ne s'impose-t-il pas ? Pourquoi et à qui les avortées se confient-elles ?

9.2.1 Une stigmatisation davantage anticipée qu'effective

En pratique, la parole circule – elle circule même beaucoup : est-ce parce que la stigmatisation anticipée est minimale, ou en raison d'impératifs qui poussent les femmes à parler de leur grossesse non voulue ? Le fait est que même dans des situations où l'avortement est pénalement répréhensible, l'information se diffuse : Clémentine Rossier, dans son travail au Burkina Faso, qualifie même l'avortement d'« *open-secret* », ou « secret connu » – on retrouve le « secret de Polichinelle » de Luc Boltanski. La chercheuse montre qu'en contexte de prohibition légale et de très forte condamnation sociale, le besoin de partager sa décision et la recherche d'avorteur·ses clandestin·es imposent de mettre en place un bouche-à-oreille discret, mais efficace, pour avoir accès à un avortement clandestin²¹ (Rossier, 2006, et sa traduction en 2007).

Dans un contexte où l'IVG est légale, mais stigmatisée, plusieurs raisons poussent à dévoiler l'IVG. La gynécologue-obstétricienne Julie Chor et ses collègues de l'Université de Chicago mettent ainsi en avant, dans une enquête qualitative sur le dévoilement de l'avortement aux proches avant l'IVG, trois raisons différentes : le besoin d'information sur les démarches d'IVG (*seeking information about the procedure*), le besoin de conseils dans leur décision (*needing*

²¹ De même Annie Ernaux, quand elle évoque son avortement clandestin dans *l'Événement* et dans *Les armoires vides*, raconte comment trouver une faiseuse d'ange avant son avortement a été complexe. Pourtant, une fois l'avortement réalisé, toutes les connaissances informées de sa grossesse lui ont *a posteriori* fait savoir qu'elles connaissaient quelqu'un susceptible de pratiquer un avortement : une fois le risque d'être associé·e à une pratique illégale passé, il s'avère que le secret, ici de la pratique de l'avortement, est *plus connu qu'il n'en a l'air*.

guidance about their decision), et plus souvent le besoin de soutien matériel et/ou émotionnel (*wanting support for their decision*) (Chor et al., 2019). Une telle analyse, qui recoupe les motifs avancés par les personnes rencontrées sur mon terrain, me semble cependant écarter une quatrième hypothèse pourtant fondamentale – mais peut-être moins formulable aux États-Unis en 2019 : le choix de parler de son IVG peut aussi être une façon de *refuser d'endosser le stigmata*. Astrid (24 ans, chargée de projet dans une collectivité territoriale, IVG à 23 ans en 2018) fait par exemple le choix de parler plutôt librement de son avortement :

Toutes mes collègues, elles l'ont su de toute façon, parce que je suis quelqu'un qui rigole beaucoup au quotidien, qui raconte toujours des blagues. Et du coup, quand je vais pas bien, c'est écrit sur ma gueule, presque. Donc tout le monde a vu que ça allait pas. Et j'ai des copains, le soir où je l'ai appris, on faisait un barbecue' [...] et je leur dis « Bah je suis enceinte ». Et ils m'ont dit « Toi, t'as l'art d'annoncer les choses ! ». Et du coup j'ai dit oui, je suis pas très bien avec ça, c'est pour ça que je suis pas très à l'aise. Mais j'ai pas de honte à dire que j'ai fait une IVG.

Astrid ne s'astreint pas à un travail émotionnel pour cacher cette grossesse dont elle ne veut pas : elle s'en juge incapable et refuse de faire comme si de rien n'était. Pourtant, la réaction de ses ami·es suggère, par le recours à l'humour, qu'une grossesse ne s'annonce pas avec une telle facilité, à plus forte raison quand l'avortement est implicite. Astrid a conscience de ces normes, mais elle refuse « d'avoir honte ». Elle attend de ses ami·es une compréhension de son choix qui lui épargne le travail d'invisibilisation. En cela, elle renoue avec la troisième raison de parler de son IVG : recevoir du soutien. De fait, c'est la principale motivation des personnes que j'ai rencontrées. Si les démarches liées à l'IVG créent une nécessité au dévoilement et s'il arrive que les enquêtées aient besoin d'échanger longuement pour choisir d'avorter ou non, la plupart du temps la confiance est liée à une envie d'être comprise et accompagnée sans jugement.

Sont alors recherchées des interlocuteur·ices dont les qualités sont décrites dans les mêmes termes d'un entretien à l'autre : « bienveillant·e », « *safe* », « sans jugement », « pas hostile ». Coralie (22 ans, étudiante en art, IVG à 21 ans en 2016) explique par exemple :

En fait, je choisis les personnes à qui je peux en parler. Parce que je connais d'avance, on va dire, leur réaction et je sais qu'ils auront une réaction qui est pas mauvaise. Enfin, « sans jugement », entre guillemets. Et j'ai pas envie d'en parler avec des personnes qui sont pas... enfin, pas bienveillantes quoi.

Les réactions stigmatisantes se font alors très rares : les enquêtées reçoivent l'attention qu'elles attendaient. Coline (22 ans, enseignante, IVG à 22 ans en 2016), de façon quasi systématique lorsqu'elle évoque une personne à qui elle s'est confiée, conclut par exemple en disant : « il/elle m'a soutenue ». Céline (34 ans, commerciale, IVG à 32 ans en 2015), qui se risque au dévoilement, s'étonne même :

J'étais pas sûre que j'aurai la capacité d'en parler beaucoup, et j'avais pas envie de me tromper. Même si j'avais confiance dans mes amies... Et c'était plutôt une très très belle surprise pour moi, enfin, une confirmation. Mais avant d'avoir la confirmation, on a toujours mine de rien un doute, on espère que ça va être comme ça, qu'il va y avoir de la bienveillance, de l'acceptation, mais on sait pas tout ça quoi. Et... voilà, puis en fait je me suis ouverte à cette amie, et puis après en fait à d'autres et... mes cinq, six copines très proches je leur en ai toutes parlé à ce moment-là. Juste en tête à tête. Ouais, j'ai été vachement soutenue. Parce que je dirais qu'aucune d'elles m'a jamais jugée.

Une très grande majorité des femmes rencontrées font état de ce soutien. Mon enquête confirme ainsi un résultat de la littérature anglophone (Millar, 2020) : « si beaucoup craignaient d'être jugées, la plupart des femmes qui ont parlé de leur décision ont reçu une réaction positive²² » (Chor et al., 2019). Ce constat ne signifie pas que la stigmatisation n'existe pas ou peu, mais plutôt qu'elle est *plus souvent anticipée* (et bien anticipée) qu'*avérée* : et c'est un résultat majeur de mon enquête.

9.2.2 L'entre-soi féminin du dévoilement

La rareté de la stigmatisation effective s'explique par un choix soigneux de confident·es et ne doit rien au hasard. Comme l'a montré Claire Bidart dans son travail sur les relations de confiance, il faut une confiance construite de longue date et/ou des rapports personnels étroits pour partager son intimité (Bidart, 1997). L'enquête psychosociale de Brenda Major et ses collègues de 1997 montre ainsi que 85% des femmes partagent leur grossesse et leur avortement avec leur partenaire sexuel, mais seulement deux-tiers avec des ami·es, et moins d'un quart avec leurs parents (Major et al., 1997). Mes conclusions sont différentes car, outre l'écart de temps et d'espace entre les deux enquêtes (l'IVG est davantage tolérée dans la France d'aujourd'hui que dans les États-Unis de la fin des années 1990), ma recherche porte sur une population spécifique : les femmes sans enfant, plus jeunes que celles déjà mères, et moins établies dans leurs relations conjugales. La révélation aux parents y est plus fréquente et la révélation aux ami·es est équivalente à celle au partenaire sexuel, c'est-à-dire quasi-systématique.

Le dévoilement de soi se fait auprès d'interlocuteur·ices privilégié·es, selon des logiques sociales genrées. La logique d'homophilie prime (Bidart, 1997) : les jeunes avortées évoquent prioritairement leur grossesse avec des personnes ayant vécu – ou étant susceptibles de vivre – la même chose qu'elles, proches en âge. Pour les nullipares, et en particulier pour les plus

²² « While many were concerned about being judged, most women who spoke about their decision experienced a positive response »

jeunes, non installées en couple de longue date, les affinités électives priment sur les liens conjugaux et familiaux.

« Vu qu'il était parti, je l'ai appelé » : le partenaire sexuel, un soutien conditionnel

La grossesse est très peu cachée au partenaire sexuel. Au cours de mes entretiens, j'ai rarement rencontré cette situation dans les couples établis ou cohabitants. Seules Nolwenn (27 ans, préparatrice en pharmacie, IVG à 19 ans en 2010) et Marielle (31 ans, journaliste, IVG à 19 ans en 2005) font exception : si elles ne l'ont pas dit à leur compagnon, c'était pour les préserver de la stigmatisation et/ou éviter de leur faire de la peine. Parfois, le compagnon est mis devant le fait accompli : Férouze (42 ans, aide-soignante, IVG à 26 en 2003 et 30 ans en 2007), lors de son premier avortement, n'informe son copain de sa grossesse qu'au moment de son interruption, tout comme Tiphany (35 ans, psychologue, IVG à 35 ans en 2017), ayant eu une relation très courte et déjà terminée avec son partenaire, refuse de l'informer de sa grossesse. La grande majorité de la cinquantaine de femmes interrogées, y compris quand elles ne se définissent pas comme en couple, informent le partenaire sexuel, même quand elles décident de gérer seules le parcours de soin.

Le rôle du partenaire s'avère ambigu. S'il est parfois l'unique personne informée de la grossesse, et l'unique soutien potentiel, il n'est souvent qu'un acteur secondaire. Tout dépend de la nature de la relation romantico-sexuelle²³, qui varie beaucoup dans mon échantillon : étant donné le choix de ne rencontrer que des femmes nullipares pour cette enquête, la question de l'avortement ne se posait jamais au sein d'un couple déjà parental. Les enquêtées étant souvent aux débuts de leur vie affective et sexuelle, leur relation au partenaire est plus souvent floue ou mouvante.

Dans un contexte où la dimension conjugale de la relation est au contraire largement affirmée, et où le compagnon est central dans la vie quotidienne des femmes, les discussions autour de l'avortement ont d'abord lieu – et parfois exclusivement – au sein du couple. Il est question ici de relations qu'on peut qualifier de conjugales pour des raisons tant objectives (cohabitation, durée de la relation, situation matrimoniale à l'état civil) que subjectives (utilisation de la notion de « couple » pour nommer la relation, partenaire nommé comme le « copain », le « conjoint », le « compagnon », projection dans un futur commun, affirmation de la confiance en l'autre). Pour ces couples qui se considèrent comme « stables », qui ont

²³ La notion de couple est trop étroite pour saisir les différents modes de relations affectives et/ou sexuelles dans lesquelles les personnes rencontrées sont engagées. Je lui préfère l'expression « relation romantico-sexuelle », qui permet d'inclure également des relations plus brèves et/ou ponctuelles, moins publicisées et/ou officialisées.

éventuellement déjà évoqué ensemble la question d'une parentalité commune (Santelli et Vincent, 2018), l'échange de parole peut porter sur le choix de poursuivre ou interrompre la grossesse, ou directement sur les démarches à engager quand l'IVG s'impose comme une évidence.

Laurianne (27 ans, assistante sociale, IVG à 27 ans en 2018) comme Anne (27 ans, enseignante, IVG à 24 ans en 2014) font par exemple le choix de ne parler de leur grossesse qu'à leur compagnon et un·e ami·e proche, en estimant qu'il s'agit d'un événement intime auquel la famille et l'entourage n'ont pas à être mêlés. Laurie (25 ans, informaticienne, IVG à 21 ans en 2015) en parle à « [son] conjoint, et ensuite à [sa] meilleure amie » – en dehors de ces relations intimes, elle « ne [voit] pas très bien à qui [elle pourrait] en parler ». Dans ces configurations, le compagnon est un interlocuteur important : son avis sur la grossesse est déterminant dans le choix fait, et son soutien dans la démarche d'avortement attendu. Cependant, même dans le cadre de relations romantico-sexuelles pensées comme conjugales, établies de longue date, et structurées comme telle, le réflexe de consulter une amie – avant ou immédiatement après avoir informé le partenaire – est *systématique* et *prime souvent* sur la relation au partenaire. Hélène (28 ans, étudiante sage-femme, IVG à 23 ans en 2011) appelle finalement une amie, son compagnon n'étant que peu disponible :

Vu qu'il était parti, je l'ai appelé, il était dans le métro, c'était idéal [ironique], et du coup je lui dis « Euh, oui, alors là, je viens de faire le test, il est positif ». Il me fait « ah ». Bon, en même temps, dans le métro, il pouvait pas dire grand-chose d'autre... Après coup, il m'a dit « non mais tu me dis pas des trucs comme ça, moi j'étais dans le métro, c'était l'heure de pointe, j'avais quinze personnes autour de moi, enfin ! ». Ouais mais bon, moi, il était 8h, fallait que je le dise à quelqu'un ! [rire] [...]. Et du coup après, [...] je savais pas trop qui appeler, bah j'ai appelé une copine. [rire] J'ai tout de suite appelé une copine.

Si le « projet parental » est mis en avant comme un critère déterminant de l'entrée en parentalité par les travaux de sciences sociales (Mazuy, 2006, 2009), à l'inverse l'avortement, en tant que non-projet parental, est bien souvent discuté en dehors de la relation conjugale. Je vois deux façons d'interpréter ce résultat : il est cohérent, d'une part, que les logiques de l'avortement diffèrent de celles de l'enfantement, puisque l'absence d'un projet de parentalité commune est la raison principale de la décision d'avorter. Si le partenaire n'est pas envisagé comme un père potentiel – quelle qu'en soit la raison – il n'est pas surprenant que les échanges sur la grossesse aient lieu au moins en partie en dehors de lui. Toutefois, je l'ai dit, les femmes ont à cœur de ne pas exclure leur partenaire de leur réflexion. Un tel résultat plaide donc plutôt pour reconsidérer le rôle des pairs dans la décision d'enfanter ou non ; dit autrement, il faudrait explorer l'hypothèse que le « projet parental » ne soit pas seulement une affaire de couple, mais une posture très largement informée, voire structurée, par les échanges avec des acteur·ices

extérieur·es au couple, à commencer par les amies proches et les (belles)-mères. S’agissant de l’avortement à tout le moins, le rôle de ces actrices est déterminant.

« Elle écoutait ce que je pouvais lui dire » : les amies, des soutiens systématiques

Le couple n’est pas une entité sociale isolée : il s’inscrit dans des réseaux de sociabilité où les jugements des pairs sur la relation et le partenaire sont monnaie courante²⁴. Quand le questionnement porte d’une certaine façon sur le devenir de leur couple, les jeunes femmes se tournent ainsi vers leurs amies proches.

• **Les amies intimes, premières prévenues**

Les amies intimes – connues de longue date (« amie d’enfance », « amie d’école », « amie depuis la maternelle » etc.) ou avec qui l’affinité élective est particulièrement forte (« meilleure amie », et plus rarement « meilleur ami ») – sont bien souvent les premières interlocutrices. C’est d’autant plus vrai quand la relation avec le partenaire sexuel est fragile et/ou ne relève pas de la conjugalité, mais cela est aussi identifiable parmi les couples établis de longue date : le réflexe d’appeler une amie *avant toute annonce* au partenaire ou au conjoint est fréquente et rend compte de la primeur des affinités électives genrées, comme le suggère Nora (19 ans, étudiante en communication, IVG à 19 ans en 2017) :

En fait, j’avais un pressentiment, depuis un moment. Et j’ai ma copine, ma meilleure amie [...] on est vraiment tout le temps ensemble, elle m’a acheté un test de grossesse. Parce que je stressais tellement et je la faisais tellement chier avec qu’elle m’a dit « OK, tu vas faire ce test de grossesse et on verra²⁵ ». [...] Du coup je l’ai fait, et il était positif. Je l’ai appelée direct.

Cette tendance à privilégier les amies proches, identifiable chez les enquêtées les plus jeunes (moins de 25 ans), se retrouve aussi chez les enquêtées les plus âgées, en l’absence d’une relation de couple établie. Tiphany (35 ans, psychologue, IVG à 35 ans en 2017), enceinte d’un collègue de travail avec qui elle a des rapports ponctuels, explique ainsi être immédiatement « allée voir [sa] meilleure amie, qui [la] connaît bien, [sa] conscience en quelque sorte ».

Parfois, y compris chez les personnes dans une relation établie, les amies restent les premières confidentes. Laurianne (27 ans, assistante sociale, IVG à 27 ans en 2018), qui est en

²⁴ Marie Bergström, dans ses recherches sur les sites de rencontres en ligne, explique ainsi que la rapidité du passage à l’acte sexuel lors de rencontres en ligne est moins un effet de la dématérialisation de la rencontre que d’une « privatisation de la sexualité » : c’est parce que la personne rencontrée n’appartient pas au groupe de pairs qu’il est possible d’engager rapidement un rapport sexuel, la relation n’étant pas exposée aux jugements de connaissances communes (Bergström, 2019). À l’inverse, la conjugalité établie s’inscrit dans d’autres rapports sociaux et il semble difficile d’envisager un « projet parental » qui serait abstrait de ces rapports.

²⁵ Nora n’est pas la seule à ne faire un test que parce qu’une proche l’y incite voire oblige : cette situation est fréquente et témoigne de la difficulté des femmes à croire à la possibilité de la grossesse (voir 8.1.1).

couple avec son compagnon depuis cinq ans et se projette sur le long terme avec lui (projets de voyage et de construction d'une maison), a pour premier réflexe, lorsqu'elle découvre sa grossesse, d'appeler avant tout sa meilleure amie :

Je l'ai appelée par téléphone, j'avais le choc de l'annonce parce que, quand je l'ai appris, je l'ai appelée tout de suite, et au début, moi je ne voulais vraiment pas... comme c'était pas prévu, je voulais vraiment pas [...] sauf qu'après, y'a tout qui se chamboule [...] et au final, après je voulais le garder et donc elle, elle a été là aussi... elle m'a pas jugée de toutes façons, elle essayait de comprendre ce que je pouvais ressentir, de me questionner, en me disant ce qui pouvait me freiner, ce qui pouvait me pousser à vouloir continuer la grossesse et... Elle a pas vraiment donné son avis, elle écoutait ce que je pouvais lui dire et après, par rapport à ça, elle me disait que la décision elle venait de moi et de mon copain.

Les amies sont ainsi chargées d'un premier travail émotionnel autour de la grossesse et il n'est pas rare que cette discussion ait lieu avant même l'annonce au compagnon – il faudrait comparer aux annonces de grossesses désirées, qui sont probablement davantage annoncées en premier au partenaire. La capacité des amies à écouter, tout en s'abstenant de juger ou de donner des conseils est régulièrement mise en avant comme gage de l'amitié. Juliette (31 ans, productrice de documentaire à mi-temps, IVG à 30 ans en 2017) s'est confiée à deux amies proches : « elles m'ont tenu le même discours qui est : "on ne peut pas choisir à ta place, c'est quelque chose d'hyper personnel, de toutes façons, quelle que soit ta décision, ça sera la bonne décision..." ».

Mais les amies n'accompagnent pas seulement la prise de décision sur le devenir de la grossesse. Elles peuvent également pallier l'absence physique et/ou émotionnelle de partenaires peu ou pas impliqués dans les démarches d'avortement. Ony (31 ans, employée dans la restauration collective, IVG à 31 ans en 2018) peut aussi compter, même à distance, sur l'écoute et la disponibilité émotionnelle de sa meilleure amie, qui vit pourtant à des centaines de kilomètres :

[Mon amie] m'a accompagnée. Puis elle m'a demandé des nouvelles, le jour même de l'hospitalisation [...]. Quand j'ouvrais mon téléphone, c'était elle, « alors comment ça s'est passé et tout ? ». Donc rien que d'avoir un petit message comme ça, ça fait plaisir. En fait, qu'il y ait une personne qui t'accompagne, qui pense à toi et qui respecte aussi ta démarche... En fait, c'est si important.

Dans le cas d'Ony, son partenaire, avec qui elle a des rapports sexuels réguliers depuis deux ans²⁶, n'est pas un soutien : chercheur en sciences expérimentales, il la dépose à l'hôpital et la récupère à la sortie sans l'accompagner, estimant que son expérimentation en cours ne peut attendre. Cette immense disponibilité des amies, en qui les avortées ont souvent davantage

²⁶ Je me suis demandé si Ony n'employait pas avec moi l'expression « mon copain » par convention sociale, à défaut d'une expression plus appropriée pour décrire sa relation qui consiste en rendez-vous sexuels – ils ne se sont pas présentés à leurs parents, et aucun·e des deux ne construit sa vie en fonction de l'autre.

confiance que leur partenaire, ne doit pas se lire seulement comme un effet de la socialisation féminine qui favorise l'expression de soi. Elle est aussi un révélateur de l'importance des *affinités électives*, trop souvent occultées par la focalisation sur la *conjugalité* : en pouvant compter sur leurs amitiés proches, les enquêtées ont la possibilité de résister à la stigmatisation. Or, la force de ces liens est trop souvent minorée, dans le monde social, *mais aussi dans la recherche en sciences sociales* : si la *sociologie de la conjugalité* est un domaine structuré de longue date, avec ses grandes enquêtes et ses traditions, la *sociologie de l'amitié*, quant à elle, n'en est qu'à ses prémises²⁷. Cela n'a rien de surprenant, tant le couple et la famille constituent les cellules de base de la société, mais mérite d'être questionné par la recherche universitaire à plus grande échelle (et pas seulement dans les essais libertaires et féministes²⁸) pour penser, très concrètement, les ressources – matérielles, émotionnelles, discursives – dont disposent les femmes, par exemple quand il s'agit de fuir des situations de violence intra-familiale, ou plus simplement de refuser la conjugalité²⁹ (Masclat, 2022).

- **Les amies expérimentées, pourvoyeuses de conseil**

La durée et l'intensité de la relation amicale ne sont cependant pas les seuls déterminants du choix d'interlocutrice des avortées. Dans une situation où les femmes doivent prendre une décision rapide, et réaliser des démarches complexes en temps limité, elles se tournent aussi vers des connaissances identifiées comme des « expertes » du corps procréateur féminin et/ou du questionnement autour de la maternité. Coralie (22 ans, étudiante en art, IVG à 21 ans en 2016) choisit par exemple celle de ses amies qui « s'y connaît dans les trucs genre règles, contraception ». Les femmes contactent ainsi d'autres femmes de leur cercle de sociabilité, dont elles savent qu'elles ont déjà avorté, pour bénéficier de leur connaissance des démarches et de leur vécu, mais aussi s'assurer de « ne pas être jugée », puisque « y'a moins de tabou avec quelqu'un qui a déjà...[avorté] » (Cristel, 29 ans, éducatrice spécialisée, IVG à 29 ans). Celles qui partagent le même stigmate constituent ainsi des « autres compatissants », pour reprendre l'expression goffmanienne (Goffman, [1963] 1975, p. 32).

²⁷ La sociologie de l'amitié est le plus souvent intégrée à la sociologie des réseaux (Mercklé, 2016) ou du lien social, mais elle mériterait certainement un sous-champ disciplinaire à elle seule. Claire Bidart fait plusieurs propositions à ce sujet (Bidart, 2010, 2017) mais la sociologie française est en reste sur ces questions, à la différence de la sociologie allemande par exemple (Bude, 2017 ; Linek, 2017).

²⁸ La question de la politisation des relations amicales et de leur valorisation comme lien social fort – et pas seulement secondaire – est au cœur de la rhétorique libertaire et anarchiste cherchant à valoriser la camaraderie (y compris sexuelle) plutôt que le couple (Armand, 2009). Elle est aussi de plus en plus affirmée par le féminisme contemporain, par exemple dans le podcast *le Cœur sur la table* (2022, Binge Audio), dans plusieurs essais (Herrera Gómez et Hofnung, 2021 ; Madesta, 2022) ou dans les réflexions que propose Judith Portail sur son compte Instagram relativement à la maternité en dehors du couple, dont elle récuse qu'elle soit une maternité *solo* – son livre sur les *Maternités rebelles* restant à ce jour à paraître.

²⁹ C'est aussi toute une sociologie du célibat (qui ne soit pas un sous-champ de la sociologie de la solitude ou de la désaffiliation...) qui reste à construire, en particulier s'agissant du célibat au féminin.

Enfin, les enquêtées se tournent parfois vers des personnes de leur connaissance ayant dû faire face à une expérience procréative particulière mais distincte de l'IVG : une grossesse non prévue mais poursuivie (parfois très jeune), une fausse-couche, une interruption médicale de grossesse, voire l'accouchement d'un enfant mort-né. Coline (22 ans, enseignante, IVG à 22 ans en 2016) parle de sa grossesse à une de ses étudiantes devenue maman à 20 ans après une grossesse non prévue. Camille (22 ans, enseignante, IVG à 18 ans en 2012) évoque son IVG auprès de sa cousine qui a perdu son bébé à huit mois de grossesse « parce que pour [elle] y'avait un lien entre le fait d'accoucher d'un bébé mort, et l'avortement, même si c'est pas la même chose ». Céline (34 ans, commerciale, IVG à 32 ans en 2015) sélectionne quant à elle l'amie qui lui semble la plus à même de la comprendre :

J'ai annulé ce rendez-vous pour aller parler avec une copine, une copine [...] une copine très proche en fait, qui connaissait bien mon copain. Et je savais que elle en plus elle avait eu une fausse couche très jeune, une grossesse non voulue, et du coup... je me souviens très bien [...] je me vois en train de passer en revue mes amies [rire] et me dire ben c'est qui celle à qui je vais en parler en premier.

Ce choix d'échanger avec d'autres femmes qu'elles considèrent comme spécialistes, *expertes*, montre que l'expérience de l'avortement s'inscrit de façon beaucoup plus générale dans les trajectoires génésiques des femmes. Les avortées rapprochent leur situation (l'avortement volontaire) d'autres issues de la grossesse (avortement pour raisons médicales ou accidentelles, ou maternité non prévue) : l'expérience corporelle, parce qu'elle est identifiée comme une forme de compétence génésique féminine, acquise par l'expérience, est à la source de l'homosociabilité identifiée. Dans cette recherche d'une expertise corporelle partagée se rejoue paradoxalement une dimension de l'assignation des femmes à la procréation : les savoirs et les compétences liées à la procréation circulent de façon quasi-exclusive dans un entre-soi féminin, ce qui vient renforcer les asymétries genrées.

« J'ai fini par en parler à ma mère » : les mères, des alliées en dernier recours

Il ne suffit pourtant pas d'être une femme et d'avoir une expérience corporelle de la procréation pour être une interlocutrice désignée : encore faut-il que les autres rapports sociaux permettent une relation propice à la confiance. Les ami·es sélectionnées sont en général de la même classe d'âge et d'un milieu social comparable à celui des avortantes. Au contraire, les mères ne constituent pas des interlocutrices de premier choix. Les avortantes les plus âgées, en couple depuis longtemps, préfèrent souvent ne pas partager leur situation avec leur mère. Laurianne (27 ans, assistante sociale, IVG à 27 ans en 2018), dont la petite sœur a elle-même

avorté trois ans plus tôt en informant leurs parents, choisit pour sa part de ne rien leur dire pour les préserver :

Refaire subir ça à mes parents, mais de... De recréer de l'inquiétude, je sais qu'on a des parents qui sont assez protecteurs, ma maman se fait du souci pour nous et j'avais pas envie de lui faire cette angoisse-là, j'avais envie de gérer moi-même ça, toute seule et pas l'inquiéter et voilà... Mais c'est compliqué... De pas le dire à ses parents, surtout qu'on rentrait tous les week-ends...

Volonté d'épargner les parents, mais aussi, probablement, de se préserver soi-même d'éventuelles injonctions à la poursuite de grossesse, comme le suggère Juliette (31 ans, productrice de documentaire à mi-temps, IVG à 30 ans en 2017) qui a peur d'être influencée : « je ne voulais pas en parler à ma mère tant que je n'avais pas pris ma décision, parce que j'avais peur qu'elle me conseille mal ». Cette inquiétude ne concerne que les plus âgées, soumises à la pression de procréer (voir 6.1.2). Les plus jeunes, dont la sexualité est stigmatisée en l'absence d'une maîtrise des risques (voir 5.2.2), redoutent au contraire les réprimandes, comme Marlène (20 ans, serveuse, IVG à 20 ans en 2018) : « j'ai hésité à en parler à ma mère et je me suis dit que non... Je me ferais trop engueuler ! [rire] ».

Les mères ne sont donc sollicitées que dans des cas particuliers, quand elles deviennent une *ressource indispensable* : lorsque le lien filial est fort, le partenaire sexuel absent et les enquêtées encore très jeunes (avant 25 ans). Dans ce cas de figure, la grossesse non prévue et le manque d'autonomie matérielle des jeunes femmes peut rendre nécessaire un accompagnement parental – c'est-à-dire, dans l'immense majorité des cas, maternel – dans les démarches. Valentine (28 ans, relectrice, IVG à 17 ans en 2009), enceinte mineure d'un partenaire avec qui « c'était que du cul », a ainsi été soutenue par sa mère :

J'en ai tout de suite parlé à ma maman. J'ai fait le test de grossesse, elle était derrière la porte des toilettes, elle était avec moi du début à... Elle a toujours été avec moi, donc ça c'était génial. Même si ça a été très très dur pour elle hein je pense... Parce que du coup elle a appris que j'avais une sexualité quand j'ai dit que j'étais peut-être enceinte...

Pour Alison (24 ans, doctorante en sciences expérimentales, IVG à 21 ans en 2014), le choix se fait davantage par défaut, en raison d'une défaillance du conjoint anticipée (« Je connaissais le personnage, j'ai directement capté que... Il allait pas être là correctement pour moi. Et du coup, je l'ai complètement évincé, dans cette période-là, je suis repartie vivre chez ma mère »).

Parce que les jeunes femmes redoutent – parfois à raison – les remontrances parentales, les mères ne sont des alliées qu'en dernier recours. Le soutien dont elles font bien souvent preuve envers leur fille reste pour celle-ci une surprise. Ophélie (19 ans, étudiante en DUT, IVG à 18 ans et demi en 2018), qui a co-élevé ses cadets avec sa mère après le décès de son père, explique par exemple : « Et en fait [ma mère] m'a pas du tout... enfin, elle l'a super bien pris, du coup elle m'a pas du tout engueulée ni rien... ». La relation étroite entre Ophélie et sa mère participe

ici probablement à l'absence de stigmatisation de l'IVG. Mais cela peut valoir aussi pour des relations décrites comme conflictuelles, comme pour Noéline (20 ans, serveuse, IVG à 20 ans en 2018) : « J'ai fini par en parler à ma mère, j'étais sûre qu'elle me ferait un scandale et tout ça. Au final, elle l'a super bien pris. J'étais choquée ! ». Il semble ainsi que les mères, plutôt que d'endosser un rôle social coercitif, prennent le parti de leur fille sans stigmatiser leur sexualité.

Cependant, à y regarder de plus près, cette « douceur » dans l'accueil semble s'expliquer davantage par *l'expérience personnelle des mères* que par un rejet de la norme dominante. Ainsi la mère d'Ophélie comme celle de Noéline ont elles-mêmes été confrontées à une grossesse non prévue dans leur trajectoire génésique : Ophélie est l'aînée d'une fratrie de trois enfants et son petit-frère, né à peine un an après sa petite sœur, n'était « pas prévu ». La mère de Noéline, elle, a dû avorter à 16 ans, ce qu'elle révèle à sa fille à l'annonce de sa grossesse. De fait, comme lors des confidences aux amies, il est très fréquent que les personnes rencontrées découvrent à l'occasion de leur avortement que leur mère (ou leur grande sœur, ou leur grand-mère) a elle aussi avorté – c'est le cas de presque la moitié des enquêtées. Ce phénomène est également évoqué dans la littérature disponible : dans l'enquête de Kate Cockrill et Adina Nack, 4 enquêtées sur 34 racontent comment « se confier à sa mère ou une amie a entraîné une confiance réciproque³⁰ » (Cockrill et Nack, 2013, p. 984, ma traduction). Parfois, les filles sont même les premières et les seules informées, comme le raconte Juliette (31 ans, productrice de documentaire à mi-temps, IVG à 30 ans en 2017) :

Quand je l'ai dit à ma mère, ma mère m'a dit qu'elle avait avorté à 31 ans, après m'avoir eu moi et mon frère, qu'elle était tombée enceinte sous stérilet, et que mon père... Que pour mon père, il est hors de question d'avoir un troisième enfant. [...] Et donc ma mère me dit ça avec les larmes aux yeux, en me disant : « tu es la première personne à qui je le dis ». [...] Mais ma mère, c'est pas quelqu'un qui est seule ! [...] Mes parents, c'est des gens qui ont plein d'amis, qui font plein de fêtes, et elle n'en a parlé à personne ! Et puis finalement [...] je sens bien que c'est un truc de femme.

Comme dans d'autres situations liées à la contraception (Amsellem-Mainguy, 2006), les mères peuvent donc se révéler des alliées inattendues, qui prennent le temps d'accompagner physiquement et/ou émotionnellement dans les démarches d'IVG. Certaines des mères, comme celle de Noéline (20 ans, serveuse, IVG à 20 ans en 2018), peuvent même se vexer de n'avoir pas été plus tôt « mises dans la confiance », regrettant de n'avoir pas pu davantage soutenir leur fille. Tout se passe ici comme si une *complicité de sexe* transcendait les générations et les rapports de pouvoir intra-familiaux autour d'une expérience corporelle partagée : le lien créé

³⁰ « Four women in our studies described how disclosing to a mother or a female friend resulted in reciprocal disclosure »

par l'appartenance commune à la classe des femmes joue comme un opérateur de solidarité qui dépasse les oppositions statutaires de la relation mère/fille.

9.2.3 Des confidences aux hommes limitées

La circulation de la parole s'effectue donc dans un entre-soi féminin assez strict, exception faite du partenaire sexuel : les femmes rencontrées ne se confient que rarement à leur père ou à un ami ou proche masculin.

« C'est ma mère qui lui a dit » : les frères et les pères, informés par transitivité

Avec les hommes de la famille, l'IVG fait rarement l'objet d'une discussion, y compris quand ils ont eu même été confronté à une IVG dans une relation. Margot (31 ans, psychologue, IVG à 27 ans en 2016) évoque son IVG avec son petit frère, dont l'ex-compagne a avorté, sans pour autant entrer dans les détails :

Laurine : Et lui du coup, il t'a reparlé de l'expérience de sa copine ?

Margot : Non, parce que c'était sensible à ce moment-là, ils s'étaient séparés pas longtemps avant donc... On n'en a pas parlé, mais je crois qu'on n'en a jamais parlé directement, c'est ma mère qui me parlait de ce qui s'était passé pour eux, mais...

Laurine : ... t'as jamais eu de discussion avec ton frère ?

Margot : Je ne crois pas, quand j'y pense, de femme à femme quoi... Ca fait vraiment stéréotypé mais...

La parole sur la procréation circule ainsi en passant par les mères. C'est encore plus marqué avec les pères des avortées. Ceux-là sont, plus souvent que les mères, tenus à l'écart des confidences de leur fille. C'est d'autant plus vrai quand les parents sont séparés : les pères ne bénéficient alors ni d'une annonce faite en même temps qu'à leur compagne, ni de la communication avec celle-ci. Laurie (25 ans, informaticienne, IVG à 21 ans en 2015), qui a pourtant une bien meilleure relation avec son père qu'avec sa mère (ses parents sont séparés), lui ment sur les raisons de son hospitalisation :

Et du coup avec mon papa... Bah c'était un garçon, je savais pas trop comment aborder le sujet avec lui... Le jour où j'ai été opérée je lui ai dit... En fait, j'ai des problèmes aux oreilles assez récurrents... Et du coup [l'IVG], c'était une anesthésie générale... Et au cas où je me réveillais pas, je voulais quand même lui dire, enfin, qu'il soit prévenu quoi ! Donc je lui ai dit que je me faisais opérer mais pas de ça, je lui ai dit que je me faisais opérer des oreilles, parce que c'est quand même assez fréquent chez moi [les problèmes liés aux oreilles].

En dépit de la relation sexuelle qui l'engendre, l'IVG demeure donc perçue comme « une affaire de femmes ». Les pères informés de la grossesse ne le sont presque jamais de façon *exclusive et/ou directe* : ils l'apprennent soit par l'intermédiaire des mères, soit à l'occasion de

l'annonce faite aux deux. Marine (19 ans, aide de vie, IVG à 19 ans en 2018) explique par exemple : « Je voulais pas le dire à mon père à la base hein ! C'est ma mère qui s'est sentie obligée de lui dire. Mais moi, je lui en aurais pas parlé ! ». L'entre soi féminin est alors provisoirement rompu : la mère de Marine, prise dans un conflit de loyauté, préfère ne pas dissimuler à son compagnon l'information qu'elle a reçue. Juliette (31 ans, productrice de documentaire à mi-temps, IVG à 30 ans en 2017) a les mêmes réticences mais trouve juste que son père soit informé : « je m'étais dit, forcément, elle va lui raconter et en même temps j'en n'avais pas très envie mais j'ai rien dit par souci d'égalité parentale ». Prise dans ce même dilemme, la mère de Julia (26 ans, auxiliaire de vie scolaire, IVG à 18 ans en 2010 et 25 ans en 2016) choisit quant à elle de demander d'abord l'accord de sa fille :

Julia : La première fois je sais même pas si [ma mère] l'a dit à mon père, et la deuxième fois je crois qu'elle m'a demandé si elle pouvait le dire à mon père et je crois que j'ai dit oui [l'air égal]. Et ma sœur aussi est au courant pour les 2.

Laurine : Et toi, tu en as discuté directement avec lui ou pas du tout ?

Julia : Non jamais jamais, c'est ma mère qui lui a dit. Mon père parle pas beaucoup donc je me vois pas parler de ça avec lui. C'est un père quoi, c'est un peu différent.

Laurine : Oui, tu penses ?

Julia : Après tout dépend de la relation que tu as, mais je me vois pas trop parler de ça avec mon père, moi, personnellement !

Deux situations font exception à cette régularité. La première traduit un impératif administratif : Nora (19 ans, étudiante en communication, IVG à 19 ans en 2017) n'informe son père que parce que la situation administrative l'y oblige (voir portrait *infra*). Quant à Astrid (24 ans, chargée de projet dans une collectivité territoriale, IVG à 23 ans en 2018), c'est parce qu'elle « ne s'entend pas bien avec [sa] mère » et estime qu'elle « sait ce qu'elle allait lui dire ». Seule fille de sa fratrie de quatre, Astrid a un lien privilégié avec son père :

Avec mon papa, on s'entend très bien, on est très très très proches [elle se met à pleurer soudainement] tandis qu'avec ma maman... Pardon ! Mais je sais qu'à chaque fois que j'appelle mon père s'il y'a quelque chose qui va pas, je redoute pas sa réaction et je sais que j'aurai son soutien. [...]. Alors que ma maman c'était « parle-lui » [à l'embryon] et « oui, je suis fertile ». Que des trucs en fait, je m'en fous et je veux juste qu'elle me dise « ben, tu fais le bon choix et je suis fière de toi et c'est tout ».

En dehors de ces situations particulières, l'entre-soi féminin tend à l'emporter systématiquement, quand bien même les relations avec la mère sont jugées moins bonnes que celles avec le père – Sirine (29 ans, architecte, FC à 25 ans en 2014, IVG à 26, 27 et 28 ans) regrette ainsi de ne s'être confiée qu'à sa mère et estime que son père « aurait été beaucoup plus de bon conseil, ou qu'il [l'] aurait beaucoup mieux réconfortée, ou donné de la force ».

Un des rares éléments qui semble pouvoir s'opposer à l'entre-soi féminin est ainsi la résistance de ces jeunes femmes à se voir réassignées aux normes de genre dominantes par les mères qui s'en sont fait les gardiennes – voire les gendarmes. Sirine ne veut pas que sa mère lui rappelle encore une fois de « faire des enfants tôt », de même qu'Astrid ne veut pas entendre sa mère évoquer la salutaire vérification de sa fertilité ou la possibilité de parler à un embryon pour mieux vivre son avortement. Ces assignations sont peut-être plus faciles à esquiver lorsque l'on se confie à des hommes, lesquels ne sont pas soumis au travail procréatif. L'exception à la confiance genrée dépend donc en partie de la conformité respectives des pères et mères aux normes de genre... les dominées pouvant parfois reproduire plus prestement que les dominants la domination qu'elles ont subie.

« Ils sont pas genre à te plaindre » : les rares confidences aux amis au masculin

Selon la même logique, les situations où la révélation se fait prioritairement ou exclusivement à un (ou des) ami(s) au masculin, plutôt qu'à une amie, sont le fait de configurations très particulières. La situation peut conjoncturellement obliger au dévoilement. Anne (27 ans, enseignante, IVG à 24 ans en 2014) doit par exemple avorter au moment où son meilleur ami – dont elle connaît les convictions anti-avortement – loge chez elle le temps d'une visite ; elle choisit de ne pas mentir sur les raisons qui l'empêchent de décaler ses rendez-vous à l'hôpital. D'une façon générale, les « meilleurs amis », comme celui de Camille (22 ans, enseignante, IVG à 18 ans en 2012), jouent un rôle proche de celui des « meilleures amies », et ne sont privilégiés qu'en l'absence de relation équivalente au féminin. Mais deux situations me semblent intéressantes : les groupes d'amis garçons et le rapport aux ex-partenaires sexuels.

• **Les groupes d'amis garçons : pour une sociologie des formes de travail émotionnel**

Le partage de l'IVG aux amis garçons vient principalement du fait que le réseau de sociabilité initial est majoritairement, voire presque exclusivement masculin. C'est le cas de Laura (21 ans, étudiante en relations internationales, IVG à 20 ans en 2016), qui d'ailleurs s'en félicite : « franchement, je trouve ça plus cool, parce que les mecs, ils ont un point de vue totalement différent etcetera, et je veux dire ça m'a trop trop aidée, moi ». Ce que Laura pointe, c'est bien (ce qu'elle imagine être) la différence genrée des réactions face à l'annonce de l'IVG :

J'ai l'impression que les filles, c'est plus à te plaindre, genre « Oh là là, mon petit chat, ça craint machin », tandis que les mecs... Alors que là, le premier mec à qui je l'ai dit, qui m'appelait tout le temps quand j'étais enceinte et tout, je me rappelle, il m'appelait, il me disait « Mais Laura qu'est-ce que tu t'en fous de ce qui se passe maintenant, ça n'a aucune importance, imagine nous dans 10 ans, blablabla ». C'est trop une autre manière d'en parler ! Ils sont pas genre à te plaindre, ils disent regarde ce qu'on va faire ça va être trop bien, ils te parlent pas de ça [l'IVG],

mais de ce qui reste à venir et que là ça va durer quelques mois, mais que ça va pas marquer ma vie à vie. Et donc j'ai trop aimé ça.

Le discours de Laura rejoint ici en fait celui, déjà identifié, des avortées qui refusent d'être renvoyées au script de l'IVG-comme-trauma et considérées avec une compassion empêchée. Les quelques garçons à qui l'avortement est divulgué sont ainsi valorisés dans leur capacité à dédramatiser : « je l'ai dit à nos potes, et ils ont eu une réaction mais hyper détachée quoi. [...] J'ai un ami qui m'a dit "bah qu'est-ce que tu veux que je te dise, c'est des choses qui arrivent hein ! j'ai plein de copines à qui c'est arrivé, t'inquiète pas" et puis voilà quoi. Et c'est ça qui m'a vachement surprise ! ». La mise à distance est ainsi valorisée, comme le fait encore Laura avec son frère : « on arrêtait pas de faire des blagues là-dessus avec lui, mais du coup c'était juste entre nous [...] avec les meufs, on peut pas trop rigoler là-dessus [...]. Même s'il y avait des moments où je faisais que pleurer, mais sinon on faisait que se marrer ! ». Chloé (28 ans, journaliste, IVG à 19 ans en 2010), pour sa part, déplore plutôt le manque de tact et d'empathie de sa bande de copains qui ne cesse de la « charrier » : « j'avais un pote qui faisait plein de blagues pour dédramatiser, en disant "Je vais utiliser ton lait pour boire avec mes Chocapic" ».

Moins qu'un refus de se confronter à l'émotion, il semble s'agir plutôt d'une autre façon de lui faire face. La différence réside bien dans la forme que prend le travail émotionnel : aux unes la *compassion*, aux autres la *dérision*, qui elle aussi – d'une autre façon – permet de composer avec les affects. Ce résultat invite non seulement à nuancer l'idée que le travail émotionnel serait principalement assigné aux femmes, mais aussi qu'il ne se présente que sous une seule forme : il faudrait en explorer plus amplement les variations selon les socialisations – genrées, mais pas que – en considérant que le répertoire de l'humour, assigné aux hommes, est une *autre forme* de travail émotionnel, plutôt qu'une *absence* de travail émotionnel.

- **Les ex-compagnons : pour une sociologie des liens post-rupture amoureuse**

Résultat plus surprenant, les relations amoureuses passées – avec des hommes n'étant pas impliqués dans la grossesse – peuvent être également envisagées comme un refuge. Deux enquêtées trouvent du soutien auprès d'un ancien partenaire dont elles sont restées très proches. Maïssa (37 ans, designeuse, IVG à 37 ans en 2018), qui est contrainte à l'avortement par son partenaire plus jeune, se réfugie pendant les douloureuses semaines qui suivent son IVG chez un ex-compagnon avec qui elle a vécu plusieurs années : celui-ci, qui n'était pas à l'origine de la grossesse, l'accueille, l'accompagne et lui fait à manger pendant des jours. Marielle (31 ans, journaliste, IVG à 19 ans en 2005), qui me livre son témoignage par écrit, raconte une situation similaire :

Je l'ai annoncé à mon ex en tremblant de tout mon corps. Peur qu'il me rejette, qu'il me juge, qu'il m'abandonne alors que je n'avais que lui. Il l'a mal pris, bien sûr. J'étais enceinte et enceinte

d'un autre que lui. Nous n'avions plus de rapports lui et moi mais je sais que ça lui a traversé l'esprit, ce « ça aurait dû arriver avec moi, pas avec lui ». Comme si c'était quelque chose d'intime de foutre quelqu'un en cloque. Il m'a accompagnée tout le long et je ne sais pas comment j'aurais fait sans lui. [...] Mon ex s'occupait de moi. Il me faisait bouffer plus que de raison, il me roulait mes splifs pour faire passer les nausées, il était parfait. Je me suis éloignée de mes deux meilleures copines, parisiennes et potes [du partenaire dont elle est enceinte], qui ne cautionnaient pas le fait que je refuse de lui en parler. Je l'ai laissé sans nouvelles, sans rupture, je n'y arrivais pas et nous n'étions pas proches lui et moi. Mon ex était tout à ce moment-là, mon seul ami, mon seul refuge, mon seul amour.

Dans ces deux situations, « l'ex » devient un confident à défaut d'autres relations possibles : Maïssa, très isolée par une reprise d'études récente, n'a que peu d'amis et entretient des relations conflictuelles avec sa mère et sa sœur ; Marielle dit ne pouvoir compter ni sur le soutien de sa famille, ni de ses amis proches, qui connaissent l'homme dont elle est enceinte (et n'approuvent pas son choix de lui cacher la grossesse). Ce résultat invite quant à lui à explorer plus en profondeur la recomposition des liens après la conjugalité : ce qui est si souvent présenté comme une rupture – celle du couple – n'est parfois qu'une transformation du lien social, qui peut persister y compris sous une forme très intime, comme pour Maïssa et Marielle. De même qu'une *sociologie des amitiés* reste à faire, une *sociologie des ex* me semble ainsi une piste intéressante à creuser pour penser les transformations contemporaines du lien social à l'heure de la diversification des modèles relationnels.

« Y'a pas de raison de le crier sur les toits » : le contrôle de la parole des partenaires

Ces situations de confidences aux garçons existent, mais elles restent ainsi limitées et très largement minoritaires en comparaison avec les amis filles. Ce qui apparaît est un très fort contrôle de la parole sur l'IVG dans les sphères masculines. Les avortées voient d'un mauvais œil les situations où leur partenaire se confie à ses propres amis, parfois à raisons – rappelons-nous Chloé qui est mise à l'écart du groupe de pairs. Inès (27 ans, ingénieure, IVG à 20 ans en 2010 et 26 ans en 2016) demande par exemple à son compagnon de se faire discret :

Je lui ai dit « Bon, si on te pose la question, t'as pas besoin de le cacher, mais y'a pas de raison de le crier sur les toits et d'en parler plus que ça ». J'ai rien contre le fait d'en parler en soi, mais sur le moment j'avais pas envie. Aujourd'hui, ça me dérange moins, mais... non il a respecté la décision de garder ça pour lui.

Le non-respect de cette injonction – souvent tacite d'ailleurs – peut être mal vécu. Hélène (28 ans, étudiante sage-femme, IVG à 23 ans en 2011) tique lorsque son copain fait une blague sur son IVG auprès de leur groupe d'amis : « il a fait une blague, euh... 'fin [rire]... Une blague pas très classe, à base de... euh... d'aspirateur et de [mime un bruit d'aspiration humide]

quoi... et où donc là tout le monde a compris que j'étais enceinte et que j'allais avorter ! ». Le travail émotionnel au masculin par la *dérision* ne fonctionne donc pas toujours – plutôt que dédramatiser, il peut aussi bousculer les avortées, si celles-ci n'ont pas mis à distance l'IVG – Hélène ne rigole qu'après coup.

Les plus féministes redoutent d'être dépossédées de leur parole et de leur expérience, comme pour Charlie (24 ans, étudiante en sciences sociales, IVG à 21 ans en 2015) :

Charlie : Il m'a aussi parlé du fait qu'il en avait parlé avec ses parents. Et ça m'a pas trop plu parce que c'était un peu... déposer un sujet sur la table, histoire d'ouvrir le débat un peu sur l'avortement ou non, dans quelles conditions.

Laurine : parce que lui du coup avait pris ton exemple un peu ?

Charlie : oui un peu un truc comme ça. Et en fait, je lui ai dit, « bah non, je ne suis pas un argument dans ta discussion quoi ». Et aussi dans pas mal de discussions avec ses amis où... enfin après, il m'en parlait genre « j'en ai parlé avec machin... ». Et moi ça me pose pas problème d'en parler, même si c'est pas forcément le truc que je leur dirai spontanément, mais c'est plus le fait de faire d'une expérience que je ressens comme étant propre un petit outil à mettre dans ses conversations.

Refuser d'être « un outil à mettre dans les conversations » est pour Charlie une façon de signifier que son expérience corporelle lui est personnelle. Elle lui permet également de garder la maîtrise du dévoilement ou non de l'IVG. Margot (31 ans, psychologue, IVG à 27 ans en 2016) ressent elle aussi de la gêne lorsque son conjoint explique à sa famille pourquoi celle-ci doit retourner à l'hôpital en urgence (elle fait une hémorragie post-IVG).

Margot : Moi ça m'a un peu embêtée sur le coup, mais en fin de compte, elle n'était pas jugeante du tout, donc voilà...

Laurine : parce que ce qui t'embêtait, c'est que tu avais peur d'être jugée ?

Margot : Non, c'était plus que tout le monde soit au courant comme si c'était un rhume... ça touche quand même à ma vie sexuelle et intime [...]. Mais c'était pas l'acte en soit, plus que tout le monde sache ce qui se passe dans mon utérus... et puis [...]. C'est plus que ça m'embêtait aussi que ce soit pas moi qui décide.

Comme Margot, les avortées rechignent ainsi à déléguer à leur compagnon la gestion du dévoilement, de peur que ce dévoilement soit inapproprié. Un tel soupçon semble moins peser sur les amies femmes : prises dans les mêmes rapports de pouvoir genrés, les avortées et leurs amies forment une complicité de dominées dont les dominants – y compris quand ils sont les compagnons et les amoureux – sont exclus. S'il est difficile, comme l'a montré Geneviève Cresson, de saisir une parole masculine sur l'avortement (Cresson, 2006), ce n'est peut-être pas seulement par désintérêt ou sentiment d'illégitimité des hommes pour la question, mais aussi parce que leurs compagnes exigent le secret.

Les rares situations où le compagnon est invité à se confier à un ou des amis concernent des situations d'hésitation où la personne enceinte ne veut pas prendre en charge seule tout le travail émotionnel et cherche à le déléguer. Ainsi Laurianne (27 ans, assistante sociale, IVG à 27 ans

en 2018) pousse-t-elle son compagnon, qu'elle ne sent pas prêt à la paternité (ce qui l'inquiète dans l'hypothèse où elle poursuivrait sa grossesse), à en parler avec un ami :

Je l'ai poussé à en parler parce qu'au début il voulait vraiment pas en parler, c'était... il n'en ressentait pas le besoin mais moi, pour moi, c'était important qu'il en parle à quelqu'un, à quelqu'un d'autre aussi, de la situation, il n'en parlait qu'avec moi, c'était pas bon, en plus moi, j'étais mal dans cette période, donc forcément... [...] Pour moi, il ne pouvait pas garder ça pour lui tout seul, c'était important... Même pour la suite, c'est quand même... c'est quand même pas rien, c'est quelque chose qui va nous suivre, ça fait partie de notre histoire, ça nous a marqués malgré tout.

En dehors de la dérision, il semble donc que le travail émotionnel des partenaires reste limité et, quand ceux-ci s'y confrontent, c'est sur incitation de leur compagne.

*

La révélation de l'avortement suit donc des logiques genrées qui déterminent à la fois à qui on parle d'IVG et comment on en parle. Là encore, l'asymétrie du travail émotionnel est manifeste et l'identification de l'IVG à un « problème de femmes » reste dominante, quoiqu'en recomposition.

9.3 Une invisibilisation par le « mensonge »

Le travail d'invisibilisation de l'avortement consiste donc d'abord en une gestion genrée du secret et de son dévoilement. Tout cela cependant repose sur un postulat : celui selon lequel l'IVG serait *indélectable*, la possibilité de sa révélation n'étant que discursive. Or ce postulat est contestable. L'invisibilisation de l'IVG ne repose pas seulement sur une maîtrise du discours sur l'IVG : elle suppose aussi de faire disparaître les quelques traces *matérielles* de la grossesse et de l'avortement, ou d'en fournir une explication alternative. L'opposition entre *discréditable* et *discréditée* proposé par Goffman n'est pas totalement opératoire ici, tant il existe un travail actif des femmes pour renvoyer leur IVG dans l'invisible.

À quelques semaines de grossesse, les transformations corporelles demeurent de fait *faiblement visibles* mais elles ne sont pas toujours *invisibles* : les signes de grossesse sont perceptibles pour les personnes enceintes mais aussi parfois par leur entourage ! Cynthia (17 ans, lycéenne, IVG à 17 ans en 2017) a par exemple très vite le ventre gonflé, ce qu'elle explique officiellement par une prise de poids. Hélène (28 ans, étudiante sage-femme, IVG à 23 ans en 2011), très fatiguée par le début de grossesse, ne s'autorise pourtant pas à ralentir son rythme de travail : elle ne veut pas éveiller les soupçons, cache des « nausées atroces » tout en s'obligeant à ne pas changer son alimentation. Coralie (22 ans, étudiante en art, IVG à 21 ans en 2016) se retrouve quant à elle à vomir devant le rayon poissonnerie du supermarché où elle accompagne sa mère, qui ne croit pas à l'hypothèse d'une intoxication alimentaire ; etc. Toutes

ces jeunes femmes enceintes ont fourni – avec succès ou non – une explication alternative à des signes de grossesse les exposant à sa révélation.

Ces explications alternatives relèvent de ce qu'André Petitat nomme le *mensonge*, qui repose sur une « modification/non-modification de la réalité perçue/représentée ». Le mensonge, qui procède par la dissimulation, constitue une deuxième modalité du secret, après les stratégies de « restriction/non restriction de l'information » (Petitat, 1998, p. 17). Pour comprendre le travail d'invisibilisation, il ne faut donc pas s'en tenir aux non-dits (stratégiques ou rituels) et à leur revers – le dévoilement. Il faut également analyser les techniques actives de *dissimulation*, c'est-à-dire les opérations de déformation ou de maquillage de la réalité.

9.2.1 Justifier des absences au travail ou à l'école

Le premier lieu de la dissimulation de l'avortement demeure la sphère professionnelle. L'enjeu principal, lors de l'IVG, est de pouvoir justifier les absences répétées dans un faible intervalle de temps, en raison du parcours de soin. Ainsi, de la même façon que la procréation médicalement assistée met en concurrence le travail salarié des femmes et leur prise en charge médicale (Hertzog, 2014, 2016), le parcours de soin pour accéder à l'IVG impose momentanément aux avortantes une forte disponibilité temporelle, mais aussi matérielle et émotionnelle, qui impacte négativement leur travail rémunéré.

Le parcours de soin demeure un véritable « parcours de la combattante » (Mathieu, 2016, p. 260). Il suppose de se rendre disponible plusieurs demi-journées pour les consultations, échographie, prise de sang, etc. La seule obtention des différents rendez-vous est un travail en soi : les spécialistes étant débordés, et seulement accessibles en horaire de bureau, il arrive que ces femmes passent plusieurs heures, prises sur leur temps de travail en semaine, pour appeler des professionnel·les de santé – parfois sans succès immédiat. Il faut être disponibles aussi pour chercher des informations sur le parcours de soin, pour se rendre aux rendez-vous médicaux, le tout dans une période très brève – et cela sans compter le temps passé à prendre une décision et parler aux personnes de confiance. Tout cela implique de délaissier une partie de l'activité professionnelle et, à moins d'avoir la possibilité de gérer soi-même son planning, de devoir justifier des absences professionnelles ou scolaires. Nolwenn (27 ans, préparatrice en pharmacie, IVG à 19 ans en 2010) finit ainsi par abandonner son stage infirmier car elle a trop d'absences injustifiées : non seulement une équipe de soin malveillante accumule à dessein les rendez-vous, mais en plus, comme elle ne veut pas que son avortement soit connu, elle ne présente pas de justificatifs de son parcours de soin.

« J'ai posé un jour de congé » : dissimuler les raisons de l'absence au travail

L'avortement ouvre le droit à un jour d'arrêt maladie et constitue un motif légitime d'arrêt de travail. Pourtant, comme Nolwenn, un certain nombre de femmes rechignent à l'invoquer devant leur hiérarchie : elles s'arrangent alors pour prendre en urgence et sans justification officielle un jour de congé personnel, ou pour se déplacer pendant leur pause déjeuner ou un jour chômé. Nina (32 ans, travailleuse sociale, IVG à 32 ans en 2017) par exemple, bien qu'elle souhaite « briser le tabou sur l'IVG », se garde bien d'évoquer son IVG devant son chef de service, en anticipant des jugements négatifs :

Bon, bien sûr, je l'ai pas dit à mon chef de service hein. Mais pour le coup j'ai posé un jour de congé, parce que j'avais pas envie qu'il le sache, ça c'est parce que c'est un monsieur qui a un problème avec les femmes aussi donc j'avais vraiment pas envie qu'il le sache, c'est mon histoire.

Celles qui ont un travail leur laissant une large autonomie, comme Hélène (28 ans, étudiante sage-femme et ancienne traductrice, IVG à 23 ans en 2011), Adélaïde (27 ans, chargée de mission dans l'environnement, IVG à 26 ans en 2017) ou Tiphany (35 ans, psychologue, IVG à 35 ans en 2017), s'en réjouissent, car elles peuvent s'organiser elles-mêmes sans avoir à se justifier. Quand l'avortement médicamenteux à domicile leur est encore possible, d'autres s'organisent pour avorter pendant le week-end – on retrouve là aussi des résultats obtenus sur d'autres terrains : les femmes vietnamiennes avortant – ici en raison du sexe de leur enfant – refusent elles aussi de prendre les jours de congé auxquels elles ont droit (Hang, 2018).

Quand les femmes choisissent l'« arrêt maladie », elles en euphémisent fortement la raison, voire la dissimulent. Coline (22 ans, enseignante, IVG à 22 ans en 2016) abandonne précipitamment son poste d'enseignante dans un pays où l'IVG est illégale, pour rentrer avorter en France : « Je sais plus ce que j'ai raconté aux gens, problème de santé, ouais, ou je me suis juste pas justifiée. Si... qu'est-ce que j'avais dit... ouais peut-être... un truc un peu vague. Et puis j'avais envoyé un mail groupé à tous mes élèves pour m'excuser ».

Cette façon d'entretenir le flou est parfois remplacée par ce que K. Cockrill et N. Nack nomment les *deceptive cover stories* (Cockrill et Nack, 2013, p. 984), c'est-à-dire les récits alternatifs et trompeurs – les « mensonges » dans le langage d'André Petitat, comme quand Laurie, plus haut, évoque à son père une opération aux oreilles (et prend sur ses congés personnels pour éviter de se justifier au travail). Le plus souvent cependant, et sur recommandation des professionnel·les de santé, les avortées invoquent un kyste aux ovaires (comme Tiphany ou Laurianne) ou un polype utérin (comme Elisabeth), moins stigmatisant qu'une IVG, mais supposant de la même façon une intervention au niveau génital, réalisée en

chirurgie ambulatoire. Cette stratégie n'est prise que si les en-têtes des feuilles d'arrêt maladie le permettent : un « service de gynécologie » permet de rester relativement vague sur les soins reçus, au contraire d'en-têtes comme « Hôpital Mère Enfant » ou « Centre d'Orthogénie » qui laissent peu de doute sur la cause de l'arrêt maladie.

Cette stratégie consistant à remplacer une intervention par une autre est ancienne en France et répandue à travers le monde. Avant 1975 – et même après – les praticien·nes déclaraient les avortements volontaires comme des fausses-couches. Le différentiel entre le taux de fausses-couches moyen et les fausses-couches recensées a même été une façon d'estimer le nombre d'avortements provoqués quand ils étaient encore clandestins (Rossier et Pirus, 2007). Dans les Caraïbes, les professionnel·les de santé qui réalisaient des avortements clandestins dans les années 2000 usaient du même subterfuge dans leur déclaration aux autorités de santé : « Ecrivez juste : douleurs d'estomac » est le sous-titre d'un l'article publié sur ces pratiques illégales (Pheterson et Azize Vargas, 2005). Les professionnel·les de santé ont été et continuent donc à représenter des soutiens importants au travail d'invisibilisation, lequel n'est pas seulement individuel, mais aussi collectif.

« Elles ont pris le risque de me camoufler » : un travail d'invisibilisation collectif

Ce travail d'invisibilisation collectif est également perceptible dans l'institution scolaire : Cynthia (17 ans, lycéenne, IVG à 17 ans en 2017) a pu ainsi compter sur son CPE, les surveillantes et les infirmières de son lycée : « je suis mineure, donc mon CPE a dû être au courant par les infirmières, et elles, elles ont décidé de prendre le risque de me "camoufler" entre guillemets, pour que je puisse aller dormir chez mon copain la semaine et ne pas rester ici ».

• **Cynthia (17 ans, lycéenne, IVG à 17 ans en 2017), du travail d'invisibilisation individuel au travail d'invisibilisation collectif**

Cynthia est une lycéenne de 17 ans. Elle est l'aînée d'une famille recomposée issue de l'immigration maghrébine et a plusieurs petit·es frères et sœurs en bas-âge. Parce qu'elle assistait au dernier accouchement de sa maman, elle a appris à cette occasion que sa mère avait eu deux fois recours à l'avortement, sans pour autant en parler avec elle. Elle définit sa mère comme quelqu'un de « très ouverte mais pas avec ses enfants ». Cynthia a dû partir de chez elle au moment de ses premières relations sexuelles avec son copain. Musulmane pratiquante – elle fait le ramadan – elle est en couple depuis ses 14 ans avec un garçon de son âge, avec qui elle projette d'avoir des enfants quand leur situation sera plus stable. Lorsqu'ils ont commencé à avoir des rapports sexuels, sa mère a exigé qu'elle arrête de prendre la pilule, qu'elle utilisait depuis ses douze pour d'autres raisons de santé. Elle espérait ainsi la décourager d'avoir des relations sexuelles. Cynthia a refusé, continué sa plaquette, et réussi à se faire prescrire une nouvelle ordonnance grâce à la complicité de sa tante maternelle, « en

cachette » de sa mère – jusqu’à ce que sa tante révèle l’intrigue à sa sœur. C’est à la suite de cet épisode que Cynthia est envoyée à l’internat du lycée. Cacher sa grossesse à sa mère est donc très important, pour ne pas envenimer davantage la situation.

Quand elle se découvre enceinte, Cynthia trouve dans les adultes de son établissement (surveillantes, infirmière et CPE) des soutiens importants. L’internat facilite la dissimulation de la grossesse mais il faut tout de même déployer des dispositifs ingénieux pour éviter que sa mère ne soit informée de ses absences – le lycée dispose d’un site internet qui permet aux parents de voir les absences en temps réel. Cynthia invente, avec la complicité de l’administration de son établissement, une succession d’excuses :

« Heureusement qu’il y avait le CPE... Ce que j’ai fait c’est que j’ai changé le code [du site de surveillance des absences], je leur ai dit qu’il y avait une panne pendant deux semaines. Et ensuite on a fait, pour une première absence, comme si j’avais une convocation administrative avec le CPE. Une deuxième, comme si j’avais un bac blanc. Une troisième, comme si j’avais un bac blanc... une quatrième ... euh je sais plus, mais pareil, un truc administratif. Et pour le rendez-vous de contrôle, j’ai dit à ma mère que j’avais rendez-vous chez le gynécologue pour... pour la pilule, enfin pour le patch maintenant, et pas du tout pour autre chose, et que je devais rater les cours pour ça ».

Les conseillères rencontrées, comme Bénédicte Faure (52 ans, CPEF1), ont d’ailleurs à cœur de défendre la confidentialité des jeunes femmes et travaillent en lien avec les établissements scolaires : « les établissements scolaires sont dans l’obligation, en tout cas vu comme on le présente, de couvrir l’absence, puisque ça fait partie de la loi, la possibilité pour une jeune fille d’avoir accès à une interruption volontaire de grossesse dans un cadre confidentiel ». Mais parfois, l’institution scolaire n’est pas aussi enveloppante – Cindy (30 ans, infirmière, IVG à 15 ans en 2003) se souvient encore qu’elle avait dû « sécher les cours » pour faire ses démarches, et qu’elle « avait[t] une copine qui [la] couvrait ».

Les professionnel·les de santé, l’école ou les ami·es peuvent être des aides importantes pour dissimuler l’IVG. Mais s’agissant des professionnel·les de santé, cette aide n’est pas seulement tributaire de leur bonne volonté : la confidentialité des femmes fait partie des conditions de leur prise en charge.

9.2.2 La confidentialité des usagères : enjeux et limites

Les professionnel·les de santé doivent respecter le secret médical, qui trouve pourtant dans le cas de l’IVG une expression particulière. L’IVG étant un acte « à part » (voir 2.1.2), il n’est pas seulement question d’appliquer la déontologie médicale ordinaire : un ensemble de pratiques sont réfléchies par les équipes pour assurer la confidentialité des avortantes, cette attitude étant d’ailleurs largement recommandée par la puissance publique³¹ et bien reçue par les femmes (Altshuler et al., 2017).

³¹ Le rapport Battistel de 2020 en fait une des premières recommandations : « Recommandation n° 2 : clarifier la réglementation afin de garantir le droit à l’anonymat et à la confidentialité de l’IVG pour toutes les femmes en établissant des procédures spécifiques, que ce soit en établissement de santé ou en ville ».

« Respecter au plus l'anonymat » : une attention particulière à la confidentialité des usagères

Le personnel de santé rencontré, spécialisé en orthogénie, met un point d'honneur à assurer la confidentialité des femmes.

- **Une préoccupation des professionnelles de santé**

Quand j'interroge la docteure Armana (52 ans, médecin généraliste spécialisée en orthogénie) sur les principes qui ont guidé l'implémentation du centre d'IVG dont elle a eu la charge, le respect de la confidentialité des usagères est immédiatement mentionné : « c'était des principes... principe d'accueil maximal, et d'anonymat, essayer de respecter au plus l'anonymat des patientes ». Elle m'explique plus tard que, dans les centres qu'elle gère, les dossiers médicaux « font l'objet d'un traitement particulier et ne sont pas rangés dans les archives ».

Cette préoccupation pour la confidentialité est palpable dans les pratiques de *toutes les équipes de santé*, et pas seulement chez les médecins. Elle constitue une éthique de travail et est présentée comme la garante du professionnalisme des soignantes. Dans certaines situations, la protection du secret est indispensable. On a vu le cas des situations d'infidélité conjugale (5.1.2). C'est encore plus vrai des situations de violences conjugales, exigeant discrétion et compétences professionnelles spécifiques. En orthogénie, ces violences constituent un sujet particulièrement sensible, faisant l'objet d'une attention particulière³² : une après-midi, au CIVG1, il avait par exemple fallu exfiltrer une jeune femme par la sortie de secours, tandis que des collègues masculins appelés en renfort maîtrisaient un conjoint « fou furieux » et opposé à l'IVG. Le service d'orthogénie avait par la suite déposé une plainte collective. La nécessité d'invisibiliser l'avortement va parfois au-delà du risque de stigmatisation, laquelle n'est que la pointe émergée d'un système de domination masculine plus structurel : quand est déniée aux femmes leur autonomie procréative, ce sont bien leurs conditions de vie élémentaires et leurs droits fondamentaux qui sont mis en cause. Les professionnel·les de santé deviennent dans ce cas les gardien·nes du secret.

Cette attention à la confidentialité se traduit d'ailleurs dans la façon dont je suis reçue dans les services enquêtés : des professionnelles de santé se sont plusieurs fois assurées, avant de m'ouvrir la porte de leur bureau, que j'étais moi aussi tenue au « secret médical ». Si légalement, n'étant pas médecin, je n'y suis pas soumise, il s'agissait par-là de vérifier que je ne risquais pas de compromettre la confidentialité des femmes. J'expliquais alors que je ne

³² Lors de la présentation de mon projet de recherche pour accéder au terrain, des soignantes m'ont à plusieurs reprises sollicitée sur la question des violences conjugales, qui leur apparaît comme un enjeu fondamental de leur prise en charge, auquel elles se considèrent mal préparées.

prenais jamais de notes sur les noms, prénoms et lieu de résidence des usagères, et tendais à le répéter à chaque nouvelle consultation à laquelle j’assistais. Ce rappel, en plus d’être une posture éthique constitutive de la recherche en sociologie (voir Méthodologie), permettait de maintenir la confiance avec les professionnelles de santé, en montrant que je partageais leur préoccupation pour l’anonymat.

- **Des stratégies de prise en charge pour assurer l’anonymat des usagères**

Une telle préoccupation se traduit par un ensemble de stratégies du système de santé, qu’elles soient décidées à l’échelle nationale ou locale – depuis la fin de mon terrain, la téléconsultation s’est développée et force est de constater que son succès doit moins à la pandémie qu’au besoin de confidentialité des femmes, comme le montrent plusieurs enquêtes récentes (voir Borel, 2023, p. 154).

1. Limiter les échanges avec les avortantes hors consultation

En dehors du cadre hospitalier, les équipes de soin essaient de limiter, voire de supprimer, les échanges avec les avortantes. Le CIVG1, par exemple, qui fait partie d’un grand complexe hospitalier, a supprimé le message automatique de rappel rendez-vous envoyé par les serveurs de l’hôpital pour éviter les désistements de dernières minutes. Les professionnel·les savent bien qu’une femme décidée à avorter n’oubliera pas son rendez-vous, et recevoir un SMS pourrait la mettre en difficulté – par exemple si un conjoint très contrôlant à qui l’avortement est dissimulé intercepte le message. Selon la même logique, dans le CIVG2, une case est prévue dans le formulaire de prise en charge pour spécifier si les femmes autorisent ou non l’hôpital à leur envoyer du courrier à domicile. La majorité accepte, mais un certain nombre le refuse (des jeunes femmes vivant chez leur(s) parent(s), des femmes en couple avortant sans le mentionner à leur conjoint³³...).

2. Isoler géographiquement la prise en charge

L’organisation même des espaces – distributions des lieux voire choix architecturaux – dissimule les services d’avortement. Dans les hôpitaux où l’orthogénie est couplée à la gynécologie et à l’obstétrique, elle est souvent reléguée au bout du couloir. Quand ce n’est pas le cas, les avortantes partagent la salle d’attente avec des femmes enceintes, d’où de pénibles quiproquos, comme le raconte Carole (38 ans, avocate, IVG à 27 ans en 2007 et 36 ans en 2016) :

³³ Une femme déjà mère d’une enfant de 8 ans refusera par exemple de recevoir du courrier : elle est enceinte de son mari dont elle est en train de divorcer, lequel combat depuis des années une dépression très profonde. Elle ne veut pas le charger davantage émotionnellement en lui disant qu’à la suite du seul rapport sexuel suivi d’une éjaculation qu’ils ont eu sur plusieurs années, elle est enceinte.

Ce qui m'avait choqué à l'époque, c'est que là-bas y'avait pas de service dédié à ça... Et que la salle d'attente était partagée avec les femmes enceintes. Et du coup, je trouvais qu'il y avait vraiment un problème là-dessus d'accueil et de différenciation de parcours... qui fait que moi du coup, j'ai croisé une connaissance qui était, elle, enceinte de six mois et qui demande ce que je fais là quoi ! Alors c'est hyper gênant... Je voulais pas lui dire !

Les centres d'IVG, qui se consacrent exclusivement à la prise en charge de l'avortement et de la contraception, sont quant à eux bien souvent isolés géographiquement. L'accès au CIVG1 se fait par exemple en contournant les bâtiments principaux : il faut longer la clôture extérieure du CHU, protégée par un muret qui donne sur les rails du tramway, pour entrer dans le centre par une porte qui ressemble à une porte de service ou une issue de secours. Le centre d'orthogénie est mal indiqué sur le plan d'ensemble. La première fois que j'y vais, je me perds, et si je choisis sans hésitation de demander mon chemin à une infirmière en pause-cigarette, pour gagner du temps, c'est que je ne me rends pas au centre d'orthogénie pour avorter : de nombreuses femmes avant ou après moi auront peut-être cherché leur chemin plus longtemps, sans oser se faire orienter. Gaëlle (46 ans, dessinatrice, IVG à 46 ans en 2018), qui a avorté au CIVG1, raconte ainsi combien elle a eu l'impression d'entrer par « une porte dérobée »...

L'organisation de l'espace suit la même logique au CIVG2 : le centre d'orthogénie, qui se charge aussi de la planification familiale, n'est pas intégré à l'imposant bâtiment principal du centre hospitalier. Il se trouve dans une maisonnette un peu à l'écart, isolé des autres services. Au CIVG3, l'IVG est à l'étage tandis que la maternité est au rez-de-chaussée. Les exemples ne manquent pas. La docteur Voltaire (51 ans, gynécologue) le justifie comme une précaution face aux commando anti-IVG des années 1990 :

Docteur Voltaire : au départ on était donc au 4e étage dans un endroit fermé, fallait sonner pour rentrer... il fallait qu'on soit sûrs qu'on fasse entrer les gens qui voulaient une interruption de grossesse et pas ceux qui étaient anti-IVG ! c'était pour fermer la porte aux anti IVG, ces portes-là !

Laurine : Pour protéger ?

Docteur Voltaire : Ah oui c'était pour ça, c'était pas pour cacher l'orthogénie, mais ça le cachait quand même.

La stigmatisation historique de l'avortement est donc bien un facteur qui explique cet isolement géographique des centres d'IVG mais aujourd'hui, une telle distribution de l'espace contribue à perpétuer l'invisibilisation de l'avortement.

3. L'anonymat pour les mineures

L'anonymat est en théorie garanti aux jeunes femmes mineures, qui peuvent être prises en charge sans présenter leur Carte Vitale. C'est un droit inscrit dans le texte de loi – les frais passent alors sur une enveloppe budgétaire spéciale. Bénédicte Faure (52 ans, CPEF1) décrit par exemple comment son centre de planification attribue un numéro de suivi aux jeunes

femmes et fait le lien avec les centres d'IVG : « on va faire en sorte que les résultats n'arrivent que ici, et pas dans la boîte aux lettres. Chez nous, c'est pas possible, elles donnent pas les adresses, la seule adresse qu'ils ont c'est la nôtre, donc y a aucun risque que ça filtre ! ».

Ces pratiques, pourtant, ne sont pas toujours respectées par certain·es professionnel·les. Des techniques de surveillance horizontales ente professionnel·les sont identifiables, notamment entre des structures militantes comme le Planning Familial et des structures hospitalières. Cynthia, présentée plus haut, suit par exemple le conseil d'une militante de ne pas donner sa Carte Vitale :

La première conseillère [au Planning Familial] m'avait dit de ne pas sortir ma carte vitale, de dire que je ne l'avais pas, pour éviter qu'il y ait des confusions. Elle m'a dit « tu dis directement que t'es mineure et que tu veux le secret médical, et on te demandera rien ». Et effectivement on m'a rien demandé.

Mais l'anonymat des mineures n'est jamais total : même si l'autorisation parentale n'est plus obligatoire depuis 2001, les jeunes femmes de moins de 18 ans doivent toujours être accompagnées d'une personne majeure – souvent un·e ami·e ou un·e sœur plus âgée, plus rarement des accompagnatrices associatives bénévoles³⁴. L'attachement des professionnel·les de santé à la préservation de la confidentialité présente cependant un ensemble de ratés, en particulier auprès des jeunes majeures (entre 18 et 20 ans) pour qui la problématique parentale n'est pas très différente des jeunes mineures : celles qui n'ont pas de revenus dépendent souvent de leurs parents pour subvenir à leur besoin, et restent encore parfois rattachées à leur Sécurité Sociale, sans qu'elles puissent bénéficier des mêmes garanties que les mineures.

« Tout est anonyme, mais elle a besoin de mon numéro de Sécurité Sociales » : les limites des dispositifs de confidentialité

La notification de l'avortement sur les feuilles de soin entraîne chez les femmes d'autres stratégies de contournement. Julia (26 ans, auxiliaire de vie scolaire, IVG à 18 ans en 2010 et 25 ans en 2016) est contrainte de le dire à sa mère pour payer les frais médicaux de sa première IVG.

A l'époque c'était encore 150€, donc il fallait payer 150€ de sa poche, donc j'étais un peu obligée de le dire à ma mère, parce que j'avais 18 ans et pas de revenus... Donc j'ai prévenu ma mère... Elle m'a pas engueulée hein, mais bon, elle était pas très bien. Elle m'a prévenue que dans ma famille ma grand-mère et elle tombaient très vite enceintes, donc apparemment j'étais pareil. Et que ma grand-mère à l'époque avait aussi avorté deux fois, donc illégalement forcément, comme quoi c'était générationnel !

³⁴ Le Planning Familial dispose ainsi d'une liste de bénévoles susceptibles d'être contactées pour servir de référent majeur à une mineure souhaitant avorter sans en informer son entourage.

Ce problème lié aux frais d'IVG ne se pose plus directement aujourd'hui que la couverture est en théorie assurée à 100% ; l'enjeu se déplace vers les relevés de soin. Nora (19 ans, étudiante en communication, IVG à 19 ans en 2017) raconte par exemple comment l'une des femmes présentes le jour de son IVG a utilisé la carte Vitale de sa meilleure amie plutôt que la sienne pour éviter de se « faire prendre » par ses parents. Son propre parcours illustre à lui seul les difficultés liées à la confidentialité des jeunes majeures.

- **Nora (19 ans, étudiante en communication, IVG à 19 ans en 2017) ou l'enjeu de la confidentialité des remboursements de soin**

Nora est une jeune femme qui n'a pas tout-à-fait 19 ans. Fille d'un père français responsable d'une grande chaîne hôtelière dans un pays d'Afrique Subsaharienne, et d'une mère originaire de ce même pays, devenue décoratrice d'intérieur après des études en France, Nora est arrivée à Paris quelques mois plus tôt pour commencer ses propres études, après une enfance très aisée dans la capitale de ce pays africain. Enceinte d'un jeune homme de 26 ans, juriste en fin d'étude, avec qui elle vient à peine d'entamer une relation, elle choisit d'avorter immédiatement : « il était hors de question de le garder ». Je la rencontre en 2017, dans un café parisien, au lendemain de son avortement médicamenteux à domicile. Une amie de sa classe lui a tenu compagnie la veille et a passé la nuit avec elle, tandis qu'un autre ami de sa classe l'a accompagnée au centre hospitalier trois jours avant pour prendre le premier comprimé abortif. Le jeune homme avec qui elle a eu des relations sexuelles, lui aussi racisé et binational, a entre-temps été victime d'une très violente agression raciste lors d'un voyage à l'étranger : il est en convalescence à l'hôpital dans un autre pays et récupère doucement, l'agression ayant failli le laisser paralysé – il a été poussé d'un pont. Nora peut donc difficilement compter sur son soutien et fait tout pour ne pas le charger. Si elle est très entourée par le petit groupe d'amies qu'elle s'est fait dans son école, elle n'a pas voulu parler de sa grossesse à ses amies de son lycée français en Afrique, ni à ses parents, qui ignorent tout de sa relation avec ce jeune homme. Elle a peur d'être jugée à la fois pour cette relation (elle vient de terminer une histoire de quatre ans et son nouveau partenaire est plus âgé qu'elle) et pour sa grossesse. C'est dans ce contexte que Nora, dynamique et très autonome, entreprend les démarches pour avorter.

Son médecin généraliste ne pouvant pas l'accueillir en rendez-vous immédiatement, elle se tourne, après de nombreux appels qui échouent, vers un grand hôpital public de la capitale, non sans crainte d'y être mal reçue : elle a lu en ligne des témoignages qui lui font redouter le jugement porté sur les « jeunes filles enceintes ». Après avoir appelé la ligne verte d'information nationale qui la renseigne davantage sur les démarches, elle fait le choix de se rendre au Planning Familial de son arrondissement, où elle réalise une échographie de datation. Comme elle dispose d'une carte de groupe sanguin établie à sa maternité de naissance, écrite à la main, elle pense pouvoir accéder directement à l'IVG lors de son rendez-vous à l'hôpital, sans devoir faire de prise de sang. C'est compter sans les procédures de ce centre d'orthogénie : les médecins lui refont une échographie – cette fois en endovaginale (insertion de la sonde dans le vagin) – en estimant que celle du Planning est impossible à dater. Ils exigent également qu'elle refasse sa carte de groupe sanguin. Mais tout ceci coûte cher et Nora n'est pas couverte par sa Sécurité Sociale étudiante : son école a perdu son dossier, elle est en attente de sa Carte Vitale depuis plusieurs mois. Elle dispose seulement d'un numéro de Sécurité Sociale associé au compte de son père. Sur le conseil du Planning Familial et de la ligne d'écoute gouvernementale, elle demande alors une procédure d'anonymat pour les jeunes majeures. La personne qui l'accueille à l'hôpital tourne sa demande en dérision : « elle rigole, elle me regarde, et elle me dit mais ça ce sont des bêtises. Je dis mais pourquoi ? Elle me dit que de toute façon ici tout est anonyme, mais qu'elle a

besoin de mon numéro de Sécurité sociale, et que le planning familial raconte des choses qui sont pas forcément vraies ».

Le choix lui est laissé entre payer cash l'intervention, l'échographie, l'examen et la prise de sang, ou faire passer l'intervention sur le compte de son père. Personne à l'hôpital – ni la secrétaire, ni les médecins, ni les deux collègues appelées en renfort – ne peut lui garantir que l'intervention sera bien floutée sur les relevés de prestation. Par ailleurs, l'échographie apparaîtra en clair, dans la rubrique radiologie : l'échographe lui conseille de dire qu'elle avait mal au ventre et qu'elle a fait « un petit bilan pour vérifier si tout allait bien » – pour museler une éventuelle inquiétude parentale. La prise de sang enfin reste à sa charge, ou apparaîtra en clair. Nora parvient néanmoins à ne pas donner de numéro de Sécurité Sociale lors de la prise de sang : par chance, des chercheur·ses réalisent ce jour-là une expérience et une infirmière à l'écoute de sa situation parvient à comptabiliser l'intervention sur le budget du panel expérimental, ce qui lui évite des frais.

Il n'en reste pas moins que l'échographie et l'intervention sont passées sur la Sécurité Sociale de son père. Nora doit finalement se résoudre : elle ne dispose pas du montant de l'intervention. Par ailleurs, elle est en bon termes avec son père, qu'elle décrit comme « beaucoup plus ouvert, enfin beaucoup plus cool, que [sa] mère ». Elle envisage de lui en parler en lui demandant de ne pas le dire à sa mère, dont il est séparé. C'est donc seulement sa relation privilégiée à son père qui lui permet de ne pas trop redouter sa réaction – une situation différente aurait pu être dramatique.

Ces difficultés et ces problèmes d'anonymisation rencontrés par les jeunes majeures – mais aussi par les mineures qui peuvent pourtant y prétendre de droit – sont d'autant plus frappants que c'est une difficulté d'accès au soin qui est à l'origine de la grossesse de Nora. Elle prenait la pilule, mais n'a pas pu racheter une plaquette une fois la précédente achevée, parce qu'elle ne disposait pas de sa carte Vitale. C'était par ailleurs la fin du mois, et son budget ne lui permettait pas d'acheter une pilule sans remboursement. Elle a eu le réflexe de prendre une contraception d'urgence – gratuite, elle – qui n'a pas fonctionné. Et lorsqu'elle redoute d'être enceinte, c'est sa meilleure amie qui lui achète son test de grossesse.

Pour celles qui entendent garder leur IVG secrète, tout ce qui se rattache au parcours de soin doit donc être caché : bilan sanguin, échographie, feuilles de soin, éventuellement prescription de contraception post-IVG. Si le forfait IVG peut être effacé des relevés de Sécurité Sociale, y compris pour les jeunes majeures, les échographies et les prises de sang réalisées en dehors des centres de prise en charge apparaissent bel et bien. Ophélie (19 ans, étudiante en DUT, IVG à 18 ans et demi en 2018), comme Nora, finit pour cette raison par informer sa mère de son IVG. Il lui semble impossible de cacher ou d'inventer des raisons alternatives aux nombreuses démarches apparaissant sur les relevés de Sécurité Sociale : « ça faisait vraiment trop de choses à cacher donc autant pas lui cacher [...] plutôt que d'essayer de trouver des combines ».

La confidentialité des usagers présente ainsi des failles, récemment identifiées par les autorités sanitaires. La Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2018 – 2022 fait ainsi de la confidentialité de l'IVG un enjeu de la politique de santé : « il s'agira notamment de garantir sur le territoire l'accès aux différentes méthodes d'IVG tout en renforçant la confidentialité de cet acte³⁵ » peut-on lire dans la feuille de route de la Stratégie proposée par Agnès Buzyn le 26

³⁵ Voir la présentation de la feuille de route à trois ans de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé sexuelle par Agnès Buzin sur le site du ministère de la Santé, accessible à l'adresse <https://solidarites->

mars 2018. L'action 12 de la Stratégie précise cet objectif, en préconisant de « supprimer toute référence à cet acte dans les relevés de l'Assurance Maladie, [...] inscrire l'IVG sur la liste des actes pour lesquels l'ayant droit mineur ou majeur bénéficie du secret des dépenses, [...] garantir le secret médical » (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 2018, p. 23). Ces recommandations répondent aux ratés de confidentialité identifiés par les commissions gouvernementales, que j'ai également rencontrés sur mon terrain.

9.2.3 La dissimulation des écarts à la norme contraceptive médicalisée

Cette préoccupation pour la confidentialité, évidente chez les professionnelles rencontrées, n'est pas pour autant synonyme d'une absence de stigmatisation dans les lieux de prise en charge : le parcours de soin (voir 2.2) peut exposer ouvertement les femmes aux jugements des professionnel·les de santé (Mathieu et Ruault, 2014).

« J'ose pas retourner le voir » : l'esquive des professionnel·les de santé ordinaires

Pour éviter la stigmatisation, une stratégie peut consister à esquiver les professionnel·les de santé habituel·les, en allant avorter dans une autre ville ou un autre département (Commission IVG, 2016, p. 28), en évitant le médecin traitant et la pharmacie de quartier pour acheter le test de grossesse et/ou les médicaments abortifs. Nina (32 ans, travailleuse sociale, IVG à 32 ans en 2017), par exemple, ne consulte pas sa généraliste ordinaire quand elle découvre sa grossesse, car celle-ci lui avait reproché d'arrêter la pilule pour passer au préservatif :

Quand je suis allée voir mon médecin généraliste [pour arrêter la pilule], une femme, elle m'a dit « vous je sens que vous vous allez venir dans moins d'un an et vous allez être enceinte » et donc bah voilà 3 ans après ça m'arrive. Eh ben je ne suis pas allée la voir. Je suis allée voir un médecin que je connaissais, une jeune femme, qui est très gentille.

De même Tiphany (35 ans, psychologue, IVG à 35 ans en 2017), lorsqu'elle découvre sa grossesse, renonce-t-elle à consulter son gynécologue habituel :

Tiphany : J'ai été longtemps sous pilule, et ne supporte pas les hormones, j'ai l'impression d'être une vache ! Donc du coup ça fait des années que je me bats avec mon gynécologue pour pas être sous pilule [...] et donc j'avais toujours dit du coup à mon gynéco « Non mais vous inquiétez pas, je vais mettre un préservatif, je fais attention, ça arrivera pas quoi ! ». Voilà [rire embêté].

Laurine : D'accord... et tu en as parlé à ce gynécologue-là qui te suit régulièrement ?

Tiphany : Non ! j'ose pas retourner le voir, parce que je sais qu'il va me gronder, qu'il va me dire « je t'avais dit quoi? » [rire].

Nina comme Tiphany, qui se sont éloignées de la norme contraceptive pilulocentrée, anticipent toutes les deux des réactions critiques de leur praticien·ne ; elles ont de bonnes raisons à cela, puisque l'arrêt de la pilule les avaient *déjà* exposées à la stigmatisation contraceptive. Comme pour la stigmatisation sexuelle (5.2.1), la stigmatisation contraceptive *anticipée* s'appuie ainsi sur une expérience préliminaire d'une stigmatisation *avérée*, quoique de moindre intensité.

Elisabeth, (25 ans, service civique dans une association culturelle, deux IVG à 21 ans en 2014 et une à 25 ans en 2018) pour sa part, choisit pour sa deuxième IVG, qui survient deux mois après la première, de ne pas retourner au Planning familial même si elle y avait été très bien accueillie la première fois, et préfère consulter son médecin traitant. Manque de chance, celle-ci s'avère être une ancienne médecin du Planning et la réoriente vers l'association :

Du coup, elle a appelé et tout... Et du coup comme ça elle a su : « ah mais, ah oui vous y êtes déjà allée ? ». Bref, j'ai eu trop honte parce que moi, je l'avais occulté à la base... Genre, j'étais là : « je suis enceinte, j'aimerais bien... », et donc là je me suis mise à pleurer beaucoup, de honte, plus que d'autre chose, je pense en fait.

Marie Mathieu a déjà montré comment les pluri-avortées, plus fortement déviantes, changent de lieu de prise en charge pour limiter la stigmatisation qu'elles anticipent (Mathieu, 2016) – ces déplacements ressemblent à ceux utilisés par les institutrices musulmanes pratiquantes, qui ne prennent le risque de porter leur voile que dans les lieux où elles ne craignent pas de croiser leurs élèves... (Ajbli, 2016).

Après l'IVG, il arrive également que les femmes fassent l'impasse sur leur IVG lors de l'anamnèse de leur parcours gynécologique lors d'autres rendez-vous médicaux, ou même d'autres avortements. Céline (34 ans, commerciale, IVG à 32 ans en 2015) me raconte ainsi, avec une vraie fierté et un soupçon de revanche, combien elle a été satisfaite de ne pas dire à son nouveau gynécologue qu'elle avait avorté quelques mois plus tôt. Celui-ci la complimente par la suite sur la rondeur de son utérus et Céline est rassurée de savoir que son IVG demeure physiquement indétectable même pour un œil expert. La dissimulation d'une IVG passée, déjà identifiée dans les enquêtes quantitatives (Moreau, Bajos et Bouyer, 2004) se retrouve également dans les consultations médicales.

*« Je leur mens depuis tout-à-l'heure : la capote, on l'a pas mise ! » :
les arrangements du récit contraceptif*

Impossible, cependant, de dissimuler son état de grossesse aux personnes précisément chargées de l'interrompre. Le contournement du stigmate se limite alors à la seule dimension qu'il est encore possible de travestir : les pratiques contraceptives. L'échec contraceptif étant, comme on l'a vu, très fortement stigmatisé, les avortées ont tendance, lors de la prise en charge, à dissimuler leurs écarts à la norme contraceptive, surtout quand elles s'en attribuent la responsabilité. Si les femmes n'hésitent pas à s'auto-stigmatiser (voir 8.1.3), elles cherchent autant que possible à se prémunir du jugement des professionnel·les de santé. Ces écarts peuvent être interprétés par les conseillères conjugales et familiales comme l'expression d'un enjeu psychologique particulier, là où la sociologue verra simplement une stratégie de dissimulation, levée à partir du moment où la confiance est établie. Bénédicte Faure, en entretien, se lance par exemple dans une longue analyse d'une situation rencontrée sur le terrain :

Il y a des femmes, j'ai des exemples hein, qui vont dire « mais je savais que j'avais mon anneau, je pouvais pas être enceinte, et c'est pas juste ce qu'il se passe ! Et là il y a tout un travail... ». Là, cette femme à laquelle je pense, je l'ai accompagnée pendant un an et demi. Elle avait 17 ans, avec une demande de départ de test de grossesse, parce qu'elle avait pas de règles. C'était compliqué [...] [elle développe longuement sur la relation de cette jeune femme à ses parents]. Et c'était rigolo parce que la demande, elle était beaucoup plus, voilà, sur arriver à se séparer de cette mère, et avoir une existence pour elle. Mais au bout d'un an, elle me dit : « Mais vous savez, je l'avais pas mis mon anneau hein, je m'en souviens aujourd'hui. Je me souviens aujourd'hui que je l'avais pas mis. » [...] Et il y avait tout un jeu qui s'était associé sur le lien à la mère [...] Au bout d'un an et demi elle a pu prendre conscience de tout ça. Et retrouver confiance dans la contraception, c'était retrouvé aussi confiance dans sa place par rapport à sa mère.

Le changement de discours – l'anneau contraceptif en place *versus* l'anneau oublié – est ici interprété par la conseillère comme révélateur d'un enjeu particulier de la relation mère-fille, dont l'analyse aurait permis à la jeune femme de finalement se rappeler les faits. La conseillère, prise dans son script psychologisant (voir 3.1.2), n'envisage tout simplement pas que la jeune femme ait pu changer son discours parce qu'après plusieurs rencontres et échanges, elle ne redoutait plus d'être stigmatisée pour sa « défaillance » contraceptive : il devenait donc possible d'admettre qu'elle ne s'était pas astreinte aux pratiques contraceptives attendues. Il faudrait la version de la jeune femme pour l'affirmer, mais l'hypothèse me semble réaliste.

Des arrangements du récit contraceptif à destination des équipes de soin sont en effet perceptibles dans des interactions menées en leur absence. Au CIVG3, je rencontre Fleur (19 ans, danseuse, IVG à 19 ans en 2019), juste après ses rendez-vous pré-IVG avec les soignantes.

La complicité qui se tisse dans le tête-à-tête, basée sur la proximité d'âge, la condition étudiante, et le partage d'une passion commune (la danse) permet à l'interaction de s'écarter rapidement du registre professionnel et hospitalier. Je ne porte pas de blouse et Fleur comprend vite que je ne fais pas directement partie de l'équipe médicale. Quand je reviens sur sa trajectoire contraceptive, elle me regarde en riant, mi-coupable, mi-complice : « Je vais te dire la vérité, parce que je leur mens depuis tout à l'heure [rire]. En fait, on se protège pas du tout avec mon amoureux [rire] ! ». Fleur et son compagnon ont en effet choisi de pratiquer le retrait, sans préservatif, contrairement à ce qu'elle a affirmé aux soignantes. Parce qu'elle sait qu'une telle technique déroge à la norme de contraception médicalisée, Fleur a préféré prétexter, devant les soignantes, un oubli ponctuel du préservatif. Cela lui permet d'afficher une « bonne volonté contraceptive » en anticipant d'éventuelles réprimandes. Il est probable que cet écart entre récits des pratiques contraceptives et pratiques véritables ne soit pas rare – oubli de pilule éludé ou minoré, mention d'une « rupture de préservatif » en l'absence de son utilisation, etc. La fréquence demeure difficile à estimer : en présence des équipes de soin, la sociologue, accueillie par l'institution, est la plupart du temps considérée comme partie prenante du dispositif médical, lequel incarne la norme de contraception médicalisée.

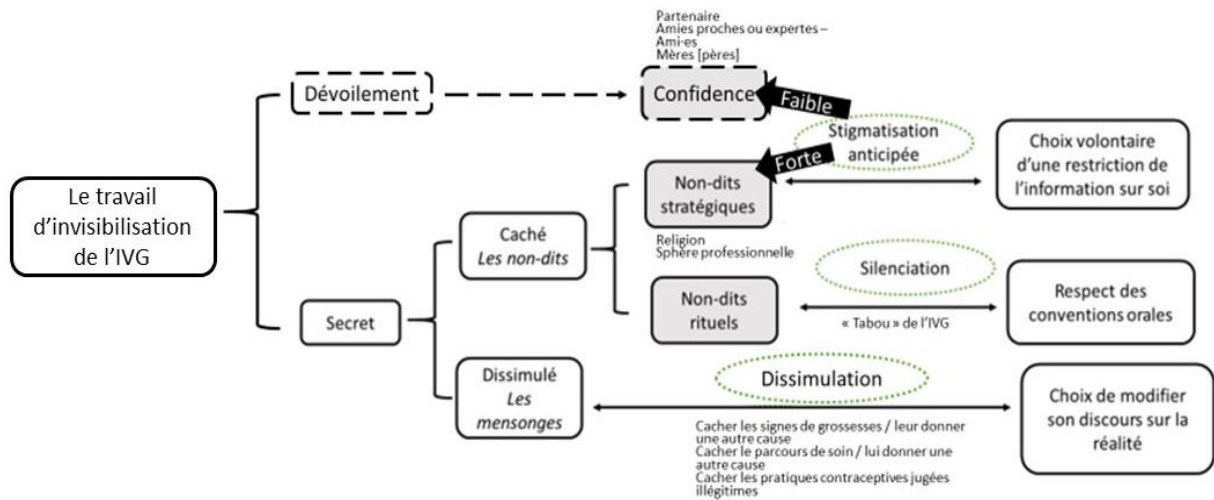
Bilan 9 : le travail d'invisibilisation face à la stigmatisation

« Étant donnée la manière sélective dont les femmes révèlent leur histoire d'avortement aux autres et le statut public souvent négatif de l'avortement, la stigmatisation de l'avortement est manifeste³⁶ » écrivent Kate Cockrill et Adina Nack (2013, p. 973). Une telle affirmation suggère que le secret est un *révélateur* de la stigmatisation, et non sa *conséquence*. Pourtant, c'est plutôt le contraire qui se passe : le secret autour de l'avortement est le résultat de pratiques stigmatisantes connues et anticipées.

Les stratégies pour dissimuler l'IVG permettent alors de prévenir la stigmatisation potentielle, mais elles sont coûteuses : gérer non-dits, mensonges, et dévoilement sélectif demande un véritable travail que je nomme le *travail d'invisibilisation*. Ce travail dépend de la possibilité de rendre l'IVG secrète : la lutte contre le statut de *discrédité·e* – et pas simplement de *discréditable*, pour reprendre la théorisation goffmanienne – impose de perpétuels ajustements. Je propose, pour récapituler le propos développé dans ce chapitre, d'amender le schéma sur la version du secret de Petitat comme suit :

³⁶ “Given how selectively women disclose their abortion history to others and the often-negative public status of abortion, there is evidence of prevailing abortion stigma”.

Figure 9. Le travail d'invisibilisation comme gestion du secret et de son dévoilement



Le travail d'invisibilisation s'inscrit à tous les niveaux dans les rapports de genre : non seulement dans les logiques structurelles qui configurent les différentes formes de stigmatisation, mais aussi dans le choix de dévoiler ou non son recours à l'IVG, puisque ce sont encore des logiques genrées qui président au secret et à son dévoilement. En cela le travail procréatif assigné aux femmes – et le travail abortif notamment – se trouve alourdi par le travail de gestion du secret. En plus de vivre une grossesse qu'elles ne veulent ou peuvent pas poursuivre et de se charger, parfois sans leur partenaire sexuel, des démarches médicales pour avorter, les femmes doivent encore le faire discrètement et en silence, comme si elles étaient aussi assignées à une discrétion sociale spécifique. Ce travail d'invisibilisation est évidemment renforcé si l'accès au soin est plus complexe et suppose de longs déplacements (Mishtal et al., 2022) et, face à lui, les femmes ne sont pas égales. Selon les ressources sociales dont elles disposent (flexibilité dans leurs études ou leur travail ; réseau social pouvant servir de soutien ; accès aux services de soin ; etc.), leur capacité à (ne pas) mettre en récit l'IVG et à (ne pas) la cacher varie fortement (Love, 2021).

D'une façon plus générale, cette injonction au silence relève de ce que j'ai appelé la *silenciation* (Dotson, 2011), terme qui met davantage en valeur les rapports de pouvoir genrés que celui de « non-dits rituels » employé par André Petitat. Le travail d'invisibilisation n'est pas seulement une façon de se prémunir du stigmate : il en entérine l'existence et reconduit le dispositif de silenciation autour de l'IVG, en isolant les femmes. Ainsi « la dissimulation de l'avortement fait partie d'un cercle vicieux qui renforce la perpétuation de la stigmatisation³⁷ » (Norris et al., 2011, p. 3). Une révélation sélective, ponctuelle, individualisée de l'avortement

³⁷ "Concealing abortion is part of a vicious cycle that reinforces the perpetuation of stigma".

ne permet pas une prise de conscience collective, ce qui constitue un véritable paradoxe : beaucoup de femmes rencontrées ignorent que près d'un tiers des femmes en France avortent, et les réticences des femmes à s'exprimer sur ce sujet viennent paradoxalement alimenter le « tabou » qu'elles dénoncent. C'est le propre d'un effet pervers : « le silence collectif autour de l'avortement est, en partie, une conséquence involontaire d'une gestion individuelle efficace de la stigmatisation [...]. Le secret de l'avortement favorise l'invisibilité de l'expérience de l'avortement et peut entraver les possibilités d'une telle gestion collective de la stigmatisation³⁸» (Cockrill et Nack, 2013, p. 987).

Pour le dire autrement, le silence et la dissimulation autour de l'IVG, qu'ils soient choisis ou subis, présupposent l'existence d'une stigmatisation de l'avortement connue, intériorisée, et non-contestée, ou difficilement contestable, par les personnes sur qui elle s'exerce. L'anticipation de la stigmatisation est une stratégie pragmatique et individuelle qui part du constat que la stigmatisation existe et en déduit le comportement le moins coûteux à adopter. Mais d'autres stratégies existent, qui contestent le stigmatisme dans ses fondements même : la prise de parole, individuelle ou collective, sur l'avortement peut relever d'une autre logique que celle du dévoilement. C'est le caractère stigmatisant de l'avortement qui est alors refusé.

³⁸ "The collective social silence around abortion is, in part, an unintended consequence of successful individual stigma management. [...] Abortion secrecy promotes invisibility of the abortion experience and can hinder opportunities for such collective stigma management".

Chapitre 10. Contester le stigmaté

En 2019 sortait sur les écrans français un film qui s'est attiré rapidement l'admiration des unes et la critique des autres : il s'agit du *Portrait de la jeune fille en feu*, réalisé par Céline Sciamma, interprété par le trio Adèle Haenel (Héloïse, jeune aristocrate sortie du couvent pour épouser un riche inconnu), Noémie Merlant (Marianne, la peintre chargée de réaliser son portrait) et Luàna Bajrami (Sophie, la domestique), et couronné du Prix du Scénario au Festival de Cannes. Outre la performance des actrices, la relation romantique lesbienne entre la peintre et sa modèle, et la qualité de la photographie, un des aspects les plus commentés par la critique a été la scène d'avortement de Sophie – « l'avortement comme vous ne l'avez jamais vu¹ » titrait par exemple *Cheek*. La scène déstabilise d'autant plus que le regard sur elle est mis en abyme à l'intérieur du film lui-même.

L'avortement de la jeune servante, d'abord, échappe aux récits épouvantables en la matière. Présenté comme une évidence, il ne fait l'objet ni de discussion ni de drame : il est un moment à passer, qui en effet se passe, sans larmes ni hurlements. Tandis que la « faiseuse d'ange » (comme elle est nommée au générique) s'affaire, la caméra s'attarde sur le visage de la jeune femme, qui joue avec deux jeunes enfants. Aux spectateur·ices d'y lire ce qu'ils et elles voudront : tension et deuil autour de la maternité² ou reconnaissance sororale de la maternité des autres³. Mais Céline Sciamma ne s'en tient pas là : à la scène suivante, l'avortement est rejoué. Sophie s'allonge sur le dos et Héloïse, qui prend la place de l'avorteuse, demande à Marianne de les peindre ainsi. Il ne s'agit donc pas seulement d'*avorter* ; encore faut-il *montrer l'avortement* : double subversion, si l'on en croit Luc Boltanski qui met en évidence que l'avortement, quoique toléré en pratique, fait l'objet d'une condamnation morale, et que ses représentations sont manquantes (2004).

¹ Iris Brey pour *Cheek*, le 22/06/2019, « Céline Sciamma, Monia Chokri : à Cannes, l'avortement comme vous ne l'avez jamais vu », accessible à l'adresse <https://www.lesinrocks.com/cheek/celine-sciamma-monia-chokri-festival-cannes-avortement-308963-22-05-2019/>, consultée le 06/06/2023.

² « La douleur de Sophie est évidente et la présence de l'enfant à ses côtés suffit à faire comprendre le conflit moral et le deuil auxquels la jeune femme a pu être confrontés » écrit par exemple Emmy Lapointe dans un article pour *Impact Campus* le 06/02/2021, « Portrait de la jeune fille en feu ou comment regarder autrement », accessible à l'adresse <http://impactcampus.ca/le-mag/fevrier-2021/portrait-de-jeune-fille-feu-regarder-autrement/>, consultée le 06/06/2023.

³ « On pourrait y voir aussi un renoncement, un renoncement à la maternité, qui ne serait pas vécu avec tristesse mais avec de la bienveillance pour les autres mères et leurs enfants » écrit Iris Brey pour *Cheek* (article cité précédemment).

Mais ce que le sociologue présente comme une « constante anthropologique » autour de l'avortement semble contestable et, précisément, *contesté*, par le *Portrait de la Jeune fille feu* : qu'une réalisatrice, publiquement lesbienne, accède à la reconnaissance et soudain, la représentation à l'écran d'un avortement devient possible – subversive, mais possible. L'invisibilisation de l'avortement dans les représentations n'a donc rien d'universelle⁴. Elle est plutôt l'effet d'une invisibilisation historique des productions culturelles féminines. À l'inverse, la multiplication très récente de films⁵, de séries⁶, de romans⁷, de bande-dessinées⁸ produits par des femmes et mettant l'avortement en récit montre combien l'accès de cette catégorie de la population aux professions artistiques ouvre des narrations nouvelles, des images nouvelles, des regards nouveaux : c'est ce que les féministes étatsuniennes ont nommé le *female gaze* (Dirse, 2013), à la suite de l'article de la critique de cinéma Laura Mulvey sur le *male gaze* (Mulvey, 1975).

Il ne faut donc pas s'en tenir à l'idée que l'avortement, parce que stigmatisé, est l'objet d'une invisibilisation systématique ; les prises de parole et la contestation existent et se font de plus en plus visibles. L'objet de ce dernier chapitre est donc d'étudier toutes les situations, individuelles ou collectives, où la stigmatisation n'est pas seulement mise à distance ou évitée mais bien confrontée, challengée, remise en cause dans son existence et sa légitimité même. Si la prise de parole est une façon de refuser la silenciation, elle peut toutefois renouveler l'assignation des femmes au travail émotionnel, en le déplaçant d'une échelle individuelle à une échelle collective, voire en performant les discours faisant de l'IVG un acte intrinsèquement douloureux (10.1). Ainsi la contestation de la stigmatisation abortive ne peut avoir lieu en dehors de la conscientisation et de la politisation des rapports de genre qui la produisent (10.2).

⁴ L'avortement n'étant pas absent des représentations, sa mise en scène dans les médias, les productions audiovisuelles ou littéraires a pu faire l'objet de quelques analyses à l'échelle internationale. Si les médias traditionnels véhiculent une image de l'avortement comme un fait rare et terrible, les nouveaux médias et les réseaux sociaux proposent des contre-récits (Whaley et Brandt, 2018) ; la présentation de l'avortement à la télévision étatsunienne entre 2008 et 2018 se focalise sur la méthode chirurgicale (voire les avortements clandestins) alors que l'essentiel des prises en charge sont médicamenteuses (Herold et Sisson, 2019). Dans la presse britannique de la dernière décennie, l'avortement est surtout présenté comme risqué et négatif, ce qui contribue à perpétuer sa stigmatisation (Purcell, Hilton et McDaid, 2014).

⁵ Comme *La femme de mon frère* de Monia Chokri (2019, Métafilms) ; *Never Rarely Sometimes Always* de Eliza Hittman (2020, BBC Films) ; *L'événement* d'Audrey Diwan (2021, Rectangle Production) ; *Lingui, les liens sacrés* de Mahamat-Saleh Haroun (2021, Pili Films) ; *Simone, le voyage du siècle* d'Olivier Dahan (2022) ; *Annie Colère* de Blandine Lenoir (2022, Local Films et Aurora Films) ; la réédition en 2022 du film *Histoires d'A* de Marielle Issartel et Charles Belmont (1974).

⁶ Voir par exemple *Sex Education* (à partir de 2019), *Flea Bag* (à partir de 2016), *Scandal* (à partir de 2012), *Call the Midwife* (à partir de 2013) et, pour les séries françaises, *Plus Belle La Vie* (2004-2022) ou *En Thérapie* (2021-2022).

⁷ Voir *L'Événement* d'Annie Ernaux (2000, Gallimard) ; Camille Anseume, *Un tout petit rien* (2014, Kero) ; Colombe Schneck, *Dix-sept ans* (2015, Grasset) ; Justine Lévy, *Rien de grave* (2004, Stock).

⁸ Voir par exemple *Le choix* de Désirée et Alain Frappier (2015, La Ville brûle) ; *Il fallait que je vous le dise* d'Aude Mermilliod (2019, Casterman) ; *Le Manifeste des 343* Hélène Strag, Adeline Laffitte et Hervé Duphot (2020, Marabulles) ; *Cher bloplop, lettre à mon embryon*, de Léa Castor (2022, Leduc Graphique).

10.1 Refuser la silenciation. Les ambiguïtés des discours visant à « briser le tabou »

En partant du constat que le silence, s'il protège les avortées, perpétue la stigmatisation, la prise de parole sur l'avortement peut être présentée – à la fois par la recherche en sciences sociales et par nombre de personnes rencontrées, comme un remède au stigmate : « Si les femmes étaient plus nombreuses à parler de leur expérience de l'avortement, cela pourrait contribuer à réduire la stigmatisation qui y est actuellement associée⁹ » écrivent par exemple Kristen Shellenberg et ses collègues dans leur article sur le dévoilement de l'avortement (2011, p. 12). Je discuterai ici l'hypothèse que la prise de parole et le partage d'expérience réduiraient mécaniquement la stigmatisation de l'avortement, en montrant que cette condition est à la fois nécessaire et insuffisante : si elle permet de partager le travail émotionnel lié à l'avortement, elle ne le remet que rarement en cause.

10.1.1 « Découvrons-nous des milliers » : l'importance des récits des autres

À l'occasion de leur propre IVG, de très nombreuses enquêtées prennent conscience de sa banalité statistique et en même temps, du silence qui l'entoure. S'apercevoir que d'autres aussi avortent est alors une façon de sortir de la solitude et de l'isolement.

« On s'est laissées toutes seules » : déplorer le manque de dialogue entre pairs

Le dévoilement de l'IVG (voir 9.2) opère surtout auprès d'interlocutrices privilégiées, sur le registre de la confiance. Mais toutes celles qui parlent de leur IVG ne doivent pas faire oublier celles qui, spontanément, n'en parlent pas ou peu – et surtout pas à une sociologue. Avant notre entretien, la mère d'Adélaïde (27 ans, chargée de mission dans l'environnement, IVG à 26 ans en 2017) l'enjoint à être prudente et ne pas donner son nom ; une amie de Nina (32 ans, travailleuse sociale, IVG à 32 ans en 2017), qui a elle aussi avorté, lui suggère de « surtout en parler à personne, le garder pour [elle], c'est trop intime » ; etc. Ce silence entretient le silence – Nina ajoute : « si à un moment, personne en parle, voilà on continue à être dans des non-dits et de la culpabilité ».

⁹ "If more women were vocal about their abortion experiences, this might serve to tear down some of the stigma currently attached to abortion".

La sortie du silence s'opère alors parfois sur le mode de la confiance réciproque : c'est vrai des mères (ou des belles-mères, ou des tantes, ou des grands-mères) qui révèlent à leur fille leur propre IVG (voir 9.2.2) ; et c'est vrai également dans le groupe de pairs. Plusieurs enquêtées découvrent ainsi après coup – et avec surprise – qu'une amie proche a déjà avorté, sans leur en avoir parlé. Marine (19 ans, aide de vie, IVG à 19 ans en 2018) raconte qu'à 15 ans, sa meilleure amie se trouve enceinte « d'un gars, c'était même pas son copain, ils se voyaient comme ça et bon ils faisaient tralala quoi [rire] » et avorte « en cachette, vraiment toute seule ». Elle ne le lui dit que lorsque, quatre ans plus tard, Marine elle-même avorte. De même Julia (26 ans, auxiliaire de vie scolaire, IVG à 18 ans en 2010 et 25 ans en 2016), lors de sa deuxième IVG, découvre qu'une de ses amies a également avorté deux fois : « en fait, on s'en était jamais parlé avant, peut-être qu'elle osait pas, et moi non plus ! ». Inès (27 ans, ingénieure, IVG à 20 ans et 26 ans), pour sa part, découvre plusieurs années après, à l'occasion d'une conversation rétrospective sur les amours passées, qu'une amie proche a vécu au même moment une même IVG dans le même isolement. Elle regrette ce silence partagé :

On a été deux à la même période, dans la même situation, et en fait on l'a jamais su. [...] Et on s'est laissées toutes seules en fait. Parce qu'on n'a pas osé en parler. [...] Et moi il y a eu un déclic à ce moment-là en fait, parce que entre nous [entre copines]... [...] on devrait pas avoir honte d'en parler entre nous. Et en fait, on l'a pas fait, parce qu'on connaissait pas les positions des autres filles et on savait pas s'il y en avait qui étaient contre l'avortement ou pas. Et t'as pas envie de te mettre dans une situation de porte-à-faux avec une pote, voire une amie, en disant moi je vais faire ça et puis elle est pas d'accord et au pire elle critique ou elle te juge, parce qu'être en porte-à-faux avec une pote, c'est pire que tout.

Ce moment où Inès réalise que la stigmatisation anticipée conduit à un isolement délétère acte pour elle une prise de conscience importante. Peu après, elle met volontairement le sujet sur la table auprès de son groupe de « sept ou huit amies proches ». Elle découvre alors avec stupeur que la majorité a déjà avorté, sans que le sujet ait été abordé : « ça, c'est passé à la trappe. Et je trouve ça assez fou. [...] C'est vraiment ouf comme les meufs on n'en parle pas, on s'enferme ».

La situation d'Inès, sans être représentative, laisse voir l'isolement dans lequel la mise sous silence de l'IVG peut laisser les premières concernées, et la difficulté à en sortir – c'est parce qu'Inès ose parler de sa situation que ses amies se confient à leur tour, selon une logique déjà identifiée dans la littérature – que « les femmes ayant révélé [leur avortement] en premier ne se sentaient pas seules¹⁰ » (Cockrill et Biggs, 2018, p. 11, ma traduction). Au silence et au manque de soutien des partenaires devrait ainsi s'opposer, selon Inès, un soutien mutuel entre femmes – les hommes étant disqualifiés *a priori* : « à la limite les mecs, okay, c'est des cons, mais entre

¹⁰ “Women who disclosed first did not feel alone”.

nous... ». Le but de ce partage d'expérience est de lutter contre les effets pervers du silence, qui empêche de très nombreuses femmes de prendre conscience de la banalité statistique de l'avortement. C'est la raison pour laquelle les femmes rencontrées accordent une si grande importance aux témoignages « des autres » (ces « autres compatissantes », pour reprendre l'expression de Goffman) qui permettent de « se découvrir des milliers », pour reprendre l'expression de l'Hymne des femmes.

*« Ça m'a vachement aidée de voir toutes ces femmes témoigner » :
sortir de l'isolement*

Les personnes rencontrées sont très nombreuses à avoir cherché, en ligne, des informations et/ou des témoignages sur l'avortement, ou avoir lu des livres sur la question – le mode de recrutement des enquêtées contribuant évidemment à une surreprésentation de celles-ci dans mon corpus¹¹. Julia (26 ans, auxiliaire de vie scolaire, IVG à 18 ans en 2010 et 25 ans en 2016) lit par exemple le livre de Camille Anseume¹² ; Coralie (22 ans, étudiante en art, IVG à 21 ans en 2016) celui de Colombe Schneck¹³ qu'elle décrit comme « vraiment bien : elle raconte ce qu'elle a vécu, elle nous met dans l'ambiance, elle nous met vraiment dans l'ambiance des années 80, de la sexualité libre *et cetera* ». Carole (38 ans, avocate, IVG à 27 ans en 2007 et 36 ans en 2016) cherche – sans trouver – des livres susceptibles d'éclairer son expérience ; etc. Celles qui ont cherché des témoignages – en librairie, dans la presse, sur des forums – « essayaient de se rassurer » (Cynthia, 17 ans, lycéenne, IVG à 17 ans en 2017). Si les sites anti-avortement sont identifiés et critiqués ou évités, les témoignages positifs sont accueillis avec un immense soulagement et souvent gratitude, comme l'explique Céline (34 ans, commerciale, IVG à 32 ans en 2015) :

Je crois que ça m'a énormément aidée de tomber sur un site internet qui s'appelle... « J'ai avorté, je vais bien, merci » [...] En fait ce site pour moi ça a été vraiment... vraiment d'une grande aide. [...] C'était la masse de témoignages, et le lien avec la peur qui du coup, en voyant tous ces témoignages de femmes, souvent des femmes qui parfois disaient ben voilà j'ai fait un IVG

¹¹ Dans mon échantillon, la recherche de témoignages d'avortement en ligne, dans la presse ou des livres est quasi-systématique. Cela s'explique avant tout, bien entendu, par mon dispositif de recrutement : une partie des enquêtées a découvert l'existence de mon enquête sur un site de témoignages d'avortement. De l'existence préliminaire de cette recherche dépendait donc la participation à l'enquête – ce qui donne évidemment, parmi ces enquêtées, 100% de recherche de témoignages en ligne. Mais plusieurs enquêtées recrutées indépendamment du site de témoignages (via les professionnel·les de santé ou le bouche-à-oreille par exemple) ont, elles aussi, cherché des témoignages en ligne, ce qui est un argument en faveur d'une pratique fréquente. Cela étant, cet argument-là peut aussi être retourné puisque la seule participation à une enquête de sciences sociales traduit un intérêt pour l'avortement et un rapport spécifique au témoignage et à ses enjeux sociaux : cet aspect-là est irréductible et il faut garder en tête, dans ce qui suit, que le rapport aux témoignages – recherchés ou partagés – est le fait de personnes qui ont elles-mêmes, pour un ensemble de raisons, accepté de témoigner. Cela laisse dans l'ombre toutes les raisons du non-témoignage, qui ne peut se résumer à la seule stigmatisation anticipée.

¹² Camille Anseume, *Un tout petit rien* (2014, Kero).

¹³ Colombe Schneck, *Dix-sept ans* (2015, Grasset).

y'a dix ans aujourd'hui, et j'ai eu l'occasion de fonder une famille, ou de rencontrer quelqu'un et de... d'avoir un enfant quand j'en désirais un, ça m'a rassurée.

Les témoignages partagés permettent ainsi de prendre conscience de la très grande fréquence de l'avortement et d'abandonner l'impression fautive d'être « la seule concernée ». Tiphany (35 ans, psychologue, IVG à 35 ans en 2017) ne cesse de s'étonner de ce que l'IVG soit si commune : « Qu'il y ait autant de femmes qui avortent, je me suis dit 4 par jour, ça veut dire combien sur la semaine ? [...] Ah je pensais pas qu'on était aussi nombreuses à avorter en fait ! parce qu'il y a une sorte d'omerta là-dessus, une sorte de tabou ».

Et c'est bien la volonté de lutter contre ce tabou qui motive nombre d'enquêtées à participer à l'entretien : « moi ça me saoule un peu que ça soit tabou » (Hélène, 28 ans, étudiante sage-femme, IVG à 23 ans en 2011) ; « c'est un truc un peu important pour moi, pour que les gens sachent que ce n'est pas tabou » (Margot, 31 ans, psychologue, IVG à 27 ans en 2016) ; etc. ; les formulations se font écho entre elles (voir Méthodologie). Lutter contre la *silenciation* de l'expérience abortive est donc présenté, par nombre d'enquêtées, comme un moyen de réduire la stigmatisation (Cockrill et Biggs, 2018, p. 11). Mais il faut distinguer entre une prise de parole en non-mixité, qui peut reconduire l'assignation des femmes aux choses de la reproduction (et partant la stigmatisation) et une prise de parole *publique*. La question qui se pose est donc la suivante : à quelle(s) condition(s) cette prise de parole peut-elle remplir sa fonction déstigmatisante ?

10.1.2 Le récit de soi en non-mixité : du travail émotionnel individuel au travail émotionnel collectif

La première modalité de prise de parole défendue par les enquêtées est une prise de parole en non-mixité : entre femmes, voire même entre avortées, sur le modèle du groupe de soutien. De telles propositions prennent acte de la stigmatisation, sans la contester frontalement.

« Rassurer les filles à mon tour » : le récit de soi comme contre-don

Outre la volonté d'en finir avec le « tabou » autour de l'avortement, nombre de femmes rencontrées acceptent de participer à l'enquête en espérant que leur propre expérience puisse servir à d'autres. En dépit de son histoire très difficile (2.2.2), Nolwenn (27 ans, préparatrice en pharmacie, IVG à 19 ans en 2010) tient à ce partage d'expérience : « Là je t'en parle parce que... Tu vois, pour aider et tout. Tu vois, ça peut aider d'autres filles et c'est important, parce que tu es vraiment perdue et t'as besoin de témoignages positifs pour t'accompagner, pour accepter, parce que ce n'est pas une décision que tu prends comme ça... ». Avoir été rassurée par les

témoignages des autres pousse ainsi, à son tour, à prendre la parole, comme le dit aussi Cynthia (17 ans, lycéenne, IVG à 17 ans en 2017), qui aimerait devenir sage-femme : « le côté sage-femme rassurante que j'ai pu voir pour mon IVG ça m'a donné envie aussi de... de rassurer les filles à mon tour ». Le témoignage suit la logique maussienne du don-contre-don : le lien social reposant sur la réciprocité, recevoir impose de rendre (Mauss, [1925] 2012). Ce résultat confirme lui aussi ceux d'autres travaux : « Un quart des femmes de notre étude ont évoqué leur volonté de normaliser l'avortement au profit d'autres personnes, par exemple en soutenant une autre femme qui envisageait d'avorter¹⁴ » écrivent par exemple Kate Cockrill et Adina Nack (2013, p. 986). Mais ces discours ne contestent pas la difficulté supposée de l'avortement : ils en prennent acte, et se présentent comme consolatoires.

Celles qui portent un discours contestant la difficulté émotionnelle de l'IVG, comme Noémie (24 ans, étudiante en école d'architecture, IVG à 22 ans en 2015), sont plus rares : « Moi j'ai pas particulièrement honte d'en parler, donc ça me dérange pas d'en parler, si ça peut servir, [...] si ça peut aider [...]. Je pense que c'est important aussi d'en parler, de dire que ça peut bien se passer, que ça peut ne pas être un traumatisme notamment ». S'il est question là aussi « d'aider les autres », la position de Noémie diffère de celle de Nolwenn ou Cynthia, puisqu'une contestation de la stigmatisation émerge. La volonté de contrer les discours qui présentent l'avortement comme un drame est explicite, ce qui évite la naturalisation des difficultés de l'expérience abortive. À l'inverse, en l'absence de contestation, le risque est celui d'une re-individualisation et d'une re-psychologisation de l'IVG.

« En faire quelque chose de positif » : le récit de soi comme re-psychologisation

Plusieurs enquêtées déplorent ainsi le manque d'espaces de parole appropriés. Laurie (25 ans, informaticienne, IVG à 21 ans en 2015) regrette de ne pas trouver d'oreille attentive :

Y'a des moments où j'y repense un peu plus, et c'est pas de la nostalgie mais je sais pas... Je me dis que j'aimerais bien pouvoir en parler à quelqu'un, mais je sais pas à qui. Parce qu'en fait, mes amies à qui j'en ai déjà parlé, bah... Je leur en ai déjà parlé ! Je me dis, je vais pas aller les voir tout le temps pour leur parler forcément de ça tout le temps, et puis je me dis elles m'apporteront pas forcément plus de réponses... Et c'est pas forcément des réponses que je cherche, mais peut-être plus une écoute quoi.

Juliette (31 ans, productrice de documentaire à mi-temps, IVG à 30 ans en 2017), quant à elle, estime que toutes les fois où elle a parlé avec des amies ayant avorté, « c'était quelque chose d'assez pragmatique, mais on ne parle pas trop de son ressenti, de sa souffrance ». Elle

¹⁴ «Quarter of the women in our study discussed wanting to normalize abortion for the benefit of others, such as supporting another woman who was considering abortion».

estime que les discussions sur la technique d'IVG (médicament ou aspiration) ne laissent pas assez la place à l'expression des sentiments, alors qu'elle en aurait eu besoin – Juliette fait partie des femmes ayant longuement hésité à avorter (voir 6.3.2). Celles qui appellent de leurs vœux des espaces de parole entre personnes concernées peuvent ainsi être elles-mêmes porteuses d'un discours sur l'IVG comme « souffrance », parce que leur vécu est celui d'un difficile renoncement à la maternité (voir 8.4).

Carole (38 ans, avocate, IVG à 27 ans en 2007 et 36 ans en 2016), qui a « fait 6 ou 7 librairies » sans avoir trouvé un livre « intéressant » sur l'avortement (on n'est alors qu'en 2018), fustige par exemple « le gros manque de vulgarisation » et envisage d'écrire un livre et/ou de monter des groupes de paroles :

Après je me disais... Je vais créer ça ! Je vais appeler ça le café Simone. Parce que y'a pas de structures sympas en fait, même sur Internet des gens qui ont fait des IVG en parlent, mais en mode anonyme, c'est-à-dire que chacun déverse son histoire. Y'a pas de lien entre les gens. Après, ça peut vite être glauque aussi hein d'en parler tout de suite... Mais c'est un soutien... Mais d'arriver à en faire quelque chose de positif et là, j'essaye de chercher des voies pour être plus dans l'action, pouvoir aider.

Les ambiguïtés sont présentes dans son discours : d'un côté, Carole se revendique d'un héritage sur l'accès à l'IVG – celui de Simone Veil – en souhaitant baptiser ses « cafés » du prénom de la figure emblématique de la légalisation de l'IVG. Ce qu'elle propose est bien un dispositif collectif pour lutter contre le silence, d'ailleurs partagé dans la littérature : « certain-es participant-es ont affirmé qu'il serait avantageux pour celles qui envisagent ou pratiquent un avortement que davantage de femmes parlent ouvertement de leurs expériences¹⁵» (Astbury-Ward, Parry et Carnwell, 2012, p. 3142). Mais dans le même temps, une telle proposition ne fait qu'élargir le travail émotionnel que les femmes mettent en place pour affronter la stigmatisation, sans le remettre en cause. Il s'agit, au fond, de passer d'un *travail émotionnel individuel* à un *travail collectif* :

Les interactions individuelles ne peuvent pas créer la gestion collective de la stigmatisation pourtant nécessaire à la transformation des normes socioculturelles. Pour déstigmatiser l'avortement, il faut des espaces de soutien (réels ou virtuels) dans lesquels les femmes qui ont avorté peuvent entrer en contact les unes avec les autres.¹⁶(Cockrill et Nack, 2013, p. 987).

Si la prise de parole collective permet en effet de se sentir moins seule, le risque, pourtant, est bien une re-psychologisation de l'expérience abortive qui occulte les logiques de genre structurelles (et donc une déstigmatisation toute relative puisqu'elle ne concerne que le groupe

¹⁵ "Some participants claimed that it would be advantageous for those contemplating or indeed having an abortion, if more women were open about their experiences".

¹⁶ "However, one-on-one interactions cannot create the kind of collective stigma management that is necessary for changing sociocultural norms. To destigmatize abortion, there must be supportive spaces (real or virtual) in which women who have abortions can connect with each other".

de pairs stigmatisées). On retrouve ainsi dans le discours de Carole des éléments de langage qui sont ceux des conseillères conjugales et familiales – « en faire quelque chose de positif » (voir 3.1.2).

En France, en dehors de l'association Agapa ou des pratiques de certains planning familiaux (Memmi, 2003, p. 200), il existe peu d'espaces de prise de parole collective sur l'IVG. Il en va autrement aux États-Unis ou en Amérique Latine, où des dispositifs visant à déstigmatiser l'avortement ont été étudiés, voire implémentés, par des chercheuses. Il peut s'agir de situations d'interactions déjà existantes où les avortantes/ées ont l'occasion de partager leur expérience (par exemple les salles d'attentes des hôpitaux ou les entretiens pré et post-IVG¹⁷) ou de dispositifs *ad hoc* créés de façon expérimentale par des chercheur·ses en santé sexuelle et reproductive dans un but explicite et normatif – déstigmatiser l'avortement¹⁸.

Toute cette inventivité scientifique et méthodologique pose cependant question, à plusieurs niveaux : dans leurs postulats, leur méthode et leurs résultats, qui ne sont pas toujours au rendez-vous¹⁹. Tout d'abord, les dispositifs imaginés, imposés par le haut par la puissance publique, sont un peu hors-sol : preuve en sont les difficultés à recruter, avec des échantillons test qui se composent *in fine* de personnes plutôt dotées socialement, déjà faiblement stigmatisées

¹⁷ Par exemple, une étude menée dans un hôpital public au Cap en Afrique du Sud suggère que les salles d'attentes des lieux où l'on avorte, qui permettent une rencontre entre femmes concernées mais aussi avec les équipes soignantes, peuvent être le bon lieu pour inventer un dispositif collectif de déstigmatisation à travers le partage d'expérience. Après avoir mis en évidence l'existence de la stigmatisation, les chercheuses s'intéressent aux stratégies discursives pour la réduire et montrent que les échanges informels permettent de normaliser l'avortement (Mavuso et Macleod, 2019).

¹⁸ Des chercheuses états-uniennes ont par exemple réalisé une étude préliminaire sur les discussions entre participantes d'un club de lecture autour du livre *Choice: True Stories of Birth, Contraception, Infertility, Adoption, Single Parenthood, & Abortion* (Bender, 2007). Elles montrent que dans un groupe de paires, le récit d'avortement est possible avec davantage de nuances que dans les prises de positions publiques (Herold, Kimport et Cockrill, 2015). Le dispositif a ensuite été systématisé pour permettre une enquête à plus grande échelle – l'objectif étant de tester si le club de lecture permet un dévoilement de l'expérience de l'avortement et une réception positive de ce dévoilement (Cockrill et Biggs, 2018). Les autrices concluent que oui, grâce une « échelle de mesure des sentiments ». Les participantes doivent noter sur 100 points comment elles se sentent par rapport à leurs différents épisodes génésiques, avant, juste après et un mois après le club de lecture ; ce dispositif s'accompagne d'entretiens avec les participantes et d'enregistrement des échanges du groupe de parole – même les instruments de mesure psychologisent le rapport à la parole. Un dispositif un peu comparable – quoique sans livre pour support – a également été testé au Mexique. Il consiste en des cercles de parole en non mixité (4 cercles tests, avec moins d'une dizaine de participantes par cercles), entre femmes qui ont avorté, à raison de 4 séances consécutives de 2h30 sur 4 semaines, avec 2 facilitatrices pour mener l'échange, avec des résultats qui identifient également une baisse de la stigmatisation ressentie après la participation au cercle de parole (Belfrage, Ramírez et Sorhaindo, 2020). Mais tout se passe comme si les autrices de l'étude oubliaient le dispositif lui-même : comment justifier à ses proches de prendre 2h par semaine pendant un mois, si on leur a caché l'IVG ?

¹⁹ L'échec d'une étude récente montre que cette voie, qui consiste à imaginer par le haut des dispositifs susceptibles de déstigmatiser, n'est pas la bonne. Une équipe de chercheuses en santé sexuelle et reproductive, principalement composée de professionnelles de santé de la gynéco obstétrique et de santé publique, a ainsi essayé d'identifier si le visionnage d'un discours pro-IVG (l'intervention consistait à visionner un récit numérique et à répondre à une invitation à écrire) faisait significativement diminuer la stigmatisation « ressentie » (mesurée grâce à l'ILAS Scale) et la « détresse psychologique » (mesurée avec une autre échelle courante). Après comparaison du groupe test et du groupe témoin, les chercheuses concluent à l'absence d'une baisse significative de la stigmatisation ressentie et de la détresse psychologique après visionnage (Sackeim et al., 2022).

(Belfrage, Ramírez et Sorhaindo, 2020). En réalité, ces cercles de parole pensés par des chercheuses féministes ne diffèrent que peu, dans leur implémentation, des groupes de rétablissement post-IVG des antiavortements évangélistes décrits par Husain et Kelly (2017). Les dispositifs, de fait, sont très comparables : plusieurs séances hebdomadaires suivies (4 pour les *pro-choice*, 8 pour les *anti-choice*) ; un groupe de participantes stable (chacune s'engage à être présente à tous les cercles) ; un entre-soi d'avortées accompagnées par des facilitatrices (concernées ou pas) ; une volonté de remettre en sens l'avortement par une transformation du récit qui procède, en fait, selon les normes préexistantes portées par les facilitatrices... Seule la visée normative change : chez les *pro-choice* féministes, ces échanges sont pensés comme un lieu de déstigmatisation, de rupture du silence, de soutien collectif mais pas du tout de politisation. Chez les *anti-choice*, au contraire, c'est la reconnaissance et l'acceptation du statut stigmatisé d'avortée, et la reconnaissance d'un « trauma » lié à l'IVG qui est au principe de tout – et peut mener à un militantisme anti-avortement. Si les objectifs diffèrent profondément, les procédés, eux, se ressemblent. Outre la dimension normative, le problème de ces groupes de parole créés « par le haut » est qu'ils ne tiennent pas compte des capacités d'auto-organisation et de contestation collective – en France, la prise de parole sur l'avortement a historiquement été portée par des collectifs de terrain comme le MLF ou le MLAC (Ruault, 2017a).

Mais un problème plus conséquent est le retour à une appréhension individuelle et psychologique de la stigmatisation, mesurée par l'ILAS scale dont j'ai discuté les limites en introduction de ce travail. Tout en prônant une prise en charge collective du stigmaté, l'objectif de ces groupes de parole est moins de contester la stigmatisation que de *restaurer le bien-être psychique individuel*. Ce faisant, non seulement les normes sociales dans lesquelles la stigmatisation s'inscrit ne sont pas contestées, mais en plus on renoue avec l'injonction psychologisante à mettre en récit l'IVG pour la surmonter... ce qui revient à réifier de nouveau le stigmaté en alimentant l'idée de troubles émotionnels liés à l'IVG, et donc, paradoxalement, à re-stigmatiser l'avortement. Le problème d'une telle réification du stigmaté, critiquée par plusieurs chercheuses (Beynon-Jones, 2017 ; Kumar, 2013 ; Millar, 2020), est donc *précisément* de ne pas prendre en compte sa construction sociale, sa dimension relationnelle, et surtout les rapports de force dans lesquels la stigmatisation s'inscrit.

Si la collectivisation du travail émotionnel permet sans nul doute de mieux faire face à la stigmatisation, elle ne la remet pas en cause et reconduit une logique d'entre-soi féminin – la parole circule toujours en huis clos, quoique dans un espace élargi. C'est là le paradoxe, et parfois l'aporie, de tout espace en non-mixité : tout en permettant une mise en sens collective, et d'ailleurs souvent indispensable, d'une expérience de la domination partagée, tout en offrant les conditions de possibilité d'une identité collective, la non-mixité reconduit *aussi* les

frontières qu'elle entend discuter²⁰. Sans en minorer la réelle dimension émancipatrice, il me semble qu'il faut la considérer pour ce qu'elle est : à la fois *nécessaire* et *insuffisante*.

10.1.3 Le récit de soi en mixité : esquive ou contestation du stigmaté ?

C'est donc bien dans l'interaction dans les « contacts mixtes » (Goffman, [1963] 1975, p. 26), avec ceux que Goffman nomme « les normaux » (c'est-à-dire, en fait, les dominant-es), que se jouent les possibilités d'une prise de parole qui *conteste* les récits dominants. Mais là encore, il faut distinguer un discours présenté sur le mode du *coming-out* – qui ne conteste pas la stigmatisation à la racine – et des discours visant à *normaliser* l'IVG.

« Je le dis pour que personne ne fasse de réflexion déplacée » : le coming-out abortif comme anticipation du stigmaté

Les enquêtées qui décident de parler ouvertement de leur IVG ne pensent pas nécessairement cette prise de parole comme contestataire : elle peut être, plus simplement, une stratégie pragmatique pour s'épargner des comportements stigmatisants explicites (le *enacted stigma*). La posture d'Hélène (28 ans, étudiante sage-femme, IVG à 23 ans en 2011) est en ce sens paradigmatique. Hélène est la première personne avec qui je réalise un entretien : elle m'est recommandée par une collègue qui sait qu'elle n'a « pas de problème à parler de ça ». De fait, Hélène a saisi de nombreuses opportunités de témoigner à visage découvert de son avortement – elle a participé à deux films documentaires sur la question²¹ et accepte immédiatement l'entretien. Les raisons qu'elle avance à sa prise de parole quasi-systématique laissent voir cependant une stratégie d'*esquive* de la stigmatisation :

J'ai l'impression d'en avoir vraiment beaucoup beaucoup parlé autour de moi, mais vraiment beaucoup, j'en ai parlé dans mon entourage proche, et dans mes ami-es proches, où je savais que j'avais pas de réaction hostile à craindre. Mais dans ma tête c'était, je le dis, pour... euh...

²⁰ La non-mixité genrée s'est historiquement constituée, en France, comme une stratégie politique pour construire l'émancipation féministe, comme l'ont montré de nombreux travaux (Gallot et Jacquemart, 2023 ; Jacquemart et Masclet, 2017 ; Masclet, 2021 ; Meuret-Campfort, 2021 ; Védie, 2020, 2022). Mais le débat, bien entendu, ne se limite ni à la France, ni aux rapports entre les sexes. Il concerne tout groupe expérimentant un stigmaté collectif, c'est-à-dire une *oppression* collective. Les revendications politiques autour de l'importance de la non-mixité se sont ainsi forgées aux États-Unis dans la lutte des personnes noires contre le racisme et la domination. Elles se poursuivent et se déclinent aujourd'hui dans les combats des personnes racisées, trans (Armangau et Figeac, 2021), en situation de handicap, et de nombreux travaux ont montré l'importance de ces groupes de soutien communautaires dans la politisation d'une oppression.

²¹ Il s'agit des documentaires *IVG, 40 ans après* de Yves Campagna et Jean-François Raynaud (2015, Les Films du Zèbre) *Quand je veux, si je veux* de Susana Arbizu, Henri Belin, Nicolas Drouet et Mickaël Foucault (2018, La Chambre Noire).

pour qu'ensuite *personne* [elle insiste sur le mot] ne fasse de réflexion déplacée sur l'IVG et que je sois là, et que je la prenne en pleine figure.

Hélène préfère révéler qu'elle a avorté pour se préserver : « parce que même des gens très hostiles à l'IVG, quand ils sont face-à-face, j'ai l'impression qu'avoir une vraie personne en face, et pas juste être contre dans l'absolu, bah du coup c'est plus dur ». Ce faisant, Hélène, en réalité, *anticipe la stigmatisation* et s'en prémunit : « j'ai pas envie d'avoir à gérer cette hostilité-là ». Ainsi, le jour où un des films sur l'IVG auxquels elle a participé est par hasard projeté dans son école de sage-femme, elle redoute les réactions des « filles de sa promo », mais, selon la même logique, prend le parti de dire qu'elle y témoigne. Elle se réjouit que presque la moitié de sa classe vienne à la projection et s'étonne de l'accueil qui lui est réservé :

Donc en fait, globalement ça a ouvert la discussion, je me suis dit... j'étais plutôt contente en fait [rire]. Puis moi j'étais sciée, parce qu'il y avait des positions... Enfin, je ne pense pas que j'étais aussi informée et aussi ouverte d'esprit à leur âge ! Et franchement elles m'ont sciée, elles ont été super ! Donc là ouais ça a été une autre façon d'en discuter. C'était plutôt pas mal.

Hélène n'est pas la seule à prendre le parti de parler frontalement de son IVG – quoique cela soit particulièrement visible chez elle. Férouze (42 ans, aide-soignante, IVG à 26 en 2003 et 30 ans en 2007) prend aussi le parti « d'assumer » et de « ne pas s'en cacher », selon ses mots – y compris aux parents d'élèves de milieu catholique qu'elle fréquente.

Je crois que j'en parle tellement naturellement qu'en fait... Y'a rien à dire, en fait. Peut-être que si je l'avais caché, que ça s'apprend comme ça, peut être que ce serait mal pris. Mais comme je me cache pas et que j'y parle comme une expérience de vie et que c'est ce qui fait ce que je suis devenue aujourd'hui, ça passe oui.

Si une telle stratégie de « révélation préventive » porte ses fruits, elle contribue toutefois à penser le récit d'avortement sur le mode, précisément, de la *révélation*, c'est-à-dire du récit qui est *normalement* caché et dont le partage constitue une sorte de transgression à justifier ou du moins, à *expliquer* – c'est d'ailleurs le refus de devoir se justifier ou expliquer qui pousse certaines femmes à ne pas parler de leur expérience (Gunter, 2018). Le dévoilement de l'avortement est alors pensé sur le modèle du *coming-out*, emprunté au vocabulaire de la révélation de l'homosexualité : l'expression est employée dans plusieurs travaux anglophones – par exemple (Cockrill et Biggs, 2018, p. 2). Mais la notion même de *coming-out* présuppose que la personne concernée se considère elle-même comme une *déviante* – prenant le risque de s'exposer à la stigmatisation en dévoilant son stigmaté. Plus encore, cela présuppose que l'avortement serait constitutif de l'identité de la personne. Or, si une telle conception du *coming-out* est déjà largement critiquable – et critiquée – s'agissant de l'homosexualité (Rasmussen, 2004), et elle l'est encore davantage pour l'avortement. Ces critiques sont de deux ordres, de nature très différente.

Une première critique faite au *coming-out* (quel qu'il soit) vient en effet de l'injonction qu'il porte à la visibilité et au discours identitaire. S'agissant des sexualités minoritaires, ce discours est porté notamment par les personnes racisées, qui y voient une norme de blanc·hes : l'idée que la visibilité est libératrice conduit à réfuter tous les arrangements traditionnels et potentiellement émancipateurs avec le secret²² (Amari, 2013 ; Massad, 2007). Elle contribue aussi à minorer les conflits d'allégeance entre race et enjeux de genre (orientation sexuelle et/ou expression de genre), qui expliquent que les personnes non-blanches revendiquent parfois « un autre régime de visibilité dissident, réservé dans sa démonstration, tacite dans sa déclaration » (Ouguerram-Magot, 2017). Pousser à la prise de parole, c'est ne pas voir, en effet, que cette révélation peut être extrêmement coûteuse (notamment en excluant du groupe d'appartenance minoritaire). Ce sont ainsi les personnes disposant *déjà* de ressources sociales importantes et d'une sécurité matérielle qui peuvent s'y risquer à moindres frais. Hélène fait ainsi partie des dominantes : elle est blanche, a fait une classe préparatoire, est issue d'une famille de cadres, est plus âgée que ses camarades de classe, a pu financer une reprise d'étude, et par ailleurs son IVG est faiblement stigmatisable – la grossesse a lieu sous DIU, elle est soutenue et accompagnée par son compagnon avec qui elle est en couple depuis trois ans et pacsée, etc. Parler ouvertement de son IVG est moins risqué pour elle que pour nombre d'enquêtées racisées (comme par exemple Cynthia, Anissa, Nora, Imane, Ony, etc.) ou aux pratiques contraceptives plus éloignées de la norme.

Mais une autre critique du *coming-out*, très différente, consiste à remettre en cause le postulat même sur lequel il repose : la perception du comportement stigmatisé (sexualité minoritaire, avortement) comme tel. Dans cette perspective, si le *coming-out* n'a pas lieu d'être, c'est parce que l'IVG n'est pas *a priori* considérée comme problématique. C'est bien ce que suggère Romane (25 ans, comédienne au RSA, IVG à 24 ans en 2017) :

Je me suis rendu compte, ouais, en parlant beaucoup de ce truc du tabou... Parce que les gens, tu vois, c'est genre... Ouais, genre, tu dis « j'ai avorté y'a un mois », ils te regardent, t'sais, comme si tu venais de leur dire un truc hyper intime. Alors ouais, c'est intime, mais bon c'est un fait de société aussi, et c'est comme les règles en fait ! Pourquoi on peut pas en parler, alors que ça nous arrive à toutes, genre ! Et c'est hyper complexe, donc c'est hyper intéressant d'en parler ! Et donc je me suis retrouvée à beaucoup en parler et à voir la tête des gens... Et ce truc... de... du malaise. Les gens sont mal à l'aise en fait. Tu vois ?

Le malaise des interlocuteur·ices de Romane est ici lié à l'infraction de la norme de silence autour de l'IVG : pour reprendre les concepts d'André Petitat présentés au chapitre précédent,

²² Rappelons-nous par exemple, dans mon corpus, la joie de Céline (34 ans, commerciale, IVG à 32 ans en 2015) à l'idée que son avortement n'est pas écrit sur son utérus et la malice qu'elle prend à *ne pas dire* à son nouveau médecin qu'elle a déjà avorté.

la prise de parole massive sur l'avortement constitue une « transgression de la norme des échanges » (Petitat, 1998, p. 17). Parler d'IVG, c'est donc bien *refuser la silencing*, travailler activement à la mise à mort du secret, faire advenir cette « levée du tabou » que plusieurs enquêtées appellent de leur vœu.

« J'ai avorté et je vais bien, merci » : une tentative de déstigmatisation de l'IVG

Tel était le projet du site « J'ai avorté et je vais bien, merci » au début des années 2010. En 2011, un groupe de blogueurs et blogueuses libertaires, formé en ligne, lance un appel au nom des « filles des 343 » pour proposer une forme de témoignage nouvelle : des récits d'avortements bien vécus, témoignant que cet acte peut ne pas être un drame, mais un soulagement. L'initiative prend la forme d'un blog intitulé *J'ai avorté et je vais bien, merci*. Diffusé via un réseau de blogs féministes et anarchistes et les plannings familiaux, le site recense rapidement de nombreux témoignages, dont une partie est publiée dans un recueil éponyme (*Filles des 343*, 2012). Cette action militante avait d'abord pour objectif de contrer terme à terme la rhétorique anti-avortement, en reprenant ses propres méthodes, comme me l'explique Françoise (58 ans, secrétaire, IVG en 1979 à 20 ans et 40 ans en 1999), une de ses fondatrices :

Simone Veil, elle a dit ça, « l'avortement est toujours un drame », pour faire plaisir à ces vieux barbots réacs. Et donc, on s'est dit [...] il y a plein d'espaces pour dire « Oh la la, je souffre, c'est terrible », et y compris manipulés par les cathos intégristes, [...], sur des forums, et nous on s'est dit « Eh ben on va ouvrir un espace pour dire je vais bien j'ai avorté et je vais bien ». [...] Non, je me souviens pas de la date ! Non, je ne fête pas son anniversaire ! Non, je ne suis pas traumatisée pour toute ma vie ! Non, je n'y pense pas tous les jours !

Mais cette forme de réappropriation numérique ne vise pas seulement les antiavortements ; elle s'adresse aussi à celles et ceux qui défendent l'IVG sur le mode de la concession :

Même les gens de gauche de notre bord, parce qu'évidemment on était un ramassis d'anarcho-gauchistes, même les gens qui étaient de notre bord, quand ils nous accordaient le droit à l'IVG, c'était du bout des lèvres, c'était « bien sûr, t'as le droit d'avorter, mais bon, c'est toujours un drame ». Et on était extrêmement énervées par ça, et on s'est dit on va faire une action contre ça. [...] ça a quand même libéré une parole qui disait « on peut avorter quand on veut, où on veut, sans jugement et en allant bien ! ». Et ça en fait, ça fait vraiment chier, y compris nos alliés naturels.

Quand j'échange avec elle en 2017, Françoise assure encore la modération du site et reçoit, cinq ans après l'appel, plusieurs témoignages par semaine ; c'est grâce à elle que j'ai pu recruter un tiers de mes enquêtées (voir Méthodologie). Si le groupe à l'origine du projet a perdu sa dynamique initiale, Françoise a à cœur de ne pas laisser celles qui témoignent sans réponse.

Elle assure elle-même la modération, supprime les insultes, répond en privé à celles qui expriment une souffrance, ne publie que les témoignages proposant une expérience bien vécue. Son objectif est explicitement la déstigmatisation :

Après, celles qui sont en souffrance, je réponds toujours, enfin en général ma réponse elle tourne autour de « C'est votre décision, si vous l'avez prise, vous avez raison, vous avez pas besoin de vous culpabiliser » ! Parce que souvent, quand même, la culpabilisation elle est d'origine sociale, elle est pas d'origine personnelle ! « C'est mon père, mes parents, mon curé », voilà... S'il y avait pas la pression sociale, les femmes culpabiliseraient pas de s'être débarrassé de ce qui à ce moment-là est un problème !

La déstigmatisation en passe ainsi par des contre-récits qui contestent les narrations dominantes et fabriquent des représentations de l'IVG non négatives (Baird et Millar, 2019 ; Purcell et al., 2020). Ce faisant, le but n'est pas seulement de trouver un *apaisement* ou un *réconfort* intime, comme le suggèrent les travaux de psychologues sur la stigmatisation de l'avortement (Major et Gramzow, 1999 ; Shellenberg et Tsui, 2012). C'est aussi se légitimer et donner à voir une expérience collective. Tout l'enjeu d'une telle parole est alors sa capacité à (re)politiser son objet, c'est-à-dire à rendre visible le système hétéronormatif dans lequel la stigmatisation s'inscrit.

10.2 De la conscientisation à la dénonciation de l'asymétrie des rapports de genre : politiser pour déstigmatiser

La prise de conscience d'inégalités au sein des relations hétérosexuelles est la première étape de la mise en accusation de la stigmatisation de l'IVG (10.2.1) ; elle devient contestation politique dans la rencontre biographique avec le discours féministe (10.2.2), ce qui pose, in fine, la question de la place de l'IVG dans les mouvements féministes contemporaines (10.2.3).

10.2.1 Conscientiser les inégalités au sein des relations hétérosexuelles

L'expérience de l'avortement est avant tout l'occasion, pour les femmes, de prendre conscience de l'envergure des asymétries au sein de leurs relations affectives et sexuelles : asymétrie du travail contraceptif d'abord, mais aussi du travail abortif et émotionnel. Cette prise de conscience est la première condition à la politisation de leur perception des rapports de genre.

« *La réponse de mon ex, c'était franchement pas "on va mettre des capotes" » : l'asymétrie du travail contraceptif*

La première prise de conscience a lieu à l'échelle contraceptive : si les femmes, on l'a vu, intériorisent très fortement la norme contraceptive médicalisée, l'échec de cette contraception les amène à questionner – plus ou moins fortement – la responsabilité de leur partenaire dans la prévention des grossesses. Noémie (24 ans, étudiante en école d'architecture, IVG à 22 ans en 2015) déplore par exemple le manque d'information et de compétences des garçons à ce sujet :

Moi je trouve qu'on devrait plus en parler et notamment pour les mecs [...]. C'est vrai que... ils connaissent pas tout ça quoi ! [...] On te dit pas, bon, les filles, ça fonctionne comme ça... Donc ils sont encore plus paumés des fois, sur des trucs comme ça. Mon copain, il me disait : « pour nous ce serait vraiment informatif parce que du coup, nous, on sait pas trop comment vous fonctionnez, qu'est-ce qui est mieux pour vous comme type de contraception, et même qu'est-ce qui existe ?! » Ils savent pas du tout des choses comme ça !

Une telle conception, qui consisterait à mieux informer les hommes *sur la fertilité des femmes*, rejoue pourtant la focalisation sur le corps féminin, là où l'enjeu serait d'informer les hommes *sur leur propre fertilité*. Dans le discours de Noémie, les compagnons sont présentés comme des adjuvants venant seconder la responsabilité contraceptive féminine, plutôt que comme des acteurs responsables *à part entière*.

D'autres enquêtées récuse cette focalisation. Inès (27 ans, ingénieure, IVG à 20 ans en 2010 et 26 ans en 2016), par exemple (qui a été culpabilisée par les médecins lors de sa première IVG), s'insurge contre les discours médicaux qui attribuent aux seules femmes la responsabilité de la grossesse : « C'est dangereux ce genre de raisonnement ! Ça déresponsabilise tout un tas de gens ! Les mecs déjà, qui sont absolument pas concernés parce que "c'est dans le corps de la femme" ! ». Camille (22 ans, enseignante, IVG à 18 ans en 2012) met elle aussi le doigt sur ce refus de son partenaire (et plus généralement des garçons qu'elle fréquente) de se charger *lui-même* de la contraception :

Je sais que la réponse de mon ex [face à ses difficultés de contraception], qui est quand même un mec plutôt sympa, plutôt féministe, c'était franchement pas « Je vais mettre des capotes », mais plutôt « on va trouver une autre solution pour toi » ! [...] Sur ces questions de contraception, même pour les garçons les plus... conscients, de la cause féminine, j'ai l'impression que ça a pas encore fait « tilt ».

Il n'est pas rare que les enquêtées rappellent qu'aucune femme ne tombe enceinte *toute seule* : « souvent quand y'a quelqu'un qui tombe enceinte ou quoi, bah on dit c'est de sa faute à elle, elle a pas fait attention ou quoi, alors que pour faire un enfant... Bah faut quand même être

deux quoi ! donc c'est pas *que* sa faute à elle si elle tombe enceinte ! » (Laurie, 25 ans, informaticienne, IVG à 21 ans en 2015).

Mais cette dénonciation du manque d'implication des hommes dans la contraception se heurte au refus des principaux intéressés de s'investir davantage, comme le souligne Barbara (40 ans, infirmière, CIVG1) :

Ouais parce que je sais pas, les hommes, la société nous rendent responsables de pas... de la pilule, de la contraception, mais que... [...] Je me souviens, j'avais vu un entretien là quand je suis arrivée avec la CCF [la conseillère conjugale et familiale], c'était un couple qui était très bien, vraiment très très bien, qui avait plusieurs enfants, on voyait qu'ils s'aimaient, enfin ils étaient vraiment bien, mais elle, elle pensait à la contraception définitive, là... La ligature des trompes, elle pensait à ça... Et comment c'est venu... Je sais plus, lui a dû dire, je ne sais plus dans quel contexte, que lui, il le ferait pas pour lui. Ben... Je vois pas pourquoi lui, il le ferait pas pour lui, si elle, elle le fait !

Ce couple « vraiment très très bien » (c'est-à-dire vraiment très dans la norme amoureuse, conjugale et parentale) reproduit pourtant l'asymétrie du travail contraceptif, jusque dans la réflexion sur la stérilisation, et alors même que la vasectomie est un acte bien moins invasif que la ligature des trompes²³. Le plus équitable travail contraceptif se heurte ainsi aux résistances masculines.

Mais plus encore, les techniques contraceptives à destination du corps des hommes manquent, comme le rappelle Christel (27 ans, travailleuse sociale, IVG à 26 ans en 2017), très en colère :

Une fois, un médecin, j'avais rendez-vous sur Doctolib, et donc j'y avais été, et pareil la morale, il me disait que j'étais inconsciente, mais je t'emmerde en fait ! Pleinement, mec ! Tu la prends, toi, la pilule ? On en parle ? Ouais, parce que la pilule masculine existe hein ! Bon, ils l'ont retirée du marché mais... mais à un moment donné, c'est bon quoi !

Il y a fort à parier cependant qu'un tel emportement ne survient qu'en l'absence de ceux qu'il fustige : qu'il s'agisse des médecins ou des partenaires sexuels, la dénonciation du manque d'implication contraceptive des hommes est plus facile dans le cadre de l'échange avec la sociologue et à distance des principaux concernés. Reste que l'IVG, en exposant à un « échec contraceptif » stigmatisant pour les femmes – et pour elles seules – est bien l'occasion d'une conscientisation des inégalités entre les sexes face au travail contraceptif, en même temps qu'une prise de conscience des limites de la technologie : « c'est pas qu'on fait pas attention ! Attention ! S'il faut mettre une capote plus une pilule, plus un stérilet ? Enfin s'en sort pas ! »

²³ Une vasectomie consiste en une section des canaux afférents qui amène les spermatozoïdes jusqu'au sperme et peut être réalisée en ambulatoire avec une simple anesthésie locale. Au contraire, les différentes techniques pour ligaturer les trompes impliquent bien souvent une hospitalisation et une coelioscopie. Tu l'as déjà dit dans l'autre chapitre que j'ai relu

s'exclame Astrid (24 ans, chargée de projet dans une collectivité territoriale, IVG à 23 ans en 2018).

*« C'est moi qui me suis tapé tous les tests, tous les trucs » :
l'asymétrie du travail abortif*

Cet agacement sur le partage inéquitable de la contraception se rejoue, de façon plus massive encore, avec les démarches d'avortement. Si la prise des médicaments et l'éventuelle aspiration ne peuvent, bien entendu, être réalisées que sur le corps des personnes enceintes, l'ensemble des autres démarches pourraient, quant à elles, être partagées – voire prises en charge – par le partenaire. Ce n'est jamais ce que j'ai pu observer, à plus forte raison parce que les professionnel·les de santé, qui connaissent la fréquence des violences conjugales, veulent s'assurer qu'il s'agit bien du choix des femmes et qu'elles ne sont pas contraintes par leur compagnon. Cela a pour effet que l'ensemble des démarches restent portées par les femmes (voir aussi 6.3.1). Nombreuses sont celles qui ne peuvent pas du tout compter sur le soutien – logistique, émotionnel, éventuellement financier – de la personne dont elles sont enceintes. Inès (27 ans, ingénieure, IVG à 20 ans en 2010 et 26 ans en 2016) a un souvenir particulièrement net de sa première interruption de grossesse :

Alors sur le moment, je l'ai géré toute seule [...]. Quand j'étais en train de me vider de mon sang sur les chiottes, lui était en train de jouer à Marvel Alliance sur la Play, ça je m'en rappelle comme si c'était hier ! J'entends encore Captain America, en train de se battre là, y'a pas de problème... Et je lui en ai reparlé, parce que moi j'avais les boules, il m'a dit « Ah d'accord » et 4 mois après on s'est séparés. Le temps de finir de tuer ce qu'y avait à tuer. Et finalement, on en a reparlé, mais des années plus tard en fait [...]. Et je lui ai dit « mais t'as conscience que tu m'as laissée toute seule, t'as conscience que t'as grave merdé ? ». Et lui, il me dit, « Oh bah, je sais pas, c'était pas si grave ». [...] Et il avait toujours pas compris pourquoi ça, ça avait joué un rôle primordial dans la raison pour laquelle je l'ai largué.

Des années après, Inès est encore très en colère (à un autre moment, elle parle du « gros connard » avec qui elle sortait) contre son ex-compagnon, qui a aucun moment ne s'est investi dans la démarche d'IVG. Elle est loin d'être la seule à ne pas pouvoir compter sur le garçon dont elle est enceinte. Alison (24 ans, doctorante en sciences expérimentales, IVG à 21 ans en 2014) préfère par exemple être accompagnée par sa mère, tant elle anticipe que son copain, avec qui elle est en couple depuis un an, ne sera pas présent pour elle :

Laurine : Et du coup ton copain comment il a réagi ?

Alison : Pas de réaction.

Laurine : Pas concerné ?

Alison : Ouais, pas concerné [...] Je connaissais le personnage, j'ai directement capté que... Il allait pas être là correctement pour moi. Et du coup, je l'ai complètement évincé, dans cette période-là, je suis repartie vivre chez ma mère [...]. Et je savais que c'était un con, et du coup

je pense que je voulais m'éviter d'avoir une image de con comme ça, de lui, à ce moment-là [...] J'ai essayé comme ça une fois, il est venu à une consultation... euh, pfff... Enfin c'était l'enfer, laisse tomber, il était en retard, enfin ça me faisait péter un câble donc laisse tomber ! C'est pas grave, je vais rester chez ma mère.

Les défaillances masculines créent ainsi une puissante désillusion amoureuse qui amène les femmes à prendre conscience du manque d'implication affective de leur compagnon dans la relation. Si jusque-là, elles avaient probablement accepté cette dissymétrie dans le travail émotionnel et la disponibilité à l'autre au sein du couple, l'avortement, et toutes les démarches qu'il implique, constitue un moment de crise qui agit comme un révélateur. La déception est à la hauteur de la projection amoureuse. Coline (22 ans, enseignante, IVG à 22 ans en 2016), après l'accident de préservatif avec un garçon qu'elle qualifie de « coup d'un soir », ne peut s'empêcher d'être « toujours un peu plus romantique » en projetant un éventuel bébé (elle qui part bientôt en voyage à l'étranger l'imagine « grandir sur la plage »). Quand elle se découvre effectivement enceinte, malgré la pilule du lendemain, l'avortement ne fait aucun doute. Elle hésite à en informer « le père du fœtus », avec qui elle n'a alors plus de contacts :

Beaucoup de gens m'ont dit « ça sert à rien de lui dire ». Moi, je me suis dit, ça se fait à deux quand même, je peux lui dire. Enfin je tenais à lui dire. Je lui ai dit, au début il a bien réagi. Déjà il m'a dit « Merci de pas le garder. Merci de pas le garder et de m'avoir prévenu, si t'as besoin de quoi que ce soit n'hésite pas ». Grosse blague ! Après il m'a dit « Ah mince en fait je pars [en vacances] la semaine prochaine ». C'est vrai qu'il l'avait prévu depuis longtemps mais... [...] Donc j'ai dit « Très bien, bah on se voit dimanche », avant son départ, il m'a dit d'accord. Et c'est vrai que moi aussi, ça me plaisait de lui en parler. Et puis le jour même, il m'a posé un lapin, et il m'a expliqué que « son planning ne lui avait pas permis de me voir ». Ce qui m'a fait beaucoup rire [elle ironise avec amertume] sachant que moi j'étais avec un fœtus de deux mois et demi dans le ventre, complètement paniquée, et lui, son « planning » [elle fait des guillemets avec ses doigts] ne lui a pas permis de me voir ! Parce que monsieur préparait son séjour pour aller dans toutes les boîtes de nuit de la ville ! Un mec en or ! Comme on en rencontre peu ! [rire ironique].

Toutefois, cette déception sentimentale entraîne rarement un questionnement genré plus large : les enquêtées concluent souvent en individualisant le problème – c'était un « con », un « gros connard », un « mec en or », etc. – et en y remédiant par la rupture du lieu romantico-sexuel. La réinscription du comportement du partenaire dans une socialisation masculine plus générale, qui pousse à ne pas se préoccuper de l'autre autant que les femmes se préoccupent des autres, n'est que rarement faite.

Cela étant, même quand le couple est établi de longue date et se poursuit après l'IVG, c'est-à-dire même en l'absence d'une crise affective majeure liée au manque d'implication des hommes dans l'IVG, et même quand les partenaires essaient d'être présents, les avortées trouvent la situation particulièrement injuste. Laurianne (27 ans, assistante sociale, IVG à 27 ans en 2018) est heureuse que son compagnon finisse par l'accompagner à l'hôpital « pour se

rendre compte » – son travail l’empêchait de venir aux premiers rendez-vous. Hélène (28 ans, étudiante sage-femme, IVG à 23 ans en 2011), quant à elle, est frustrée que son compagnon ne soit pas plus affecté :

Le seul moment, en fait, où je l'ai senti très détaché... C'était sa position à lui de dire, en fait, bah de toutes façons... ben de toutes façons ce sera mon choix à la fin... C'était pas du tout « Débrouille-toi », c'était pas ça, c'était « Je serai là, t'as pris rdv, ok, bah je viendrai avec toi ce jour-là », mais c'était... C'était très factuel en fait. Et moi, à ce moment-là, c'était pas du tout... ouais... J'étais pas forcément dans le doute mais j'étais... Ouais j'étais en colère, et c'était pas juste, et je trouvais ça pas juste, et j pense qu'il comprenait pas ça en fait, pour lui c'était « Bon, pas de bol, mais on va gérer ».

Ce qu’Hélène ne trouve pas juste, rappelons-le, est d’être enceinte *malgré son DIU*. La frustration qu’elle exprime vient de l’absence de reconnaissance de son compagnon envers le travail contraceptif et abortif fourni. Cette frustration est encore plus manifeste chez Gaëlle (46 ans, dessinatrice, IVG à 46 ans en 2018) :

Non mais c’est dégueulasse ! Moi, je me suis vraiment rendu compte, là, de tout ce qu'on porte quand même. Même [son compagnon] qui était là, qui était présent, mais à un moment donné, j'étais là, mais c'est pas juste parce que... Bah lui il était [dans sa ville de résidence], donc il a pas pu venir, et je comprends, il allait pas... [venir pour chaque rendez-vous]. Il m'a accompagnée pour le moment. Mais quand même, c'est moi qui me suis tapée tous les tests, tous les trucs, la prise de sang, le rendez-vous chez le médecin, tout ça. C'est dingue. Et encore, il était là, il m'appelait tous les jours. Mais à un moment donné j'étais là, ouais, c'est un peu facile, toi c'est cool, tu es chez toi tranquille, moi je me tape tout ce côté-là, tu vois. Non non, c'est vrai que c'est bien qu'il y ait une sorte de prise de conscience, par rapport à la femme...

Souvent le vocabulaire grossier, en entretien, n’est mobilisé *que* pour décrire ces asymétries et le sentiment de forte injustice. Il ne s’agit d’ailleurs pas seulement de l’IVG, mais aussi de ses suites. Céline (34 ans, commerciale, IVG à 32 ans en 2015) ne s’autorise un écart de langage que lorsqu’elle raconte le jour où un nouveau médecin lui demande si elle a déjà avorté :

J'étais là, mais non, mais c'est vraiment dégueulasse, parce que moi mon homme, mon mec de l'époque, qui était déjà alors mon ex, je me suis dit « non mais lui, ça, il a pas à le vivre », alors que moi à chaque fois que je vais aller chez le gynéco, à chaque fois que je vais aller à une maternité, bah ça me revient à la gueule.

Le sentiment d’injustice des femmes est particulièrement palpable dans les entretiens. Et si, bien entendu, il existe une réalité biologique à ce jour irréductible – cette « tyrannie de la nature », selon l’expression de Geneviève Fraisse (1999), qui fait que seules les personnes avec un utérus sont susceptibles d’être enceintes – rien n’empêche *a priori* les hommes de prendre leur téléphone pour réserver un rendez-vous, d’accompagner dans les démarches, de relayer sur les tâches domestiques quotidiennes, de se soucier du bien-être de leur partenaire, de les rassurer, de les accompagner, etc. Or, ce travail émotionnel de *care*, bien souvent, est réalisé *d’abord* par les amies femmes (plus rarement par les mères), y compris quand les partenaires

sexuels s'efforcent d'être présents. Et même ceux-là peuvent être entravés par leurs conditions de travail (impossibilité de s'absenter ou de poser des jours de congés²⁴ – les médecins ne prescrivant pas d'arrêt maladie pour les hommes) ou par les équipes de santé, qui peuvent par exemple refuser que les compagnons soient présents au bloc opératoire²⁵.

Ce sentiment d'injustice relativement aux démarches d'IVG sort évidemment renforcé de toutes les mauvaises expériences des femmes avec les médecins, voire des maltraitances subies – l'asymétrie dans le travail contraceptif, abortif et émotionnel étant d'autant plus flagrante. L'expérience avérée du stigmatisme (*enacted stigma*) mène à la révolte bien davantage que l'absence de stigmatisation ou la stigmatisation implicite, plus difficile à identifier et à contester. Cet effet de la stigmatisation sur la mise au travail des représentations de l'avortement est d'ailleurs souligné dans la littérature : certaines femmes « décrivent comment leur décision d'avorter et le jugement qu'elles ont subi ont provoqué un renversement de leurs attitudes négatives à l'égard de l'avortement. Elles ont commencé à remettre en question les stéréotypes négatifs et les étiquettes qu'elles avaient appris à associer aux femmes qui avortent²⁶ » (Cockrill et Nack, 2013, p. 985).

Pour autant, le choc d'être enceinte malgré la contraception, le constat de l'incompétence et du désintérêt des partenaires sexuels pour le travail contraceptif et abortif, l'éventuelle crise affective, et même les mauvais traitements subis ne suffisent pas forcément à enclencher une dénonciation ou à contester les rapports de genre en vigueur. Que l'on se rappelle Nolwenn (27 ans, préparatrice en pharmacie, IVG à 19 ans en 2010), victime de violence médicale, qui ne souhaite pas porter plainte (voir 2.2.2) : quand la violence exercée atteint un degré tel qu'elle annihile la possibilité même de révolte, il arrive que ces rapports de force ne soient pas problématisés comme tels. *Prendre conscience* d'une injustice entre les sexes n'est donc pas équivalent à la *contester* – car elle peut aussi être légitimée par la naturalisation des inégalités. Pour refuser l'(auto-)stigmatisation, il faut donc pouvoir en appeler à une rhétorique qui conteste les représentations et les rôles de genre dominants, ce qui suppose de s'approprier un

²⁴ Les hommes qui travaillent comme ouvriers ou employés (routiers, préparateurs de commande, etc.) n'ont pas la main sur leur emploi du temps et risquent leur travail s'ils s'absentent sans justification, à la différence des conjoints cadres qui disposent plus librement de leur temps – et, au CIVG2, sont en réalité bien moins présents. Si les femmes posent des jours de congé pour avorter, leurs partenaires n'y ont que rarement recours, preuve là encore que le temps libre des hommes est davantage préservé du travail procréatif que celui des femmes (Delphy, 2003).

²⁵ Au CIVG1 par exemple, les équipes refusaient que les partenaires soient présents au bloc, au motif que les femmes vivraient « moins bien » l'IVG en présence de leur compagnon, voire surjoueraient leur souffrance pour « faire payer » à leur partenaire le fait d'être enceinte et de devoir avorter. Mais ces choix arbitraires des professionnels de santé peuvent être extrêmement mal vécus par des couples qui préféreraient vivre l'aspiration ensemble – une enquêtée me racontait par exemple son sentiment de solitude lorsque que son compagnon s'est vu interdire l'accès au bloc.

²⁶ "How their abortion decision and the judgment they encountered prompted a reversal in their negative attitudes toward abortion. They began to question the negative stereotypes and labels that they had learned to associate with women who have abortions".

point de vue féministe. La politisation de l'expérience abortive dépend ainsi de la disponibilité d'un système analytique plus vaste.

10.2.2 La socialisation féministe, condition de politisation des rapports de genre autour de l'avortement

La politisation des rapports de genre à l'occasion de l'IVG peut renforcer des dispositions féministes préalables et même enclencher des trajectoires militantes.

« J'ai toujours eu des idées féministes » : reconnaissance des luttes et dispositions féministes initiales

Que les femmes rencontrées aient été ou non socialisées au féminisme avant leur IVG, l'immense majorité se déclare reconnaissante des combats passés pour la légalisation de cet acte. Les avortées ont ainsi conscience de s'inscrire dans une histoire conflictuelle : « Je me dis tellement... C'est bien qu'on puisse le faire ! qu'on a de la chance ! Voilà, on serait dans les années 30... » (Gaëlle, 46 ans, dessinatrice, IVG à 46 ans en 2018). Les enquêtées mettent souvent en avant leur envie de préserver un droit dont, en avortant, elles réalisent la portée : « cette prise de conscience, en tant que femme, que c'est une chance et [...] c'est un peu aussi ce combat de femmes et ce qu'on a acquis, qu'il faut pas qu'on perde » (Nina, 32 ans, travailleuse sociale, IVG à 32 ans en 2017). Cette conscience historique est d'autant plus présente à l'esprit des enquêtées que la majorité des entretiens ont été menés à la suite du décès de Simone Veil en juin 2017, alors que l'événement bénéficiait d'une forte couverture médiatique – notamment avec le débat autour du placement de sa dépouille au Panthéon²⁷. Férouze (42 ans, aide-soignante, IVG à 26 en 2003 et 30 ans en 2007), tout en se réjouissant d'avoir pu avorter, s'inquiète en revanche d'une possible restriction de ce droit :

Et je me dis heureusement que Simone Veil a autorisé ça, la contraception, tout ça, heureusement. Et quand je vois qu'aux États-Unis, y'a certains États où ils enlèvent quelque chose qui a été acquis ou pourquoi les femmes se sont battues, je me dis j'espère qu'en France, ça arrivera jamais et qu'on veut pouvoir garder cette liberté de dire oui ou non. On a envie de garder cet enfant ou pas.

Cet échange avec Férouze a lieu avant la révocation de l'arrêt Roe vs. Wade aux États-Unis, mais la menace déjà planait. Chez nombre d'enquêtées, la conscience est aiguë que la lutte pour le droit à l'IVG n'est pas reléguée dans les armoires de l'Histoire. Au contraire, elle cristallise

²⁷ Voir par exemple l'article de Simon Auffret pour *Le Monde* du 01/07/2018, « L'hommage de la nation à Simone Veil, cinquième femme à entrer au Panthéon », accessible à l'adresse https://www.lemonde.fr/societe/article/2018/07/01/simone-veil-et-son-mari-antoine-sont-entres-au-pantheon-a-l-issu-d-une-emouvante-ceremonie_5323979_3224.html, consultée le 04/07/2023.

nombre de débats contemporains – aux États-Unis, en Italie, en Pologne, en Irlande, en Argentine, etc. Même lorsqu'elles se déclarent peu concernées par l'actualité, les femmes rencontrées, conscientes des restrictions dans d'autres pays, célèbrent la « chance » (le terme revient d'un entretien à l'autre) d'avoir pu avorter légalement : « Heureusement, on a la chance d'être dans un pays où... c'est légal ! Ouais, si ça aurait été illégal, j'aurais vraiment paniqué ! » (Marlène, 20 ans, serveuse, IVG à 20 ans en 2018).

Avorter est ainsi l'occasion d'apprécier la nécessité des combats féministes menés pour légaliser l'IVG. Cette conscience peut amener à défendre avec véhémence les droits des femmes. Romane (25 ans, comédienne au RSA, IVG à 24 ans en 2017) raconte par exemple la fois où elle s'est agacée d'une collègue qui estimait que « le problème de l'inégalité entre les hommes et les femmes, et tout, ça a toujours été comme ça, donc je vois pas pourquoi on se battrait » :

Et du coup moi un peu bourrine, je m'énerve tu vois, je lui dis « Mais comment ça, ça sert à rien de se battre, comme si ça faisait pas un siècle qu'on se battait ! Putain, y'a des femmes avant nous qui se sont tellement battues ! » [...] Et je lui dis « Putain, moi je viens d'avorter – je venais d'avorter, c'était trois semaines après – bah putain, heureusement qu'il y a des femmes qui se sont battues pour que moi je puisse avorter dans ces conditions là et tout ! Et au moment où j'ai dit ça, blam, elle pouvait plus rien répondre, quoi. [...] Et y'a eu un peu malaise général quoi, à ce moment-là, en mode « Ah ouais, tu parles de ça comme ça, toi ». Bah comme d'un fait de société en fait... Pas comme juste mon histoire personnelle.

« Un fait de société, pas juste mon histoire personnelle » : telle est une des conditions de la politisation de l'expérience personnelle. Selon Camille Hamidi, « deux élément[s] permett[en]t de repérer la politisation à l'œuvre dans les discours profanes : [...] la montée en généralité, et la reconnaissance de la dimension conflictuelle des positions adoptées » (Hamidi, 2006, p. 10). Il ne suffit donc pas de reconnaître l'antagonisme (de prendre conscience des inégalités) pour politiser le discours : il faut aussi, comme Romane ici, exprimer une causalité structurelle.

Mais cette « montée en généralité » dépend de la fréquentation de la rhétorique féministe : Romane, dont le travail artistique porte notamment sur le corps et la procréation, qui fréquente des comédien·nes issu·es des catégories intellectuelles très précarisées, a toutes les dispositions pour une telle mise en récit. Il en va de même, par exemple, de Charlie (24 ans, étudiante en sciences sociales, IVG à 21 ans en 2015) ou de Mélanie (26 ans, étudiante en sciences sociales, IVG à 21 ans en 2013), formées au féminisme au cours de leurs études et par leur fréquentation des milieux militants. Dans mon corpus, de telles dispositions féministes préalables sont rarement acquises à l'occasion de la socialisation primaire – elles se forgent plutôt dans la socialisation secondaire. Élane (38 ans, chargée de mission dans une association humanitaire, IVG à 34 ans en 2015), qui est une des enquêtées les plus âgées de mon corpus, ne se

reconnaissait d'abord pas dans l'étiquette « féministe » – quoiqu'elle soit déjà une militante écologiste. Elle a été élevée « avec trois, frères un père odieux, à la campagne en plus, donc des machos très virilistes, très cons ». C'est son voyage au Québec à la fin des années 2010 (la fin de sa vingtaine) qui façonne la disposition féministe qu'elle exprime en entretien :

Avant, pour moi, les féministes, c'étaient des espèces d'enragées qui veulent réduire les hommes à l'état de plantes vertes, pour se venger de siècles de domination masculine. Pour moi, féministe, c'était en fait un peu le contraire de macho, quoi. Genre, on va vous rendre la pareille, les mecs, vous vous nous en avez fait baver, maintenant vous allez en baver. Donc là, je m'estimais pas du tout du tout féministe, tu vois. Jusqu'au jour où j'ai rencontré des copains, une nouvelle coloc, on était très nombreux et on se faisait des réunions, et du coup on faisait un tour pour se présenter vite fait, et y en a 4 d'affilée qui disent « Je m'appelle machin et je suis féministe, je m'appelle machin et je suis féministe ». Et moi, j'avais vraiment la bouche qui tombe, et je me disais « Mais comment vous pouvez être des mecs et être féministes en vrai ! ». Et ils m'ont répondu « Mais comment tu peux être une femme et ne pas l'être ! » [rire]. Et c'est ces mecs-là qui m'ont expliqué que le féminisme bah c'était pas du tout ça.

Quoiqu'il en soit, nombre de mes enquêtées présentaient des appétences spécifiques pour les questions liées à la santé sexuelle et reproductive, *en amont* de leur propre IVG (voir Méthodologie), et leur expérience de l'avortement active des dispositions féministes souvent acquises au préalable. Rappelons-nous d'Adélaïde (27 ans, chargée de mission dans l'environnement, IVG à 26 ans en 2017), qui découvre sa grossesse au-delà du délai légal et va avorter en Espagne (voir 7.3.2). Dans son mail d'acceptation de l'entretien, elle précise :

J'ai moi-même avorté en début d'année, je me sens donc concernée, et à cette époque j'ai cherché beaucoup d'informations sur internet. J'ai donc vraiment découvert le monde de l'avortement si l'on peut dire, et je me suis réellement rendu compte que c'était finalement quelque chose de courant [...]. Pour tout vous dire, j'ai toujours eu des idées féministes et de défense des droits des femmes. Mais cette année, j'y ai été confrontée de plein fouet, et je me sens beaucoup plus concernée aujourd'hui par ces débats. En fait, c'est un acte relativement banal, mais on n'en parle pas vraiment et cela est toujours connoté.

Les dispositions féministes préalables sont ainsi une condition pour contester les rapports de genre en vigueur. Mais, parce que l'avortement met en crise un certain nombre de croyances – sur la contraception et le couple notamment – il constitue un moment où ces dispositions non seulement *s'activent fortement*, mais peuvent aussi se *structurer*. Il apparaît ainsi que l'avortement peut constituer un moment socialisateur fort, au point parfois d'enclencher des trajectoires militantes.

« Ça a ouvert un monde incroyable » : l'expérience de l'avortement comme socialisation de transformation

À l'occasion de l'avortement, les représentations des femmes sur l'IVG, et plus généralement sur les rapports de genre, se déplacent – surtout quand elles n'imaginaient pas

être un jour concernées. Noémie (24 ans, étudiante en école d'architecture, IVG à 22 ans en 2015) remet par exemple en cause ses prénotions sur l'IVG après la sienne :

Moi je pense que j'avais une peur [...] une peur de ce que je connais pas et des faux clichés genre ça arrive qu'à des nanas je sais pas, qui sont contre la contraception ou qui sont marginales, je sais pas [...]. Ouais, je pense qu'il faut un peu plus en parler pour casser les clichés.

L'avortement, épisode inattendu, est l'opportunité, pour Noémie, de questionner ses représentations de genre, mais aussi de classe (associant l'IVG exclusivement à une frange plus précaire et stigmatisée de la population), et de les transformer. Cependant, en pratique, elle se présente davantage comme *spectatrice* de ces évolutions (« ça va sûrement changer... ») que comme *actrice* : le glissement opère dans les représentations plutôt que dans les pratiques. Il n'en reste pas moins que Noémie témoigne de ce que Manon Réguer-Petit appelle une « socialisation de transformation ». À partir d'une enquête quantitative sur les représentations familiales des Français·es, la chercheuse montre que les femmes qui sont dans une situation familiale atypique (belles-mères, mères célibataires...) ont une attention plus aiguë aux inégalités de genre, et des représentations familiales plus progressistes. Elle en conclut que la trajectoire de vie contribue à déplacer le système de valeurs relatif au genre (2016). La même démonstration peut être faite s'agissant des femmes ayant avorté : leur système de valeur se transforme. Mais il ne se transforme pas au hasard.

La mise en récit de l'IVG (et du stigmaté associé) sur le mode d'un rapport de force déséquilibré entre les sexes est rendue possible par la disponibilité contemporaine de la rhétorique féministe. Si les blogs et réseaux sociaux favorisent l'expression de soi et le partage de témoignages, les médias féministes ont également contribué à socialiser de nombreuses jeunes femmes à la pensée féministe (Albenga et Bachmann, 2015 ; Jacquemart et Albenga, 2015). Inès (27 ans, ingénieure, IVG à 20 ans en 2010 et 26 ans en 2016) a par exemple beaucoup suivi le blog « Crêpe Georgette²⁸ », un des premiers blogs féministes à acquérir une visibilité au milieu des années 2010. Marlène (20 ans, serveuse, IVG à 20 ans en 2018) lit régulièrement *Madmoizelle*, le journal féministe en ligne à destination des jeunes femmes. Elle est par ailleurs familiarisée au féminisme par ses échanges réguliers avec sa colocataire étudiante en sociologie et militante à Osez le féministe. Les contenus en ligne, les réseaux sociaux et les médias féministes qui se multiplient jouent en ce sens un rôle socialisateur fort (Albenga, 2021 ; Bertrand, 2018), en accélérant la prise de parole sur les questions liées à la sexualité et au corps féminin (Dujin, Hubrecht et Nahoum-Grappe, 2021).

²⁸ <http://www.crepegeorgette.com/>

Parfois, l'interaction avec moi est également présentée comme opportunité pour s'informer davantage, voire de problématiser l'expérience de l'avortement de façon féministe. Plusieurs enquêtées envisagent l'entretien dans sa réciprocité et considèrent que je suis moi aussi susceptible de leur apporter des informations – Romane (25 ans, comédienne au RSA, IVG à 24 ans en 2017) évoque un « enrichissement mutuel. Je suis identifiée, en tant que sociologue, familière du monde académique, comme détentrice d'un savoir particulier, et je joue alors (je décide et j'accepte de jouer – voir Méthodologie) le rôle de ressource féministe. L'expérience de l'IVG et sa mise en récit sont ainsi l'occasion de transformer les représentations de l'IVG. Pour plusieurs enquêtées, elle constitue même le début d'une trajectoire militante féminisme. Quatre ans après son avortement, Valentine (28 ans, relectrice, IVG à 17 ans en 2009), par exemple, se rend seule à la manifestation en soutien au droit à l'IVG organisée dans sa ville, alors qu'elle n'a jamais participé à une manifestation féministe auparavant. Elle y rencontre des militantes du Planning Familial auprès de qui elle commence à s'investir, s'inscrit sur une liste d'accompagnantes pour des mineures recourant à l'IVG. L'année suivante, elle intègre un Master d'Études sur le genre et rédige un mémoire sur la féminisation de la langue :

J'ai commencé à m'intéresser au féminisme à ce moment-là. C'était pas du tout un sujet qui m'avait touchée avant, pour moi c'était normal de pouvoir avorter, et je m'étais pas posé la question de si y'avait d'autres endroits où tu pouvais pas. Et ça a ouvert... un monde incroyable. [...] et du coup je me suis impliquée là-dedans.

L'avortement de Valentine, qui lui a valu d'importantes difficultés sexuelles par la suite (voir 8.2), a ainsi été un moment socialisateur fort, qui inaugure son questionnement féministe. C'est encore plus net chez Chloé (28 ans, journaliste, IVG à 19 ans en 2010).

- **Chloé (28 ans, journaliste, IVG à 19 ans en 2010) : l'IVG comme déterminant de l'entrée en féminisme**

Chloé avorte à 19 ans, alors qu'elle commence ses études dans la grande école qu'elle vient d'intégrer. Elle a débuté sa sexualité vers seize ans, est à l'aise avec son corps, prend la pilule depuis plus longtemps encore pour apaiser une endométriose assez prononcée. Avec son copain, il et elle forment, dans leur école, « un couple très en vue parce que lui, c'était le président du BDE ». Chloé « [met] plusieurs jours à lui annoncer » qu'elle est enceinte et, quand elle se décide, son partenaire lui explique que cela lui est déjà arrivé avec une autre fille : « Il m'a sorti "c'est parce que je suis hyperfertile, c'est pour ça !" et il m'a dit aussi "il paraît que les femmes enceintes, elles font mieux l'amour", et il a essayé de faire l'amour avec moi, donc c'était horrible. On a fait l'amour et j'en avais pas envie quoi ». Après ce rapport sexuel très peu consenti, Chloé doit encore insister pour que son copain l'accompagne dans les démarches d'IVG, ce qu'il fait à contre-cœur et « sans lui adresser un mot ». Elle doit aussi avancer les frais d'avortement mais, étudiante précaire, elle n'en a pas les moyens et doit emprunter de l'argent à une de ses quatre sœurs. Elle choisit celle qui vit à l'étranger, moins susceptible d'ébruiter sa situation dans sa famille conservatrice, de tradition

catholique, mais la somme versée est insuffisante et Chloé se retrouve quelques temps en interdit bancaire ; sans argent, elle dépend quelques temps de ses ami·es pour se nourrir.

L'avortement est extrêmement douloureux physiquement (« l'anesthésie a pas marché, j'ai souffert le martyr »), mais surtout, il vaut à Chloé de se mettre à l'écart de son groupe d'ami·es. Son partenaire, avec qui la relation s'achève avec l'IVG, a en effet évoqué sa grossesse à « ses ami·es du BDE » : « ils l'ont répété à tout le monde, donc moi j'entendais des bruits de couloir sur moi, "Il aurait pu être papa"... Un an après, les gens blaguaient encore dessus, et j'avais une colère énorme envers lui que j'avais préféré taire ». Chloé s'isole, se jette dans le travail, refuse désormais de sortir faire la fête parce que soudain, la liberté sexuelle qu'elle s'était jusque-là autorisée lui fait honte : « j'avais l'impression d'avoir fait n'importe quoi [...] J'avais eu pas mal de partenaires en comparaison avec mes copines, et je m'en cachais pas. [...] Pour moi, c'était pas une honte, en fait, de faire ça [...] C'est devenu une honte après. C'est après cet avortement que je me suis dit "Ah mais j'ai peut-être abusé, j'ai une sexualité trop libérée, j'ai pris des risques d'en arriver là" ». Elle arrête de prendre la pilule parce qu'elle ne lui fait plus confiance, refuse depuis tout rapport sexuel sans préservatif.

Ses amis hommes, qui la trouvent moins drôle qu'avant, s'éloignent, tandis que son amie et confidente la plus proche, qui a elle-même avorté à l'adolescence, ne peut plus lui apporter de soutien tant la situation la renvoie à sa propre IVG difficile. « Avec le recul, je me dis que j'ai fait une forme de dépression » estime Chloé. Dix ans plus tard, quand une connaissance lui reparle de son partenaire d'alors pour en faire les louanges, Chloé fond en larmes sans s'y attendre : « ce qu'il m'a fait vivre, c'était horrible, mais il s'en est pas rendu compte [...] et j'ai mis du temps à m'apercevoir que je lui en voulais de tout ».

Dans les années qui suivent, Chloé devient féministe. Pour elle qui a été éduquée dans une école privée catholique, l'expérience de l'avortement marque une rupture biographique : « le fait d'avoir vécu un avortement m'a fait beaucoup me questionner sur mon rapport au corps, sur le fait que mon corps ne m'appartenait pas, que des gens avaient des avis sur mon corps, et que du coup, d'une certaine manière, ça me dépossédait complètement. Ce que j'avais vécu et ce que [son partenaire] avait vécu n'avait rien à voir, et je sentais une injustice totale entre lui, qui avait cette façon tranquille de pouvoir circuler de soirée en soirée, comme si de rien n'était, et moi, qui me terrais et savais plus où me mettre, en fait ».

Chloé suit alors des cours de *Gender Studies* dans son école, commence à fréquenter des associations féministes comme Georgette Sand et La Barbe, avant d'être embauchée comme journaliste dans un magazine pour le droit des femmes. Là encore, c'est la défense du droit à l'IVG qui guide son choix : « ça m'a menée vers le chemin de l'engagement et ça m'a renforcée, ça me renforce encore aujourd'hui. C'est-à-dire que plus ce droit-là en particulier est menacé, plus je me sens énervée et j'ai envie d'aller dehors et de crier ». La suite de ses expériences amoureuses et sexuelles ne fait que renforcer ses convictions. Un de ses compagnons, après un an de relation, finit par la frapper. Un autre, avec qui elle reste quatre ans, concède de mettre des préservatifs, mais c'est au prix d'une lourde négociation à la charge de Chloé à chaque rapport sexuel : « c'était toujours des rapports de force, de "Non, mais on commence sans" [...]. Et c'est un moment d'excitation, t'as pas envie de te vénère en fait, [...] mais combien de fois je lui ai dit ? ». Chloé résume : « Pourquoi je suis devenue féministe ? Ça a commencé le jour où j'ai avorté ».

La trajectoire de Chloé est ainsi un exemple paradigmatique de conversion des dispositions : issue d'une famille de classe supérieure de tradition catholique (sans être fortement hostile à l'IVG), elle-même « très sensible à la spiritualité », Chloé n'a pas été socialisée au féminisme avant son IVG. Elle le découvre lors de ses études supérieures et y adhère parce que cette

rhétorique lui permet de donner du sens à sa propre expérience de l'injustice et de la stigmatisation. Tous les éléments qui concourent à la conscientisation des inégalités de genre sont là : asymétrie dans le travail contraceptif et abortif ; désillusion amoureuse ; souffrance physique à l'occasion de la prise en charge ; expérience genrée de la stigmatisation (les moqueries envers elle après l'IVG) ; impact rétroactif sur sa sexualité. Mais c'est bien la disponibilité de la rhétorique féministe qui lui permet de changer son regard sur les événements. Si « au début, [elle était] en mode, "c'est juste un pauvre con" », Chloé finit par prendre fortement conscience de l'asymétrie de traitement entre elle et son partenaire : « il s'agit jamais de ton mec qui a mal fait un truc, hein, c'est toujours toi qui as mal fait ! ». Son expérience de l'avortement, avec ce qu'elle a comporté de difficultés sexuelles, émotionnelles et contraceptives, a ainsi été un moment socialisateur fort.

Les enquêtées qui s'engagent dans une trajectoire féministe (plus ou moins) militante à la suite de leur avortement l'ont toutes vécu comme un choc biographique, pour des raisons différentes. Mais la sociologie de l'engagement a montré de longue date que le « choc émotionnel », s'il peut être réel, ne suffit pas à expliquer l'engagement militant (Mathieu, 2010) : encore faut-il identifier les *dispositions* à s'engager et le contexte – c'est-à-dire la *structure des opportunités politiques*. En ce sens, Adélaïde, Chloé, Valentine, ont toutes les dispositions pour politiser leur expérience : elles ont fait des études supérieures dans des milieux qui les familiarisent à des enjeux de société ; elles ont eu accès à des contenus médiatiques politisés ; elles sont inscrites dans des réseaux de sociabilité qui favorisent l'entrée en féminisme. Ce sont ces conditions qui permettent que la socialisation de transformation n'opère pas seulement dans les discours mais aussi dans les pratiques.

« On arrive à les faire changer d'avis sur certains points » : vers une socialisation « à rebours » ?

La transformation du rapport à l'IVG ne se joue pas seulement à l'échelle *intragénérationnelle* – dans l'évolution des représentations des enquêtées – mais aussi à l'échelle *intergénérationnelle* – dans le discours des enquêtées auprès de leurs proches. Ponctuellement, dans les entretiens, les enquêtées racontent comment leur propre IVG est l'occasion de transformer les représentations de leurs aîné·es. Si Inès (27 ans, ingénieure, IVG à 20 ans en 2010 et 26 ans en 2016) n'a pas dit à ses parents qu'elle a avorté, elle s'emploie, avec sa sœur – qui pour sa part est en train d'affirmer son homosexualité – à questionner leurs représentations :

Ma mère qui me dit « Okay, je comprends que ça existe, mais seulement pour les filles qui se sont fait violer ! ». Mais un jour, quand même, je pense que j'arriverai à lui dire... Va falloir

que je lui dise quand même. Genre « Maman, tu dis ça, tu dis ça, mais moi quand même... avant que je reprenne mes études, avec un gamin, tu crois que ça se serait bien passé ? » « Non, pourquoi ? » « Bah voilà ». Il faudrait que j'arrive à leur dire un jour quand même, pour ma bonne conscience. Mais il y a un gros gros gros gros travail d'éducation. [...]. Je préfère les faire changer d'avis avant de leur dire. J'arrive à en parler maintenant, mais pas à la première personne... « Tu sais, y'a des filles elles sont là, elles disent mais oui, c'est pas grave, c'est bon ! ». Bon, et on arrive à les faire changer d'avis sur certains petits points, on les éduque avec ma sœur, on éduque nos parents... C'est rigolo, on doit leur expliquer, enlever les œillères, il y a des choses qui avancent...

En raison de leur socialisation en France métropolitaine, de leur appartenance générationnelle et de leur « déviance » relativement aux normes procréatives et sexuelles dominantes, Inès et sa sœur « éduquent » leurs parents (fonctionnaires, tous·tes les deux Créoles, élevé·es dans le christianisme et vivant dans les territoires d'outremer) à des représentations plus souples sur les sexualités. Cette forme de socialisation « à rebours » ou « inversée », qui procède non plus des parents vers les enfants mais plutôt des enfants vers les parents, est actuellement étudiée par Camille Masclet, qui montre comment les jeunes LGBT+ transforment les valeurs, voire la façon de voter, de leurs parents²⁹. Mon enquête suggère qu'un tel phénomène s'observe également relativement à l'IVG et s'étend aux ascendants plus lointains. Coline (22 ans, enseignante, IVG à 22 ans en 2016), par exemple, s'agace des remarques de sa grand-mère, dont elle est pourtant proche et qui l'a soutenue dans son IVG :

Ce qui m'énervait, c'est qu'elle me disait « que ça te serve de leçon ». Et ça, ça m'énervait ! Mais comment, comment ça peut me servir de leçon ? C'était un accident [...] ! Et là je lui ai dit « Mais Mamie, tu dirais pas à quelqu'un qui a eu un accident de voiture, *que ça te serve de leçon ?* ». Et elle m'a dit « Oui, c'est vrai, tu as raison ».

Les transformations des représentations de l'avortement, et plus généralement de la sexualité et des rapports au genre, s'inscrivent ainsi plus largement dans des rapports entre les générations.

10.2.3 De la politisation individuelle à la politisation collective : la place de l'IVG dans le féminisme contemporain

À la différence de ces stratégies qui enferment la reconnaissance de l'identité dominante, donc des critères de jugement propres à la constituer comme légitime, la lutte collective pour la subversion des rapports de forces symboliques, qui vise non à effacer les traits stigmatisés mais à renverser la table des valeurs qui les constitue comme stigmatisés, à imposer [...] du moins une inversion des signes attribués aux classes produites selon les principes anciens, est un effort

²⁹ Voir les communications récentes de la chercheuse, par exemple : "Nos enfants nous font grandir". Une enquête sur les processus de socialisations "à rebours" dans la sphère familiale », *Journée interne du RT50 Socialisations de l'Association française de sociologie*, 18 novembre 2020 ou encore « Voter en fonction de ses enfants ? Une enquête sur les influences politiques familiales entre les personnes LGBT et leurs parents », *Colloque Le vote en contexte(s)*, Université Paris Dauphine PSL, 23 et 24 septembre 2021.

vers l'autonomie, entendue comme pouvoir de définir conformément à ses propres intérêts les principes de définition du monde social (Bourdieu, 1980, p. 69).

Il faut, pour finir, interroger les possibilités de la « lutte collective pour la subversion des rapports de force symboliques » en posant la question de la place de l'IVG dans les mouvements sociaux contemporains. J'ai souligné, en introduction de ce travail, combien, à l'heure actuelle en France, l'avortement est faiblement mobilisateur³⁰. Le combat, certes fondateur, est perçu comme dépassé, et s'il se ravive c'est occasionnellement, en soutien à une contestation de ce droit à l'étranger, ou en réaction aux provocations des Survivants (voir 1.3.3 et 7.1). En 2017, le tumblr Paye Ta Shnek³¹ propose par exemple des visuels en réactions aux actions anti-avortement menées en 2016 – 2017.

La stratégie consiste à réfuter principalement l'humanisation du fœtus (c'est-à-dire la stigmatisation de « l'atteinte à la vie ») et l'injonction à enfanter (c'est-à-dire la stigmatisation du refus de maternité) en mettant en avant trois sortes d'arguments. Premièrement, l'autonomie corporelle des femmes (« mon corps, mes choix » ; « nos utérus sur ta commode » ; « je fais ce que je veux avec mes œufs » ; « lâche-moi l'utérus » ; etc.) ; deuxièmement, la norme de maternité désirée et planifiée (« un enfant quand je veux, si je veux, avec qui je veux » ; « droit de l'enfant d'être désiré et non imposé ») et troisièmement, le pragmatisme sanitaire à la Simone Veil (« IVG pénalisée = femmes sacrifiées » ; « l'IVG est un droit vital » ; « anti-IVG = pro-mort »). Les enjeux liés à la contraception masculine et aux pratiques (hétéro)sexuelles ne sont cependant pas évoqués, alors qu'ils constituent un fort enjeu (voir Partie II).

³⁰ De façon anecdotique mais néanmoins symptomatique, en deux ans d'existence du Café Rosa (le café féministe lyonnais), le seul événement consacré à l'avortement – un groupe de parole autour du livre *L'événement* d'Annie Ernaux – a été annulé faute de participant·es, alors même que les autres groupes de parole (sur la sexualité, les transidentités, les violences sexuelles, etc.) sont régulièrement complets.

³¹ Tumblr est une plate-forme de blog lancée en 2007, qui permet de poster des images ou du texte. Celui de Paye ta Shnek est lancée en 2012 par Anaïs Bourdet, une graphiste marseillaise, qui entend dénoncer le sexisme. Jusqu'en 2019, le site compile des milliers de témoignages, jusqu'à ce que sa créatrice, harcelée en ligne et épuisée par la masse de témoignages, renonce à poursuivre. Voir l'article de *Elle*, « Au boulot, en couple, au volant... ces remarques sexistes qu'on ne veut plus jamais entendre », accessible à l'adresse <https://www.elle.fr/Societe/L-actu-en-images/Paye-ta-shnek-ou-Paye-ta-blouse-focus-sur-les-Tumblr-qui-s-attaquent-au-sexisme/Paye-ta-blouse>, consultée le 27/06/2023. Voir aussi l'article de Justine Leupe pour *Femmes d'aujourd'hui* du 24/06/2019, « "Paye ta shnek" tire sa révérence après 7 ans », accessible à l'adresse <https://www.femmesdaujourd'hui.be/actu/paye-ta-shnek-tire-sa-reverence-apres-7-ans/>, consultée le 27/06/2023.

Figure 10. La campagne de défense de l'IVG menée par Paye Ta Shnek en 2017



Dans le même temps, en 2017, une page Facebook sur le modèle de Paye ta shnek, #payetonIVG³², qui recense des dizaines témoignages de sexisme à l'occasion de l'IVG³³, est créée ; elle a cependant une audience bien plus restreinte que nombre d'autres pages similaires³⁴. Alors que les réseaux sociaux sont un outil par lequel se diffuse le féminisme contemporain (Albenga, 2021 ; Albenga et Bachmann, 2015 ; Duggan, 2022), l'avortement fait l'objet de très peu de contenu sur les réseaux.

D'une façon générale, en France, une prise de parole massive sur l'IVG n'a pas eu lieu dans le sillage #Metoo – à la différence des États-Unis où le #shoutyourabortion a réuni de nombreux témoignages (Kissling, 2018)... avant d'être massivement détourné par les antiavortements (Kosenko, Winderman et Pugh, 2019). Au début des années 2020, alors même que la vigueur du mouvement féministe contribue à la dénonciation de nombreuses violences, sexuelles, conjugales, médicales, intra-familiales, un questionnement sur les « violences abortives », qui

³² Accessible à l'adresse <https://www.facebook.com/payetonivg/>, consultée le 27/06/2023.

³³ J'ai parcouru la totalité des témoignages, sans en proposer une analyse systématique dans cette thèse – les récits étaient trop lacunaires et s'avéraient moins pertinents sociologiquement que mes entretiens approfondis ; ils ne font cependant que confirmer les formes de stigmatisation que je propose ici.

³⁴ En juin 2023, la page recense environ 3 400 followers, contre 226 000 pour la page Paye ta Shnek, 11 000 pour Paye ton gynéco, 12 000 pour Paye ta blouse, 18 000 pour Paye ta fac, 22 000 pour Paye ton Bahut, 12 000 pour Paye ta police. Il en va de même pour les rares pages Instagram sur l'IVG (la plupart n'existaient pas au moment de mon enquête de terrain). Les comptes consultés le 27/06/2023 ont très peu d'abonné·es : https://www.instagram.com/raconte_ton_ivg/, 120 followers. https://www.instagram.com/ivg_revoltee/, 552 followers. <https://www.instagram.com/ivglesinfos/>, 1577 followers. https://www.instagram.com/nos_vies_post_ivg/, 427 followers.

trouverait sa place dans la dénonciation des violences gynécologiques, peine à émerger en France (Mathieu, 2019, 2022).

À cela s'ajoute que les associations féministes se focalisent davantage sur l'accès concret à l'IVG et l'amélioration des prises en charge, plutôt qu'aux représentations de l'avortement ou à la fabrication de contre-récits (comme J'ai avorté et je vais bien merci), pourtant nécessaires à une déstigmatisation de fond (Baird et Millar, 2019). Si l'accès à l'IVG semble pour l'instant relativement assuré en France, un enjeu féministe demeure : faire sortir de l'ombre une expérience d'une grande banalité statistique.

Conclusion : nouveaux récits, nouvelles luttes ?

La prise de parole pour contester la stigmatisation ne consiste pas seulement en une collectivisation du travail émotionnel relatif à l'avortement, qui court le risque de renouer avec l'idée d'un nécessaire dévoilement de l'IVG pour éviter des dommages émotionnels. Elle est aussi l'occasion d'une conscientisation de la fréquence de l'expérience abortive et des asymétries entre les sexes, qui mène parfois à une politisation des représentations de genre et une entrée en militantisme ancrée dans l'expérience subjective de l'IVG. Si les prises de parole publiques sur l'avortement sont aujourd'hui limitées en France, elles restent une façon de faire exister d'autres discours, de rendre visible l'expérience abortive des femmes, de proposer des narrations s'émancipant du script d'une difficulté consubstantielle à l'IVG.

Mais une prise de parole, même massive, n'annihile pas d'elle-même la stigmatisation et les rapports de pouvoir dont elle découle : de même que #metoo n'a pas éliminé les violences sexuelles, la diffusion de témoignages d'IVG ne renverse pas à elle seule les maltraitances médicales ni les inégalités structurelles entre les sexes (Dotson, 2011). C'est la raison pour laquelle la déstigmatisation de l'IVG ne peut prendre place que dans une remise en cause plus vaste des rapports de genre. Or, celle-ci ne peut opérer à la seule échelle individuelle. Elle impose des organisations collectives, qui commencent bien par des espaces d'entre-soi où partager son expérience – « se découvrir des milliers ».

Ce résultat n'est pas spécifique à l'avortement : les questions soulevées (vertus et limites de la non-mixité dans la conscientisation et la remise en cause d'une oppression, risque de renouveler le stigmate en faisant du *coming-out* le seul mode de narration légitime...) traversent en réalité nombre d'interrogations féministes contemporaines. Mais l'avortement reste une situation particulière : à la différence des groupes stigmatisés pour leur identité de genre ou leur orientation sexuelle, il ne produit pas d'identité collective. La déstigmatisation ne peut donc se construire dans le sentiment d'appartenance communautaire, puisqu'une telle communauté

d'avortées n'existe pas (elle se dissout dans des identités maternelles existantes ou projetées, ou des identités *childfree*). Ce sont donc d'autres chemins qu'emprunte la contestation du stigmaté, pour proposer d'autres discours et d'autres représentations de l'avortement. Le témoignage en est un, qui ne saurait suffire, tant les imaginaires se construisent plus largement dans des références culturelles partagées. À l'heure où la production culturelle est de plus en plus investie par des femmes, où de nouvelles histoires sont écrites, lues, portées à l'écran, de nouveaux travaux³⁵ pourront éclairer le rôle des représentations de l'avortement sur sa stigmatisation.

³⁵ Je pense par exemple à la thèse en cours de Carla Robison, « Écrire l'avortement en Occident à la veille de sa légalisation (1920-1978) », sous la direction de Anne Tomiche et Christine Détrez, Sorbonne Université.

CONCLUSION INTERMEDIAIRE III. Contre les « identités spoliées », l’agentivité des femmes

Pour faire face à la stigmatisation de leur avortement, les femmes déploient un ensemble de stratégies qui leur permettent d’éviter, ou du moins de limiter, l’assignation à une identité stigmatisée. Ces stratégies prennent la forme d’un *travail d’invisibilisation*, qui consiste à dissimuler l’avortement et à le passer sous silence pour se protéger, mais aussi d’un *travail émotionnel*, qui peut être individuel ou collectif, pour transformer le rapport intime à leur IVG. L’efficacité de ces différentes formes de travail dépend à la fois de l’intensité de la stigmatisation effective, des ressources sociales – en particulier relationnelles – dont disposent les avortées et de la disponibilité d’une rhétorique explicite visant à déstigmatiser l’avortement en l’appréhendant comme la conséquence structurelle d’inégalités entre les sexes. Mais quels que soient les capitaux détenus par les femmes, elles ne subissent pas la stigmatisation passivement : si elles peuvent l’intérioriser, parfois très profondément, elles peuvent aussi la mettre à distance ou en contester les fondements. Cette agentivité des avortées – leur capacité d’action – n’est pas seulement un résultat empirique. Elle relève aussi d’un déplacement théorique, puisqu’elle remet en cause la conception de « la femme qui avorte » (the *aborting women*) comme *identité spoliée* (Millar, 2020).

« Si la stigmatisation de l’avortement peut être conceptualisée comme l’assignation à une nouvelle identité tribale, aucune femme de l’étude n’a décrit le fait d’avoir avorté comme faisant partie intégrante de son identité¹ » constataient ainsi Kate Cockrill et Adina Nack (2013, p. 983), en reprenant la typologie du stigmaté d’Erving Goffman, qui distingue entre les « monstruosité du corps », les « tares de caractère » et le « stigmaté tribal ». Mais ce résultat impose en réalité de requestionner la *conceptualisation elle-même*, en remettant en cause le postulat que l’avortement est fortement associé à l’identité des femmes (Millar, 2020). À la différence des identités qui se construisent sur le temps long, comme être mère, être lesbienne, être trans, être racisé·e, être handicapé·e, etc., l’avortement n’est pas un statut qui s’actualise en permanence ni se rejoue au quotidien, à plus forte raison parce que le recours à cet acte est

¹ "Although abortion stigma can be conceptualized as attaching a new tribal identity, not one woman in the study described having had an abortion as integral to her identity".

facile à cacher sur le long terme (Quinn et Chaudoir, 2009). *Avoir* avorté, un jour, ponctuellement, ne signifie pas *être* avortée, et même celles qui avortent plusieurs fois n'entreprennent pas une carrière déviante dans l'avortement, au sens d'Howard Becker ([1963] 2012). L'identité stigmatisée d'avortée (et ses différentes formes : « irresponsable », « salope », « égoïste », « meurtrière » ...) n'est donc que rarement performée au quotidien.

Or, comme l'a montré Judith Butler dans *Trouble dans le genre* ([1990] 2006), l'identité, notamment de genre, n'est pas une donnée fixe associée aux individus : parce qu'elle est instable, mise en jeu à chaque interaction, son maintien impose une performance permanente. C'est cela qui laisse du jeu aux individus dans leur définition d'eux et elles-mêmes, cela aussi qui fait qu'un pouvoir ne s'impose jamais de façon monolithique. Les identités, y compris les plus instituées, restent mouvantes et fragiles et nécessitent, pour persister, une réaffirmation perpétuelle. Si cette réaffirmation n'a pas lieu, ou si elle déplace ce qu'elle est censée rejouer, l'identité ne prend pas. Ainsi la distinction que posait Erving Goffman entre *identité virtuelle* (susceptible d'être stigmatisée) et *identité réelle* (effectivement stigmatisée) repose sur le postulat contestable que l'identité est un statut définitif, plutôt qu'un processus qui s'actualise quotidiennement. Et un tel postulat empêche en partie de saisir les dynamiques de résistances aux assignations déployées par les personnes stigmatisées. Mais, si les femmes qui avortent ne se laissent pas elles-mêmes ressaisir dans la catégorie d'avortée (ou une de ses déclinaisons), c'est parce qu'elles ont la capacité – certes différenciée – de performer d'autres identités, de proposer d'autres narrations d'elles-mêmes. Ces narrations alternatives ont un coût (notamment le travail émotionnel et le travail d'invisibilisation qu'elles demandent) mais ce sont elles qui expliquent le jeu entre la stigmatisation comme assignation identitaire et les résistances observées.

Ce résultat dépasse largement la stigmatisation de l'avortement : il vaut plus généralement pour toutes les personnes exposées à une forme de stigmatisation. Se reconnaître dans une catégorie stigmatisée et inaugurer un retournement du stigmate, ou refuser d'être assigné·e à une catégorie stigmatisée, ne sont pas des attitudes contradictoires ou opposées. Au contraire, elles relèvent *d'une même logique* qui consiste à refuser la narration dominante, en la piratant ou en la passant par le fond. Si les moyens diffèrent, l'objectif reste le même : proposer des narrations alternatives et, par là même, contester les rapports de force à l'œuvre.

Conclusion générale. Avorter, mais discrètement ?

Les apports de ce travail sont de trois ordres. Je mettrai d'abord en évidence ma contribution à la connaissance de la stigmatisation de l'avortement en France, puis je dégagerai les apports plus généraux de cette enquête pour les sciences sociales et les recherches complémentaires qu'elle appelle. Enfin, au-delà du cadre scientifique de la thèse, j'identifierai quelques enjeux et implications pour un objectif, plus normatif, visant à déstigmatiser l'avortement.

1. Comprendre la configuration spécifique de la stigmatisation abortive en France aujourd'hui

Pourquoi, aujourd'hui en France, parle-t-on si peu d'avortement, alors que son occurrence est si fréquente ? Comment comprendre les discours paradoxaux qui d'un côté présentent l'IVG comme un acquis des femmes et de l'autre ne cessent d'en dresser un terrible portrait ? Telles étaient les questions de sens commun à l'origine de mon travail doctoral. Elles m'ont amenée à problématiser la stigmatisation de l'avortement comme un processus, ancré dans des hiérarchies sociales, réassignant les femmes à une place dominée dans les rapports sociaux de sexe. Je reviens ici sur quatre résultats : les ambiguïtés de la psychologisation de l'IVG ; la silencieuse comme mode de gouvernement ; les formes différenciées de stigmatisation abortive ; et enfin leur inscription dans un régime hétéronormatif.

Psychologisation opportuniste et psychologisation bienveillante : objectifs distincts, effets similaires

Au terme de cette enquête, il apparaît que la stigmatisation *explicite* de l'avortement n'est que la pointe émergée d'une stigmatisation bien plus vaste, qui inclut une stigmatisation *anticipée* et *intériorisée*. Le gouvernement de l'avortement n'opère pas au seul moment de

l'IVG, mais aussi et surtout en amont et en aval, par la multiplication des narrations qui, pour une diversité de raisons, font de l'avortement un mode illégitime de régulation de la procréation.

Parmi ces narrations, un script domine, qui est porté par des acteur·ices aux objectifs pourtant contradictoires : celui de l'IVG comme drame, comme épreuve ou *a minima* comme acte-pas-anodin. Cette narration est massivement diffusée, en ligne, dans les médias et via des numéros verts fallacieux, par des réseaux anti-avortement très organisés. Ceux-là ont opéré, à partir des années 1990, un virage rhétorique pour entraver les droits des femmes et plus largement des minorités sexuelles. Ce virage ne doit rien au hasard. Il est le fruit de l'épuisement de la dénonciation de l'IVG comme mise à mort d'un enfant en devenir et d'un recyclage stratégique de la rhétorique des droits humains et du féminisme (Chapitre 7). En revendiquant de protéger les femmes d'un acte qui les blesserait « par nature », ce discours révèle pourtant le postulat essentialiste sur lequel il repose : toute personne née avec un utérus serait ontologiquement destinée à la maternité.

Mais cette rhétorique n'est pas l'apanage des conservateur·ices qui entendent verrouiller des rapports de genre assignant à chaque sexe une stricte fonction sociale. Elle est aussi portée, d'une façon différente, par les professionnel·les de santé spécialistes de l'avortement. Ceux et celles-ci, tout en se refusant à culpabiliser les avortantes, considèrent *a priori* l'IVG comme un acte susceptible de charrier une lourde charge émotionnelle, dont il est souhaitable de délivrer les femmes par une parole ouverte mais encadrée. En ce sens, l'encadrement psychologique est présenté comme une garantie à long terme, si ce n'est de la santé mentale des avortées, du moins de leur bien-être affectif. Au-delà du souci revendiqué de « bien accompagner les patientes », mon travail montre que cette psychologisation institutionnelle est pourtant largement tributaire de l'organisation des prises en charge abortives. Elle permet aux équipes d'orthogénie de valoriser un travail dévalorisé (Chapitre 2) voire, s'agissant des conseillères conjugales, de justifier leur place dans le dispositif d'accompagnement des avortantes (Chapitre 3).

La psychologisation opportuniste des antiavortements et la psychologisation (souvent bienveillante¹ des professionnel·les de santé poursuivent des objectifs certes opposés : entraver ou faciliter l'expérience abortive. Mais en définitive, elles ont pour même effet d'entretenir le récit d'une difficulté consubstantielle à l'avortement, sans interroger plus largement les rapports de genre qui produisent sa stigmatisation. Le « gouvernement des conduites » concernant l'IVG en France aujourd'hui s'exerce donc moins sur l'acte en lui-même que sur les narrations qui l'accompagnent. Puisque l'accès au soin est, à l'heure actuelle, relativement assuré – jamais

¹ Je m'inspire ici du « sexisme bienveillant », qui n'en reste pas moins une forme de sexisme (Sarlet et Dardenne, 2012).

facilement, rarement sans douleur physique, parfois dans la violence, mais dans l'ensemble assuré (Chapitre 2) – l'enjeu porte désormais sur les *représentations* de l'avortement, c'est-à-dire sur l'ensemble des imaginaires et des récits qui le façonnent. Car ces représentations sont performatives. Les attitudes accablées accablent. La culpabilité attendue culpabilise. Le postulat du stigmate stigmatise. Les narrations de l'avortement ont donc toute leur importance : contrôler les récits, c'est contrôler les imaginaires mais aussi les comportements² puisque, dans une société largement régulée par « l'auto-contrôle » (Elias, 1998), l'intériorisation du discours stigmatisant a des effets coercitifs très puissants (Chapitre 8). Le silence autour de l'IVG, que Luc Boltanski avait identifié (2004), résulte en grande partie de cette intériorisation normative (Chapitre 9).

La silenciation comme mode de gouvernement

Les pratiques de dissimulation de l'avortement, individuelles ou collectives, attestent de l'agentivité des femmes et des marges de manœuvre dont elles disposent – de façon différenciée selon leurs ressources – pour s'épargner la stigmatisation *effective*. Mais elles révèlent en même temps l'ampleur de la stigmatisation *anticipée* et *intériorisée*. La logique qui consiste à se cacher et se taire pour se protéger révèle bien que le problème est au moins autant du côté de la réception du discours sur l'avortement que de son énonciation. Comme pour nombre d'autres situations (les violences sexuelles, gynécologiques, conjugales, incestueuses, etc.), ce n'est pas tant que les femmes (et plus généralement les personnes dominées) sont muettes. C'est qu'elles ne sont pas écoutées ou que les normes en vigueur les enjoignent au silence (Chapitre 9). Cette silenciation est en elle-même un effet des rapports de pouvoir genrés, qui relèguent les expériences féminines (et plus généralement dominées) dans l'officieux et l'indicible (Dotson, 2011) ; et cette mise sous silence n'a pas besoin d'être brutale pour être opérante. Elle se construit dans un ensemble de micro-sanctions sociales, dans la valorisation des comportements dominants et la dévalorisation des comportements minoritaires, dans les regards dépréciateurs ou entendus, dans les moqueries pas-méchantes-mais. Partant, le silence est autant la *preuve* de la stigmatisation de l'avortement que sa *conséquence*.

En l'état actuel de la stigmatisation abortive et des rapports de genre, il serait donc contre-productif d'attendre des femmes, au nom d'un féminisme libéral, un rapport décomplexé et serein à leur IVG, en remplaçant une injonction à mal le vivre par une injonction à bien le vivre.

² Dans son travail sur l'armée, Christel Coton montre par exemple combien « capital culturel » et « capital militaire » fabriquent les hiérarchies institutionnelles. Il ne suffit pas de s'illustrer au combat pour gravir les échelons : encore faut-il disposer des ressources scolaires et rhétoriques pour mettre ses exploits en récit (Coton, 2008, 2012)

La glamourisation de l'expérience abortive, lisible par exemple dans la campagne gouvernementale « IVG, mon corps, mon choix, mon droit » (voir 1.3.2), passe ainsi à côté de la stigmatisation structurelle. Celles qui avortent ont, de fait, toutes les raisons de ressentir des émotions désagréables plus ou moins intenses. Pour paraphraser Belfrage, Ramírez et Sorhaindo (2020, p. 12), le malaise ressenti n'est pas auto-généré : il est socialement imposé³. Ainsi, de la même façon que le body-positivisme à l'échelle individuelle ne résout pas la grossophobie (Carof, 2021) ou que les récits héroïsant les personnes handicapées ne suppriment pas le validisme (Cefai, 2017 ; Garel, 2022), présenter le récit positif de l'IVG comme une façon de « briser le tabou » (Chapitre 10), voire en faire, à la manière de certaines conseillères conjugales, une opportunité de développement personnel (Chapitre 3), c'est risquer d'occulter la puissance des rapports de genre – mais pas seulement de genre – qui structurent la stigmatisation de l'avortement (Partie II). Car les normes qui encadrent l'expérience abortive sont à la fois profondément genrées et puissamment contradictoires.

Des formes de stigmatisation structurées par les asymétries de genre

Cette enquête a aussi révélé qu'en France aujourd'hui, la forme de stigmatisation de l'avortement la plus saillante est la stigmatisation de *l'échec contraceptif féminin*. D'une façon massive, celles qui avortent sont culpabilisées et se culpabilisent de n'avoir pas employé – ou mal, ou trop peu – un dispositif contraceptif efficace, c'est-à-dire médicalisé et agissant sur leur fertilité indépendamment de l'acte sexuel (Chapitre 4 et 8). Or, la centralité de cette forme de stigmatisation en France ne peut se comprendre indépendamment d'une histoire particulière qui fait de la contraception féminine et médicalisée, en particulier de la pilule, à la fois le meilleur moyen de prévenir l'avortement et un instrument en faveur de la libération des femmes (Chapitre 1), comme l'a très clairement montré Alexandra Roux (2020).

C'est bien cette caractéristique de la norme contraceptive française qui explique que la stigmatisation associée épargne très largement les partenaires sexuels des avortées. La médicalisation de la contraception n'a pas seulement entraîné sa féminisation (Le Guen et al., 2017) ; elle s'est accompagnée de sa *démasculinisation*, parce qu'elle a délégitimé les techniques « moins fiables » qui impliquaient la responsabilité et la coopération des hommes, comme le retrait et l'abstinence périodique. Cette norme, cependant, est depuis dix ans en plein bouleversement et les appels à un meilleur partage de la responsabilité contraceptive se

³ "Many women could identify where this unease came from. It was not something self-generated, but rather imposed on them by society".

multiplient. Il fait peu de doute que ces recompositions auront des effets manifestes sur la (dé)-stigmatisation de l'avortement : reste à savoir lesquels et jusqu'à quel point.

Mais cette focalisation sur la contraception ne doit pas occulter d'autres logiques plus anciennes et plus souterraines qui s'actualisent. La stigmatisation de « l'atteinte à la vie », qui se fait plus silencieuse dans un pays comme la France ayant vécu une déchristianisation massive au cours des années 1960-1970, n'a pas disparu. Tout en s'estompant en apparence de la rhétorique anti-avortement, elle demeure au fondement de la conception de l'IVG comme drame pour les femmes. Dans le même temps, cette forme de stigmatisation se renouvelle via le perfectionnement des technologies médicales prénatales, qui contribuent à constituer de plus en plus tôt le fœtus comme sujet de la médecine, aux dépens du corps et de l'individualité de la personne enceinte (Chapitre 7).

La stigmatisation de la sexualité récréative, pour sa part, n'a fortement diminué que sous sa forme explicite. Si les insultes ouvertes sont moins fréquentes, le soupçon sexuel, tapi derrière l'injonction contraceptive, refait surface dès que les pratiques de prévention échouent, délégitimant de fait la recherche du plaisir au féminin. Les avortées en paient le prix fort, tant la sexualité post-avortement peut être redoutée (Chapitres 5 et 8).

Enfin, la norme procréative et l'accès à l'IVG placent les femmes face à des injonctions contradictoires en matière de procréation. Le paradigme de la maternité désirée et programmée a renforcé les normes qui encadrent la venue au monde d'un·e enfant. La déviance ponctuelle que constitue l'IVG est désormais mise en balance avec toutes les formes, bien plus durables, de maternités déviantes : maternité à un âge trop « précoce » ou « tardif » ; maternité en l'absence d'un couple stable ; maternité précaire ou survenant au mauvais moment de la trajectoire professionnelle, etc. (Chapitre 6). Malgré ces exigences, et quoique le refus d'enfant soit de plus en plus audible, la maternité reste centrale dans les identités féminines et suppose, pour la grande majorité de celles qui veulent (ou ont déjà) des enfants, d'aménager une place au récit d'avortement dans une identité pensée comme maternelle, ou destinée à l'être (Chapitre 8).

Ces différentes formes de stigmatisation s'imbriquent et se déclinent selon les caractéristiques sociales des avortées. Les plus jeunes, mais aussi les plus précaires et les racisées, sont davantage exposées à la stigmatisation contraceptive et sexuelle, tandis que les plus âgées sont plutôt concernées par la stigmatisation du refus de maternité ; les avortements pluriels, gémellaires ou réalisés à un terme de grossesse avancés sont quant à eux plus fortement stigmatisés par le discours sur « l'atteinte à la vie ». Mais une forme de stigmatisation peut l'emporter sur une autre. Des travaux ultérieurs ciblant davantage une catégorie de la population pourront approfondir ces premiers résultats. Dans l'ensemble, toutes ces formes de

stigmatisation épargnent les partenaires sexuels, ce qui invite à requestionner plus largement la puissance de l'hétéronormativité dans la sexualité et le faire famille.

L'hétérosexualité obligatoire au principe de la stigmatisation abortive : *exit*, *voice* ou *loyalty* ?

Ce travail pose les bases d'une analyse de la stigmatisation comme conséquence et force de reproduction des rapports sociaux, en particulier de genre. Stigmatiser revient fondamentalement à user d'un pouvoir. Or, celles sur qui ce pouvoir s'exerce ont, schématiquement, trois possibilités pour le contester : l'*exit*, la *voice* et la *loyalty*, pour reprendre la célèbre typologie d'Albert Hirshman⁴ (1972). S'agissant d'avortement, la *loyalty*, qui consiste à endurer une situation donnée et rester fidèle malgré l'insatisfaction, correspond à l'auto-stigmatisation et au travail émotionnel individuel ou collectif pour y faire face. C'est ce que font beaucoup de personnes rencontrées, tout en faisant parfois entendre leur *voice*. La *voice*, c'est-à-dire la contestation du système, sans sortir du système, est partagée, de façon plus ou moins affirmée, par nombre de personnes rencontrées qui pointent les asymétries du travail contraceptif, abortif, parental, dans leur couple ou les relations sexuelles et amoureuses en général. Cette enquête montre comment l'expérience de l'avortement peut favoriser une prise de conscience féministe, qui mène à concevoir de façon structurelle les asymétries de genre, et à les remettre en cause, à différents degrés (Chapitre 10).

Mais le plus frappant reste l'inconcevabilité de l'*exit*⁵ conjugal, en matière de sexualité comme de parentalité. À la manière du lesbianisme politique (Wittig, [1980] 2018), l'*exit* correspondrait au refus de la sexualité péno-vaginale, ou plus généralement aux relations romantiques et sexuelles avec les hommes, mais aussi au refus du cadre conjugal pour devenir mère, voire au refus de maternité. Si, dans mon corpus, le refus de la maternité s'affirme nettement, l'*exit* conjugal n'a plutôt pas lieu. Nombre d'avortées, certes, se séparent après leur IVG et certaines peuvent temporairement renoncer au couple et/ou à la sexualité, mais jamais durablement. Le retour à une sexualité hétérosexuelle et souvent conjugale finit par se faire et l'avortement ne remet presque pas en cause le script coïtal (Chapitre 5 et 8). De même, les

⁴ Cette typologie vise à l'origine à décrire le comportement des consommateur·ices face aux défaillances d'une entreprise et s'inscrit dans des recherches sur l'économie du développement (Hirshman a étudié une entreprise de service public ferroviaire au Nigeria). Elle a été importée en science politique comme grille de lecture des mouvements contestataires (Bennani-Chraïbi, 2020)

⁵ L'*exit*, c'est par exemple l'actrice Adèle Haenel quittant la cérémonie des Césars 2020, puis le milieu du cinéma *mainstream*, après la récompense de Roman Polanski, reconnu comme agresseur sexuel, ce qu'a résumé la formule de Virginie Despentes dans *Libération* le 01/03/2020 : « on se lève et on se casse » (article accessible à l'adresse https://www.liberation.fr/debats/2020/03/01/cesars-desormais-on-se-leve-et-on-se-barre_1780212/, consultée le 01/07/2023).

personnes rencontrées ne font pas le choix d'avoir un·e enfant sans le soutien d'un partenaire, ou contre son avis⁶, tant la stigmatisation de « l'enfant dans le dos » et de la « maternité solo » est puissante (Chapitre 6).

Il apparaît ainsi que la stigmatisation genrée de l'avortement dépend étroitement de l'hétérosexualité obligatoire (Rich, 1981). Dans ce travail, je n'ai pas consacré de chapitre spécifique à la conjugalité hétérosexuelle, tant celle-ci est indissociable de toutes les formes de stigmatisation de l'avortement identifiées. Le couple structure les pratiques et les représentations contraceptives, sexuelles, parentales et il expose les femmes à un continuum de violences, en particulier au « sabotage contraceptif » (Borrero et al., 2015), aux relations sexuelles imposées, à la contrainte à l'avortement. Pourtant, les grossesses non prévues seraient de toute évidence moins nombreuses si le script sexuel coïtal était moins dominant ; certaines femmes désireuses d'être mères poursuivraient leur grossesse indépendamment de leur partenaire sexuel si la possibilité de dissocier conjugalité et parentalité était symboliquement plus concevable et matériellement plus accessible.

L'ouverture de la PMA aux couples de femmes et aux femmes seules est en ce sens un moyen de l'*exit* hétéronormatif. En officialisant la possibilité de devenir mère indépendamment d'un conjoint masculin, cette disposition légale légitime de nouveaux modèles familiaux. Des travaux ultérieurs pourront mettre en évidence comment ces recompositions de la norme procréative transforment les choix de poursuivre ou d'interrompre une grossesse, selon les ressources dont disposent les femmes. Car les représentations ne sont pas les seules en cause. Encore faut-il avoir les conditions matérielles – revenu, logement, accès au soin, soutien des proches, etc. – nécessaires pour se passer de la solidarité conjugale. Les décisions procréatives doivent ainsi être replacées dans des inégalités salariales, économiques, domestiques bien plus vastes.

2. Apports aux sciences sociales : contributions, limites et pistes de recherche

Ces résultats montrent à quel point l'avortement se situe au carrefour d'un ensemble de questionnements sociologiques ; c'est ce qui en fait un objet particulièrement heuristique pour différents sous-champs de la discipline. Il faut à présent mettre en évidence les apports plus

⁶ Bien sûr, nombre de personnes enceintes poursuivent une grossesse non prévue en dehors du cadre conjugal – mais celles-ci, par définition, ne sont pas dans mon corpus.

généraux de ce travail pour les sciences sociales et, en en identifiant les limites, proposer des pistes de recherche complémentaires.

Pour une sociologie de la stigmatisation inscrite dans les rapports de domination

Le principal apport théorique de ce travail réside dans la proposition conceptuelle d'une analyse de la stigmatisation comme conséquence et force de reproduction des rapports de domination. À la différence des approches en termes de déviance, qui mettent l'accent sur l'écart à la norme et semblent se jouer dans un espace horizontal, l'analyse de la stigmatisation (et de son intériorisation) permet de comprendre comment celle-ci opère dans un espace social stratifié dont elle resignifie les hiérarchies. Cela amène à penser le rapport entre ceux et celles qui stigmatisent et ceux et celles qui sont stigmatisés comme une compétition symbolique pour maintenir une position dominante ou réassigner à une position dominée, notamment via un processus de catégorisation différenciée (dans mon cas, des avortées en « irresponsables », « salopes », etc., qui varie selon l'âge, la situation conjugale, etc.). Car « l'acte de catégorisation, lorsqu'il parvient à se faire reconnaître ou qu'il est exercé par une autorité reconnue, exerce par soi pouvoir » (Bourdieu, 1980, p. 66). Ces réassignations procèdent par un ensemble de « technologies du pouvoir » (Foucault, 1993) qui ne sont pas seulement discursives : il est aussi question de regards, de silences, de refus de répondre, de sous-entendus, de plaisanteries, d'attitudes corporelles, et en cela « l'assujettissement [...] peut être subtil » (*ibid.*, p. 31).

Dans le même temps, les stratégies de résistance et de contournement de la stigmatisation témoignent des marges de manœuvre des dominé·es. Contre l'idée d'un consentement des dominé·es à la domination, l'enjeu est plutôt de mettre en évidence les choix pragmatiques qu'ils et elles opèrent pour économiser leurs forces et se protéger :

Les dominés ont intérêt à éviter toute manifestation explicite de leur éventuelle opposition. Cet intérêt ne consiste ni en une forme de consentement, ni en une forme de fatalisme, mais dans le fait matériel que toute expression d'insubordination expose les dominés à des formes plus ou moins brutales de sanction (Hammou, 2008, p. 133).

Avoir conscience des rapports de pouvoir (par exemple, de l'inégalité du travail contraceptif au sein du couple) ne signifie pas être en mesure, individuellement, de les remettre en cause (par exemple, en transformant les pratiques contraceptives et sexuelles de son partenaire). Là encore, « céder n'est pas consentir » (Mathieu, 1991).

La stigmatisation n'est donc pas un processus univoque. Elle procède selon des dynamiques complexes et prend différentes formes qui ne sont pas toutes mobilisées de la même façon selon le positionnement social des entrepreneur·ses de morale et les catégories stigmatisées. Dans

mon enquête, les instances de production normative que sont la famille, les professionnel·les de santé, l'école, le militantisme conservateur et plus marginalement en France les institutions religieuses peuvent s'avérer stigmatisantes pour des raisons qui diffèrent (voir Tableau 2) et sont parfois contradictoires. Selon les appartenances sociales des personnes visées par la stigmatisation, une forme ou une autre est plus ou moins opérante.

Une telle façon de penser la stigmatisation dans la dynamique plurielle des rapports de domination est une contribution à un corpus de propositions théoriques qui s'emploient à penser ensemble les analyses interactionnistes et structuralistes. Ce cadre conceptuel peut s'appliquer à un ensemble d'autres objets sociologiques : c'est le cas à l'échelle internationale, mais très peu en France. Pourtant, les formes de stigmatisation que subissent les personnes racisées, handicapées, grosses, aux identités de genre ou orientations sexuelles minoritaires, sans enfant, etc. pourraient être mieux comprises en ne perdant jamais de vue leur détermination structurelle.

Une des limites importantes de ce travail apparaît ici, davantage empirique que conceptuelle : j'ai eu surtout accès à des femmes blanches, éduquées, urbaines, dominantes. Les catégories d'analyse proposées mériteraient d'être mises à l'épreuve d'un terrain plus diversifié, portant en particulier sur les femmes de classe populaire (où l'identité maternelle est davantage l'enjeu d'une distinction sociale) et les femmes racisées (dont la sexualité est davantage soupçonnée et les compétences maternelles plus souvent remises en cause). Le travail de Lamia Yousfi, abandonné, aurait par exemple permis d'éclairer les spécificités des arrangements normatifs face à l'avortement des femmes algériennes en France⁷. La grille de lecture proposée dans ce travail pourra ainsi être complétée, amendée, contestée, par de futurs travaux.

Pour une sociologie du travail procréatif étendue aux hommes

Cette enquête est aussi une contribution aux études sur le genre, et en particulier aux analyses du travail procréatif, dont le travail abortif est une séquence. Le travail abortif, qui se déploie tout au long d'un parcours de soin aux multiples étapes, se caractérise par un fort *travail émotionnel*, individuel ou collectif, pour faire face à l'IVG. Outre un bouleversement corporel, celles qui avortent doivent faire face à l'ensemble des normes procréatives intériorisées, à quoi s'ajoute bien souvent leur souci de prendre soin de leur entourage et en particulier de leur

⁷ Voir sa communication « Représentations autour du corps, pratiques sexuelles et avortements chez les femmes algériennes en France », présentée le 17 mai 2017 lors du colloque « Pensées critiques du genre : corps, normes et socialisations sexuées » organisé sur le site Pouchet du CNRS, accessible à l'adresse <https://www.canal-u.tv/chaines/cnrs-pouchet/pensees-critiques-du-genre-travail-corps-nation/pensees-critiques-du-genre-4>, consultée le 01/07/2023.

partenaire. Cela s'accompagne souvent d'un *travail d'invisibilisation* de la grossesse et de son interruption pour s'épargner la stigmatisation. Cet apport pourrait être appliqué à d'autres expériences procréatives des femmes passées sous silence, et notamment aux interruptions spontanées de grossesse (les fausses-couches), qui sont peu étudiées en France, à la différence là encore de travaux anglophones (Frost et al., 2007 ; Quenby et al., 2021).

D'une façon plus générale, une sociologie des trajectoires génésiques, qui rende compte de l'articulation des IVG, des IMG, des naissances et des fausses-couches, à l'échelle quantitative et qualitative, reste une piste à explorer, pour mieux comprendre comment l'issue d'une grossesse influe sur une autre : quelle est la fréquence des IVG qui suivent une naissance ? À l'inverse, les femmes qui avortent font-elles des enfants après leur IVG ? Est-ce qu'une fausse-couche ou une IMG reporte voire supprime le projet parental ? L'exemple de Christel (27 ans, travailleuse sociale, IVG à 26 ans en 2017), qui poursuit une grossesse six mois après son IVG, ou de Férouze (42 ans, aide-soignante, IVG à 26 en 2003 et 30 ans en 2007), qui relit ses IVG au prisme de la perte *in utero* de son premier fils, mais aussi les témoignages de soignantes sur des trajectoires qui incluent une IVG puis un parcours en PMA, poussent à envisager les grossesses non pas indépendamment les unes des autres, mais dans leur articulation.

Enfin, des travaux sur l'implication des partenaires masculins dans le travail procréatif manquent cruellement. Comme le remarquait Isabelle Clair (2008, p. 12), il y a un « risque épistémologique et politique à enfermer la visibilité sociologique des filles ainsi que des relations entre les sexes dans des problématiques typiquement "féminines" : la sexualité, les sentiments amoureux, la conjugalité, la maternité, etc. ». À l'inverse, il y a un vrai enjeu épistémologique et politique à promouvoir la visibilité sociologique des hommes dans les problématiques considérées comme « féminines », parce que ceux-là ont une incidence décisive sur les choix procréatifs. Si la sociologie de la paternité est déjà développée (Cartier et al., 2021 ; Chatot, 2020 ; Garcia, Gratton et Lenz, 2022 ; Lepout, 2022 ; Martial, 2017 ; Quennehen, 2021 ; Truc, 2006), comme celle de la sexualité masculine (Bozon, 2018 ; Déroff, 2007 ; Fidolini, 2018 ; Vörös, 2020), les travaux sur le rapport des hommes à la contraception (Desjeux, 2009, 2013b, 2013a ; Le Guen et al., 2015) et à l'avortement (Cresson, 2006) restent peu nombreux. Cela invite à réfléchir à des méthodologies adaptées pour « faire parler » les hommes de leur expérience (voir 0.1.1).

Pour une sociologie du lien social étendue au-delà du couple et de la famille nucléaire

Ce travail met aussi en évidence que la décision de (ne pas) enfanter est bien loin de se construire dans la seule relation conjugale. Les parents, les frères et sœurs, les cousin·es, les ami·es, contribuent très largement à façonner ou contester le « projet parental », et parfois, à travers lui, le choix du ou de la conjoint·e ; mais le rôle de ces acteur·ices dans le rapport à la procréation est sous-investigué. La diversification des modèles familiaux, la mise en évidence de la fréquence des violences intra-familiales, l'extraordinaire inventivité des familles alternatives – homoparentales, queer, monoparentales – pousse cependant à décentrer le regard des seules relations de couple ou parents-enfants, pour interroger le rôle d'un ensemble d'autres relations sociales, familiales ou non : les relations entre frères et sœurs ; entre grands-parents et petits-enfants ; entre oncles/tantes et neveux/nièces ; entre ami·es ; entre ex-partenaires ; etc.

Les difficultés méthodologiques sont de taille. Une sociologie attentive à l'ensemble des acteur·ices du réseau social impose de systématiquement reconstituer la structure familiale comme les réseaux d'amitiés pour identifier les liens qui comptent. Je n'ai fait qu'esquisser ce travail dans les entretiens menés avec les avortées, de façon qualitative, mais il mérite de plus vastes approfondissements pour comprendre qui, dans le réseau d'interconnaissance, participe à modeler les choix procréatifs, mais aussi, plus largement, d'autres aspects de l'existence (choix d'études ; de logements ; etc.). En regrettant avec Pierre Mercklé que l'analyse des réseaux « reste le domaine privilégié de la formalisation mathématique et de la simulation, plutôt que de l'enquête empirique ; de la déduction plutôt que de l'induction ; de la modélisation plutôt que de l'interprétation » (2016, p. 104), ce résultat pourrait inviter à systématiser une étude des choix procréatifs appuyée par les outils de la sociologie des réseaux (notamment la cartographie des réseaux relationnels).

Pour une sociologie approfondie de la « biopolitique déléguée » : action publique, professionnel·les de santé, laboratoires pharmaceutiques

Ce travail apporte des éléments de compréhension de la mise en place d'une politique publique qui a confié l'encadrement et la réalisation des IVG aux professionnel·les de santé : c'est ce que Dominique Memmi a nommé la « biopolitique déléguée » (Memmi, 2003). J'ai montré comment l'organisation du travail en centre d'IVG contribue à maintenir la stigmatisation dans les centres d'orthogénie enquêtés. Ces résultats, néanmoins, gagneraient à

être complétés. L'ethnographie réalisée s'est limitée à des centres d'orthogénie des hôpitaux publics, alors même que l'IVG est prise en charge dans d'autres structures. De plus, par un effet de tropisme géographique de mon terrain, toutes les conseillères conjugales ont été formées dans le même centre, alors qu'il existe sept organismes de formations différents, aux orientations idéologiques très contrastées. Les résultats sur les professionnel·les de santé ici présentés sont donc circonscrits à mon terrain, et une sociologie plus générale des professionnel·les de santé réalisant des IVG est nécessaire, à plus forte raison après les évolutions législatives post-pandémie. Il s'agit de comprendre les enjeux du travail d'avortement pour les professionnel·les (c'est en partie l'objet de la thèse en cours de Raphaël Perrin), d'analyser les formations des médecins et des soignant·es à la contraception, mais aussi de comprendre l'articulation, à différentes échelles, de la politique de santé avec le travail de terrain (c'est ce qu'a fait Myriam Borel (2023), à l'échelle locale, dans sa thèse).

À cela s'ajoute un enjeu que j'ai relativement laissé de côté ici : celui de la production des médicaments et des objets technologiques pour avorter. La très récente pénurie de misoprostol⁸, la molécule qui permet l'expulsion de l'embryon, rappelle le rôle très concret que jouent les laboratoires pharmaceutiques dans l'accès effectif à l'IVG. Ceux-là ont aussi un rôle important dans la reconduction des inégalités contraceptives genrées : la promotion de méthodes médicalisées (voir Annexe H) est directement dans l'intérêt économique de ceux qui les produisent et les vendent – voir à ce sujet la thèse d'Alexandra Roux (2020) et les travaux de Nelly Oudshoorn (Oudshoorn, Akrich et Le Doaré, 1999 ; Oudshoorn, 2003). La pilule ou les DIU s'avèrent ainsi plus rentables économiquement que le retrait ou l'abstinence périodique.

Pour une sociologie politique nationale et internationale des mouvements sociaux autour de l'avortement

Enfin, le droit à l'avortement, fer de lance historique des luttes féministes, cristallise à l'échelle internationale nombre d'oppositions politiques. De futurs travaux relatifs à la portée symbolique, politique et pratique du droit à l'avortement sont à promouvoir, en insérant cette problématique dans une plus vaste analyse politique. La stigmatisation voire la criminalisation de l'avortement va souvent de pair avec la défense d'un ordre moral conservateur et des tentatives d'assoier un gouvernement politique autoritaire. Au-delà des normes de genre, il serait

⁸ En avril 2023, de nombreuses pharmacies françaises n'avaient plus de stock de cette molécule. Voir l'article d'Annabelle Rochet pour *Elle* le 17/04/2023, « Tout savoir de la pénurie de misoprostol, médicament utilisé pour les IVG médicamenteuse », accessible à l'adresse <https://www.elle.fr/Societe/News/Penurie-de-Misoprostol-en-France-l-IVG-est-il-en-danger-4123190>, consultée le 01/07/2023. Voir aussi l'article de Zeliha Chaffin pour *Le Monde* du 03/05/2023, « Pilule abortive : selon le laboratoire Nordic Pharma, "il n'y a pas à craindre de pénurie" ».

alors question, dans une perspective comparatiste, de montrer comment la législation sur l'IVG est le creuset d'oppositions politiques bien plus larges – les États-Unis en sont l'exemple le plus frappant.

S'agissant spécifiquement de la France, mon travail a montré les recompositions contemporaines de la rhétorique anti-avortement et le renouveau de ce militantisme. Cette partie de mon enquête est cependant trop superficielle : si j'ai posé des balises, à partir de l'étude des sites anti-IVG et de la littérature disponible, je n'ai pas proposé de cartographie détaillée de la mouvance familialiste conservatrice ni mené une enquête de terrain approfondie sur les opposant·es à l'avortement. Les travaux sur la nébuleuse conservatrice sont nombreux depuis la Manif pour Tous (comme ceux de Magali Della Sudda, de Martina Avanza, de Yann Raison du Cleuziou, de Constance Cheynel, de Mélodie Gauglin...), mais il manque à la sociologie et à la science politique un travail d'ampleur sur le militantisme anti-avortement contemporain, qui pourrait inclure, à l'heure actuelle, une ethnographie des Survivants, de l'association Jérôme Lejeune et de leurs liens avec l'extrême-droite et la mouvance catholique. À la manière de ce qu'avait fait Fammieta Venner dans les années 1990, une enquête qui renseigne sur le positionnement des militant·es anti-avortement, les soutiens politiques et financiers dont ils disposent, l'organisation de leurs solidarités, en particulier à l'échelle de la démocratie représentative, semble indispensable pour prendre la mesure de l'enracinement conservateur, d'où peut venir le *backlash* (Faludi, 1993), ce retour de bâton face aux avancées féministes. L'exemple états-unien, là encore, a rappelé combien précaires peuvent devenir certains acquis.

Mais les oppositions aux droits des femmes viennent aussi plus largement des réseaux masculinistes. Édouard Leport (2022) a montré comment les pères qui réclament la garde de leurs enfants en mobilisant une rhétorique de l'équité parentale veulent en fait faire passer les intérêts des hommes avant ceux des femmes. Une enquête comparable pourrait être menée auprès des associations qui dénoncent la « paternité imposée », dont le discours masculiniste saute aux yeux après une brève recherche (voir 6.3.2). Cela permettrait de mieux comprendre la puissance de la narration stigmatisante de « l'enfant dans le dos » qui décourage les femmes de poursuivre des grossesses sans l'accord de leur partenaire sexuel.

À l'inverse, la place de l'avortement dans le féminisme contemporain, à l'échelle des trajectoires d'engagement individuelles mais aussi des collectifs, mérite d'être davantage explorée, en France et ailleurs. La question des violences abortives n'en est notamment qu'aux prémices de sa problématisation.

Ce travail mène donc à un ensemble de pistes de lectures et d'analyse, mais il reste largement incomplet sur ces points, que d'autres travaux pourront approfondir.

3. Désstigmatiser l'avortement : quelques pistes de réflexion collective

« Il est de la responsabilité des pouvoirs publics que chacune puisse accéder [à l'IVG] sans subir des discours culpabilisants » écrivaient Marie-Noëlle Battistel et Cécile Muschotti dans leur rapport parlementaire sur l'accès à l'IVG (2020, p. 8). Pour terminer cette thèse, je voudrais, à la manière de plusieurs travaux internationaux (Cockrill, 2014 ; Hessini, 2014), adopter une posture plus normative et, sans formuler de recommandations, proposer plutôt des pistes de réflexion collective pour les acteur·ices qui auraient pour but de désstigmatiser l'avortement – puissance publique, associations, mouvements féministes.

Faire advenir de nouveaux récits sur l'avortement

Pour éviter un renvoi systématique vers l'indicible et l'officieux, l'avortement doit sortir du régime de silence qui l'entoure. Laurence Brunet et Alexandrine Guyard-Nedelec le constatent dans la conclusion de leur ouvrage : lutter contre la « culture du secret » et « l'opprobre morale » implique de « libérer la parole », « faire émerger des récits » et « donner aux femmes [...] des outils de représentation et des espaces de parole » (Brunet et Guyard-Nedelec, 2019, p. 198). Mais cette sortie du silence ne saurait reposer sur les seules avortantes·ées et professionnel·les de l'IVG.

La désstigmatisation de l'avortement peut en passer plus généralement par des productions culturelles qui donnent à voir cet acte ordinaire de la vie des femmes. Les films, les séries, la littérature, la bande-dessinée, les podcasts, le théâtre, la danse, le stand-up, les arts plastiques en général (photographie, peinture, installations...) sont autant d'espaces où se fabriquent et se contestent les narrations des corps et des expériences. Un meilleur accès des femmes et plus généralement des minorités de genre aux espaces d'expression publique, à la création artistique, à la culture est une première piste pour faire émerger ces contre-récits (Baird et Millar, 2019).

Favoriser une éducation inclusive à la sexualité contre la « culture du viol »

Une deuxième piste consiste à investir massivement dans l'éducation sexuelle et affective, dès le plus jeune âge. L'apprentissage du consentement dès l'enfance, une responsabilisation sexuelle et contraceptive à destination de tous·tes les adolescent·es, des politiques de santé (comme la vaccination contre le papilloma virus) adressées à tous·tes, et pas prioritairement à destination des personnes dotées d'un utérus, peuvent contribuer à lutter contre les asymétries

entre les sexes et donc contre la stigmatisation abortive. Ce n'est qu'à cette condition que les scripts sexuels péno-centrés, et plus généralement les représentations de la sexualité comme « don » que les femmes feraient à des partenaires masculins « naturellement » plus désirants qu'elles, sont susceptibles de se transformer durablement. Outre la légitimation du désir et du plaisir féminin, l'urgence est de contrer massivement le discours de la « dette sexuelle » (Carbajal, Colombo et Tadorian, 2019), qui pousse tant de personnes dotées d'un utérus à accepter des rapports dont elles n'ont pas envie – y compris sans protection – tout en laissant croire à nombre de personnes dotées d'un pénis que la sexualité leur est due. D'une façon plus générale encore, l'enjeu est de contester la « culture du viol » (Rey-Robert, 2020) : trop de grossesses non prévues sont la conséquence de rapports sexuels contraints ou *a minima*, obtenus sans franc enthousiasme. Une réflexion collective à mener concerne ainsi les injonctions à la sexualité et leur traduction dans les pratiques concrètes. Les réseaux sociaux, bien avant la recherche, se sont emparés de cette question, comme en atteste le succès de plusieurs comptes d'éducation à la sexualité⁹.

Penser une politique de santé sexuelle et reproductive plus équitable

Mais une fois encore, la déstigmatisation n'est pas seulement affaire d'éducation et de représentations. Elle dépend aussi d'enjeux structurels, comme la législation sur l'avortement et l'organisation du système de santé. Sur le plan légal, de nombreuses mesures en faveur de l'accès à l'IVG ont été prises en France depuis dix ans. Outre la constitutionnalisation du droit ou de la « liberté » d'avorter, les pistes de réflexion concernent principalement le délai légal d'IVG, dont les associations féministes continuent de réclamer l'allongement, afin d'éviter les déplacements à l'étranger. Mais pour qu'une telle mesure ait un impact significatif, encore faut-il que les professionnel·les de santé y consentent. Un enjeu se situe donc bien du côté de la formation des équipes médicales à la contraception et à l'avortement (Millar, 2023), pour lutter contre la dévalorisation de ces actes et améliorer l'offre de soin.

La meilleure répartition du travail contraceptif entre les sexes, par exemple, ne peut se faire sans les médecins et les sages-femmes qui prescrivent la contraception, comme l'observait déjà Cécile Ventola (2016). Former les professionnel·les de santé aux dispositifs agissant sur le corps des hommes (en particulier la vasectomie) et plus généralement encourager la recherche sur des méthodes susceptibles de rendre le sperme temporairement infertile (les méthodes de

⁹ Voir le compte de Charline Vermont, *Orgasme et moi*, créé en 2019, qui atteint environ 703 000 abonné·es en juillet 2023, ou de Jüne Pla, *Jouissance Club*, créé en 2018 qui atteint 996 000 abonné·es en juillet 2023.

contraception thermique mais aussi les injections de Vasalgel – voir 4.3.2) est un enjeu important de santé sexuelle et reproductive.

Par ailleurs, l'offre d'avortement elle-même mérite réflexion : prendre en charge l'IVG dans des centres dédiés renouvelle l'idée qu'il s'agit d'un acte à part. Si une bonne formation est indispensable à la réalisation des IVG, faut-il pour autant continuer d'isoler la prise en charge abortive ou au contraire favoriser son intégration à l'activité ordinaire en gynécologie et maïeutique, voire démedicaliser sa prise en charge ? Enfin, la distinction entre IVG et IMG, qui produit en France une césure marquée en l'orthogénie et le dépistage anténatal, est-elle toujours pertinente quand nombre d'IMG pour motif psychosocial sont en fait des IVG en délai dépassé ?

« Tout n'est pas stigmatisation abortive » : l'importance des conditions matérielles d'existence

Enfin, ce travail sur la stigmatisation de l'avortement ne saurait faire oublier les rapports de domination qui lui préexistent, s'actualisent à travers elle et engagent très concrètement les conditions matérielles d'existence. Comme le rappelle Anuradha Kumar, chercheuse à l'IPAS, une ONG internationale visant à améliorer l'accès à l'avortement et à la contraception, « tout n'est pas stigmatisation abortive¹⁰ » (Kumar, 2013). L'accès au soin, la capacité à mettre ou non à distance la stigmatisation de l'avortement, la possibilité de faire valoir son choix d'interrompre ou de poursuivre une grossesse dépendent, comme on l'a vu, des ressources dont disposent les premières concernées. Désstigmatiser l'avortement implique de bouleverser les rapports de genre qui subordonnent les femmes, et de nouveaux récits n'y suffiront pas : il faut aussi et probablement d'abord assurer aux dominé·es des conditions de vie qui laissent l'espace de contester la domination subie, dans une société capitaliste qui précarise les femmes dans leur ensemble et plus encore celles sans diplôme, migrantes, isolées. La question de faire ou ne pas faire d'enfant, d'être ou ne pas être en couple, est plus vastement reliée à un ensemble d'autres problématiques liées au logement, à l'accès à l'emploi, aux modes de garde disponibles, au système d'aides publiques. Dans une société très largement construite autour du couple et de la famille nucléaire – de l'architecture des logements aux rémunérations salariales, en passant par mode de calcul des impôts et des aides publiques, etc. – et traversée d'inégalités qui ne cessent de se creuser, la réflexion sur l'autonomie procréative des femmes et la justice sexuelle et reproductive ne peut donc se passer d'une plus vaste réflexion sur la justice sociale.

¹⁰ "Everything is not abortion stigma".

Bibliographie

ABRAMOVICI J.-C., 2022, *Les hystériques : en attendant Freud*, Grenoble, Jérôme Million (Mémoires du corps).

ABRAMS P., 2015, « The Bad Mother: Stigma, Abortion and Surrogacy », *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 43, 2, p. 179-191.

ACCAMPO E.A., 2003, « The Gendered Nature of Contraception in France: Neo-Malthusianism, 1900-1920 », *Journal of Interdisciplinary History*, 34, 2, p. 235-262.

ADAMCZYK A., KIM C., DILLON L., 2020, « Examining Public Opinion about Abortion: A Mixed-Methods Systematic Review of Research over the Last 15 Years », *Sociological Inquiry*.

AERTS A.-T., 2013, « La fécondité dans les régions depuis les années 1960 », *Insee Première*, 1430.

AIKEN A.R.A., BORRERO S., CALLEGARI L.S., DEHLENDORF C., 2016, « Rethinking the Pregnancy Planning Paradigm: Unintended Conceptions or Unrepresentative Concepts? », *Perspectives on sexual and reproductive health*, 48, 3, p. 147-151.

AJBLI F., 2016, « Les Françaises "voilées" dans l'espace public : entre quête de visibilité et stratégies d'invisibilisation », *Nouvelles Questions Féministes*, Vol. 35, 1, p. 102-117.

AKRICH M., 2006, « Ne pas oublier l'avortement : parcours avec La Condition fœtale », *Travail, genre et sociétés*, N° 15, 1, p. 163-168.

ALBENGA V., 2021, « La socialisation au féminisme des étudiant-es par les médias après #MeToo », *Politiques de communication*, 17, 2, p. 53-78.

ALBENGA V., BACHMANN L., 2015, « Appropriations des idées féministes et transformation de soi par la lecture », *Politix*, 109, 1, p. 69-89.

ALBENGA V., GARCIA M.-C., 2017, « Chapitre 9. La sur-responsabilisation des filles dans "l'éducation à la sexualité" : une norme scolaire asymétrique », dans *École des filles, école des femmes*, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur (Perspectives en éducation et formation), p. 151-163.

ALGAVA E., 2003, « Les familles monoparentales : des caractéristiques liées à leur histoire matrimoniale », *Etudes et Résultats*, 218.

ALTSHULER A.L., OJANEN-GOLDSMITH A., BLUMENTHAL P.D., FREEDMAN L.R., 2017, « A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care », *Social Science & Medicine*, 191, p. 109-116.

AMARI S., 2013, « Sujets tacites. Le cas de lesbiennes d'origine maghrébine », *Tumultes*, 41, 2, p. 205-221.

AMBROISE-RENDU A.-C., 2014, *Histoire de la pédophilie : XIXe-XXIe siècles*, Paris, Fayard, 352 p.

AMOUROUX M., MIEUSSET R., DESBRIERE R., OPINEL P., KARSENTY G., PACI M., FERNANDES S., COURBIERE B., PERRIN J., 2018, « Are men ready to use thermal male contraception? Acceptability in two French populations: New fathers and new providers », *PloS One*, 13, 5, p. e0195824.

AMSELLEM-MAINGUY Y., 2006, « Prescrire et proscrire des conduites, véhiculer des normes : les mères comme actrices privilégiées de prévention en matière de sexualité et de contraception », *Recherches familiales*, 3, p. 49-59.

AMSELLEM-MAINGUY Y., VUATTOUX A., 2019, « Sexualité juvénile et rapports de pouvoir : réflexions sur les conditions d'une éducation à la sexualité », *Mouvements*, 99, 3, p. 85-95.

ANCIAN J., 2018, *Des grossesses catastrophiques. Une sociologie des logiques reproductives dans les mises en récit judiciaires et biographiques de néonaticide*, Thèse de doctorat, Paris Sciences et Lettres.

ANDRO A., 2008, « Les jeunes qui n'ont pas encore eu de rapport sexuel, entre normes sociales et manque d'opportunités », dans *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La Découverte (Hors Collection Social), p. 149-162.

ANDRO A., 2016, *Démographie, reproduction et sexualité : passer les bornes*, dossier pour l'Habilitation à Diriger des Recherches, Paris I Panthéon Sorbonne.

ANDRO A., BACHMANN L., BAJOS N., HAMEL C., 2010, « La sexualité des femmes : le plaisir contraint », *Nouvelles Questions Féministes*, Vol. 29, 3, p. 4-13.

ANDRO A., BAJOS N., 2008, « La sexualité sans pénétration : une réalité oubliée du répertoire sexuel », dans *Enquête sur la sexualité en France*, La Découverte, p. 297-314.

ANDRO A., DESGREES DU LOU A., 2009, « La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : Enjeux et difficultés », *Autrepart*, n° 52, 4, p. 3-12.

ANDRO A., HAMEL C., 2010, « Une médecine féministe. Entretien avec Emmanuelle Piet », *Nouvelles Questions Féministes*, Vol. 29, 3, p. 92-101.

ANGELOFF T., MARUANI M., 2005, « Gisèle Halimi. La cause du féminisme », *Travail, genre et sociétés*, N° 14, 2, p. 5-25.

ANTIN T.M.J., 2015, « Bodies and Behaviors as Taboo —The Gendered Stigma of Substance Use, a Commentary on Enefalk, Bailey, Griffin, and Shankar, and Harder and Demant », *Substance Use & Misuse*, 50, 6, p. 768-770.

ARBORIO A.-M., 2001, *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris Anthropos (Sociologiques), 334 p.

ARBORIO A.-M., FOURNIER P., 2008, *L'observation directe*, 2e édition, Paris, Armand Colin, 127 p.

ARIES P., [1948] 1971, *Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIIIe siècle.*, Paris : Ed. du Seuil.

ARIES P., 1978, « La contraception autrefois », *L'Histoire*.

ARIES P., [1960] 2014, *L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Paris, Points, 320 p.

ARMAND É., 2009, *La révolution sexuelle et la camaraderie amoureuse*, Paris, Zones.

ARMANGAU Y., FIGEAC J., 2021, « Social Support Networks within Transgender Facebook Groups: Facing a "Therapeutic Shield" in France », dans Emerald Publishing Limited, p. 207.

ASTBURY-WARD E., PARRY O., CARNWELL R., 2012, « Stigma, Abortion, and Disclosure — Findings from a Qualitative Study », *The Journal of Sexual Medicine*, 9, 12, p. 3137-3147.

ATHEA N., 2020, « Médicalisation de la vie reproductive des femmes : quelques aspects », *Revue française des affaires sociales*, 3, p. 131-144.

AUBIN C., JOURDAIN MENNINGER D., CHAMBAUD L., 2009, « La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse », *Inspection générale des Affaires sociales*.

AUDIBERT N., 2016, « *Violence obstétricale* », *Emergence d'un problème public en France*, mémoire pour l'obtention du grade de master, Science Po Paris.

AULOMBARD N., 2019, *Défier la sexualisation du regard. Analyse des démarches contestataires des FEMEN et du post-porn*, Thèse de doctorat, Lyon.

AVALOS L., 1999, « Hindsight and the abortion experience: what abortion means to women years later », *Gender Issues*, 17, 2, p. 35-57.

AVANZA M., SUDDA M. DELLA, 2017, « “Ripostes catholiques” : Recherches contemporaines sur les mobilisations conservatrices autour de questions sexuelles », *Genre, sexualité et société*, 18.

AVON B., 2004, *À l'écoute du symptôme IVG : accompagner la relation*, Lyon, Chronique sociale (Comprendre les personnes).

AYOOLA A.B., NETTLEMAN M., BREWER J., 2007, « Reasons for unprotected intercourse in adult women », *Journal of Women's Health (2002)*, 16, 3, p. 302-310.

AZCUE M., MATHIEU M., 2017, « Avorter et accoucher autrement. De la démedicalisation à la reconfiguration des normes sociales », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48-2, p. 95-116.

BABA C.F., CASAS L., RAMM A., CORREA S., BIGGS M.A., 2020, « Medical and midwifery student attitudes toward moral acceptability and legality of abortion, following decriminalization of abortion in Chile », *Sexual & Reproductive Healthcare*, 24, p. 100502.

BAIRD B., 2014, « Happy Abortionists: Considering the Place of Doctors in the Practice of Abortion in Australia since the Early 1990s », *Australian Feminist Studies*, 29, 82, p. 419-434.

BAIRD B., MILLAR E., 2019, « More than stigma: Interrogating counter narratives of abortion », *Sexualities*, 22, 7-8, p. 1110-1126.

BAJARD F., 2013, « Enquêter en milieu familial », *Genèses*, n° 90, 1, p. 7-24.

BAJOS N., PRIOUX F., MOREAU C., 2013, « L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 61, 4, p. 291-298.

BAJOS N., BOHET A., LE GUEN M., MOREAU C., L'EQUIPE DE L'ENQUETE FECOND, 2012, « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? », *Population et Sociétés*, 492.

BAJOS N., FERRAND M., 2001, « L'avortement à l'âge de raison », *Mouvements*, 17, 4, p. 99-105.

BAJOS N., FERRAND M., 2002, *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Inserm, Paris.

BAJOS N., FERRAND M., 2004, « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine », *Sciences sociales et santé*, 22, 3, p. 117-142.

BAJOS N., FERRAND M., 2005, « 14. Contraception et avortement », dans *Femmes, genre et sociétés*, La Découverte, p. 114-121.

BAJOS N., FERRAND M., 2006a, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines*, 61, 1, p. 91-117.

BAJOS N., FERRAND M., 2006b, « La condition fœtale n'est pas la condition humaine », *Travail, genre et sociétés*, 15, 1, p. 176-182.

BAJOS N., FERRAND M., 2011, « De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 1, p. 42-60.

BAJOS N., FERRAND M., MOREAU C., 2012, « Évolution du recours à l'IVG en France : de l'enjeu contraceptif à la modification de la norme procréative », *Médecine thérapeutique / Médecine de la reproduction, gynécologie et endocrinologie*, 14, 1, p. 3-10.

BAJOS N., GUEN M.L., BOHET A., PANJO H., MOREAU C., THE FECOND GROUP, 2014, « Effectiveness of Family Planning Policies: The Abortion Paradox », *PLOS ONE*, 9, 3, p. e91539.

BAJOS N., LAMARCHE-VADEL A., GILBERT F., FERRAND M., MOREAU C., 2006, « Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? », *Human Reproduction*, 21, 11, p. 2862-2867.

BAJOS N., MOREAU C., FERRAND M., BOUYER J., 2003, « Enquête COCON : filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France : approches qualitative et quantitative », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*.

BAJOS N., MOREAU C., LERIDON H., FERRAND M., 2004, « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? », *Population et Sociétés*, 407.

BAJOS N., OUSTRY P., LERIDON H., BOUYER J., JOB-SPIRA N., HASSOUN D., COCON E., 2004, « Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France », *Population*, Vol. 59, 3, p. 479-502.

BAJOS N., ROUZAUD-CORNABAS M., PANJO H., 2014, « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif. », *Population et Société*, 511.

BALLIF E., 2022, « Anticipatory Regimes in Pregnancy: Cross-Fertilising Reproduction and Parenting Culture Studies », *Sociology*, p. 00380385221107492.

BARBOT J., WINANCE M., PARIZOT I., 2015, « Imputer, reprocher, demander réparation. Une sociologie de la plainte en matière médicale », *Sciences sociales et santé*, 33, 2, p. 77-105.

BARD C., MOSSUZ-LAVAU J., 2006, *Le planning familial : histoire et mémoire*, Rennes, PU Rennes, 209 p.

BARDET J.-P., DUPAQUIER J., 1986, « Contraception : les Français les premiers, mais pourquoi ? », *Communications*, 44, 1, p. 3-33.

BARNHART K.T., SCHREIBER C.A., 2009, « Return to fertility following discontinuation of oral contraceptives », *Fertility and Sterility*, 91, 3, p. 659-663.

BASTIEN D., 2011, « « J'ai tué mon enfant... » Pour penser la clinique de l'IVG », *Cahiers de psychologie clinique*, n° 37, 2, p. 149-163.

BATEMAN S., 2006, « De la neutralité axiologique face à une pratique moralement controversée », *Travail, genre et sociétés*, N° 15, 1, p. 169-175.

BATTISTEL M.-N., GOUFFIER-CHA G., 2022, « Rapport d'information sur la constitutionnalisation de l'interruption volontaire de grossesse », 498, Assemblée Nationale.

BATTISTEL M.-N., MUSCHOTTI C., 2020, « Rapport d'information fait au nom de la délégation aux des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) », 3343, Assemblée Nationale.

BAUDELLOT C., 2008, « Cécile Van de Velde, Devenir Adulte. Sociologie comparée de la jeunesse en Europe », *Lectures*.

BEAUD S., 1996, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'"entretien ethnographique" », *Politix*, 9, 35, p. 226-257.

BEAUD S., WEBER F., 2010, *Guide de l'enquête de terrain produire et analyser des données ethnographiques*, Paris, La Découverte.

BEAUJOUAN E., SOBOTKA T., BRZOWSKA Z., ZEMAN K., 2017, « La proportion de femmes sans enfant a-t-elle atteint un pic en Europe ? », *Population et Sociétés*, 540.

BECKER A., 2019, « “My Abortion Made Me a Good Mom”: An Analysis of the Use of Motherhood Identity to Dispel Abortion Stigma », dans *Reproduction, Health, and Medicine*, Emerald Publishing Limited (Advances in Medical Sociology), p. 219-240.

BECKER H., [1963] 2012, *Outsiders : Etudes de sociologie de la déviance*, Paris, Editions Métailié, 247 p.

BELFRAGE M., RAMIREZ O.O., SORHAINDO A., 2020, « Story Circles and abortion stigma in Mexico: a mixed-methods evaluation of a new intervention for reducing individual level abortion stigma », *Culture, Health & Sexuality*, 22, 1, p. 96-111.

BELLIDENTY J., 2017, « L'enquête Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants de la DREES », *Revue française des affaires sociales*, 2, p. 36-39.

BELTZER N., BAJOS N., 2008, « De la contraception à la prévention : les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles », dans *Enquête sur la sexualité en France*, La Découverte, p. 437-460.

BENDER K.E., 2007, *Choice: true stories of birth, contraception, infertility, adoption, single parenthood, & abortion*, San Francisco, CA, MacAdam/Cage, 349 p.

BENNANI-CHRAÏBI M., 2020, « Exit, voice, loyalty », dans *Dictionnaire des mouvements sociaux*, Paris, Presses de Sciences Po (Références), p. 251-258.

BERARD J., 2013, « Chapitre 3 / Les mouvements féministes contre la justice des hommes », *Academique*, 1, p. 99-122.

BERAUD C., 2013, « 8 - Les catholiques contre le genre. L'épisode des manuels de SVT », dans *Normes religieuses et genre*, Armand Colin, p. 109-122.

BERAUD, C., PORTIER, P. (dirs.), 2015, *Métamorphoses catholiques : Acteurs, enjeux et mobilisations depuis le mariage pour tous*, Éditions de la Maison des sciences de l'homme.

BERENI L., CHAUVIN S., REVILLARD A., JAUNAIT A., [2016] 2019, *Introduction aux études sur le genre*.

BERGSTRÖM M., 2019, *Les nouvelles lois de l'amour : sexualité, couple et rencontres au temps du numérique*, Paris, La Découverte, 220 p.

BERLIVET L., 2004, « Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention », dans FASSIN D., MEMMI D. (dirs.), *Le gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales (Cas de figure), p. 37-75.

BERNARD S., 2010, « France. Contraception : ce qui se joue aujourd'hui entre filles et garçons », dans *Les jeunes et la sexualité*, p. 61-73.

BERRY V., 2012, « Ethnographie sur Internet : rendre compte du “virtuel” », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle*, 45, 4, p. 35-58.

BERTRAND D., 2018, « L'essor du féminisme en ligne », *Réseaux*, n° 208-209, 2, p. 232-257.

BESSIERE C., GOLLAC S., 2019, *Le genre du capital : comment la famille reproduit les inégalités*, Paris, La Découverte (Collection L'envers des faits), 326 p.

BESSIERE S., 2005, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 17-33.

BESSIN M., LEVILAIN H., 2012, *Parents après 40 ans : l'engagement familial à l'épreuve de l'âge*, Paris, Autrement (Mutations).

- BESSONE M., 2022, « Qualifier moralement le racisme individuel », *Mouvements*, HS 2, HS, p. 75-89.
- BEYNON-JONES S.M., 2013a, « ‘We view that as contraceptive failure’: Containing the ‘multiplicity’ of contraception and abortion within Scottish reproductive healthcare », *Social Science & Medicine* (1982), 80, p. 105-112.
- BEYNON-JONES S.M., 2013b, « Expecting Motherhood? Stratifying Reproduction in 21st-century Scottish Abortion Practice », *Sociology*, 47, 3, p. 509-525.
- BEYNON-JONES S.M., 2015, « Re-visioning Ultrasound through Women’s Accounts of Pre-abortion Care in England », *Gender & Society*, 29, 5, p. 694-715.
- BEYNON-JONES S.M., 2017, « Untroubling abortion: A discourse analysis of women’s accounts: », *Feminism & Psychology*.
- BIDART C., 1997, « Parler de l’intime : les relations de confiance », *Mana, Revue de sociologie et d’anthropologie*, 3, p. 19-55.
- BIDART C., 2010, « Les âges de l’amitié. Cours de la vie et formes de la socialisation », *Transversalités*, 113, 1, p. 65-81.
- BIDART C., 2017, *L’amitié, un lien social*, La Découverte, 670 p.
- BIGGS M.A., BROWN K., FOSTER D.G., 2020, « Perceived abortion stigma and psychological well-being over five years after receiving or being denied an abortion », *PLOS ONE*, 15, 1, p. e0226417.
- BIGGS M.A., ROWLAND B., MCCULLOCH C.E., FOSTER D.G., 2016, « Does abortion increase women’s risk for post-traumatic stress? Findings from a prospective longitudinal cohort study », *BMJ Open*, 6, 2, p. e009698.
- BIGOT R., 2009, « Le logement pèse de plus en plus dans le budget des ménages européens », *Informations sociales*, 155, 5, p. 14-23.
- BIZEUL D., 1998, « Le récit des conditions d’enquête : exploiter l’information en connaissance de cause », *Revue française de sociologie*, 39, 4, p. 751-787.
- BIZEUL D., 2007, « Que faire des expériences d’enquête ? », *Revue française de science politique*, 57, 1, p. 69-89.
- BLANCHARD V., 2019, *Vagabondes, voleuses, vicieuses : adolescentes sous contrôle, de la Libération à la libération sexuelle*, Paris, ÉFB (Genre!), 324 p.
- BLANCHET A., GOTMAN A., 2010, *L’entretien : L’enquête et ses méthodes*, 2e édition, Paris, Armand Colin, 128 p.
- BLASCO J., LABARTHE J., 2018, *Les revenus et le patrimoine des ménages, édition 2018*, Insee Références.
- BLAYO C., 1977, « L’enregistrement de l’avortement provoqué en France », *Population*, 32, 4, p. 977-987.
- BLAYO C., 1985, « L’avortement légal en France », *Population et Sociétés*, 187.
- BLAYO C., 1995, « L’évolution du recours à l’avortement en France depuis 1976 », *Population*, 50, 50, p. 779-810.
- BLAYO C., 1997, « Le point sur l’avortement en France », *Population et Sociétés*, 325.
- BLOCH F., BUISSON M., 1999, « La disponibilité à l’enfant : le don et la norme », *Revue des politiques sociales et familiales*, 57, 1, p. 17-29.
- BOISGONTIER A., 2020, « « Il suffira d’une crise... » : la restriction du droit à l’avortement en Pologne, symptôme du déclin de l’État de droit », *La Revue des droits de l’homme. Revue du Centre de recherches et d’études sur les droits fondamentaux*.

BOLTANSKI L., 2004, *La Condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, 432 p.

BOLTANSKI L., 2006, « Réponse de Luc Boltanski », *Travail, genre et sociétés*, N° 15, 1, p. 183-190.

BOMMARAJU A., KAVANAUGH M.L., HOU M.Y., BESSETT D., 2016, « Situating stigma in stratified reproduction: Abortion stigma and miscarriage stigma as barriers to reproductive healthcare », *Sexual & Reproductive Healthcare*, 10, p. 62-69.

BOREL M., 2023, *Renouveau des luttes définitionnelles de la juridiction des sages-femmes au prisme des recompositions des politiques de prise en charge de l'IVG*, Thèse de doctorat, Bourgogne Franche-Comté.

BORRERO S., NIKOLAJSKI C., STEINBERG J.R., FREEDMAN L., AKERS A.Y., IBRAHIM S., SCHWARZ E.B., 2015, « "It just happens": a qualitative study exploring low-income women's perspectives on pregnancy intention and planning », *Contraception*, 91, 2, p. 150-156.

BOUCHER J., 2004, « Ultrasound: A Window to the Womb?: Obstetric Ultrasound and the Abortion Rights Debate », *Journal of Medical Humanities*, 25, 1, p. 7-19.

BOUCHERIE A., 2019, « Du "vrai viol" aux "zones grises". Juger du (non) consentement dans la sexualité contemporaine française », *Archives de philosophie du droit*, 61, 1, p. 375-386.

BOUILLON F., 2005, « Pourquoi accepte-t-on d'être enquêté?: le contre-don, au cœur de la relation ethnographique », *Terrains sensibles : expériences actuelles de l'anthropologie*.

BOUKALA M., CERCLE D., 2020, « L'enquête ethnographique face aux enjeux théoriques et méthodologiques du numérique », *Parcours anthropologiques*, 15, p. 1-25.

BOULET E., 2020, *Espaces et temps de la « production d'enfants » : sociologie des grossesses ordinaires*, Thèse de doctorat, Université Lyon 2 Lumière.

BOURDIEU P., 1979, *La Distinction : Critique sociale du jugement*, Paris, Les Editions de Minuit, 672 p.

BOURDIEU P., 1980, « L'identité et la représentation », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 35, 1, p. 63-72.

BOURDIEU P., 1984, « Espace social et genèse des "classes" », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 52, 1, p. 3-14.

BOURDIEU P., 1990, « La domination masculine », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 84, 1, p. 2-31.

BOURDIEU P., 1993, *La misère du monde*, Paris, Points, 1472 p.

BOURDIEU P., 1997, *Méditations pascaliennes*, Paris, Seuil (Collection Liber), 316 p.

BOURDIEU P., 2002, *La noblesse d'Etat : grandes écoles et esprit de corps*, Paris, Les Éd. de Minuit (Le sens commun), 568 p.

BOURDIEU, P. (dir.), [1963] 2009, *Questions de sociologie*, Repr., Paris, Ed. de Minuit (Reprise), 277 p.

BOURDIEU P., WACQUANT L.J.D., 1992, *Réponses : pour une anthropologie réflexive*, Paris, Ed. du Seuil (Libre examen Politique), 267 p.

BOURGUIGNON M., BREE S., EGGERICKX T., SANDERSON J.-P., 2019, « Fécondité différentielle au début du XXe siècle selon la classe sociale des femmes. Les cas de la Belgique et de la France », *Annales de démographie historique*, n° 138, 2, p. 179-211.

BOURRELIER C., 2018, « *Violences obstétricales* ». *Histoire de l'émergence d'une nouvelle préoccupation sociale.*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme, Université de Tours.

BOUSQUET D., 2000, « Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur le projet de loi (n° 2605) relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. », 2702, Assemblée Nationale.

BOUSQUET D., COURAUD G., COLLET M., 2018, « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical », Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes.

BOUSQUET D., LAURANT F., 2013, « Rapport relatif à l'accès à l'IVG - Volet 2 : Accès à l'IVG dans les territoires », HCE.

BOUSSAHBA-BRAVARD M., 2003, « Vision et visibilité: la rhétorique visuelle des suffragistes et des suffragettes britanniques de 1907 à 1914 », *Revue LISA/LISA e-journal. Littératures, Histoire des Idées, Images, Sociétés du Monde Anglophone – Literature, History of Ideas, Images and Societies of the English-speaking World*, Vol. I-n°1, p. 42-53.

BOZON M., 1991, « La nouvelle place de la sexualité dans la constitution du couple », *Sciences Sociales et Santé*, 9, 4, p. 69-88.

BOZON M., 1998, « Amour, désir et durée. Cycle de la sexualité conjugale et rapports entre hommes et femmes », dans BAJOS N., GROUPE ACSF (dirs.), *La sexualité aux temps du SIDA*, 1re éd, France, Presses universitaires de France (Sociologie d'aujourd'hui).

BOZON M., 2012, « Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes », *Agora débats/jeunesses*, N° 60, 1, p. 121-134.

BOZON M., 2018, *Sociologie de la sexualité*.

BOZON M., BAJOS N., 2008, *Enquête sur la sexualité en France*, La Découverte.

BOZON M., RAULT W., 2012, « De la sexualité au couple. L'espace des rencontres amoureuses pendant la jeunesse », *Population*, 67, 3, p. 453-490.

BRAY F., FERLAY J., SOERJOMATARAM I., SIEGEL R.L., TORRE L.A., JEMAL A., 2018, « Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries », *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68, 6, p. 394-424.

BRECHON P., GONTHIER F., ASTOR S., 2019, *La France des valeurs: quarante ans d'évolutions*.

BRECHON, P., TCHERNIA, J.-F. (dirs.), 2009, *La France à travers ses valeurs*, Paris, Armand Colin, 319 p.

BRECQUEVILLE A., BRECQUEVILLE M., 2021, « Netnographie sur le vécu des femmes ménopausées et leurs craintes concernant le THM », p. 49.

BREE S., 2016, *Paris l'inféconde : la limitation des naissances en région parisienne au XIXe siècle*, Paris, INED éditions (Études & enquêtes historiques), 237 p.

BRETIN H., 1992, *Contraception : quel choix pour quelle vie?*, Paris, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 229 p.

BRETIN H., 2004, « Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France », *Sciences sociales et santé*, 22, 3, p. 87-110.

BRETIN H., KOTOB L., 2016, « Inégalités contraceptives au pays de la pilule », *Agone*, n° 58, 1, p. 123-134.

BRETON D., BELLIOU N., BARBIERI M., D'ALBIS H., MAZUY M., 2022, « L'évolution démographique récente de la France 2022. En région comme au niveau national, des comportements démographiques encore marqués par la Covid-19 », *Population*, 77, 4.

BRIET M., BARKATZ J., FRONTCAK S., RAMANAH R., CHABBERT BUFFET N., CRISTOFARI S., 2022, « Modalités du suivi gynécologique chez les patients transgenres — Revue de littérature », *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 50, 12, p. 788-796.

BRIVAL M.-L., 2012, « État des lieux de l'accessibilité à l'IVG en France », *Mini Revue Médecine de la reproduction, Gynécologie endocrinologie*, p. 14-21.

BROQUA C., COMBESSIE P., DESCHAMPS C., RUBIO V., 2019, « La sexualité au cœur des échanges intimes », *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, 156-157, p. 21-35.

BROSSARD B., 2014, *Se blesser soi-même*, Paris, Alma Editeur, 352 p.

BRUGEILLES C., SEBILLE P., 2013, « Le partage des tâches parentales : les pères, acteurs secondaires », *Informations sociales*, 176, 2, p. 24-30.

BRUN S., 2019, *Trouble dans la race : construction et négociations des frontières raciales dans deux types de familles mixtes en France*, Thèse de doctorat, Paris, Institut d'études politiques.

BRUNET, L., GUYARD-NEDELEC, A. (dirs.), 2019, *Mon corps, mes droits!, l'avortement menacé: panorama socio-juridique: France, Europe, États-Unis*, Paris, Éditions Mare & Martin (Collection de l'Institut des sciences juridique et philosophique de la Sorbonne), 206 p.

BRUNETEAUX P., LANZARINI C., 1998, « Les entretiens informels », *Sociétés contemporaines*, 30, 1, p. 157-180.

BRUNO I., DIDIER E., 2013, *Benchmarking: l'État sous pression statistique*, Paris, Éditions La Découverte (Zones), 209 p.

BRYON-PORTET C., 2011, « La culture du secret et ses enjeux dans la « Société de communication » », *Quaderni*, 75, p. 95-103.

BUDE H., 2017, « Soziologie der Freundschaft », *Berliner Journal für Soziologie*, 27, 3, p. 547-557.

BUISSON G., COSTEMALLE V., DAGUET F., 2015, « Depuis combien de temps est-on parent de famille monoparentale ? », *Insee Première*, 1539.

BUJON T., DOURLENS C., 2012, « Entre médicalisation et dépathologisation : la trajectoire incertaine de la question trans », *Sciences sociales et santé*, 30, 3, p. 33-58.

BURROWS L.J., BASHA M., GOLDSTEIN A.T., 2012, « The Effects of Hormonal Contraceptives on Female Sexuality: A Review », *The Journal of Sexual Medicine*, 9, 9, p. 2213-2223.

BUTLER J., [1990] 2006, *Trouble dans le genre*, traduit par FASSIN É., KRAUS C., Paris, La Découverte.

BYDLOWSKI M., 2001, « Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne », *Devenir*, 13.

BYDLOWSKI M., GOLSE B., 2001, « De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation », *Le Carnet PSY*, 63, 3, p. 30-33.

CABANAS E., ILLOUZ E., 2018, *Happycratie : comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies essai*, traduit par JOLY F., Paris, Premier parallèle.

CAHEN F., 2011, « De l'« efficacité » des politiques publiques : la lutte contre l'avortement « criminel » en France, 1890-1950 », *Revue d'histoire moderne contemporaine*, n° 58-3, 3, p. 90-117.

CAHEN F., 2015, « Soins, refus de soins ou maltraitance ? Médecins et avortées dans les hôpitaux parisiens (1900-1975) », *Histoire, médecine et santé*, 7, p. 63-76.

CAHEN F., 2016, *Gouverner les mœurs. La lutte contre l'avortement en France, 1890-1950*, Paris, PUF, 413 p.

CAHEN F., 2019, « Femmes, hommes et fécondité : contrôler les naissances », *Informations sociales*, n° 200, 2, p. 50-57.

CAHEN F., 2020, « SETHNA Christabelle, DAVIS Gayle (eds), 2019, *Abortion Across Borders*, Johns Hopkins University Press, Maryland, 360 p. », *Population*, Vol. 75, 4, p. 624-625.

CAHEN F., CAPUANO C., 2011, « La poursuite de la répression anti-avortement après Vichy », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, n° 111, 3, p. 119-131.

CAHEN F., CHILETTI S., 2018, « Les ambivalences du diagnostic précoce de grossesse (xvii^e-xxe siècle) », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 48, 2, p. 223-241.

CAIATA ZUFFEREY M., ACETI M., 2022, « Loin des yeux, loin du cœur ? », *Socio-anthropologie*, 45, p. 249-266.

CANNOLD L., 2002, « Understanding and Responding to Anti-choice Women-centred Strategies », *Reproductive Health Matters*, 10, 19, p. 171-179.

CARAYON L., 2016, *La catégorisation des corps : étude sur l'humain avant la naissance et après la mort*, Thèse de doctorat, Paris 1.

CARAYON L., 2019, « Penser les droits reproductifs comme un tout : avortement, contraception et accouchement sous X en droit français », dans *Mon corps, mes droits!, l'avortement menacé: panorama socio-juridique: France, Europe, États-Unis*, Paris, Éditions Mare & Martin (Collection de l'Institut des sciences juridique et philosophique de la Sorbonne), p. 29-43.

CARBAJAL M., COLOMBO A., TADORIAN M., 2019, « Consentir à des expériences sexuelles sans en avoir envie », *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, 156-157, p. 197-218.

CARBAJAL M., WARD L., SCHÖNENBERGER S., 2020, « Rapports hétérosexuels occasionnels non protégés des jeunes hommes latino-américains en Suisse : au-delà de la prise de risque », *Agora débats/jeunesses*, 84, 1, p. 7-21.

CARDI C., 2007, « La « mauvaise mère » : figure féminine du danger », *Mouvements*, no 49, 1, p. 27-37.

CARDON D., 2003, « Droit au plaisir et devoir d'orgasme dans l'émission de Menie Grégoire, Abstract », *Le Temps des médias*, 1, p. 77-94.

CARDON D., COINTET J.-P., VENTURINI T., 2014, *Méthodes digitales Approches quali/quantitative des données numériques*, Réseaux.

CAROF S., 2021, *Grossophobie : Sociologie d'une discrimination invisible*, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 274 p.

CAROL A., 1998, *Histoire de l'eugénisme en France : Les médecins et la procréation, XIXe-XXe siècle*, Paris, Seuil, 381 p.

CARTIER M., COLLET A., CZERNY E., GILBERT P., LECHIEN M.-H., MONCHATRE S., NOUS C., 2021, « Allez, les pères ! Les conditions de l'engagement des hommes dans le travail domestique et parental », *Travail, genre et sociétés*, 46, 2, p. 33-53.

CARUSO S., PALERMO G., CARUSO G., RAPISARDA A.M.C., 2022, « How Does Contraceptive Use Affect Women's Sexuality? A Novel Look at Sexual Acceptability », *Journal of Clinical Medicine*, 11, 3, p. 810.

CASEY S.E., STEVEN V.J., DEITCH J., DUMAS E.F., GALLAGHER M.C., MARTINEZ S., MORRIS C.N., RAFANOHARANA R.V., WHEELER E., 2019, « "You must first save her life": community perceptions towards induced abortion and post-abortion care in North and South Kivu, Democratic Republic of the Congo », *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27, 1, p. 106-117.

CASTEL R., 1999, *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Folio, 813 p.

CASTEL R., ENRIQUEZ E., STEVENS H., 2008, « D'où vient la psychologisation des rapports sociaux ? », *Sociologies pratiques*, 17, p. 15-27.

CAVENG R., DARBUS F., 2017, « Cachez ces faits que je ne saurais voir ! », *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol. 11, N°4, 4, p. 511-520.

CEBE D., PHILIPPE C., 2002, « La poursuite d'une grosse découverte tardivement ou le recours à l'IVG en dehors du cadre légal français », dans *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Inserm.

CEFAÏ D., 2017, « Handicap visible : de la reconnaissance du stigmate et du déni de déviance à la revendication de droits », *Alter*, 11, 2, p. 113-133.

CHAPERON S., 2002, « L'histoire contemporaine des sexualités en France », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, no 75, 3, p. 47-59.

CHAPOULIE J.-M., 2000, « Le travail de terrain, l'observation des actions et des interactions, et la sociologie », *Sociétés contemporaines*, 40, 1, p. 5-27.

CHARLAP C., 2019, *La fabrique de la ménopause*, Paris, Cnrs, 272 p.

CHARLES V.E., POLIS C.B., SRIDHARA S.K., BLUM R.W., 2008, « Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence », *Contraception*, 78, 6, p. 436-450.

CHARNACE L., 2020, *L'entrée dans la sexualité des jeunes femmes : une socialisation féminine à la culture du viol*, Mémoire de M2 en sociologie, Université Lyon 2 Lumière.

CHARTON L., 2014, « La stérilisation contraceptive ou le renforcement d'une image normative de la famille », *Recherches familiales*, 11, p. 65-73.

CHASIN C.D., 2013, « Reconsidering Asexuality and Its Radical Potential », *Feminist Studies*, 39, 2, p. 405-426.

CHATEL M.-M., 1998, *Malaise dans la Procréation : Les Femmes et la médecine de l'enfantement*, Albin Michel édition, Paris, Albin Michel, 177 p.

CHATOT M., 2020, *Le temps des pères : socialisation et résistances au rôle de pourvoyeur de soins dans le cadre d'un congé parental à temps plein*, Thèse de doctorat, Paris, EHESS.

CHAUNU P., [1966] 1993, *La Civilisation de l'Europe classique*, Paris, Flammarion, 509 p.

CHAUVEAU S., 2003, « Les espoirs déçus de la loi Neuwirth », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 18, p. 223-239.

CHAUVIN S., LERCH A., 2013, *Sociologie de l'homosexualité*, Paris, La Découverte (Collection Repères), 125 p.

CHEYNEL C., 2022, *Des catholiques en quête de respect ? : Engagements, mobilisations et stratégies de respectabilisation aux Associations familiales catholiques (1958 – aujourd'hui)*, Thèse de doctorat, Université Paris sciences et lettres.

CHOR J., TUSKEN M., YOUNG D., LYMAN P., GILLIAM M., 2019, « Factors Shaping Women's Pre-abortion Communication with Members of Their Social Network », *Journal of Community Health*, 44, 2, p. 265-271.

CLAIR I., 2007, « La division genrée de l'expérience amoureuse. Enquête dans des cités d'habitat social », *Sociétés & Représentations*, 24, 2, p. 145-160.

CLAIR I., 2008, *Les jeunes et l'amour dans les cités*, Paris, Armand Colin, 304 p.

CLAIR I., 2012, « Le pédé, la pute et l'ordre hétérosexuel », *Agora débats/jeunesses*, 60, p. 67-78.

CLAIR I., 2015, *Sociologie du genre*, Paris, Armand Colin, 132 p.

CLAIR I., 2016a, « Faire du terrain en féministe », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 213, 3, p. 66.

CLAIR I., 2016b, « 14. “Je suis une salope” », dans *Apprendre la sociologie par l'exemple*, Paris, Armand Colin (Hors collection), p. 187-197.

CLAIR I., 2016c, « La sexualité dans la relation d'enquête », *Revue française de sociologie*, 57, 1, p. 45-70.

CLAIR I., 2017, « S'insulter entre filles. Ethnographie d'une pratique polysémique en milieu populaire et rural », *Terrains & travaux*, 31, 2, p. 179-199.

CLAIR I., 2023, *Les choses sérieuses : enquête sur les amours adolescentes*, Paris XIXe, Éditions du Seuil, 392 p.

CLARO M., 2016, « Contraception et avortement », dans *Encyclopédie critique du genre*, La Découverte, p. 136-148.

CLARO M., 2018, *Ni hasard ni projet. Genre, sexualité et procréation pendant la jeunesse en Russie (années 1970-années 2010)*, Thèse de doctorat, Paris Sciences et Lettres.

COCKRILL K., 2014, « Commentary: Imagine a World Without Abortion Stigma », *Women & Health*, 54, 7, p. 662-665.

COCKRILL K., BIGGS A., 2018, « Can stories reduce abortion stigma? Findings from a longitudinal cohort study », *Culture, Health & Sexuality*, 20, 3, p. 335-350.

COCKRILL K., HESSINI L., 2014, « Introduction: Bringing Abortion Stigma into Focus », *Women & Health*, 54, 7, p. 593-598.

COCKRILL K., NACK A., 2013, « “I’m Not That Type of Person”: Managing the Stigma of Having an Abortion », *Deviant Behavior*, 34, 12, p. 973-990.

COCKRILL K., UPADHYAY U.D., TURAN J., GREENE FOSTER D., 2013, « The Stigma of Having an Abortion: Development of a Scale and Characteristics of Women Experiencing Abortion Stigma », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45, 2, p. 79-88.

COLIN M., 1987, *Rôle de la dynamique de couple dans le déclenchement de la grossesse suivie d'IVG: recherche présentée par l'A.F.C.C.C.*, ASSOCIATION FRANÇAISE DES CENTRES DE CONSULTATION CONJUGALE (dir.), Paris, France, A.F.C.C.C., 106 p.

COLLET B., SANTELLI E., 2012, *Couples d'ici, parents d'ailleurs : Parcours de descendants d'immigrés*, 1re édition, Paris, Presses universitaires de France (Le lien social), 354 p.

COLLET M., 2011, « Un panorama de l'offre en matière de prise en charge des IVG : caractéristiques, évolutions et apport de la médecine de ville », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 1, p. 86-115.

COLLINS P.H., 2002, *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*, Routledge, 352 p.

COMBESSIE J.-C., 2007, *La méthode en sociologie*, 5. éd, Paris, La Découverte (Repères Sociologie), 124 p.

COMBESSIE P., MAYER S., 2013, « Une nouvelle économie des relations sexuelles ? », *Ethnologie française*, 43, 3, p. 381-389.

COMMISSION IVG, 2016, « IVG : État des lieux et perspectives d'évolution du système d'information », Ministère des affaires sociales et de la santé.

COMMISSION SANTE, DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS, 2013, « Rapport relatif à l'accès à l'IVG - Volet 1 : Information sur l'avortement sur Internet »,.

COMTE-PAJOT F., 1989, *La profession médicale face à l'avortement*, Strasbourg 2.

CONNELL R., 2014, *Masculinités : enjeux sociaux de l'hégémonie*.

CONNELL R.W., MESSERSCHMIDT J.W., 2015, « Faut-il repenser le concept de masculinité hégémonique ? », *Terrains travaux*, N° 27, 2, p. 151-192.

CORNILLET T., DATCHARY C., 2020, « Pour un usage raisonné de la numérisation de l'enquête ethnographique », *Parcours anthropologiques*, 15, p. 40-57.

COTON C., 2008, « Lutttes de prestige entre pairs. Le cas des officiers de l'armée de terre », *Sociétés contemporaines*, 72, 4, p. 15-35.

COTON C., 2012, « Briller sous l'épaulette. Capital culturel et capital combattant dans le corps des officiers de l'armée de terre », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 191-192, 1-2, p. 14-27.

COULMONT B., 2007, *Sex-shops : une histoire française*, Paris, Dilecta, 263 p.

COULMONT B., 2017, « Le petit peuple des sociologues », *Genèses*, 107, p. 153-175.

COULON A., 2014, *L'ethnométhodologie*, 6e éd. mise à jour, Paris, PUF (Que sais-je ?).

COURDURIER, J., FINE, A. (dirs.), 2014, *Homosexualité et parenté*, Paris, Armand Colin (Sociétales), 230 p.

COWAN S.K., 2017, « Enacted abortion stigma in the United States », *Social Science & Medicine*, 177, C, p. 259-268.

CRENSHAW K.W., 2005, « Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur », *Cahiers du Genre*, 39, 2, p. 51-82.

CRESSON G., 1995, *Le travail domestique de santé: analyse sociologique*, Paris, L'Harmattan (Logiques sociales), 346 p.

CRESSON G., 2006, « Les hommes et l'IVG. », *Sociétés contemporaines*, no 61, 1, p. 65-89.

CROSETTI A.-S., 2022, « "Génération pro-vie". Lutter contre l'avortement après les lois de dépenalisation », *La Revue Nouvelle*, 7, 7, p. 15-20.

CROWLEY J.L., HIGH A.C., THOMAS L.J., 2019, « Desired, Expected, and Received Support: How Support Gaps Impact Affect Improvement and Perceived Stigma in the Context of Unintended Pregnancy », *Health Communication*, 34, 12, p. 1441-1453.

CSENGO J., GUERRAND R.-H., 2009, *Le confident des dames : le bidet du XVIIIe au XXe siècle, histoire d'une intimité*, Paris, La Découverte/Poche.

CULLEN P., KOROLCZUK E., 2019, « Challenging abortion stigma: framing abortion in Ireland and Poland », *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27, 3, p. 6-19.

DAGUERRE A., 2010, « Les grossesses adolescentes en France et en Grande-Bretagne : Un phénomène dérangent pour les pouvoirs publics », *Informations sociales*, n° 157, 1, p. 96-102.

DAGUET F., 2019, « En 2016, les femmes cadres ont un peu moins d'enfants que les employées », *Insee Première*, 1769.

DAHLGREN G., WHITEHEAD M., 1991, « Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe », *Institute for Futures Studies, Arbetsrapport*, 14.

DARGERÉ C., 2012, *L'observation incognito en sociologie. Notions théoriques, démarche réflexive, approche pratique et exemples concrets*, L'Harmattan.

DARMON M., 2005, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, no 58, 1, p. 98-112.

DARMON M., 2008, *Devenir anorexique*, Paris, La Découverte, 350 p.

DARMON M., 2015, *Classes préparatoires : la fabrique d'une jeunesse dominante*, Paris, La Découverte.

DAUPHIN S., 2002, « Les associations de femmes et les politiques d'égalité en France : des liens ambigus avec les institutions », *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, 6, p. 149-170.

DAVIE E., MAZUY M., 2010, « Fécondité et niveau d'études des femmes en France à partir des enquêtes annuelles de recensement », *Population*, 65, 3, p. 475-511.

DAVIS A.R., CASTAÑO P.M., 2004, « Oral Contraceptives and Libido in Women », *Annual Review of Sex Research*, 15, 1, p. 297-320.

DE GANCK J., 2018, « Désir sans plaisir. Histoire de vagins artificiels en France (1870-1915) », dans *Les sciences du désir. La sexualité féminine, de la psychanalyse aux neurosciences*, Le bord de l'eau.

DE HENAU J., MEULDERS D., O'DORCHAI S., 2010, « Maybe Baby: Comparing Partnered Women's Employment and Child Policies in the EU-15 », *Feminist Economics*, 16, 1, p. 43-77.

DE LUCA BARRUSSE V., 2018, « Le complexe de la dénatalité. L'argument démographique dans le débat sur la prévention des naissances en France (1956-1967) », *Population*, 73, 1, p. 9.

DE ZORDO S., ZANINI G., MISHTAL J., GARNSEY C., ZIEGLER A.-K., GERDTS C., 2021, « Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: a mixed-methods study », *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 128, 5, p. 838-845.

DE ZORDO S., 2018, « From women's "irresponsibility" to foetal "patienthood": Obstetricians-gynaecologists' perspectives on abortion and its stigmatisation in Italy and Cataluña », *Global Public Health*, 13, 6, p. 711-723.

DE ZORDO S., MISHTAL J., 2011, « Physicians and Abortion: Provision, Political Participation and Conflicts on the Ground - The Cases of Brazil and Poland », *Women's Health Issues*.

DE ZORDO S., MISHTAL J., ZANINI G., GERDTS C., 2020, « Consequences of gestational age limits for people needing abortion care during the COVID-19 pandemic », *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28, 1, p. 1818377.

DE ZORDO S., MISHTAL J., ZANINI G., GERDTS C., 2023, « "The first difficulty is time": The impact of gestational age limits on reproductive health and justice in the context of cross-border travel for abortion care in Europe », *Social Science & Medicine*, 321, p. 115760.

DEAGE M., 2023, *À l'école des mauvaises réputations : les relations entre élèves et leurs risques à l'ère du numérique*, Paris, Presses universitaires de France (PUF) (Education & société), 286 p.

DEBAUCHE A., HAMEL C., 2013, « La violence comme contrôle social des femmes. Entretien avec Jalna Hanmer, sociologue britannique », *Nouvelles Questions Féministes*, 32, 1, p. 96-111.

DEBEST C., 2013, « Quand les « sans-enfant volontaires » questionnent les rôles parentaux contemporains, Abstract », *Annales de démographie historique*, 125, p. 119-139.

DEBEST C., 2014, *Le choix d'une vie sans enfant*, PU Rennes, 202 p.

DEBEST C., 2019a, « Chapitre III. La progression dans la carrière déviante et le système de genre : stratégies et conséquences », dans *Le choix d'une vie sans enfant*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (Le sens social), p. 73-119.

DEBEST C., 2019b, « Chapitre IV. L'impossible entrée en parentalité : liberté, responsabilités et motivations », dans *Le choix d'une vie sans enfant*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (Le sens social), p. 121-148.

DEBEST C., HERTZOG I.-L., 2017, « "Désir d'enfant - devoir d'enfant". Le prix de la procréation », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48-2, p. 29-51.

DEBEST C., MAZUY M., EQUIPE DE L'ENQUETE FECOND, 2014, « Rester sans enfant : un choix de vie à contre-courant », 508.

DECHAUX J.-H., 2007, « La bienveillance fraternelle et ses limites : le soutien moral entre germains adultes », *L'Année sociologique*, 57, 1, p. 179-205.

DECHAUX J.-H., 2015, « Intégrer l'émotion à l'analyse sociologique de l'action », *Terrains/Théories*, 2.

DECHAUX J.-H., LE PAPE M.-C., 2021, *Sociologie de la famille*, 3e éd, Paris, la Découverte (Repères).

DEEQA M., DIAMOND-SMITH N., NJUNGURU J., 2018, « Stigma and agency: exploring young Kenyan women's experiences with abortion stigma and individual agency », *Reproductive Health Matters*, 26, 52, p. 128-137.

DEFET N., 2022, *L'appréciation de l'intérêt supérieur de l'enfant est-elle objective dans les conflits de paternité imposée ?*, Thèse de doctorat.

DELISLE S., 2006, *Vécu des professionnels confrontés à des demandes d'IVG de mineures sans consentement parental (Enquête par entretiens à Vannes en 2006)*, Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Université de Rennes 1.

DELLA SUDDA M., 2016, « Par-delà le bien et le mal, la morale sexuelle en question chez les femmes catholiques », *Nouvelles Questions Féministes*, Vol. 35, 1, p. 82-101.

DELLA SUDDA M., 2022, *Les nouvelles femmes de droite*, Marseille, HDA (Hors d'atteinte) (Faits & idées), 280 p.

DELPHY C., 2003, « Par où attaquer le "partage inégal" du "travail ménager" ? », *Nouvelles Questions Féministes*, 22, 3, p. 47-71.

DELPHY C., [1970] 2008, *L'ennemi principal. Tome 1, Economie politique du patriarcat*, Paris, Éd. Syllepse.

DELPHY C., [1988] 2013, *L'ennemi principal. Tome 2, Penser le genre*, Paris, Ed. Syllepse.

DERBEZ B., 2010, « Négocier un terrain hospitalier », *Genèses*, n° 78, 1, p. 105-120.

DEROFF M.-L., 2007, *Homme/Femme : la part de la sexualité. Une sociologie du genre et de l'hétérosexualité*, Presses universitaires de Rennes, 230 p.

DESCOUTURES V., 2010, *Les mères lesbiennes*, Paris, Presses universitaires de France : « Le Monde ».

DESJEUX C., 2013a, « La contraception du côté des hommes. L'émergence d'une « conscience masculine » », dans SOUFIR J.-C., MIEUSSET R. (dirs.), *La contraception masculine*, Paris, Springer (L'homme dans tous ses états), p. 179-190.

DESJEUX C., 2013b, « La "contraception masculine" aujourd'hui. Une réalité plurielle », dans *La contraception masculine*, Paris, Springer Paris, p. 3-30.

DESJEUX C., 2008a, « Une occultation des pratiques masculines de contraception », *revue ¿ Interrogations ?*, 6.

DESJEUX C., 2008b, « La pilule hormonale féminine : De la fécondité « féminine » à la fécondité « conjugale » », *Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie*, 3.

DESJEUX C., 2009, « Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine », *Autrepart*, 52, 4, p. 49.

DESJEUX C., 2010, « Histoire de la contraception masculine [L'expérience de l'Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine (1979-1986)]: L'expérience de l'Association pour la recherche et le développement de la contraception masculine (1979-1986) », *Politiques sociales et familiales*, 100, 1, p. 110-114.

DETREZ C., 2002, *La construction sociale du corps*, Paris, Ed. du Seuil (Points Série essais Sciences humaines), 257 p.

DETREZ C., 2015, *14. L'évidence du naturel et le naturel de l'évidence*, La Découverte.

- DEVREUX A.-M., 1982, « De la dissuasion à la normalisation. Le rôle des conseillères dans l'entretien pré-IVG », *Revue française de sociologie*, 23, 3.
- DEVREUX A.-M., FERRAND-PICARD M., 1982, « La loi sur l'avortement. Chronologie des événements et des prises de position », *Revue Française de Sociologie*, 23, 3, p. 503.
- DINECHIN B. DE, 2002, « Entretien pré-IVG : Dire pour mieux comprendre », *Laennec, Tome 50*, 3, p. 37-44.
- DIRSE Z., 2013, « Gender in Cinematography: Female Gaze (Eye) behind the Camera », *Journal of Research in Gender Studies*, 3, 1, p. 15-29.
- DIVAY S., 2003, « L'ivg : un droit concédé encore à conquérir », *Travail, genre et sociétés*, N° 9, 1, p. 197-222.
- DIVAY S., 2004, « L'avortement : une déviance légale », *Déviance et Société*, Vol. 28, 2, p. 195-209.
- DODIER N., BARBOT J., 2009, « Itinéraires de réparation et formation d'un espace de victimes autour d'un drame médical », dans *Destins politiques de la souffrance*, Toulouse, Érès (Sociologie clinique), p. 99-117.
- DOLBEAU S., DUTRON M., 2021, « Catholicisme et pratiques médicales : Approches socio-historiques (XXe-XXIe siècles) », *Emulations - Revue de sciences sociales*, 38, p. 7-14.
- DONATI P., CEBE D., BAJOS N., 2002, « Interrompre ou poursuivre la grossesse ? Construction de la décision », dans *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Inserm.
- DORLIN E., 2009, *La matrice de la race : généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*, Paris, la Découverte (La Découverte-poche).
- DOTSON K., 2011, « Tracking Epistemic Violence, Tracking Practices of Silencing », *Hypatia*, 26, 2, p. 236-257.
- DOUGLAS M., [1966] 2005, *De la souillure*, Paris, La Découverte, 205 p.
- DROUARD A., 1992, « Aux origines de l'eugénisme en France : le néo-malthusianisme (1896-1914) », *Population*, 47, 2, p. 435-459.
- DRULHE M., 2006, « Émotion et Société : un enjeu sociologique », *Face à face. Regards sur la santé*, 9.
- DUBY G., PERROT M., 2002, *Histoire des femmes en Occident. 5: Le XXe siècle*, THEBAUD F. (dir.), Paris, Perrin (Collection tempus), 891 p.
- DUFOUR S., 2018, « Des opérations commando à la mobilisation numérique : l'évolution de la stratégie de communication des catholiques anti-IVG », p. 309.
- DUGGAN J., 2022, « Using TikTok to teach about abortion: combatting stigma and miseducation in the United States and beyond », *Sex Education*, 0, 0, p. 1-15.
- DUJIN A., HUBRECHT J., NAHOUM-GRAPPE V., 2021, « Femmes en mouvements », *Esprit*, Janvier-Février, 1, p. 37-44.
- DUMONS B., 2017, « L'invention de la "préparation au mariage" dans l'Église catholique en France (1930-1960) », *Annales de démographie historique*, 134, 2, p. 173-192.
- DUPAQUIER J., 1986, « Combien d'avortements en France avant 1914 ? », *Communications*, 44, 1, p. 87-106.
- DUPRE D., CARAYOL V., 2020, « Haïr et railler les femmes en ligne : une revue de la littérature sur les manifestations de cyber misogynie », *Genre en séries. Cinéma, télévision, médias*, 11.

DUPUIS S., ANATOMARCHI J., DANI V., DOREZ M., DELOTTE J., 2018, « Évaluation lors d'une IVG des freins à l'utilisation de la contraception d'urgence », *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 46, 10, p. 696-700.

DUPUY A., ROUX S., 2018, « Sur le chemin de la sérénité. Politique des sentiments dans la planification familiale », *Sociologie*, 9, 3, p. 269-284.

DURAND S., 2002, « Accès à la contraception et recours à l'IVG chez les jeunes femmes », dans *De la contraception à l'avortement : sociologie des grossesses non prévues*, Inserm, Paris, p. 249-302.

DURAND-VALLOT A., SANGER M., 2012, *Margaret Sanger et la croisade pour le contrôle des naissances*, Lyon, ENS Éds (Les fondamentaux du féminisme Anglo-Saxon), 195 p.

DURIF-VAREMBONT J.-P., WEBER R., 2014, « Insultes en tous genres : construction identitaire et socialisation des adolescents à l'école », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 17, 1, p. 151-165.

DURKHEIM E., [1897] 2008, *La prohibition de l'inceste et ses origines*, Paris, Payot (Petite bibliothèque Payot), 140 p.

DUSSY D., 2013a, *Le berceau des dominations. Anthropologie de l'inceste, livre 1*, Marseille (39 rue Léon-Bourgeois, 13001), Editions La Discussion, 267 p.

DUSSY D., 2013b, *L'inceste, bilan des savoirs*, Marseille, Editions La Discussion, 222 p.

DUSSY D., LE CAISNE L., 2007, « Des maux pour le taire », *Terrain. Anthropologie & sciences humaines*, 48, p. 13-30.

DUVERGER S., 2015, « Simone Iff : Du protestantisme au féminisme (1924-2014) », *Nouvelles Questions Feministes*, Vol. 34, 1, p. 158-166.

DUVOUX N., 2009, *L'autonomie des assistés*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 288 p.

EBERHARD M., 2022, « (D)énoncer l'expérience du racisme : retour sur une double illégitimité », *Mouvements*, HS 2, HS, p. 92-108.

EDELMAN N., 2003, *Les métamorphoses de l'hystérique : du début du XIXe siècle à la Grande Guerre*, Paris, Éditions La Découverte (Collection « L'espace de l'histoire »), 346 p.

EHRENBERG A., 2000, *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 414 p.

EL KOTNI M., 2018, « La place du consentement dans les expériences de violences obstétricales au Mexique », *Autrepart*, 85, 1, p. 39-55.

EL KOTNI M., QUAGLIARIELLO C., 2021, « L'injustice obstétricale. Une approche intersectionnelle des violences obstétricales », *Cahiers du Genre*, 71, 2, p. 107-128.

ELIAS N., 1998, *La Société des individus*, Paris, Pocket.

ELIAS N., [1939a] 2003, *La civilisation des mœurs*, Paris, Pocket.

ELIAS N., [1939b] 2003, *La Dynamique de l'occident*, Paris, Pocket.

ELIAS N., MUEL-DREYFUS F., 1985, « Remarques sur le commérage », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 60, 1, p. 23-29.

ELIAS N., SCOTSON J., SCOTSON J.L., [1965] 1994, *The Established and the Outsiders*, \$ {number}nd édition, London, SAGE Publications Ltd, 252 p.

ELLISON M.A., 2003, « Authoritative knowledge and single women's unintentional pregnancies, abortions, adoption, and single motherhood: social stigma and structural violence », *Medical Anthropology Quarterly*, 17, 3, p. 322-347.

ELLIS-SLOAN K., 2014, « Teenage Mothers, Stigma and Their 'Presentations of Self' », *Sociological Research Online*, 19, 1, p. 16-28.

ENSELLEM C., 2015, *Naître sans mère ? Accouchement sous X et filiation*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

ERDENET G., 1992, « RU 486, le chiffre de la Bête. Le mouvement contre le droit des femmes à l'avortement en France », *Nouvelles Questions Féministes*, 13, 3, p. 29-43.

ERNAUX A., [2000] 2019, *L'événement*, Gallimard.

EVANS D.P., NARASIMHAN S., 2020, « A narrative analysis of anti-abortion testimony and legislative debate related to Georgia's fetal "heartbeat" abortion ban », *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28, 1, p. 1686201.

FABRE G., CLERCQ B.D., TCHOBANIAN R., 2000, « VIH et emploi à l'heure des multithérapies : les usages du secret en milieu de travail », report.

FALUDI S., 1993, *Backlash. La guerre froide contre les femmes*, Paris, Des femmes.

FASSIN D., 2000, « La supplique. Stratégies rhétoriques et constructions identitaires dans les demandes d'aide d'urgence », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 55, 5, p. 955-981.

FASSIN D., KOBELINSKY C., 2012, « Comment on juge l'asile. L'institution comme agent moral », *Revue française de sociologie*, 53, 4, p. 657-688.

FASSIN D., RECHTMAN R., 2011, *L'Empire du traumatisme : enquête sur la condition de victime*, Flammarion, 460 p.

FAUCHER P., LINET T., 2023, « La contraception d'un homme transgenre : à propos d'un cas et revue de la littérature », *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 51, 3, p. 182-185.

FAYOLLE C., 2018, « Des corps « monstres ». Historique du stigmatisme féministe », *GLAD! Revue sur le langage, le genre, les sexualités*, 04.

FELDMAN J., 2009, « De FMA au MLF. Un témoignage sur les débuts du mouvement de libération des femmes », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 29, p. 193-203.

FERNANDEZ F., LEZE S., MARCHE H., 2014, *Les émotions. Une approche de la vie sociale*, Paris, Editions des archives contemporaines, 162 p.

FERRAND M., 1988, « Les médecins face à l'avortement », *Sociologie du Travail*, 30, 2, p. 367-380.

FERRAND M., JASPARD M., 1987, *L'Interruption volontaire de grossesse*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 125 p.

FERRAND-PICARD M., 1982, « Médicalisation et contrôle social de l'avortement Derrière la loi, les enjeux », *Revue Française de Sociologie*, 23, 3, p. 383.

FIALA C., ARTHUR J.H., 2014, « "Dishonourable disobedience" – Why refusal to treat in reproductive healthcare is not conscientious objection », *Woman - Psychosomatic Gynaecology and Obstetrics*, 1, p. 12-23.

FIDOLINI V., 2018, *La production de l'hétéronormativité : sexualité et masculinité chez de jeunes Marocains en Europe*, Toulouse, Presses universitaires du Midi (Socio-logiques).

FIDOLINI V., 2019, « L'hétéronormativité », dans *Manuel indocile de sciences sociales*, Paris, La Découverte (Hors collection Sciences Humaines), p. 798-804.

FIFE B.L., WRIGHT E.R., 2000, « The dimensionality of stigma: a comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer », *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 1, p. 50-67.

FILLES DES 343 (dir.), 2012, *J'ai avorté et je vais bien, merci*, Paris, La Ville brûle, 143 p.

FINE A., MOULINIE V., SANGOÏ J.-C., 2009, « De mère en fille. La transmission de la fécondité », *L'Homme*, n° 191, 3, p. 37-76.

FLANDRIN J.-L., 1983, « *Un Temps pour embrasser* »: *Aux origines de la morale sexuelle occidentale, VIe-XIe siècle*, Paris, Seuil, 250 p.

FLANDRIN J.-L., 1986, *Le Sexe et l'Occident : Evolution des attitudes et des comportements*, Paris, Seuil, 384 p.

FLANDRIN L., 2021, *Le rire : enquête sur la plus socialisée de toutes nos émotions*, Paris, la Découverte (Laboratoire des sciences sociales).

FLECKINGER H., 2010, « Histoires d'A : un moment de la lutte pour la liberté de l'avortement », *La Revue documentaire*, 22-23, p. 181-195.

FOHET C., BORTEN-KRIVINE I., 2004, « Les patientes homosexuelles en gynécologie », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 32, 3, p. 228-232.

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, p. 663-673.

FONQUERNE L., 2023, « La pilule en héritage. Transmissions historiques et matrilineaires », *Revue des politiques sociales et familiales*, 146-147, 1-2, p. 13-28.

FOUCAULT M., 1976, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.

FOUCAULT M., 1993, *Surveiller et punir : Naissance de la prison*, Paris, Gallimard.

FOURNIER P., 2006, « Le sexe et l'âge de l'ethnographe : éclairants pour l'enquête, contraignants pour l'enquêteur », *ethnographiques.org*, Numéro 11-octobre 2006.

FRADOIS G., 2017, « De la cure des âmes à l'évangélisation des corps. Le CLER Amour et Famille : classes dominantes et morale sexuelle », *Genre, sexualité & société*, 18.

FRAISSE G., 1999, « L'habeas corpus des femmes : une double révolution ? », dans *Contraception, contrainte ou liberté ?*, Paris, Editions Odile Jacob.

FRANK P., MCNAMEE R., HANNAFORD P.C., KAY C.R., HIRSCH S., 1993, « The effect of induced abortion on subsequent fertility », *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 100, 6, p. 575-580.

FRANKLIN S., 1991, « Fetal Fascinations: New Dimensions to the Medical-Scientific Construction of Fetal Personhood », dans FRANKLIN S., LURY C., STACEY J. (dirs.), *Off-Centre: Feminism and Cultural Studies*, Harpercollins Academic, p. 190-205.

FREDERICO M., MICHELSEN K., ARNALDO C., DECAT P., 2018, « Factors Influencing Abortion Decision-Making Processes among Young Women », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 2, p. 329.

FREYSSON J., REY S., VANHAESEBROUCK A., VILAIN A., 2017, « Les maternités en 2016. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », *Etudes et Résultats*, 1031.

FROHWIRTH L., COLEMAN M., MOORE A.M., 2018, « Managing Religion and Morality Within the Abortion Experience: Qualitative Interviews With Women Obtaining Abortions in the U.S. », *World Medical & Health Policy*, 10, 4, p. 381-400.

FROST J., BRADLEY H., LEVITAS R., SMITH L., GARCIA J., 2007, « The loss of possibility: scientisation of death and the special case of early miscarriage », *Sociology of Health & Illness*, 29, 7, p. 1003-1022.

FUREDI A., 2001, « Issues for service providers: a response to points raised », *Journal of Medical Ethics*, 27, Supplement 2, p. ii28-ii32.

GAGNON É., 2010, « Le comité d'éthique de la recherche, et au-delà », *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, vol. 12, n° 1, p. 299-308.

GAIDE A., 2014, *Les temporalités de la maternité étudiante. Cycle de vie, temps du quotidien*, mémoire de M2 sous la direction de Anne Revillard, IEP Paris.

GAIDE A., 2018, « Être mère et étudiante en France », *Agora débats/jeunesses*, N° 79, 2, p. 23-36.

GAIDE A., 2019, « Mères et étudiantes : une typologie », dans CORDAZZO P. (dir.), *Parcours d'étudiants : Sources, enjeux et perspectives de recherche*, Paris, Ined Éditions (Grandes Enquêtes), p. 163-174.

GAIDE A., 2020, *Les étudiant-e-s parents : enquête sur la norme de jeunesse dans l'enseignement supérieur français*, Thèse de doctorat.

GAL C., VILCHIEN D., 2006, « Le statut des conseillères conjugales et familiales », Rapport RM2006-148P, Inspection Générale des Affaires Sociales.

GALLAND O., 2011, *Sociologie de la jeunesse. 5ème édition*, Paris, Armand Colin (Collection U), 256 p.

GALLOT F., JACQUEMART A., 2023, « Quelles pratiques féministes de la non-mixité ? », *Travail, genre et sociétés*, 49, 1, p. 161-164.

GARCIA A.-L., GRATTON E., LENZ K., 2022, « Paternité et Société. Métamorphoses d'une figure genrée », *Trivium. Revue franco-allemande de sciences humaines et sociales - Deutsch-französische Zeitschrift für Geistes- und Sozialwissenschaften*, 34.

GARCIA M.-C., 2016, *Amours clandestines : sociologie de l'extraconjugalité durable*.

GARCIA S., 2005, « Expertise scientifique et capital militant », *Actes de la recherche en sciences sociales*, no 158, 3, p. 96-115.

GARCIA S., 2006, « La création du collège des médecins : un coup de force symbolique », dans *Le Planning Familial, histoire et mémoire*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.

GARCIA S., 2011a, « 5. Le tournant de l'avortement », *TAP / Genre sexualité*, p. 147-183.

GARCIA S., 2011b, *Mères sous influence*, Paris, La Découverte, 384 p.

GARDEY D., 2006, « Autour du livre de Luc Boltanski La condition fœtale », *Travail, genre et sociétés*, N° 15, 1, p. 161-162.

GARDEY D., 2019, *Politique du clitoris*, Paris, Textuel (Petite encyclopédie critique), 154 p.

GARDEY D., HASDEU I., 2015, « Cet obscur sujet du désir. Médicaliser les troubles de la sexualité féminine en Occident », *Travail, genre et sociétés*, 34, p. 73-92.

GARDEY D., VUILLE M., 2018, *Les sciences du désir. La sexualité féminine, de la psychanalyse aux neurosciences*, Le bord de l'eau.

GAREL J.-P., 2022, « Les vertus inclusives des Jeux paralympiques en question », HAL.

GARRARD E., DAWSON A., 2005, « What is the role of the research ethics committee? Paternalism, inducements, and harm in research ethics », *Journal of Medical Ethics*, 31, 7, p. 419-423.

GAUDILLERE J.-P., 2006, « Intellectuels engagés et experts : biologistes et médecins dans la bataille de l'avortement », *Natures Sciences Sociétés*, Vol. 14, 3, p. 239-248.

GAUDILLIERE J.-P., 2006, « Intellectuels engagés et experts : biologistes et médecins dans la bataille de l'avortement », *Natures Sciences Sociétés*, Vol. 14, 3, p. 239-248.

GAUTIER A., 2018, « Les violences de genre : théories, définitions et politiques », *Autrepart*, N° 85, 1, p. 3-18.

GEAY B., HUMEAU P., 2016, « Devenir parents. Les appropriations différenciées de l'impératif de procréation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 214, 4, p. 4-29.

GELIN M., 2019, *Étude de satisfaction concernant la prise en charge des femmes lors d'une interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse : étude descriptive réalisée au centre d'orthogénie du CHU de Grenoble*, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme, Université Grenoble-Alpes.

GELLY M., 2006, *Avortement et contraception dans les études médicales : une formation inadaptée*, L'Harmattan.

GELLY M., PAVARD B., 2016, « De la fabrique des militant.e.s à la fabrique des patient.e.s. Deux mobilisations des profanes : l'avortement (1972-1975) et le dépistage du sida (2007-2011) », *Genèses*.

GELMAN A., ROSENFELD E.A., NIKOLAJSKI C., FREEDMAN L.R., STEINBERG J.R., BORRERO S., 2017, « Abortion Stigma Among Low-Income Women Obtaining Abortions in Western Pennsylvania: A Qualitative Assessment », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 49, 1, p. 29-36.

GERBER E.G., 2002, « Deconstructing Pregnancy: RU486, Seeing “Eggs,” and the Ambiguity of Very Early Conceptions », *Medical Anthropology Quarterly*, 16, 1, p. 92-108.

GIAMI A., 2015, « Sexualité, santé et Droits de l'homme : l'invention des droits sexuels », *Sexologies*, 24, 3, p. 105-113.

GIAMI A., 2002, « Sexual Health: The Emergence, Development, and Diversity of a Concept », *Annual Review of Sex Research*, 13, 1, p. 1-35.

GIAMI A., 2007, « Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être », *Le Journal des psychologues*, 250, p. 56-60.

GIAMI A., 2016, « De l'émancipation à l'institutionnalisation : santé sexuelle et droits sexuels », *Genre, sexualité & société*, 15.

GIAMI A., 2018a, « L'invention des médicaments des troubles féminins du désir. Controverses autour de la sexualité féminine. », dans *Les sciences du désir. La sexualité féminine, de la psychanalyse aux neurosciences*, Le bord de l'eau.

GIAMI A., 2018b, « La médecine sexuelle : genèse d'une spécialisation médicale ? », *Histoire, médecine et santé*, 12, p. 131-147.

GIAMI, A., LERIDON, H. (dirs.), 2000, *Les enjeux de la stérilisation*, Paris, Inserm (Questions en santé publique), 334 p.

GIAMI A., SCHILTZ M.-A., 2004, *L'expérience de la sexualité chez les jeunes adultes. : Entre errance et conjugalité*, Paris, Inserm, 390 p.

GILES C., 2019, « Le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes : déterminants, enjeux, perspectives », *La Revue Sage-Femme*, 18, 3, p. 145-149.

GILES C., 2020, « Suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes », *Sages-Femmes*, 19, 1, p. 40-43.

GIMENEZ E., VOIROL O., 2017, « Les agitateurs de la toile. L'Internet des droites extrêmes. Présentation du numéro », *Réseaux*, 202-203, 2-3, p. 9-37.

GING D., 2019, « Alphas, Betas, and Incels: Theorizing the Masculinities of the Manosphere », *Men and Masculinities*, 22, 4, p. 638-657.

GINSBURG, F.D., RAPP, R. (dirs.), 1995, *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*, 450 p.

GIOVANNELLI I., MANNARINI T., SPACCATINI F., PACILLI M.G., 2023, « Fighting for abortion rights: Strategies aimed at managing stigma in a group of Italian pro-choice activists », *Feminism & Psychology*, 33, 1, p. 105-125.

GIRAUD C., 2017, *L'amour réaliste : la nouvelle expérience amoureuse des jeunes femmes*, Malakoff, Armand Colin (Collection « Individu et société »), 318 p.

GLASER B.G., STRAUSS A.L., 1995, « La production de la théorie à partir des données », *Enquête. Archives de la revue Enquête*, 1, p. 183-195.

GLASER B.G., STRAUSS A.L., 1999, *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine, 284 p.

- GODEAU E., 2007, *L'Esprit de corps: Sexe et mort dans la formation des internes en médecine*, Les Editions de la MSH, 324 p.
- GOFFMAN E., 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne 1 : La présentation de soi*, Editions de Minuit, Paris, Les Editions de Minuit, 256 p.
- GOFFMAN E., [1963] 1975, *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Editions de Minuit, 180 p.
- GOJARD S., 2010, *Le métier de mère*, Paris, La Dispute.
- GOLDBERG A.E., KINKLER L.A., HINES D.A., 2011, « Perception and Internalization of Adoption Stigma among Gay, Lesbian, and Heterosexual Adoptive Parents », *Journal of GLBT Family Studies*, 7, 1-2, p. 132-154.
- GOMEZ A.M., 2018, « Abortion and subsequent depressive symptoms: an analysis of the National Longitudinal Study of Adolescent Health », *Psychological Medicine*, 48, 2, p. 294-304.
- GOODWIN P., 2007, « Women's reflections upon their past abortions: An exploration of how and why emotional reactions change over time », *Psychology & Health*, 22, p. 231-248.
- GOTMAN A., 2017, *Pas d'enfant: La volonté de ne pas engendrer*, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, 250 p.
- GOTMAN A., LEMARCHANT C., 2017, « Sans enfant », 37, p. 33-36.
- GOUIRIR M., 1998, « L'observatrice, indigène ou invitée? Enquêter dans un univers familial », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, 32, 1, p. 110-126.
- GRANDRUPT A.-C., 2007, *Place du médecin généraliste dans l'accès à l'interruption volontaire de grossesse : état des lieux, perception et vécu des femmes de 18 à 40 ans*, Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Faculté de médecine de Nancy.
- GRANGER A., VERGONJANNE J., 2019, *La contraception masculine : méthodes validées et perspectives thérapeutiques*, exercice, Université Toulouse III - Paul Sabatier.
- GRISON T., JULLIARD V., 2022, « Se mobiliser contre la censure en ligne quand on est pd, trans, gouine ou pute », *Mouvements*, 112, 4, p. 167-175.
- GRUEL L., 1985, « Conjurer l'exclusion : rhétorique et identité revendiquée dans des habitats socialement disqualifiés », *Revue française de sociologie*, 26, 3, p. 431-453.
- GUAY N., CHAULET J., 2023, « Asexualité et partage en ligne d'une expérience minoritaire. Quêtes identitaires et sociales sur des plateformes relationnelles », *Réseaux*, 237, 1, p. 189-221.
- GUILLAUME A., ROSSIER C., 2018, « L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences », *Population*, Vol. 73, 2, p. 225-322.
- GUILLAUMIN C., 1978, « Pratique du pouvoir et idée de Nature (1) L'appropriation des femmes », *Questions Féministes*, 2, p. 5-30.
- GUILLAUMIN C., [1978] 2016, *Sexe, race et pratique du pouvoir : l'idée de nature*.
- GUIONNET C., NEVEU E., 2004, *Féminins/Masculins : Sociologie du genre*, Paris, Armand Colin, 286 p.
- GUNTER S., 2018, « Everyone Knows I Had an Abortion: Fighting Abortion Stigma Through Narrative Collection and Mutual Aid », *Scripps Senior Theses*.
- GUPTA K., 2017, « "And Now I'm Just Different, but There's Nothing Actually Wrong With Me": Asexual Marginalization and Resistance », *Journal of Homosexuality*, 64, 8, p. 991-1013.
- GUY D., VOZARIA.-S., 2019, « « Je vois ce bébé et là, rien ! ». L'encadrement des sentiments maternels autour de la naissance », *Sextant. Revue de recherche interdisciplinaire sur le genre et la sexualité*, 36, p. 91-111.

GUYARD L., 2010a, « Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir », *Nouvelles Questions Féministes*, Vol. 29, 3, p. 44-57.

GUYARD L., 2010b, « Chez la gynécologue », *Ethnologie française*, Vol. 40, 1, p. 67-74.

GUYARD L., 2015, « Jeux et enjeux du genre dans la consultation gynécologique », dans MONJARET A., PUGEAULT C. (dirs.), *Le sexe de l'enquête : Approches sociologiques et anthropologiques*, Lyon, ENS Éditions (Sociétés, Espaces, Temps).

HADDAD M., 2018, « Des minorités pas comme les autres ? Le vécu des discriminations et du racisme des ultramarins en métropole », *Revue française de sociologie*, 59, 4, p. 649-676.

HAMEL C., DEBAUCHE A., BROWN E., LEBUGLE A., LEJBOWICZ T., MAZUY M., CHARRUAULT A., CROMER S., DUPUIS J., 2016, « Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage », *Population & Sociétés*, 538, 10, p. 1-4.

HAMIDI C., 2006, « Éléments pour une approche interactionniste de la politisation », *Revue française de science politique*, Vol. 56, 1, p. 5-25.

HAMMOU K., 2008, « Le troisième protagoniste des rapports de domination », *Tracés : Revue de Sciences Humaines*, 14, p. 129.

HAMY A.-S., MAYENGA J.-M., GREFFENSTETTE I., KERNEIS S., BELAISCH-ALLART J., 2008, « Étude comparative sur les antécédents d'interruption volontaire de grossesse dans une population de femmes infertiles et dans une population de femmes accouchées », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 36, 4, p. 395-399.

HANG T.M., 2018, « After the abortion: Suffering, silence and spiritual relief », dans *Global Debates, Local Dilemmas*, ANU Press (Sex-selective Abortion in Contemporary Viet Nam), p. 125-156.

HANMER J., 1977, « Violence et contrôle social des femmes », *Questions Féministes*, 1, p. 68-88.

HANN L.R., BECKER A., 2020, « The option to look: patient-centred pregnancy tissue viewing at independent abortion clinics in the United States », *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28, 1, p. 1730122.

HANSCHMIDT F., LINDE K., HILBERT A., HELLER S.G.R., KERSTING A., 2016, « Abortion Stigma: A Systematic Review », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 48, 4, p. 169-177.

HARAWAY D.J., 1991, *Simians, cyborgs, and women: the reinvention of nature*, New York, Routledge, 287 p.

HARDING S., 1992, « Rethinking Standpoint Epistemology: What Is "Strong Objectivity?" », *The Centennial Review*, 36, 3, p. 437-470.

HARRIS L.F., ROBERTS S.C., BIGGS M.A., ROCCA C.H., FOSTER D.G., 2014, « Perceived stress and emotional social support among women who are denied or receive abortions in the United States: a prospective cohort study », *BMC Women's Health*, 14, 1, p. 76.

HARRIS L.H., 2012, « Stigma and Abortion Complications in the United States », *Obstetrics & Gynecology*, 120, 6, p. 1472-1474.

HARRIS L.H., DEBBINK M., MARTIN L., HASSINGER J., 2011, « Dynamics of stigma in abortion work: Findings from a pilot study of the Providers Share Workshop », *Social Science & Medicine*, 73, 7, p. 1062-1070.

HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE, 2010, « Objectifs de santé publique. Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions ».

HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE, 2017, « Stratégie nationale de santé. Contribution du Haut Conseil de la santé publique ».

HCE, 2016, « Rapport relatif à l'éducation à la sexualité : répondre aux attentes des jeunes, construire une société d'égalité femmes-hommes ».

HCE, 2017, « Accès à l'avortement : D'importants progrès réalisés, un accès réel qui peut encore être conforté », Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes.

HEAS S., REGNIER P., 2022, « Enquêter à distance : une spécificité, une incongruité... ? », *Socio-anthropologie*, 45, p. 25-46.

HENRY J., 2018, « D'une éthique des protocoles vers une éthique des pratiques de recherche », *Sciences sociales et sante*, Vol. 36, 1, p. 31-38.

HERBENICK D., ROSENBERG M., GOLZARRI-ARROYO L., FORTENBERRY J.D., FU T., 2022, « Changes in Penile-Vaginal Intercourse Frequency and Sexual Repertoire from 2009 to 2018: Findings from the National Survey of Sexual Health and Behavior », *Archives of Sexual Behavior*, 51, 3, p. 1419-1433.

HEREK G.M., 2009, « Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: A conceptual framework », dans *Contemporary perspectives on lesbian, gay, and bisexual identities*, New York, NY, US, Springer Science + Business Media (Nebraska Symposium on Motivation), p. 65-111.

HERITIER F., 1996, *Masculin/féminin*, Paris, O. Jacob, 2 p.

HERITIER F., LERIDON H., BAULIEU E.-E., 1999, *Contraception, contrainte ou liberté ?*, Paris, Editions Odile Jacob, 305 p.

HERMITTE M.-A., 2007, « De l'avortement aux procréations artificielles, la toute-puissance du projet parental », *Natures Sciences Sociétés*, Vol. 15, 3, p. 274-279.

HEROLD S., KIMPTON K., COCKRILL K., 2015, « Women's Private Conversations about Abortion: A Qualitative Study », *Women & Health*, 55, 8, p. 943-959.

HEROLD S., SISSON G., 2019, « Hangers, Potions, and Pills: Abortion Procedures on American Television, 2008 to 2018 », *Women's Health Issues*, 29, 6, p. 499-505.

HERRERA GOMEZ C., HOFNUNG S., 2021, *Révolution amoureuse : pour en finir avec le mythe de l'amour romantique*, Paris, Binge audio éditions (La collection sur la table).

HERTZOG I.-L., 2014, « Les coûts de l'assistance médicale à la procréation pour les femmes salariées », *Cahiers du Genre*, 56, p. 87-104.

HERTZOG I.-L., 2016, *Articuler assistance médicale à la procréation (AMP) et vie professionnelle : le travail invisible des femmes*, Caen.

HESSINI L., 2014, « A Learning Agenda for Abortion Stigma: Recommendations from the Bellagio Expert Group Meeting », *Women & Health*, 54, 7, p. 617-621.

HIGGINS J.A., HIRSCH J.S., 2008, « Pleasure, Power, and Inequality: Incorporating Sexuality Into Research on Contraceptive Use », *American Journal of Public Health*, 98, 10, p. 1803-1813.

HIGGINS J.A., WANG Y., 2015a, « Which young adults are most likely to use withdrawal? The importance of pregnancy attitudes and sexual pleasure », *Contraception*, 91, 4, p. 320-327.

HIGGINS J.A., WANG Y., 2015b, « The Role of Young Adults' Pleasure Attitudes in Shaping Condom Use », *American Journal of Public Health*, 105, 7, p. 1329-1332.

HILL COLLINS P., 2016, « Quelles politiques sexuelles pour les femmes noires ? », *Cahiers du Genre*, HS 4, 3, traduit par MARREC B., p. 97-127.

HIMES N.E., 1934, « Medical History of Contraception », *New England Journal of Medicine*, 210, 11, p. 576-581.

HINTZ E.A., BROWN C.L., 2019, « Childfree by Choice: Stigma in Medical Consultations for Voluntary Sterilization », *Women's Reproductive Health*, 6, 1, p. 62-75.

- HIRSCHMAN A.O., 1972, *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 176 p.
- HOANG A.N., MAHEO C., MELLOTT S., PASQUER-JEANNE J., THEVIOT A., 2021, « Explorer les méthodes en ligne pour des terrains hors ligne », *Terminal. Technologie de l'information, culture & société*, 129.
- HOCHSCHILD A.R., 2003, « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, 9, p. 19-49.
- HOCHSCHILD A.R., [1983] 2017, *Le prix des sentiments : au coeur du travail émotionnel*, traduit par FOURNET-FAYAS S., THOME C., La Découverte.
- HOCHSCHILD A.R., MACHUNG A., 1989, *The Second Shift: Working Parents and the Revolution at Home*, Viking, 350 p.
- HOGGART L., 2015, « Abortion Counselling in Britain: Understanding the Controversy », *Sociology Compass*, 9, 5, p. 365-378.
- HOGGART L., 2017, « Internalised abortion stigma: Young women's strategies of resistance and rejection: », *Feminism & Psychology*.
- HOGGART L., NEWTON V.L., BURY L., 2017, « 'Repeat abortion', a phrase to be avoided? Qualitative insights into labelling and stigma », *J Fam Plann Reprod Health Care*, 43, 1, p. 26-30.
- HOLLEY L., STROMWALL L., BASHOR K., 2012, « Reconceptualizing Stigma: Toward a Critical Anti-Oppression Paradigm », *Stigma Research and Action*, 2, p. 51-61.
- HOOKS BELL, [1981] 2015, *Ne suis-je pas une femme ? femmes noires et féminisme*, traduit par POTOT O., Paris, Cambourakis (Sorcières).
- HOPKINS N., ZEEDYK S., RAITT F., 2005, « Visualising abortion: emotion discourse and fetal imagery in a contemporary abortion debate », *Social Science & Medicine (1982)*, 61, 2, p. 393-403.
- HORELLOU-LAFARGE C., 1982, « Une mutation dans les dispositifs de contrôle social: le cas de l'avortement », *Revue Française de Sociologie*, 23, 3, p. 397.
- HOUEL A., LHOMOND B., 1982, « Avortement et morale maternelle 1968-1978 », *Revue Française de Sociologie*, 23, 3, p. 487.
- HUGHES E.C., 1997, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 344 p.
- HUMMEL C., 2019, « Étudier les grands-parentalités contemporaines : un chantier sociologique », dans CARADEC V., MALLON I. (dirs.), *Vieillesse et vieillissements : Regards sociologiques*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (Le sens social), p. 227-240.
- HUSAIN J., KELLY K., 2017, « Stigma Rituals as Pathways to Activism: Stigma Convergence in a Post Abortion Recovery Group », *Deviant Behavior*, 38, 5, p. 575-592.
- HUSSEIN J., FERGUSON L., 2019, « Eliminating stigma and discrimination in sexual and reproductive health care: a public health imperative », *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27, 3, p. 1-5.
- ILLOUZ E., 2006, *Les sentiments du capitalisme*, Paris, Seuil.
- ILLOUZ E., 2020, *La fin de l'amour : enquête sur un désarroi contemporain*, Paris, Éditions du Seuil (La couleur des idées).
- INED, 1966, « Rapport de l'Institut national d'études démographiques à Monsieur le Ministre des Affaires sociales sur la régulation des naissances en France », *Population*, 21, 4, p. 645-690.
- INSEE REFERENCE, 2022, « Femmes et hommes, l'égalité en question ».

ISAMBERT F.-A., 1982, « Une sociologie de l'avortement est-elle possible ? », *Revue française de sociologie*, 23, 3, p. 359-381.

JACKSON A.V., KARASEK D., DEHLENDORF C., FOSTER D.G., 2016, « Racial and ethnic differences in women's preferences for features of contraceptive methods », *Contraception*, 93, 5, p. 406-411.

JACKSON S., 1996, « Heterosexuality as a Problem for Feminist Theory », dans ADKINS L., MERCHANT V. (dirs.), *Sexualizing the Social: Power and the Organization of Sexuality*, London, Palgrave Macmillan UK (Explorations in Sociology.), p. 15-34.

JACOB M.-A., RILES A., 2007, « The New Bureaucracies of Virtue: Introduction », *Cornell Law Faculty Publications*.

JACQUEMART A., ALBENGA V., 2015, « Pour une approche microsociologique des idées politiques. Les appropriations ordinaires des idées féministes », *Politix*, 109, 1, p. 7-20.

JACQUEMART A., MASCLÉ C., 2017, « Mixités et non-mixités dans les mouvements féministes des années 1968 en France », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 46, p. 221-247.

JAMIN J., 1977, *Les lois du silence. Essai sur la fonction sociale du secret*, François Maspéro.

JAMMET T., GUIDI D., 2017, « Observer Les Observateurs. Du pluralisme médiatique au populisme anti-islam, analyse d'un site de "réinformation" suisse et de ses connexions », *Réseaux : communication, technologie, société*, 202-203, 2, p. 241.

JARDIN A., IZARD V., 2013, « La vasectomie en France », dans SOUFIR J.-C., MIEUSSET R. (dirs.), *La contraception masculine*, Paris, Springer (L'homme dans tous ses états), p. 129-136.

JASPARD M., 2005, *Sociologie des comportements sexuels*, La Découverte.

JAUNAIT A., CHAUVIN S., 2012, « Représenter l'intersection. Les théories de l'intersectionnalité à l'épreuve des sciences sociales », *Revue française de science politique*, 62, 1, p. 5-20.

JEANDET-MENGAL E., 2002, « Rapport d'activité du Groupe National d'appui à la mise en oeuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception », *Inspection générale des Affaires sociales*.

JOFFE C., 1978, « What Abortion Counselors Want from Their Clients », *Social Problems*, 26, 1, p. 112-121.

JOFFE C.E., 1996, *Doctors of Conscience: The Struggle to Provide Abortion Before and After Roe V. Wade*, Reissue edition, Beacon Press, 272 p.

JOHNSON B.R., NDHLOVU S., FARR S.L., CHIPATO T., 2002, « Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception », *Studies in Family Planning*, 33, 2, p. 195-202.

JOHNSON M.C., 2017, « Mujeres Católicas y aborto: experiencias de vida y pluralización de las creencias », p. 17.

JOHNSON M.C., 2018, « "Neither the partner, nor the family or the Church can decide for me": the experience of Catholic women with abortion », *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 28, p. 51-70.

JORDAN B., WELLS E.S., 2009, « A 21st-century Trojan horse: the "abortion harms women" anti-choice argument disguises a harmful movement », *Contraception*, 79, 3, p. 161-164.

JORDAN B., [1997] 2023, « 1. Authoritative Knowledge and Its Construction », dans *Childbirth and Authoritative Knowledge*, University of California Press, p. 55-79.

JOSSAUME M., 2022, « Santé sexuelle des femmes homosexuelles : quels enjeux pour la consultation gynécologique ? », p. 52.

- JOUZEL J.-N., PRETE G., 2013, « De l'intoxication à l'indignation », *Terrains travaux*, N° 22, 1, p. 59-76.
- JUVEN P.-A., PIERRU F., VINCENT F., 2019, *La casse du siècle: à propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raison d'agir.
- KALAMPALIKIS N., BUSCHINI F., 2007, « La contraception masculine médicalisée : enjeux psychosociaux et craintes imaginaires », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 4, 2, p. 89-104.
- KAUFMANN J.-C., 2011, *L'entretien compréhensif - L'enquête et ses méthodes*, 3e édition, Paris, Armand Colin.
- KAUFMANN J.-C., 2021, *Sociologie du couple*, 8e éd, Paris, Que sais-je ? (Que sais-je ?).
- KELLY K., 2014, « The spread of 'Post Abortion Syndrome' as social diagnosis », *Social Science & Medicine*, 102, p. 18-25.
- KELLY L., TILLOUS M., 2019, « Le continuum de la violence sexuelle », *Cahiers du Genre*, n° 66, 1, p. 17-36.
- KERGOAT D., 2005, « 12. Rapports sociaux et division du travail entre les sexes », dans *Femmes, genre et sociétés*, Paris, La Découverte (TAP / Hors Série), p. 94-101.
- KERGOAT D., 2017, « Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe », dans BISILLIAT J., VERSCHUUR C. (dirs.), *Genre et économie: un premier éclairage*, Genève, Graduate Institute Publications (Cahiers genre et développement), p. 78-88.
- KIMPORT K., 2014, « Review of The Foetal Condition: A Sociology of Engendering and Abortion », *Gender and Society*, 28, 4, p. 645-647.
- KIMPORT K., 2019, « Pregnant Women's Experiences of Crisis Pregnancy Centers: When Abortion Stigmatization Succeeds and Fails », *Symbolic Interaction*, 42, 4, p. 618-639.
- KIMPORT K., FOSTER K., WEITZ T.A., 2011, « Social sources of women's emotional difficulty after abortion: lessons from women's abortion narratives », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43, 2, p. 103-109.
- KIMPORT K., PRESKILL F., COCKRILL K., WEITZ T.A., 2012, « Women's perspectives on ultrasound viewing in the abortion care context », *Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 22, 6, p. e513-517.
- KIMPORT K., UPADHYAY U.D., FOSTER D.G., GATTER M., WEITZ T.A., 2013, « Patient viewing of the ultrasound image prior to abortion », *Contraception*, 88, 5.
- KISSLING E., 2018, *From a Whisper to a Shout: How Social Media Activism Is Challenging Abortion Stigma*, Watkins Media Limited, 151 p.
- KJELSVIK M., SEKSE R.J., AASEN E.M., GJENGEDAL E., 2022, « Viewing the image? Ultrasound examination during abortion preparations, ethical challenges », *Nursing Ethics*, 29, 2, p. 511-522.
- KNIBIEHLER Y., 2001, « Violences contre les femmes, regard sur le passé », dans *De la violence conjugale à la violence parentale*, ERES, p. 13-30.
- 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, Paris 1.
- KOECHLIN A., 2022, « La consultation gynécologique, une instance paradoxale dans la socialisation des jeunes femmes à la sexualité », *Terrains & travaux*, 40, 1, p. 21-42.
- KOEDT A., 1970, « Le mythe de l'orgasme vaginal », *Partisans*, 54-55.
- KOSENKO K., WINDERMAN E., PUGH A., 2019, « The Hijacked Hashtag: The Constitutive Features of Abortion Stigma in the #ShoutYourAbortion Twitter Campaign », *International Journal of Communication*, 13, 0, p. 21.

KOZINETS R.V., 2019, *Netnography: The Essential Guide to Qualitative Social Media Research*, SAGE, 473 p.

KUMAR A., 2013, « Everything Is Not Abortion Stigma », *Women's Health Issues*, 23, 6, p. e329-e331.

KUMAR A., HESSINI L., MITCHELL E.M.H., 2009, « Conceptualising abortion stigma », *Culture, Health & Sexuality*, 11, 6, p. 625-639.

LABUSSIÈRE M., 2017, « Le féminisme comme « héritage à dépasser » : Les Antigones, un militantisme féminin à la frontière de l'espace de la cause des femmes. », *Genre, sexualité & société*, 18.

LADRIÈRE P., 1982a, « Présentation », *Revue française de sociologie*, 23, 3, p. 351-357.

LADRIÈRE P., 1982b, « Religion, morale et politique : le débat sur l'avortement », *Revue Française de Sociologie*, 23, 3, p. 417.

LAHIRE B., 2002, *Portraits sociologiques : dispositions et variations individuelles*, Nathan.

LAHIRE B., 2011, *L'homme pluriel : Les ressorts de l'action*, Paris, Fayard/Pluriel.

LAHIRE B., 2019, *Enfances de classe : de l'inégalité parmi les enfants*, Paris XIXe, Éditions du Seuil, 1229 p.

LAMAS M., 2014, « Entre el estigma y la ley: La interrupción legal del embarazo en el DF », *Salud Pública de México*, 56, 1, p. 56-62.

LAMY M.-L., 1982, « Avortement et contraception vus à travers Population (1970-1981) », *Revue Française de Sociologie*, 23, 3, p. 519.

LANDOUR J., 2017, « Les Momprenneurs. Entre entreprise économique, identitaire et parentale », *Travail et emploi*, 150, 2, p. 79-100.

LANDOUR J., ODIER L., 2017, « Travail parental et bien être de l'enfant. Entre assignation et pouvoir des mères », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48-2, p. 75-93.

LAROUCHE J.-M., 2019, « Les sciences sociales et l'éthique en recherche en contexte canadien », *Revue d'anthropologie des connaissances*, Vol. 13, N°2, 2, p. 479-501.

LASCOUMES, P., LE GALES, P. (dirs.), 2004, *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques (Gouvernances), 370 p.

LASSALAS C., 2016, « "La paternité ne peut plus être imposée, question de responsabilité..." », LPA Les Petites affiches, 16 juin 2016 », *Les Petites Affiches*.

LASSALAS C., 2022, « Imposer une paternité au nom du seul lien biologique avec un enfant : une injustice au regard des transformations sociales et de l'évolution du droit », *Actu Juridique*.

LAUFER J., 2005, « La construction du plafond de verre : Le cas des femmes cadres à potentiel », *Travail et Emploi*, 102, p. 31-44.

LAURANT F., 2013, « Rapport relatif à l'accès à l'IVG - Volet 1 : Information sur l'avortement sur Internet », *HCE*.

LE CAISNE L., 2014, *Un inceste ordinaire. Et pourtant tout le monde savait*, Paris, Belin, 354 p.

LE DEN M., 2012, « Les indicateurs des grossesses à l'adolescence en France, The indicators of teenage pregnancies, Resumen », *Sciences sociales et santé*, 30, 1, p. 85-102.

LE GALL D., LE VAN C., 2009, « L'entrée dans la sexualité adulte en France : normes de régulation du premier corps à corps », *Migrations Société*, 126, 6, p. 143-156.

LE GUEN M., AGIUS R., PANJO H., MOREAU C., 2020, « La "crise des pilules" en France : les femmes ont-elles davantage consulté un.e gynécologue afin d'accéder plus facilement au DIU ? », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 68, 6, p. 347-355.

LE GUEN M., ROUX A., ROUZAUD-CORNABAS M., FONQUERNE L., THOME C., VENTOLA C., 2017, « Cinquante ans de contraception légale en France : diffusion, médicalisation, féminisation », *Population et Sociétés*, 549.

LE GUEN M., ROUZAUD-CORNABAS M., PANJO H., RIGAL L., RINGA V., MOREAU C., GAUTIER A., LYDIE N., RAHIB D., LIMOUSI F., RICHARD J.-B., BROUARD C., 2020, « The French pill scare and the reshaping of social inequalities in access to medical contraceptives », *SSM - Population Health*, 11.

LE GUEN M., SCHANTZ C., REGNIER-LOILIER A., LA ROCHEBROCHARD E. DE, 2021, « Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review », *Social Science and Medicine*, 284, September 2021, p. 1-13.

LE GUEN M., VENTOLA C., BOHET A., MOREAU C., BAJOS N., 2015, « Men's contraceptive practices in France: evidence of male involvement in family planning », *Contraception*, 92, 1, p. 46-54.

LE JEUNNE C., 2021, « Plafond de verre et carrière des femmes médecins », *La Presse Médicale Formation*, 2, 3, p. 207-209.

LE NAOUR J.-Y., VALENTI C., 2003, *Histoire de l'avortement. XIXe - XXe siècle*, Paris, Seuil (L'Univers Historique).

LE VAN C., 1998, *Les grossesses à l'adolescence : norme sociales, réalités vécues*, Paris Montréal (Québec), Éd. l'Harmattan (Le travail du social).

LE VAN C., 2006, « La grossesse à l'adolescence : un acte socialement déviant ? », *Adolescence*, no 55, 1, p. 225-234.

LECLER R., 2007, « Le succès d'Histoires d'A, « film sur l'avortement » », *Terrains & travaux*, 13, p. 51-72.

LEE E., 2002, « Psychologizing Abortion: Women's 'Mental Health' and the Regulation of Abortion in Britain », dans *Well Women*, Routledge.

LEE E., 2003, « Tensions in the Regulation of Abortion in Britain », *Journal of Law and Society*, 30, 4, p. 532-553.

LEE E., 2004, *Abortion, Motherhood, and Mental Health: Medicalizing Reproduction in the United States and Great Britain*, 2nd édition, Hawthorne, N.Y, AldineTransaction, 293 p.

LEFAUCHEUR N., 1992, « Maternité, famille, État », dans *L'histoire des femmes en Occident*, Plon, Paris.

LEGRAVE J.-B., 1996, « La "neutralité" dans l'entretien de recherche. Retour personnel sur une évidence », *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, 35, p. 207-225.

LELONG N., MOREAU C., KAMINSKI M., 2005, « Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 34, 1-C1, p. 53-61.

LEMERLE S., 2016, « Trois formes contemporaines de biologisation du social », *Socio. La nouvelle revue des sciences sociales*, 6.

LEMIEUX C., 2012, « 18 – L'écriture sociologique », dans *L'enquête sociologique*, Presses Universitaires de France, p. 377-402.

LENOIR R., 1995, « L'invention de la démographie et la formation de l'État », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 108, 3, p. 36-61.

LEPORT É., 2022, *Les papas en danger ? des pères à l'assaut des droits des femmes*, Paris, Éditions de la Maison des sciences de l'homme (Interventions).

LERIDON H., 1987, « La seconde révolution contraceptive : la régulation des naissances en France de 1950 à 1985. Présentation d'un Cahier de l'INED », *Population*, 42, 2, p. 359-367.

- LERIDON H., 2010, « L'espèce humaine a-t-elle un problème de fertilité ? », *Population & Sociétés*, 471.
- LERIDON H., BAJOS N., OUSTRY P., 2002, « La médicalisation croissante de la contraception en France », *Population et Société*, 381.
- LERIDON H., BOZON M., 1993, « L'enquête ACSF : présentation générale », *Population*, 48, 5, p. 1197-1204.
- LERIDON H., SARDON J.-P., COLLOMB P., CHARBIT Y., 1979, « La contraception en France en 1978. Une enquête INED-INSEE », *Population*, 34, 1, p. 1349-1390.
- LESSARD L.N., KARASEK D., MA S., DARNEY P., DEARDORFF J., LAHIFF M., GROSSMAN D., FOSTER D.G., 2012, « Contraceptive Features Preferred by Women At High Risk of Unintended Pregnancy », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 44, p. 194-200.
- LEVANDOWSKI B.A., KALILANI-PHIRI L., KACHALE F., AWAH P., KANGAUDE G., MHANGO C., 2012, « Investigating social consequences of unwanted pregnancy and unsafe abortion in Malawi: The role of stigma », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118, S2, p. S167-S171.
- LEVERATTO J.-M., 2011, « Le Goût du sexe. Un sociologue au salon de l'érotisme », *Corps*, 9, 1, p. 226-238.
- LEVESQUE S., BERGERON M., FONTAINE L., ROUSSEAU C., 2018, « La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle », *Recherches féministes*, 31, 1, p. 219-238.
- LEVI-MAKARIUS L., 1974, *Le sacré et la violation des interdits*, Paris, Payot.
- LEVI-STRAUSS C., [1949] 2002, *Les Structures élémentaires de la parenté*, 2nd edition, Berlin, Mouton de Gruyter, 621 p.
- LEVY-GUILLAIN R., 2022, « La fabrique du privilège du désir. L'apprentissage socialement différencié du désir sexuel au croisement du genre et de la classe », *Revue française de sociologie*, 63, 1, p. 7-34.
- LEVY-GUILLAIN R., SPONTON A., WICKY L., 2022, « L'intime au bout du fil. Enjeux méthodologiques de l'entretien biographique à distance », *Revue française de sociologie*, 63, 2, p. 311-332.
- LEWIS E., 2018, *The Denial of the Right to Choose: Structural Violence and Abortion in Chile*, Bachelor of Arts, Connecticut College.
- LHUILIER D., AMADO S., BRUGEILLES F., ROLLAND D., 2007, « Vivre et travailler avec une maladie chronique (vih-vhc) », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 4, 2, p. 123-141.
- LHUILIER D., BRUGEILLES F., ROLLAND D., 2015, « Maladies chroniques et travail de santé des patients : le cas de l'hépatite C », *Sante Publique*, S1, HS, p. 17-21.
- LIGNIER W., 2012, *La petite noblesse de l'intelligence : Une sociologie des enfants surdoués*, Paris, La Découverte (Collection Laboratoire des sciences sociales), 356 p.
- LINEK L., 2017, « Zwischen höchstpersönlicher Liebesanerkennung und zweckrationalem Kalkül. Auf der Suche nach einer Soziologie der Freundschaft », *Berliner Journal für Soziologie*, 27, 3, p. 559-578.
- LINK B.G., STRUENING E.L., RAHAV M., PHELAN J.C., NUTTBROCK L., 1997, « On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse », *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 2, p. 177-190.
- LINK B.G., PHELAN J.C., 2001, « Conceptualizing Stigma », *Annual Review of Sociology*, 27, 1, p. 363-385.
- LIPP A., 2011, « Stigma in abortion care: Application to a grounded theory study », *Contemporary Nurse*, 37, 2, p. 115-123.

LOCOH T., HECHT J., ANDRO A., 2003, « 20. Démographie et genre, de l'implicite à l'explicite », dans *Le travail du genre*, La Découverte, p. 299-319.

LØKELAND M., 2004, « Abortion: The Legal Right Has Been Won, But Not the Moral Right », *Reproductive health matters*, 12, p. 167-173.

LOVE G., 2021, « Abortion stigma, class and embodiment in neoliberal England », *Culture, Health & Sexuality*, 23, 3, p. 317-332.

LOWE P., PAGE S.-J., 2019, « Rights-based Claims Made by UK Anti-abortion Activists », *Health and Human Rights*, 21, 2, p. 133-144.

LÖWY I., 2009, « L'âge limite de la maternité: corps, biomédecine, et politique », *Mouvements*, 59, p. 102-112.

LÖWY I., 2018, *Tangled Diagnoses: Prenatal Testing, Women, and Risk*, Chicago, IL, University of Chicago Press, 352 p.

LUKER K., 1975, *Taking Chances: Abortion and the Decision Not to Contracept*, University of California Press, 224 p.

LUKER K., 1985, *Abortion and the Politics of Motherhood*, 350 p.

MADESTA T., 2022, *Désirer à tout prix*, Paris, Binge Audio Editions, 160 p.

MAINSANT G., 2008, « 5 : Prendre le rire au sérieux. », dans *Les politiques de l'enquête*, La Découverte.

MAJOR B., ZUBEK J.M., COOPER M.L., COZZARELLI C., RICHARDS C., 1997, « Mixed messages: implications of social conflict and social support within close relationships for adjustment to a stressful life event », *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 6, p. 1349-1363.

MAJOR B., GRAMZOW R.H., 1999, « Abortion as stigma: Cognitive and emotional implications of concealment », *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 4, p. 735-745.

MAKLEFF S., LABANDERA A., CHIRIBAO F., FRIEDMAN J., CARDENAS R., SA E., BAUM S.E., 2019, « Experience obtaining legal abortion in Uruguay: knowledge, attitudes, and stigma among abortion clients », *BMC Women's Health*, 19, 1, p. 155.

MAKLEFF S., WILKINS R., WACHSMANN H., GUPTA D., WACHIRA M., BUNDE W., RADHAKRISHNAN U., CISLAGHI B., BAUM S.E., 2019, « Exploring stigma and social norms in women's abortion experiences and their expectations of care », *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27, 3, p. 50-64.

MARAUX B., LERT F., 2017, « 14. La contraception chez les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne en Île-de-France : une pratique généralisée comme dans la population générale, des méthodes différentes », dans *Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*, La Découverte, p. 299-313.

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.

MARGUET L., 2019, « La croisade contre le droit à l'avortement aux États-Unis », *Délibérée*, 8, 3, p. 79-84.

MARQUIS N., 2014, *Du bien-être au marché du malaise : la société du développement personnel*, Paris, Presses universitaires de France (Partage du savoir).

MARQUIS N., 2016, « Performance et authenticité, changement individuel et changement collectif : une perspective sociologique sur quelques paradoxes apparents du "développement personnel" », *Communication & management*, 13, 1, p. 47-62.

MARSH V.M., KAMUYA D.M., MOLYNEUX S.S., 2011, « ‘All her children are born that way’: gendered experiences of stigma in families affected by sickle cell disorder in rural Kenya », *Ethnicity & Health*, 16, 4-5, p. 343-359.

MARTIAL A., 2017, « Nouveaux pères et nouvelles paternités : le regard des sciences sociales », dans *Accueillir les pères en périnatalité*, Toulouse, Érès (La vie de l’enfant), p. 45-52.

MARTIN A., 2017, « Ethnographie du virtuel : enjeux de la recherche qualitative sur Internet », *Entre le zist et le zest*.

MARTIN L.A., DEBBINK M., HASSINGER J., YOUATT E., EAGEN-TORKKO M., HARRIS L.H., 2014, « Measuring Stigma Among Abortion Providers: Assessing the Abortion Provider Stigma Survey Instrument », *Women & Health*, 54, 7, p. 641-661.

MARTIN L.A., DEBBINK M., HASSINGER J., YOUATT E., HARRIS L.H., 2014, « Abortion providers, stigma and professional quality of life », *Contraception*, 90, 6, p. 581-587.

MARTIN L.A., HASSINGER J.A., SEEWALD M., HARRIS L.H., 2018, « Evaluation of Abortion Stigma in the Workforce: Development of the Revised Abortion Providers Stigma Scale », *Women’s Health Issues*, 28, 1, p. 59-67.

MASCLET C., 2022, « À bas le couple ? Les parcours affectifs des féministes des années 1970 », *Sociologie*, N° 1, vol. 13.

MASCLET C.F.& P.G.& N.K.& C., 2021, « Espaces non mixtes : l’entre-soi contre les inégalités ? », *Métropolitiques*.

MASCLET O., AMOSSE T., BERNARD L., CARTIER M., LECHIEN M.-H., 2020, *Être comme tout le monde: employées et ouvriers dans la France contemporaine*, Paris, Raisons d’agir (Cours et travaux), 466 p.

MASSAD J.A., 2007, *Desiring Arabs*, Chicago, University of Chicago Press, 453 p.

MATHIEU L., 2005, « Repères pour une sociologie des croisades morales », *Deviance et Societe*, Vol. 29, 1, p. 3-12.

MATHIEU L., 2010, « Les ressorts sociaux de l’indignation militante. L’engagement au sein d’un collectif départemental du Réseau éducation sans frontière, Abstract », *Sociologie*, 1, 3, p. 303-318.

MATHIEU M., 2016, *Derrière l’avortement, les cadres sociaux de l’autonomie des femmes : refus de maternité, sexualités et vies des femmes sous contrôle : une comparaison France - Québec.*, Doctorat de sociologie, Paris 8.

MATHIEU M., 2019, « Une poignée de sel sur les braises de la lutte pour la libération de l’avortement et de la contraception », *Mouvements*, n° 99, 3, p. 48-56.

MATHIEU M., 2022, « L’avortement en France : du droit formel aux limites concrètes à l’autonomie des femmes », *Droit et société*, 111, 2, p. 335-355.

MATHIEU M., PERRIN R., THIZY L., 2023, « La psychologisation de l’avortement en France », *Recherches féministes*.

MATHIEU M., RUAULT L., 2014, « Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l’institution médicale : la classe des femmes sous surveillance », *Politix*, N° 107, 3, p. 33-59.

MATHIEU M., RUAULT L., 2017, « Présentation. Une incursion collective sur un terrain éclaté pour une approche matérialiste des activités liées à la production des êtres humains », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48-2, p. 1-27.

MATHIEU M., THIZY L., 2023, *Sociologie de l’avortement*, La Découverte, Paris.

MATHIEU N.-C., 1977, « Paternité biologique, maternité sociale... De l'avortement et de l'infanticide comme signes non reconnus du caractère culturel de la maternité », dans *Femmes, sexisme et sociétés*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 39-48.

MATHIEU N.-C., 1991, « Quand céder n'est pas consentir. Des déterminants matériels et psychiques de la conscience dominée des femmes, et de quelques unes de leurs interprétations en ethnologie. », dans *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*, Côté-femmes.

MATTALUCCI C., MISHTAL J., DE ZORDO S., 2019, « Emerging Contestations of Abortion Rights: New Discourses and Political Strategies at the Intersection of Rights, Health and Law », *Antropologia*, 5.

MAUDET M., 2017, « Religion et sexualité en France des années 1970 aux années 2000. Évolution des pratiques et attachement à la famille hétérosexuelle », *Population*, 72, 4, p. 701-728.

MAUGER G., 2001, « « La jeunesse n'est qu'un mot ». A propos d'un entretien avec Pierre Bourdieu », *Agora débats/jeunesses*, 26, 1, p. 137-142.

MAUGER G., 2002, « Politique de l'engagement sociologique », *Mouvements*, 24, 5, p. 53-59.

MAUSS M., [1925] 2012, *Essai sur le don*, 2^e édition, Paris, PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE - PUF, 252 p.

MAVUSO J.M.-J.J., MACLEOD C.I., 2019, « Resisting abortion stigma in situ: South African womxn's and healthcare providers' accounts of the pre-abortion counselling healthcare encounter », *Culture, Health & Sexuality*, 0, 0, p. 1-15.

MAZUY M., 2006, *Être prêt-e, être prêts ensemble ? : entrée en parentalité des hommes et des femmes en France*, Thèse de doctorat, Paris 1.

MAZUY M., 2009, « Avoir un enfant : être prêts ensemble », *Revue des sciences sociales*, 41.

MAZUY M., ROCHEBROCHARD E. DE L., 2008, « Fertility problems: a widespread concern among women. Results from the French Generations and Gender Survey », p. 18.

MAZUY M., TOULEMON L., BARIL É., 2014, « Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours », *Population*, Vol. 69, 3, p. 365-398.

MAZUY M., TOULEMON L., BARIL É., 2015, « Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété », *Population et Sociétés*, 518.

MBAMBE BEBEY D., 2017, « La " Facenographie " ou la possibilité d'étendre la netnographie sur tous les réseaux sociaux numériques (RSN) », *Journées Doctorales SFSIC 17*.

MCKENZIE T., 2019, « Ethnographier un projet de recherche nord-sud entre différences épistémologiques, enjeux éthiques et rapports de pouvoir », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 13, 2, p. 425-454.

MCLAREN A., 1996, *Histoire de la contraception de l'Antiquité à nos jours*, Paris, Agnès Vienot Editions, 413 p.

MCMURTRIE S.M., GARCIA S.G., WILSON K.S., DIAZ-OLAVARRIETA C., FAWCETT G.M., 2012, « Public opinion about abortion-related stigma among Mexican Catholics and implications for unsafe abortion », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118, S2, p. S160-S166.

MEHL D., 2016, *Maternités solo*, Univ Européenne, 68 p.

MEMMI D., 2003, *Faire vivre et laisser mourir*, Paris, La Découverte.

MEMMI D., 2014, *La revanche de la chair. Essai sur les nouveaux supports de l'identité*, Paris, Éditions du Seuil.

MEMMI D.), 2011, *La seconde vie des bébés morts*, Paris École des Hautes Etudes en Sciences Sociales (Cas de figure 16), 206 p.

MERCIER A., 2021, « Retournement du stigmat », *Publictionnaire. Dictionnaire encyclopédique et critique des publics*.

MERCKLE P., 2016, *La sociologie des réseaux sociaux*, 3e éd, Paris, la Découverte (Repères).

MERON M., WIDMER I., 2002, « Les femmes au chômage retardent l'arrivée du premier enfant », *Population*, 57, 2, p. 327-357.

MEURET-CAMPFORT E., 2021, « Grèves d'ouvrières en usine : une non-mixité émancipatrice ? », *Métropolitiques*.

MEYER V., 2020, *La santé sexuelle et le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes : état des lieux via une étude qualitative en France*, Thèse de doctorat en médecine générale, Université de Strasbourg.

MICHELS D., 2017, « Faire de son couple une cause », *Genre, sexualité & société*, 18.

MILLAR E., 2014, « The Foetal Condition: A Sociology of Engendering and Abortion », *Australian Feminist Studies*, 29, 79, p. 103-105.

MILLAR E., 2017, « Feminism, Foetocentrism, and the Politics of Abortion Choice in 1970s Australia », dans STETTNER S., ACKERMAN K., BURNETT K., HAY T. (dirs.), *Transcending Borders: Abortion in the Past and Present*, Cham, Springer International Publishing, p. 121-136.

MILLAR E., 2020, « Abortion stigma as a social process », *Women's Studies International Forum*, 78, p. 102328.

MILLAR E., 2022, « Maintaining exceptionality: Interrogating gestational limits for abortion », *Social & Legal Studies*, 31, 3, p. 439-458.

MILLAR E., 2023, « Abortion stigma, abortion exceptionalism, and medical curricula », *Health Sociology Review*, 0, 0, p. 1-16.

MILLEPIED A., 2016, *La douleur de l'endométriose : une sociologie de la santé et de la sexualité au prisme des rapports de genre*, Thèse en préparation, Paris, EHESS.

MILON C., 2022, « Ce(lles) que la visioconférence rend visible(s) », *Socio-anthropologie*, 45, p. 179-195.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, 2018, « Rester en bonne santé tout au long de sa vie. Feuille de route Stratégie Nationale de Santé Sexuelle 2018 - 2022 ».

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 2017, « Stratégie nationale de santé 2018-2022 ».

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 2019, « Accès à l'IVG. Principaux enseignements de l'enquête qualitative et territoriale auprès des agences régionales de santé ».

MISHTAL J., ZANINI G., DE ZORDO S., CLOUGHER D., GERDTS C., 2022, « 'To be vigilant to leave no trace': secrecy, invisibility and abortion travel from the Republic of Ireland », *Culture, Health & Sexuality*, 0, 0, p. 1-15.

MITCHELL L., 2001, *Baby's First Picture: Ultrasound and the Politics of Fetal Subjects*, University of Toronto Press, Toronto.

MOISY M., 2011, « Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 1, p. 162-198.

MONJARET A., PUGEAULT C., COLLECTIF, 2014, *Le Sexe de l'Enquête. Approches Sociologiques et Anthropologiques*, Lyon, Ecole Normale Supérieure, 262 p.

MORE C., 2004, « Sexualité et contraception vues à travers l'action du Mouvement français pour le Planning familial de 1961 à 1967 », *Le Mouvement Social*, no 207, 2, p. 75-95.

MOREAU C., BAJOS N., BOUYER J., 2004, « De la confusion de langage à l'oubli : la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale », *Population*, Vol. 59, 3, p. 503-518.

MOREAU C., BOUYER J., GILBERT F., GROUP C., BAJOS N., 2006, « Social, demographic and situational characteristics associated with inconsistent use of oral contraceptives: evidence from France », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38, 4, p. 190-196.

MOREAU C., DESFRERES J., BAJOS N., 2011, « Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 148-161.

MOREAU C., TRUSSELL J., DESFRERES J., BAJOS N., 2010, « Peri-abortion contraceptive use in the French islands of Guadeloupe and La Réunion: variation in the management of post-abortion care », *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 15, 3, p. 186-196.

MOREAU C., TRUSSELL J., DESFRERES J., BAJOS N., 2011, « Medical versus surgical abortion: the importance of women's choice », *Contraception*, 84, 3, p. 224-229.

MORGAN L.M., MICHAELS M.W., 1999, *Fetal Subjects, Feminist Positions*, University of Pennsylvania Press.

MORGAN L., MICHAELS M.W., 2009, *Icons of Life: A Cultural History of Human Embryos*, Berkeley, University of California Press, 328 p.

MORTAS P., 2020, « Hot stuff. Anatomy of the sex market at the dawn of the twentieth century », *French History*, 34, 2, p. 213-234.

MORTAS P., en cours, *Sexualités contrariées. Le couple à l'épreuve des problèmes sexuels (France, années 1850-années 1940)*, Thèse en préparation, Paris 1.

MORTUREUX A., 2010, « La place de la parole dans l'entretien pré-IVG », *Laennec*, Tome 58, 2, p. 6-17.

MÖSER C., 2022, *Libérations sexuelles : une histoire des pensées féministes et queers sur la sexualité*, Paris, La Découverte, 298 p.

MOSSUZ-LAVAU J., 2002, *Les Lois de l'amour : Les Politiques de la sexualité en France, de 1950 à nos jours*, Nouv. éd. rev. et augm, Paris, Payot, 501 p.

MOUNIER-AVON B., 1994, « Ethique et entretien social d'IVG », *Dialogue*, n°125, p. P.P. 79-94.

MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL, 2006, « 20. Le MFPF face aux partisans d'un retour à l'ordre moral », dans *Liberté, sexualités, féminisme*, La Découverte, p. 251-260.

MÜLLER E., 2013, *Une anthropologie du tatouage contemporain*, Paris, Editions L'Harmattan, 176 p.

MULVEY L., 1975, « Visual Pleasure and Narrative Cinema », *Screen*, 16, 3, p. 6-18.

MUSSELIN C., BEZES P., 2015, « Chapitre 5 / Le new public management. Entre rationalisation et marchandisation ? », dans *Une French touch dans l'analyse des politiques publiques ?*, Paris, Presses de Sciences Po (Académique), p. 125-152.

NAUDIER D., SIMONET M., 2011, *Des sociologues sans qualités ?*, Paris, La Découverte, 256 p.

NEGRONI C., 2005, « La reconversion professionnelle volontaire : d'une bifurcation professionnelle à une bifurcation biographique », *Cahiers internationaux de sociologie*, n° 119, 2, p. 311-331.

NEVE DE MEVERGNIES M., 2018, *Endométriose : est-ce que tu en souffres ? Un enjeu de santé publique situé aux frontières de l'expertise profane et savant.*, Thèse en préparation, Paris, EHESS.

NEYRAND G., 2016, « La conjugalité contemporaine, une nouvelle façon de penser le lien », *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, 25.

NI BHROLCHAIN M., BEAUJOUAN É., 2012, « En France comme en Grande-Bretagne, l'allongement des études retarde les maternités », *Population & Sociétés*, 495, 11, p. 1-4.

NICOLAS J., 1977, « 18. L'interruption volontaire de grossesse », *Malgré tout*, p. 88-96.

NIEDERGANG P., PITERBRAUT-MERX T., 2021, « Violence sexuelle ou « initiation » ? », *GLAD!. Revue sur le langage, le genre, les sexualités*, 10.

NORRIS A., BESSETT D., STEINBERG J.R., KAVANAUGH M.L., DE ZORDO S., BECKER D., 2011, « Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences », *Women's Health Issues*, 21, 3, Supplement, p. S49-S54.

NOVAES S.B., 1982, « Les récidivistes », *Revue Française de Sociologie*, 23, 3, p. 473-485.

OAKLEY A., 1980, *Women Confined: Toward a Sociology of Childbirth*, New York, Schocken Books, 343 p.

OCDE, 2021, *Pierre après pierre : Bâtir de meilleures politiques du logement*, OECD.

O'DONNELL A.T., O'CARROLL T., TOOLE N., 2018, « Internalized Stigma and Stigma-Related Isolation Predict Women's Psychological Distress and Physical Health Symptoms Post-Abortion: », *Psychology of Women Quarterly*.

OLIVIER C., 2003, « Jean-Yves LE NAOUR, Catherine VALENTI, Histoire de l'avortement (XIXe-XXe siècle). Paris, Le Seuil, coll. « L'univers historique », 2003, 394 p. », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 18, p. 297-301.

OLIVIER C., 2005, *Le vice ou la vertu : Vichy et les politiques de la sexualité*, Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 311 p.

OLIVIER C., 2015, « Du "crime contre la race". L'avortement dans la France de la Révolution Nationale », dans BARD C., CHAUVAUD F., PERROT M., PETIT J.-G. (dirs.), *Femmes et justice pénale : XIXe-XXe siècles*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (Histoire), p. 253-264.

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2000, « Le "je" méthodologique : Implication et explicitation dans l'enquête de terrain », *Revue française de sociologie*, 41, 3, p. 417-445.

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1995, « La politique du terrain », *Enquête. Archives de la revue Enquête*, 1, p. 71-109.

OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1996, « La violence faite aux données », *Enquête. Archives de la revue Enquête*, 3, p. 31-59.

ORY Z. DE, 2019, « Revendiquer l'asexualité : une résistance aux injonctions sexuelles ? », *Mouvements*, 99, 3, p. 136-144.

OTERO M., 2005, « Regards sociologiques sur la santé mentale, la souffrance psychique et la psychologisation », *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, p. 5-15.

OUATTARA F., 2004, « Une étrange familiarité », *Cahiers d'études africaines*, 44, 175, p. 635-657.

OUDSHOORN N., AKRICH M., LE DOARE H., 1999, « Contraception masculine et querelles de genre », *Les Cahiers du Genre*, 25, 1, p. 139-166.

OUDSHOORN N.E., 2003, *The Male Pill: A Biography of a Technology in the Making*, Durham, Duke University Press, 320 p.

OUEDRAOGO R., 2016, « « Faire dire l'avortement » », *Parcours anthropologiques*, 11.

OUGUERRAM-MAGOT N., 2017, « Queers non blanc·hes en France Des discours inaudibles, des pratiques invisibles ? », *GLAD!*, 3.

PAILHE A., SOLAZ A., 2007, « Inflexions des trajectoires professionnelles des hommes et des femmes après la naissance d'enfants », *Revue des politiques sociales et familiales*, 90, 1, p. 5-16.

PALMER J., 2009, « Seeing and knowing: Ultrasound images in the contemporary abortion debate », *Feminist Theory*, 10, 2, p. 173-189.

PAPINOT C., 2014, *La relation d'enquête comme relation sociale : épistémologie de la démarche de recherche ethnographique*, Paris; Québec, Hermann ; Presses de l'Université Laval.

PAPON S., 2019, « 759 000 nouveau-nés en France en 2018 : seulement 12 000 ont une mère de moins de 20 ans », *Insee Première*, 1773.

PARIS M., 2017, « Un féminisme anticolonial : l'Union des femmes de La Réunion (1946-1981) », *Mouvements*, n° 91, 3, p. 141-149.

PARIS M., 2020a, « La racialisation d'une politique publique : le contrôle de la natalité à La Réunion (années 1960-1970) », *Politix*, n° 131, 3, p. 29-52.

PARIS M., 2020b, *Nous qui versons la vie goutte à goutte : féminismes, économie reproductive et pouvoir colonial à La Réunion*.

PARKER R., AGGLETON P., 2003, « HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action », *Social Science & Medicine* (1982), 57, 1, p. 13-24.

PASTOR Z., HOLLA K., CHMEL R., 2013, « The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: A systematic review », *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 18, 1, p. 27-43.

PATEV A.J., HOOD K.B., HALL C.J., 2019, « The interacting roles of abortion stigma and gender on attitudes toward abortion legality », *Personality and Individual Differences*, 146, p. 87-92.

PAUGAM S., 2013, *La disqualification sociale : Essai sur la nouvelle pauvreté. Préface de Dominique Schnapper. Postface inédite de l'auteur*, 5e édition, Paris, PUF, 256 p.

PAVARD B., 2009a, « Genre et militantisme dans le Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception. Pratique des avortements (1973-1979) », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 29, p. 79-96.

PAVARD B., 2009b, « Contraception et avortement dans Marie-Claire (1955-1975) : de la méthode des températures à la méthode Karman », *Le Temps des médias*, n° 12, 1, p. 100-113.

PAVARD B., 2012a, *Si je veux, quand je veux: contraception et avortement dans la société française (1956 - 1979)*, Rennes, Presses Univ. de Rennes (Archives du féminisme), 358 p.

PAVARD B., 2012b, « Quand la pratique fait mouvement », *Sociétés contemporaines*, n° 85, 1, p. 43-63.

PAVARD B., 2012c, « Du Birth Control au Planning familial (1955-1960) : un transfert militant », *Histoire@Politique*, n° 18, 3, p. 162-178.

PAVARD B., ROCHEFORT F., ZANCARINI-FOURNEL M., 2012, *Les lois Veil. Contraception 1974, IVG 1975*, Paris, Armand Colin (Les événements fondateurs).

PAVARD B., ROCHEFORT F., ZANCARINI-FOURNEL M., 2020, « Chapitre IX. Le moment 68 des féministes », dans *Ne nous libérez pas, on s'en charge*, La Découverte, p. 258-303.

PENEFF J., 1992, *L'hôpital en urgence : étude par observation participante*, Paris Métailié (Collection Leçons de choses), 257 p.

- PENEFF J., 2009, *Le goût de l'observation : Comprendre et pratiquer l'observation participante en sciences sociales*, Paris, Editions La Découverte, 250 p.
- PENEFF J., 2011, « Le sens de l'observation est-il utile en sociologie ? », *SociologieS*.
- PEREIRA J., PIRES R., CANAVARRO M.C., 2019, « Decision-making trajectories leading to termination of an unplanned pregnancy: specificities among adolescent and adult women », *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37, 3, p. 242-255.
- PERETZ H., 1998, *Les méthodes en sociologie. L'observation.*, Paris, La Découverte.
- PERI-ROTEM N., 2020, « Écarts de fécondité en fonction du niveau d'instruction : le rôle de la religion en Grande-Bretagne et en France », *Population*, 75, 1, p. 9-38.
- PERIVIER H., 2017, « Réduire les inégalités professionnelles en réformant le congé paternité », *Policy brief*, 11.
- PERRIN R., 2021, *La clause qui cache la forêt. Enquête sur les réticences des gynécologues face à l'IVG*, Mémoire de recherche de Master 2 en sociologie, ENS - EHESS.
- PERRIN R., 2023a, « L'ethnographie comme travail émotionnel : une enquête de terrain sur l'avortement », *Genèses*, 132.
- PERRIN R., 2023b, « Au tribunal des femmes enceintes. Enquête sur les pratiques d'interruption médicale de grossesse pour détresse psychosociale. », *Revue française des affaires sociales*.
- PETCHESKY R., 1986, « Fetal Images: The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction », *Feminist Studies*, 13, p. 263.
- PETCHESKY R.P., 1987, « Fetal Images: The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction », *Feminist Studies*, 13, 2, p. 263-292.
- PETITAT A., 1998, *Secret et formes sociales*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 256 p.
- PHETERSON G., AZIZE VARGAS Y., 2005, « Abortion Practice in the Northeast Caribbean: "Just write down stomach pain" », *Reproductive health matters*, 13, p. 44-53.
- PHETERSON G., MAURY H., 2001, « Avortement pharmacologique ou chirurgical : les critères sociaux du « choix » », *Cahiers du Genre*, n° 31, 2, p. 221-247.
- PHILIPPE C., 2007, « Le conseil conjugal et familial [Une profession à la recherche de reconnaissance et d'unité] », *Revue des politiques sociales et familiales*, 89, 1, p. 64-71.
- PHILIPPE C., 2008, « Être parents dans un couple mixte : éléments de réflexion », *Informations sociales*, 149, 5, p. 114-123.
- PHILIPPE, C., VARRO, G., NEYRAND, G. (dirs.), 1998, *Liberté, égalité, mixité... conjugales : une sociologie du couple mixte*, Paris, Anthropos : Diffusion, Economica (Exploration interculturelle et science sociale), 311 p.
- PICARD H., JUTANT S., 2022, « Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans », Ministère des Affaires sociales et de la Santé.
- PICQ F., 2002, « Le féminisme entre passé recomposé et futur incertain », *Cites*, n° 9, 1, p. 25-38.
- PIERREPONT C. DE, 2010, « La sexualité post-partum dans les fora internet. Socialisation entre pairs et transmission des savoirs », *Civilisations. Revue internationale d'anthropologie et de sciences humaines*, 59-1, p. 109-127.
- PINELL P., 2019, *La bonne société et la cause de la petite enfance : sociogenèse de la première loi française de protection de l'enfance, 1874*, Vulaines-sur-Seine, Éditions du Croquant (Collection Champ social).

PITERBRAUT-MERX D., 2019, « Des dérives d'un usage métaphorique de l'enfance », *Le Telemaque*, 56, 2, p. 57-69.

PITERBRAUT-MERX T., 2020, « Enfance et vulnérabilité. Ce que la politisation de l'enfance fait au concept de vulnérabilité », *Éducation et socialisation. Les Cahiers du CERFEE*, 57.

PITTI L., 2010, « Experts « bruts » et médecins critiques », *Politix*, n° 91, 3, p. 103-132.

PLARD M., 2013, *Paternités imposées : un sujet tabou*, Paris, Liens qui libèrent, 202 p.

PLUMAUZILLE C., 2021, « Prostitution », dans *Encyclopédie critique du genre*, La Découverte, p. 588-600.

PLUYS L., À FIN, 2022, *Paternité imposée et intérêt de l'enfant : impact de la jurisprudence récente*, Master de droit, Université de Liège.

POLETTI, 2008, « Rapport d'information sur l'application de la loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception ».

POLIS C.B., ZABIN L.S., 2012, « Missed conceptions or misconceptions: perceived infertility among unmarried young adults in the United States », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 44, 1, p. 30-38.

POMICINO L., ROMITO P., ESCRIBA-AGÜIR V., MOLZAN-TURAN J., 2013, « Est-ce que je peux choisir? Violence contre les femmes et décisions reproductives », *Nouvelles Questions Féministes*, Vol. 32, 1, p. 29-45.

PORTIER-LE COCQ F., 2009, *Sexualité et maternité des adolescentes : voix anglaises et écossaises*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (Collection « Des sociétés »), 329 p.

PRECIADO B., 2010, « Biopolitique à l'ère du capitalisme pharmacopornographique », *Chimères*, 74, 3, p. 241-257.

PRECIADO P., 2008, *Testo junkie: sexe, drogue et biopolitique*, Paris, Bernard Grasset.

PUISEUX C., 2018, *Queerisation des handicaps : le militantisme crip en questions*, Thèse de doctorat, Sorbonne Paris Cité.

PURCELL C., HILTON S., MCDAID L., 2014, « The stigmatisation of abortion: a qualitative analysis of print media in Great Britain in 2010 », *Culture, Health & Sexuality*, 16, 9, p. 1141-1155.

PURCELL C., MAXWELL K., BLOOMER F., ROWLANDS S., HOGGART L., 2020, « Toward normalising abortion: findings from a qualitative secondary analysis study », *Culture, Health & Sexuality*, 0, 0, p. 1-16.

QUAGLIARIELLO C., RUAULT L., 2017, « Accoucher de manière “alternative” en France et en Italie. Sur des modalités du travail de mise au monde des enfants et leur portée féministe », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48-2, p. 53-74.

QUENBY S., GALLOS I.D., DHILLON-SMITH R.K., PODESEK M., STEPHENSON M.D., FISHER J., BROSENS J.J., BREWIN J., RAMHORST R., LUCAS E.S., MCCOY R.C., ANDERSON R., DAHER S., REGAN L., AL-MEMAR M., BOURNE T., MACINTYRE D.A., RAI R., CHRISTIANSEN O.B., SUGIURA-OGASAWARA M., ODENDAAL J., DEVALL A.J., BENNETT P.R., PETROU S., COOMARASAMY A., 2021, « Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss », *The Lancet*, 397, 10285, p. 1658-1667.

QUENNEHEN M., 2021, « Paternités cachées, paternités impensées : être père en prison », *Genre, sexualité & société*, 26.

QUERE L., 2019, « Les formes ordinaires du consentement. Consciences du droit dans la consultation gynécologique », *Droit et société*, N° 102, 2, p. 413.

QUINN D.M., CHAUDOIR S.R., 2009, « Living With a Concealable Stigmatized Identity: The Impact of Anticipated Stigma, Centrality, Salience, and Cultural Stigma on Psychological Distress and Health », *Journal of personality and social psychology*, 97, 4, p. 634-651.

RAHIB D., LE GUEN M., LYDIE N., 2017, « Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent », *Baromètre santé 2016*.

RAHM L., ZORDO S.D., MISHTAL J., GARNSEY C.L., GERDTS C., 2022, « Inter-departmental abortion travels in metropolitan France: A mixed-methods analysis of women's experiences, access, and barriers to abortion care », *PLOS ONE*, 17, 10, p. e0273190.

RAHM L., ZORDO S.D., MISHTAL J., ZANINI G., GARNSEY C., CLOUGHER D., GERDTS C., 2023, « French women's experiences and opinions with in-country versus cross-border abortion travel: a mixed-methods paper », *BMJ Sexual & Reproductive Health*.

RAISON DU CLEUZIQU Y., 2014, *Qui sont les cathos aujourd'hui ?*, Paris, Desclée De Brouwer, 336 p.

RAISON DU CLEUZIQU Y., 2019, *Une contre-révolution catholique - Aux origines de la Manif Pour tous*, Le Seuil, 384 p.

RAMEAU P., 2011, « Pratiques illégales de l'avortement dans les années 68 à Dijon et à Saint-Étienne », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, n° 111, 3, p. 133-146.

RAMMSTEDT O., 1994, « L'étranger de Georg Simmel », *Revue des Sciences Sociales*, 21, 1, p. 146-153.

RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL N°2, 2011, « L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse », *CSIS*, janvier 2011.

RASMUSSEN M.L., 2004, « The Problem of Coming Out », *Theory Into Practice*, 43, 2, p. 144-150.

RAULT W., REGNIER-LOILIER A., 2015, « La première vie en couple : évolutions récentes », *Population & Sociétés*, 521.

REBOURS A., 2021, « Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes face à leur parcours en gynécologie », *Sages-Femmes*, 20, 3, p. 32-35.

REBREYEND A.-C., 2008, *Intimités amoureuses, France, 1920 - 1975*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail, 340 p.

REBREYEND A.-C., 2009, « La sexualité comme langage de l'amour conjugal en France de 1944 à 1965 », dans *Hétéros : discours, lieux, pratiques*, EPEL, Paris, p. 123-132.

REBREYEND A.-C., 2010, « 1. France. Les « filles amoureuses » : une nouvelle catégorie des années 1950 », dans *Les jeunes et la sexualité*, Autrement, p. 299-309.

REGNIER-LOILIER A., 2005, « Evolution des naissances et des grossesses non désirées en France. Réflexions méthodologiques et éléments d'interprétation », XXVe Congrès international de la population, Tours, 2005.

REGNIER-LOILIER A., 2007, *Avoir des enfants en France: désirs et réalités*, Paris, Institut national d'études démographiques (Les cahiers de l'INED), 267 p.

REGNIER-LOILIER A., LERIDON H., 2007, « La loi Neuwirth quarante ans après : une révolution inachevée ? », *Population et Sociétés*, 439.

REGNIER-LOILIER A., PAILHE A., 2015, « Le chômage retarde l'arrivée du premier enfant en France », *Population & Sociétés*, 528.

REGNIER-LOILIER A., PERRON Z., 2016, « Intentions de fécondité et arrivée du premier enfant », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 214, p. 81-93.

REGNIER-LOILIER A., SOLAZ A., 2010, « La décision d'avoir un enfant : une liberté sous contraintes », *Revue des politiques sociales et familiales*, 100, 1, p. 61-77.

REGUER-PETIT M., 2016, « L'impact de la trajectoire familiale des femmes sur leur système de valeurs. », dans *Parcours de familles : l'enquête Étude des relations familiales et intergénérationnelles*, INED Editions, p. 185-216.

REHNSTRÖM LOI U., GEMZELL-DANIELSSON K., FAXELID E., KLINGBERG-ALLVIN M., 2015, « Health care providers' perceptions of and attitudes towards induced abortions in sub-Saharan Africa and Southeast Asia: a systematic literature review of qualitative and quantitative data », *BMC Public Health*, 15, 1, p. 139.

RENAHY N., SORIGNET P.-E., 2020, « Introduction. Pour une sociologie du mépris de classe. L'économie des affects au cœur de la domination », *Sociétés contemporaines*, 119, 3, p. 5-32.

RENNES, J., ACHIN, C. (dirs.), 2016, *Encyclopédie critique du genre: corps, sexualité, rapports sociaux*, Paris, La Découverte, 740 p.

REVENIN R., 2021, « La « fabrique » des garçons. Hétérosexualité, jeunesse et masculinité dans le Paris populaire des années 1960 », *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*, 23, 1, p. 223-240.

REVILLARD A., 2016, *La cause des femmes dans l'État : une comparaison France-Québec*, Presses Universitaires de Grenoble.

REYNAUD D., 2022, « Fécondité selon le niveau de vie : une nouvelle estimation », *Insee Analyse*, 72.

REYNOLDS-WRIGHT J.J., ANDERSON R., 2019, « Male contraception: where are we going and where have we been? », *BMJ sexual & reproductive health*.

REY-ROBERT V., 2020, *Une culture du viol à la française : du troussage de domestique à la liberté d'importuner*, Nouvelle éd. 2020, Montreuil, Éditions Libertalia.

RICE W.S., SHEIRA L.A., GREENBLATT E., BLODGETT M., COCKRILL K., 2019, « The Stigma of Being a Young Parent: Development of a Measurement Tool and Predictors », *Journal of Child and Family Studies*, 28, 3, p. 642-655.

RICE W.S., TURAN B., STRINGER K.L., HELOVA A., WHITE K., COCKRILL K., TURAN J.M., 2017, « Norms and stigma regarding pregnancy decisions during an unintended pregnancy: Development and predictors of scales among young women in the U.S. South », *PLOS ONE*, 12, 3, p. e0174210.

RICH A., 1979, *Disloyal to Civilization: Feminism, Racism, Gynophobia (1978)*, W.W. Norton, 35 p.

RICH A., 1981, « La contrainte à l'hétérosexualité et l'existence lesbienne », *Nouvelles Questions Féministes*, 1, p. 15-43.

RICHARD E., 2020, *Les corps abstinents*, Paris, Flammarion.

RIMLINGER C., 2021, « Féminin sacré et sensibilité écoféministe. Pourquoi certaines femmes ont toujours besoin de la Déesse », *Sociologie*, 12, 1, p. 77-91.

ROBERT-BOBEE I., 2006, « Ne pas avoir eu d'enfant : plus fréquent pour les femmes les plus diplômées et les hommes les moins diplômés », *Données sociales*, p. 181-196.

ROBERTS J., 2012, « "Wakey wakey baby": narrating four-dimensional (4D) bonding scans », *Sociology of health & illness*, 34, 2.

ROBERTS J., 2016, *The Visualised Foetus: A Cultural and Political Analysis of Ultrasound Imagery*, Routledge, 177 p.

ROBILLARD C., 2010, « The gendered experience of stigmatization in severe and persistent mental illness in Lima, Peru », *Social Science & Medicine*, 71, 12, p. 2178-2186.

ROBINSON G.E., STOTLAND N.L., RUSSO N.F., LANG J.A., OCCHIOGROSSO M., 2009, « Is There an “Abortion Trauma Syndrome”? Critiquing the Evidence », *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 4, p. 268-290.

ROBINSON J., 2001, « Gendering the Abortion Debate : the French Case », dans *Abortion Politics, Women’s Movements, and the Democratic State: A Comparative Study of State Feminism*, Oxford University Press, p. 97-110.

ROBINSON P., 1976, *Modernization of Sex*, London, HarperCollins Distribution Services, 208 p.

ROMERIO A., 2019, *Le travail féministe. Enquête sur la professionnalisation du militantisme féministe au Planning familial.*, Thèse de doctorat.

RONDOT-MATTAUER B., 2003, *Interruption volontaire de grossesse : la dynamique du sens*, Érès.

RONSIN F., 1980, *La grève des ventres : propagande néo-malthusienne et baisse de la natalité française, XIXe-XXe siècles*, Paris, Aubier Montaigne (Collection historique), 254 p.

ROSENAL P.-A., 2007, « L’argument démographique », *Vingtième Siècle. Revue d’histoire*, n° 95, 3, p. 3-14.

ROSS E., 2016, « the foetal condition: a sociology of engendering and abortion », *Feminist Review*, 113, 1, p. e12-e13.

ROSSIER C., 2006, « L’avortement : un secret connu de tous ? », *Sociétés contemporaines*, no 61, 1, p. 41-64.

ROSSIER C., 2007, « Abortion: An Open Secret? Abortion and Social Network Involvement in Burkina Faso », *Reproductive Health Matters*, 15, 30, p. 230-238.

ROSSIER C., MICHELOT F., L’EQUIPE COCON, 2008, « Le choix de la technique d’avortement en France à la fin des années 1990 », dans *De la pilule au bébé-éprouvette. Choix individuels ou stratégies médicales ?*, Paris, INED (Les cahiers de l’INED).

ROSSIER C., PIRUS C., 2007, « Évolution du nombre d’interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002 », *Population*, Vol. 62, 1, p. 57-90.

ROSSIER C., TOULEMON L., PRIOUX F., 2009, « Évolution du recours à l’interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005 », *Population*, Vol. 64, 3, p. 495-529.

ROSSO C., LEGER A., STEICHEN O., 2019, « Plafond de verre pour les femmes dans les carrières hospitalo-universitaires en France », *La Revue de Médecine Interne*, 40, 2, p. 82-87.

ROUX A., 2020, « *Par amour des femmes* ? *La pilule contraceptive en France, genèse d’une évidence sociale et médicale (1960-2000)* », Thèse de doctorat en sociologie, EHESS.

ROUX A., VENTOLA C., BAJOS N., 2017, « Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France », *Sciences sociales et santé*, 35, 3, p. 41-70.

ROUZAUD-CORNABAS M., 2019, « *Alerte à la pilule* ». *Politiques contraceptives et régulation du risque au prisme du genre*, thesis, Université Paris-Saclay (ComUE).

ROZEE V., MAZUY M., 2012, « L’infertilité dans les couples hétérosexuels : genre et « gestion » de l’échec », *Sciences sociales et santé*, 30, 4, p. 5-30.

RUAAULT L., 2015, « La force de l’âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d’une vie féminine », *Nouvelles Questions Féministes*, 34, 1, p. 35-50.

RUAAULT L., 2016, « La circulation transnationale du self-help féministe : acte 2 des luttes pour l’avortement libre ? », *Critique internationale*, N° 70, 1, p. 37-54.

RUAAULT L., 2017a, *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)*, sous la direction de Rémi Lefebvre et Frédérique Matonti, Lille, Lille 2.

- RUAULT L., 2017b, « Une fête pour l'avortement libre », *Genèses*, n° 107, 2, p. 32-55.
- RUAULT L., 2019, « Libération sexuelle ou « pression à soulager ces messieurs » ? Points de vue de femmes dans les années 68 en France », *Ethnologie française*, N° 174, 2, p. 373-389.
- RUAULT L., 2021, « Histoires d'A et méthode K. La mise en récit d'une technique et ses enjeux dans le mouvement pour l'avortement libre en France », *Sociétés contemporaines*, 121, 1, p. 139-170.
- RUAULT L., POREE L., FILLIEULE O., 2018, « Les mobilisations pour l'avortement libre. De la convergence des luttes à leur extension », dans *Changer le monde, changer sa vie. Enquête sur les militantes et les militants des années 68 en France*, Arles, Actes Sud, p. 711-742.
- RUBIN G.S., [1984] 2010, *Surveiller et jouir : anthropologie politique du sexe*, Paris, EPEL (Les grands classiques de l'érotologie moderne).
- RUPIN D., 2018, *Impact décisionnel et émotionnel des sites internet anti-IVG sur les femmes faisant face à une grossesse non prévue.*, Mémoire de fin d'étude en maïeutique, Université de Tours.
- SACKEIM M.G., LEE S.Y., NEWTON S., LAUDERDALE D., GILLIAM M., 2022, « Effect of a narrative intervention on individual-level abortion stigma: a randomised controlled trial », *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 48, 1, p. 47-53.
- SALMONA M., 2018a, « La mémoire traumatique : violences sexuelles et psycho-trauma », *Les Cahiers de la Justice*, 1, 1, p. 69-87.
- SALMONA M., 2018b, « L'emprise ou la dissociation traumatique à l'œuvre », [//www.em-premium.com/data/revues/02416972/v39i315/S0241697218300057/](http://www.em-premium.com/data/revues/02416972/v39i315/S0241697218300057/).
- SANSEIGNE F., 2009, « Médicaliser l'action en faveur de la contraception : le Planning Familial, du scandale à la stratégie de l'objectivité », *Quaderni. Communication, technologies, pouvoir*, 68, p. 49-60.
- SANSEIGNE F., 2010, « Le Planning familial face à la loi (1956-1967) : entre arrangements et transformation », *Nouvelles Questions Feministes*, Vol. 29, 1, p. 16-31.
- SANSON D., 2023, « Close quarters. Sailing the murky waters of an ethnography 'at-home' », *Ethnography*, p. 14661381231175852.
- SANTELLI E., 2018, « De la jeunesse sexuelle à la sexualité conjugale, des femmes en retrait. L'expérience de jeunes couples », *Genre, sexualité & société*, 20.
- SANTELLI E., 2019, « "Profiter de sa jeunesse avant de se caser". Entre injonction normative, variation sociale et effet de genre », *Agora débats/jeunesses*, 83, 3, p. 25-42.
- SANTELLI E., 2022, « Désir individuel et sexualité conjugale », *Genre, sexualité & société*, 27.
- SANTELLI E., COLLET B., 2013, « Couples endogames, couples mixtes : options conjugales et parcours de vie de descendants d'immigrés en France », *Migrations Société*, 145, 1, p. 107-120.
- SANTELLI E., VINCENT J., 2018, « Devenir parent. Des jeunes couples entre projections et normes », *Revue des politiques sociales et familiales*, 129, 1, p. 63-76.
- SANZ-GAVILLON A.-C., 2019, « Le droit à l'avortement en Espagne : une conquête féministe au coeur d'un conflit sociétal (1975- 2017) », dans BRUNET L., GUYARD-NEDELEC A. (dirs.), *Mon corps, mes droits!, l'avortement menacé: panorama socio-juridique: France, Europe, États-Unis*, Paris, Éditions Mare & Martin (Collection de l'Institut des sciences juridique et philosophique de la Sorbonne), p. 45-67.
- SARGENT C., CORDELL D., 2003, « Polygamy, disrupted reproduction, and the state: Malian migrants in Paris, France », *Social Science & Medicine* (1982), 56, 9, p. 1961-1972.

SARLET M., DARDENNE B., 2012, « Le sexisme bienveillant comme processus de maintien des inégalités sociales entre les genres », *L'Année psychologique*, 112, 3, p. 435-463.

SAUREL-CUBIZOLLES M.-J., LHOMOND B., 2005, « Les femmes qui ont des relations homosexuelles : leur biographie sexuelle, leur santé reproductive et leur expérience des violences », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 33, 10, p. 776-782.

SAUVEGRAIN P., 2012, « La santé maternelle des « Africaines » en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue européenne des migrations internationales*, Vol. 28, 2, p. 81-100.

SCARFO GHELLAB G., 2015, « L'auto-socio-analyse du sociologue ou les conditions pour garantir la rigueur scientifique de la sociologie », *SociologieS*.

SCHAFFIR J., 2006, « Hormonal Contraception and Sexual Desire: A Critical Review », *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 4, p. 305-314.

SCHNEGG C., 2007a, « L'avortement médicamenteux : de la technique à l'expérience. La méthode abortive en question », *Nouvelles Questions Féministes*, 26, 2, p. 60-72.

SCHNEGG C., 2007b, « L'avortement médicamenteux : de la technique à l'expérience. La méthode abortive en question », *Nouvelles Questions Féministes*, Vol. 26, 2, p. 60-72.

SCHOUB-THIEBLEMONT C., NADJAFIZADEH M., 2018, « Observance des méthodes contraceptives pre-IVG et analyse des changements comportementaux post-IVG », *La Revue Sage-Femme*, 17, 2, p. 49-53.

SCHWARTZ O., 1993, « L'empirisme irréductible », dans *Le hobo : sociologie du sans-abri*, Nathan.

SCHWARTZ O., 2012, « Chapitre 1. Questions de stratégie et d'attitude », *Quadrige*, 3e éd., p. 17-57.

SEEWALD M., MARTIN L.A., ECHEVERRI L., NJUNGURU J., HASSINGER J.A., HARRIS L.H., 2019, « Stigma and abortion complications: stories from three continents », *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27, 3, p. 75-85.

SELLENET C., PORTIER- LE COCQ F., 2013, « Maternités adolescentes : le temps bousculé », *La revue internationale de l'éducation familiale*, n° 33, 1, p. 17-36.

SERVERIN E., 1980, « De l'avortement à l'interruption volontaire de grossesse : l'histoire d'une requalification sociale », *Déviance et société*, 4, 1, p. 1-17.

SETHNA, C., DAVIS, G. (dirs.), 2019, *Abortion across borders: transnational travel and access to abortion services*, Baltimore, Maryland, Johns Hopkins University Press, 350 p.

SEVEGRAND M., 1995, *Les Enfants du Bon Dieu*, Albin Michel, 492 p.

SEVEGRAND M., 2015, « Avortement, retour sur le débat catholique (1970-1979) », *Revue d'éthique et de théologie morale*, n° 285, 3, p. 35-47.

SHARPE G., 2015, « Precarious identities: 'Young' motherhood, desistance and stigma », *Criminology & Criminal Justice*, 15, 4, p. 407-422.

SHELLENBERG K.M., HESSINI L., LEVANDOWSKI B.A., 2014, « Developing a scale to measure stigmatizing attitudes and beliefs about women who have abortions: results from Ghana and Zambia », *Women & Health*, 54, 7, p. 599-616.

SHELLENBERG K.M., MOORE A.M., BANKOLE A., JUAREZ F., OMIDEYI A.K., PALOMINO N., SATHAR Z., SINGH S., TSUI A.O., 2011, « Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study », *Global Public Health*, 6, sup1, p. S111-S125.

SHELLENBERG K.M., TSUI A.O., 2012, « Correlates of perceived and internalized stigma among abortion patients in the USA: An exploration by race and Hispanic ethnicity », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118, S2, p. S152-S159.

SHUMAM A., BOHMER C., 2004, « Representing Trauma: Political Asylum Narrative », *The Journal of American Folklore*, 117, 466, p. 394-414.

SIHVO S., BAJOS N., DUCOT B., KAMINSKI M., 2003, « Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 8, p. 601-605.

SIMEANT-GERMANOS J., 2022, « Qui protéger, consentir à quoi, enquêter comment ? Les sciences sociales face à la bureaucratisation de la vertu scientifique », *Genèses*, 129, 4, p. 66-87.

SIMMEL G., [1908] 1998, *Secret et sociétés secrètes*, Belval France, Circé, 119 p.

SIMON W., GAGNON J.H., 1986, « Sexual scripts: Permanence and change », *Archives of Sexual Behavior*, 15, 2, p. 97-120.

SISSON G., KIMPORT K., 2016, « Doctors and Witches, Conscience and Violence: Abortion Provision on American Television », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 48, 4, p. 161-168.

SKEGGS B., 2015, *Des femmes respectables*, traduit par POULY M.-P., Agone.

SMAOUI S., 2021, « Du divan à la lutte. Les cheminements militants de la réalisation de soi », *Genèses*, 122, 1, p. 127-151.

SMITHBATTLE L.I., 2013, « Reducing the Stigmatization of Teen Mothers », *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 38, 4, p. 235.

SORHAINDO A.M., JUAREZ-RAMIREZ C., OLAVARRIETA C.D., ALDAZ E., PIÑEROS M.C.M., GARCIA S., 2014, « Qualitative Evidence on Abortion Stigma from Mexico City and Five States in Mexico », *Women & Health*, 54, 7, p. 622-640.

SORHAINDO A.M., KARVER T.S., KARVER J.G., GARCIA S.G., 2016, « Constructing a validated scale to measure community-level abortion stigma in Mexico », *Contraception*, 93, 5, p. 421-431.

SPENCER B., 1999, « La femme sans sexualité et l'homme irresponsable », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 128, 1, p. 29-33.

STAVO-DEBAUGE J., ROCA I ESCODA M., HUMMEL C., 2017, « Enquêter. Rater. Enquêter encore. Rater encore. Rater mieux . Présentation du Dossier « Penser les ratés de terrain » », *SociologieS*.

STEINBERG J.R., TSCHANN J.M., FURGERSON D., HARPER C.C., 2016, « Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma », *Social Science & Medicine*, 150, p. 67-75.

STEINBERG S., BARD C., BOERHINGER S., HOUBRE G., LETT D., 2018, *Une histoire des sexualités*, Paris, Presses Universitaires de France - PUF, 517 p.

STRAG H., LAFFITTE A., DUPHOT H., 2020, *Le Manifeste des 343. Histoire d'un combat*, Vanves, Marabout.

STRAUSS A., 1991, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, Editions L'Harmattan, 311 p.

SUTTER J., 1947, « Résultat d'une enquête préliminaire sur l'avortement dans la région parisienne », *Population*, 2, 3, p. 515-532.

SUTTER J., 1950, « Résultats d'une enquête sur l'avortement dans la région parisienne », *Population*, 5, 1, p. 77-102.

SWEATMAN J.L., 2017, « "It Is Not Your Personal Concern": Challenging Expertise in the Campaign to Legalize Abortion in France », dans STETTNER S., ACKERMAN K., BURNETT K., HAY T. (dirs.), *Transcending Borders: Abortion in the Past and Present*, Cham, Springer International Publishing, p. 103-119.

SYKES G.M., MATZA D., 1957, « Techniques of Neutralization: A Theory of Delinquency », *American Sociological Review*, 22, 6, p. 664-670.

TABET P., 1998, *La construction sociale de l'inégalité des sexes: des outils et des corps*, Paris, L'Harmattan (Bibliothèque du féminisme), 206 p.

TABET P., 2005, *La grande arnaque. Sexualité des femmes et échange économique-sexuel*, Paris Budapest Torino, Editions L'Harmattan, 214 p.

TAIN L., 2009, « Le devoir d'enfant à l'ère de la médicalisation : stigmates, retournements et brèches en procréation assistée », *Genre, sexualité & société*, 1.

TARQUINIO C., BRENNSTHUL M.-J., DELLUCCI H., IRACANE-COSTE M., RYDBERG J.A., SILVESTRE M., ZIMMERMANN E., 2017, *Pratique de l'EMDR: Introduction et approfondissements pratiques et psychopathologiques*, Dunod, 681 p.

TAYLOR J.S., 2008, *The Public Life of the Fetal Sonogram: Technology, Consumption, and the Politics of Reproduction*, Rutgers University Press, 224 p.

THAKKILAPATI S.D., 2009, *Better Mothers, Good Daughters and Blessed Women: Gender Performance in the Context of Abortion*, Thèse de doctorat, The Ohio State University.

THEBAUD F., 1986, *Quand nos grand-mères donnaient la vie : la maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, Lyon, Presses universitaires de Lyon (Collection Médecine et société), 315 p.

THEBAUD F., 1991, « La peur au ventre », dans *Amour et sexualité en Occident*, Seuil, p. 285-297.

THEBAUD F., 2005, « Genre et histoire en France », *Hypothèses*, 8, 1, p. 267-276.

THEBAUD F., 2007, *Écrire l'histoire des femmes et du genre*, 2e éd. rev. et augm, Lyon, ENS Éditions (Sociétés, espaces, temps), 312 p.

THEBAUD F., 2014, « 45. Le privé est politique. Féminismes des années 1970 », dans *Histoire des mouvements sociaux en France*, La Découverte, p. 509-520.

THIZY L., 2016, *Prendre en charge des femmes en demande d'interruption volontaire de grossesse. Le maternalisme des professionnelles de santé comme gouvernement des conduites*, Mémoire de M2 en sociologie, ENS de Lyon.

THIZY L., 2021, « Esquiver le stigmate lié à l'avortement : le « travail d'invisibilisation » comme renforcement du travail procréatif », *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, 38.

THIZY L., 2023, « Des mères de famille au chevet des avortantes : une stigmatisation renouvelée dans les centres d'interruption volontaire de grossesse », *Travail, genre et sociétés*, 49.

THIZY L., GAUGLIN M., VINCENT J., 2021, « "Se raconter" sur le terrain : le récit de soi comme ressource méthodologique », *Genèses*, n° 123, 2, p. 115-135.

THIZY L., VINCENT J., GÜNES S., BALCI I.N., 2023, *Biologisation(s). Les usages sociaux de l'argument biologique en santé*, ENS Éditions, Lyon.

THOMAS R.G., NORRIS A.H., GALLO M.F., 2017, « Anti-legal attitude toward abortion among abortion patients in the United States », *Contraception*, 96, 5, p. 357-364.

THOME C., 2016, « D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes : entre sexualité, santé et genre, analyser la métamorphose du préservatif masculin », *Sociétés contemporaines*, 104, 4, p. 67.

THOME C., 2019, *La sexualité aux temps de la contraception. Genre, désir et plaisir dans les rapports hétérosexuels (France, années 1960 - années 2010)*, Thèse de doctorat en sociologie, Paris, EHESS.

THOME C., 2022a, « Quand la sortie de la norme médicale interroge les normes intimes : l'exemple du coït interrompu », *Sciences sociales et santé*, 40, 3, p. 75-98.

THOME C., 2022b, « Dans les coulisses du désir spontané. Sexualité hétérosexuelle, travail des femmes et ordre du genre », *Revue française de sociologie*, 63, 2, p. 283-309.

THOME C., ROUZAUD-CORNABAS M., 2017, « Comment ne pas faire d'enfants ?. La contraception, un travail féminin invisibilisé », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48-2, p. 117-137.

THOMSON E., LE CORRE M., 2000, « Les IVG en 1998 », *Etudes et Résultats*, 69.

TILLICH E., 2019, « « Libérées, délivrées ! » : stérilisées et sans enfant », *Ethnologie française*, N° 176, 4, p. 787-801.

TILLICH E., 2020, « “Pas d'enfant si je veux” Stérilisée et sans enfant, un refus par corps de la maternité », dans *No children, no cry: Études de genre*, Editions de l'Université de Bruxelles.

TIN L.-G., 2010, « Comment peut-on être hétérosexuel ? », *Cites*, n° 44, 4, p. 91-105.

TISSOT S., 2018, *Gayfriendly. Acceptation et contrôle de l'homosexualité à Paris et à New York*, Raisons d'agir.

TOFFEL K., BRAIZAZ M., 2022, « Ne pas dire la sexualité. Évitements infirmiers et socialisations hors travail », *Terrains & travaux*, 40, 1, p. 43-65.

TOLICH M., FITZGERALD M.H., 2006, « If Ethics Committees were Designed for Ethnography », *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 1, 2, p. 71-78.

TOULEMON L., 1995, « Très peu de couples restent volontairement sans enfant », *Population*, 50, 4, p. 1079-1109.

TOULEMON L., 2008, « Entre le premier rapport sexuel et la première union : des jeunes encore différentes pour les femmes et pour les hommes », dans *Enquête sur la sexualité en France*, La Découverte, p. 163-195.

TOURAILLE P., 2011, « Du désir de procréer : des cultures plus naturalistes que la Nature ? », *Nouvelles Questions Féministes*, 30, 1, p. 52-62.

TRACES, NOUS C., 2020, « Maternités en lutte. Quelles maternités pour les travailleuses de l'ESR ? », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, 39, p. 133-150.

TRACHMAN M., 2014, *Le travail pornographique: enquête sur la production de fantasmes*, Paris, La Découverte.

TRAT J., 1997, « Retour sur l'automne chaud de 1995 », *Les Cahiers du Genre*, 18, 1, p. 39-59.

TRUC G., 2006, « La paternité en Maternité. Une étude par observation », *Ethnologie française*, 36, 2, p. 341-349.

TRYBULSKI J., 2005, « The Long-Term Phenomena of Women's Postabortion Experiences », *Western Journal of Nursing Research*, 27, 5, p. 559-576.

TYLER I., 2000, « Reframing pregnant embodiment », dans *Transformations*, Routledge.

TYLER I., 2018, « Resituating Erving Goffman: From Stigma Power to Black Power », *The Sociological Review*, 66, 4, p. 744-765.

TYLER I., SLATER T., 2018, « Rethinking the sociology of stigma », *The Sociological Review*, 66, 4, p. 721-743.

UNNITHAN M., DE ZORDO S., 2018, « Re-situating abortion: Bio-politics, global health and rights in neo-liberal times », *Global Public Health*, 13, 6, p. 657-661.

VAN DEL VELDE C., 2008, *Devenir adulte : sociologie comparée de la jeunesse en Europe*, 1re éd, Paris, Presses universitaires de France (Le lien social), 278 p.

VANDELAC L., 1981, « Contraception autoroute... pour sexualité bolide », *Temps fou*, p. 34-40.

VARRO G., 2012, « Les « couples mixtes » à travers le temps : vers une épistémologie de la mixité », *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, 17.

VEDIE L., 2020, « Une lutte à soi. La politique en première personne des féministes des années 1970 », *Nouvelles Questions Féministes*, 39, 1, p. 16-32.

VEDIE L., 2022, *Le sujet politique du féminisme, de l'ontologie à la pratique : comment la philosophie doit-elle s'emparer des problèmes féministes ?*, Thèse de doctorat, Lyon, École normale supérieure.

VENNER F., 1995a, *L'Opposition à l'avortement : du lobby au commando*, Berg International.

VENNER F., 1995b, *L'opposition à l'avortement : du lobby au commando*, Berg international, 212 p.

VENNER F., 1995c, « « Hitler a tué seulement six millions de juifs ». Sur le discours des adversaires de l'avortement », *Mots. Les langages du politique*, 44, 1, p. 57-71.

VENNER F., 2006, *Extrême France : Les mouvements frontistes, nationaux-radicaux, royalistes, catholiques traditionalistes et provie*, Grasset, Paris.

VENTOLA C., 2014, « Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées », *Genre, sexualité & société*, 12.

VENTOLA C., 2016a, « Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre », *Cahiers du Genre*, 60, 1, p. 101.

VENTOLA C., 2016b, « Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre », *Cahiers du Genre*, n° 60, 1, p. 101-122.

VERDRAGER P., 2017, « Mes ratés de terrain », *SociologieS*.

VERGES F., 2017, *Le ventre des femmes : capitalisme, racialisation, féminisme*, Paris, Albin Michel (Collection « Bibliothèque Albin Michel idées »), 229 p.

VERJUS A., VOGEL M., 2009, « Le travail parental : un travail comme un autre ? », *Informations sociales*, 154, 4, p. 4-6.

VILAIN A., 2004, « Les interruptions de grossesse en 2002 », *Etudes et Résultats*, 348.

VILAIN A., 2006, « Les interruptions de grossesse en 2004 », *Etudes et Résultats*, 522.

VILAIN A., 2008a, « Les interruptions de grossesse en 2005 », *Etudes et Résultats*, 624.

VILAIN A., 2008b, « Les interruptions de grossesse en 2006 », *Etudes et Résultats*, 659.

VILAIN A., 2011, « Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 116-147.

VILAIN A., 2012, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2010 », *Etudes et Résultats*, 804.

VILAIN A., 2015, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2013 », *Etudes et Résultats*, 924.

VILAIN A., 2016, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2015 », *Etudes et Résultats*, 968.

VILAIN A., 2017, « 211 900 interruptions volontaires de grossesse en 2016 », *Etudes et Résultats*, 1013.

VILAIN A., 2018, « 216 700 interruptions volontaires de grossesse en 2017 », *Etudes et Résultats*.

VILAIN A., 2019, « 224 300 interruptions volontaires de grossesse en 2018 », *Etudes et Résultats*, 1125.

VILAIN A., 2022, « Interruptions volontaires de grossesse : la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021 », *Etudes et Résultats*, 1241.

VILAIN A., COLLET M., MOISY M., 2011, « [Présentation méthodologique]. L'enquête nationale de la DREES sur les femmes ayant eu recours à une IVG en 2007 », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, 1, p. 69-85.

VILAIN A., DUBOST C.-L., FRESSON J., REY S., 2020, « Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019 », *Etudes et Résultats*, 1163.

VILDARD M., 2022, *Sociologie des dispositifs d'« accompagnement de la personne » : autorité voilée et travail sur l'individu. Conseil conjugal et familial, coaching professionnel, conseil spirituel.*, Thèse de doctorat en sociologie, Université Paris Sciences et Lettres.

VILLENEUVE-GOKALP C., 2011, « Les femmes qui accouchent sous le secret en France, 2007-2009 », *Population*, 66, 1, p. 135-169.

VOLANT S., 2017, « Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 », *Insee Première*, 1642.

VOLDMAN D., WIEVIORKA A., 2019, *Tristes grossesses : l'affaire des époux Bac (1953-1956)*, Paris, Éditions du Seuil, 180 p.

VÖRÖS F., 2020, *Désirer comme un homme : enquête sur les fantasmes et les masculinités*, Paris, La Découverte, 160 p.

WALLE E. VAN DE, 2005, « Comment prévenait-on les naissances avant la contraception moderne? », *Population & Sociétés*, 418.

WANG D., YAN H., FENG Z., 2004, « Abortion as a back up method for contraceptive failure in China », *Journal of Biosocial Science*, 36, 3, p. 279-287.

WATKINS E.S., 2012, « How the Pill Became a Lifestyle Drug: The Pharmaceutical Industry and Birth Control in the United States Since 1960 », *American Journal of Public Health*, 102, 8, p. 1462-1472.

WEBER F., 1991, « L'enquête, la recherche et l'intime ou : pourquoi censurer son journal de terrain ? », *Espace Temps*, 47, 1, p. 71-81.

WEBER F., 2005, *Le sang, le nom, le quotidien : une sociologie de la parenté pratique*, La Courneuve, Aux lieux d'être (Mondes contemporains), 264 p.

WEBER M., [1922] 2003, *Economie et société, tome 1 : Les Catégories de la sociologie*, Nouvelle, Paris, Pocket.

WEITZ T.A., KIMPORT K., 2015, « The Discursive Production of Abortion Stigma in the Texas Ultrasound Viewing Law », *Berkeley Journal of Gender, Law & Justice*, 30, p. 6.

WELZER-LANG D., 2013, « La contraception masculine, ARDECOM et les groupes d'hommes, prémisses de l'évolution des rapports sociaux de genre », dans *La contraception masculine*, Springer-Verlag, p. pp139-164.

WHALEN E.A., 2018, « Understanding a shifting methodology: A content analysis of the use of netnography in hospitality and tourism research », *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 30, 11, p. 3423-3441.

WHALEY N., BRANDT J., 2018, « Claiming the Abortion Narrative: A Qualitative Exploration of Mainstream and Social Media Reflections on Abortion », dans CHOUDHURY S., ERAUSQUIN J.T., WITHERS M. (dirs.), *Global Perspectives on Women's Sexual and Reproductive Health Across the Lifecourse*, Cham, Springer International Publishing, p. 159-171.

WHITLEY R., KIRMAYER L.J., 2008, « Perceived stigmatisation of young mothers: An exploratory study of psychological and social experience », *Social Science & Medicine*, 66, 2, p. 339-348.

WIEBE E.R., ADAMS L., 2009, « Women's perceptions about seeing the ultrasound picture before an abortion », *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal of the European Society of Contraception*, 14, 2, p. 97-102.

WILCOX A.J., WEINBERG C.R., BAIRD D.D., 1995, « Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby », *The New England Journal of Medicine*, 333, 23, p. 1517-1521.

WISE B., 2018, « Fetal Postitions: Fetal Visualization, Public Art, and Abortion Politics », *Rhetoric of Health & Medicine*, 1, 3-4, p. 296-322.

WITTIG M., [1980] 2018, *La pensée straight*, Nouvelle éd, Paris, Éditions Amsterdam.

YARDLEY E., 2008, « Teenage mothers' experiences of stigma », *Journal of Youth Studies*, 11, 6, p. 671-684.

ZANCARINI-FOURNEL M., 2002, « Genre et politique : les années 1968 », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, no 75, 3, p. 133-143.

ZANCARINI-FOURNEL M., 2003, « Histoire(s) du MLAC (1973-1975) », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 18, p. 241-252.

ZANCARINI-FOURNEL M., 2019a, « Contraception et avortement dans les Antilles françaises (Guadeloupe et Martinique, 1964-1975) », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 50, 2, p. 87-108.

ZANCARINI-FOURNEL M., 2019b, « Françoise Vergès, Le Ventre des femmes : capitalisme, racialisation, féminisme. Paris, Albin Michel, coll. « Bibliothèques des idées », 2017, 229 p. », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 50, p. 292-295.

ZECHMEISTER I., 2001, « Foetal Images: The Power of Visual Technology in Antenatal Care and the Implications for Women's Reproductive Freedom », *Health Care Analysis*, 9, 4, p. 387-400.

ZOLESIO E., 2012, *Chirurgiens au féminin?: des femmes dans un métier d'hommes*, Rennes, PUR.

Annexes

Annexe A. Présentation des enquêtées ayant avorté d'une première grossesse

Prénom	Année de naissance	Mois de l'entretien	Année IVG	Profession	Profession de la mère	Profession du père
Adélaïde	1991	oct 2018	2017	Chargée de mission dans l'environnement	Enseignante	Enseignant
Alison	1993	fev 2017	2014	Doctorante en sciences expérimentales	Commerciale	Non renseigné
Amélie	1979	juin 2017	2003	Sans emploi	Retraitée	Retraité
Anissa	1995	avril 2017	2014	Étudiante en école de commerce	Cadre dans la banque	Pas de contact
Anne	1990	avril 2017	2014	Enseignante	Pharmacienne	Informaticien
Astrid	1996	août 2019	2019	Chargée de projet dans une collectivité territoriale	Coach bien-être	Enseignant
Camille	1994	fev 2017	2012	Enseignante	Avocate	Praticien hospitalier
Carole	1978	mars 2018	2007 2016	Architecte	Comptable	Informaticien
Céline	1983	juillet 2017	2015	Commerciale	Non renseigné	Non renseigné
Charlie	1994	oct 2017	2015	Étudiante en sciences sociales	Décédée	Non renseigné
Chloé	1991	fev 2020	2010	Journaliste	Sans emploi	Cadre de la fonction publique
Christel	1991	oct 2018	2017	Travailleuse sociale	Secrétaire	Pas de contact
Cindy	1988	oct 2018	2003	Infirmière	Commerçante	Commerçant
Coline	1994	nov 2016	2016	Enseignante	Cadre dans la communication	Expert-comptable
Coralie	1995	juillet 2017	2019	Étudiante en art	Fonctionnaire de catégorie B	Informaticien
Cynthia	2000	avril 2017	2017	Lycéenne	Vendeuse	Pas de contact

Prénom	Année de naissance	Mois de l'entretien	Année IVG	Profession	Profession de la mère	Profession du père
Diane	1988	août 2018	2018	Étudiante en médecine	Orthophoniste	Médecin
Élane	1981	juillet 2019	2015	Chargée de mission dans une association humanitaire	Non renseigné	Non renseigné
Elisabeth	1993	oct 2018	2014 2014 2018	Service civique dans une association culturelle	Ingénieure dans une entreprise privée	Chercheur au CNRS
Férouze	1977	sept 2019	2003 2007	Aide-soignante	Sans emploi	Ouvrier cariste
Fleur	2000	avril 2019	2019	Danseuse	Enseignante	Agriculteur
Françoise	1959	avril 2017	1979 1999	Secrétaire dans la fonction publique	Employée	Employé
Gaëlle	1972	fev 2019	2018	Dessinatrice	Couturière	Ouvrier, en arrêt longue maladie
Hélène	1988	oct 2016	2011	Étudiante sage-femme	Enseignante	Cadre dans l'informatique
Imane	1989	sept 2018	2018	Hôtesse de l'air	Secrétaire juridique	Ouvrier cariste
Inès	1990	juillet 2017	2010 (FC) 2016	Ingénieure	Fonctionnaire de catégorie B	Auto-entrepreneur dans l'informatique
Julia	1991	avril 2017	2010 2016	Auxiliaire de vie scolaire	Secrétaire administrative dans la fonction publique	Ingénieur dans la fonction publique
Juliette	1987	janv 2018	2017	Productrice de documentaire à mi-temps	Médecin	Éducateur spécialisé
Laura	1996	mai 2017	2016	Étudiante en relations internationale	Cadre dans la banque	Haut fonctionnaire
Laurianne	1991	nov 2018	2018	Assistante sociale	Commerciale	Ouvrier qualifié
Laurie	1994	mars 2019	2015	Informaticienne	Puéricultrice	Comptable
Lucia	1984	juin 2018	2009 2011 2013 2015	Employée dans la restauration	Puéricultrice	Ouvrier soudeur
Maïssa	1981	août 2018	2018	Designeuse	Ouvrier	Coiffeuse
Margot	1989	janv 2018	2016	Psychologue et sexologue	Secrétaire	Cheminot
Marielle	1986	nov 2018	2005	Journaliste	Non renseigné	Non renseigné
Marine	1999	août 2018	2018	Aide de vie	Enseignante	Ouvrier

Prénom	Année de naissance	Mois de l'entretien	Année IVG	Profession	Profession de la mère	Profession du père
Marlène	1998	dec 2018	2018	Serveuse	Préparatrice de commande	Ouvrier spécialisé
Mélanie	1992	mai 2018	2013	Étudiante en sciences sociales	Caissière	Chauffagiste
Nina	1985	sept 2017	2017	Travailleuse sociale	Cadre dans les énergies	Pas de contact
Noéline	1998	dec 2018	2018	Serveuse	Enseignante au collège	Technicien de maintenance
Noémie	1993	avril 2017	2015	Étudiante en architecture	Cadre en entreprise	Publicitaire
Nolwenn	1991	mai 2018	2010	Préparatrice en pharmacie à l'hôpital	Huissière de justice	Gendarme
Nora	1998	mai 2017	2017	Étudiante en communication	Décoratrice d'intérieure	Cadre dans l'hôtellerie
Ony	1987	oct 2018	2018	Employée dans la restauration	Sans emploi	Juriste d'entreprise
Ophélie	1999	janv 2019	2018	Étudiante en DUT	Secrétaire médicale	Décédé
Pauline	1993	mai 2019	2019 2018 2013	Rédactrice	Non renseigné	Non renseigné
Romane	1993	dec 2017	2017	Comédienne	Psychologue	Fonctionnaire de catégorie A
Sirine	1989	août 2018	2014 (FC) 2015 2016 2017	Architecte	Commissaire d'exposition	Consultant en finance
Tiphany	1982	mai 2017	2017	Psychologue	Sans emploi	Non renseigné
Valentine	1992	juin 2019	2009	Relectrice	Fonctionnaire	Ingénieur en entreprise

Annexe B. Recrutement des enquêtées

B1. Le flyer d'appel à témoignage diffusé en ligne et dans les centres d'IVG

APPEL A TEMOIGNAGE
**Interruption volontaire de
grossesse**
A qui parle-t-on de sa décision ?

Dans le cadre d'une thèse en sociologie, je cherche à rencontrer des femmes qui accepteraient de partager **leur expérience de l'interruption volontaire de grossesse**. Cet appel à témoignage, qui prendrait la forme d'un entretien, s'adresse aux **femmes sans enfant au moment de l'IVG**. Dans quel contexte avez-vous été enceinte ? Comment avez-vous pris votre décision ? Comment s'est passée l'intervention ? En avez-vous parlé autour de vous, pendant et après ? Voici les questions que nous pourrions aborder dans la discussion.

L'entretien est bien évidemment **confidentiel, anonyme et bienveillant**, et n'a d'autre objectif que la production d'un travail de recherche scientifique.

Pour m'aider dans ce travail, partager votre vécu, ou avoir davantage d'informations, n'hésitez pas à me contacter !

Par téléphone (appel, Whatsapp ou SMS)

[REDACTED]

Par mail

[REDACTED]

Laurine Thizy, née le 26/07/1991
Doctorante en sociologie au CSU
Cresppa et enseignante à l'ENS de
Lyon



B2. Répartition du recrutement des enquêtées

Origine du recrutement des enquêtées en %	
Site "J'ai avorté et je vais bien merci"	42%
Boule de neige	20%
Professionnel·les de santé	38%

B3. Composition de l'échantillon par activité en comparaison à la population générale

Ce tableau est présenté à titre indicatif pour mettre en évidence la surreprésentation, dans mon échantillon, des personnes issues des secteurs de l'enseignement, de la santé, de l'administration publique et de l'action publique. Comme une part importante de mon échantillon est composé d'étudiantes, j'ai réalisé une approximation en comptabilisant les étudiantes dans le secteur d'activité à laquelle leurs études les destinent.

Comparaison de la répartition des femmes par secteur d'activité en population générale et dans mon corpus

Répartition des femmes par secteur d'activité en %	Population générale	Echantillon
Agriculture	1,4	0,0
Industrie	8,0	4,0
Construction	1,6	4,0
Tertiaire	87,8	92,0
Commerce	12,4	12,0
Transports	2,7	2,0
Hébergement et restauration	3,9	2,0
Information et communication	1,9	10,0
Finance, assurance, immobilier	5,4	0,0
Services principalement aux entreprises	9,7	0,0
Administration publique	9,9	12,0
Enseignement	10,1	12,0
Santé	11,0	18,0
Hébergement médico-social, action sociale	12,9	20,0
Services aux ménages	7,8	0,0
Activité indéterminée	1,2	4,0
Ensemble	100,0	100,0
Champ : France hors Mayotte, population des ménages, personnes en emploi.		
Lecture : en moyenne en 2018, 87,8 % des femmes ayant un emploi travaillent dans le secteur tertiaire.		
Source : Insee, enquête Emploi.		

Annexe C. Passation des entretiens

C1. Modalités de premier contact

Modalités de premier contact	
Mail	30%
Appel téléphonique	2%
Message écrit (SMS ou Whatsapp)	42%
Ma sollicitation	26%

C2. Lieu de passation des entretiens

Lieu de passation des entretiens en %	
En distanciel	44%
Visioconférence	36%
Par appel vocal	6%
Par échanges de mails	2%
En présentiel	56%
Dans un café ou un bar	30%
Au domicile de la personne	20%
Dans un parc	4%
À l'hôpital	2%

C3. Lieu de résidence des enquêtées

Lieu de résidence des personnes rencontrées	
Dans la région de l'enquête hospitalière	44%
Urbain péri-urbain	36%
Rural	8%
Hors de la région de l'enquête hospitalière	56%
Urbain péri-urbain	50%
Rural	6%

Annexe D. Guide d'entretien auprès des femmes ayant avorté d'une première grossesse

Présentation :

- Rappel de **qui je suis** (doctorante en sociologie) et **ce sur quoi je travaille** (l'expérience de l'avortement et le rapport à la parole).
- **Explication de l'entretien** : je vais poser des questions qui sont ouvertes, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, l'idée est davantage de se rapprocher d'une discussion. Tu peux à tout moment refuser de répondre si tu es mal à l'aise.
- Demande et explication de **l'enregistrement** : si tu es d'accord, je vais enregistrer l'échange, ça m'évite de prendre des notes. L'enregistrement sera retranscrit en totalité et j'utiliserai des fragments dans mon travail de thèse. Si tu le souhaites, je peux t'envoyer cette retranscription par la suite, mais parfois ça peut surprendre ou donner l'impression que c'est étrange à lire, parce qu'on ne parle pas du tout comme on écrit. C'est OK pour toi ?

1) Le contexte de survenue de la grossesse

- Peut-être qu'on peut commencer par les circonstances et le contexte de la grossesse ?
 - Comment tu t'es rendu compte que tu étais enceinte ? est-ce qu'il y avait des **signes** ?
 - Quelle est la première chose que tu as faite quand tu l'as su ?
 - Comment tu as réagi ?
- **Etudes/vie professionnelle** : tu faisais quoi à ce moment-là ? Tu travaillais ? Encore en étude ? Tu avais quel âge ? C'était quand exactement ?
- Le **partenaire** : est-ce que vous vous considériez ensemble ? Si oui, depuis combien de temps ? Est-ce que vous habit(i)ez ensemble ? Comment définirais-tu votre relation à ce moment-là ? Et lui, qu'est-ce qu'il fait ?
→ 5/ partenaire et trajectoire amoureuse

2) En parler avant ?

- Quelle est **la première personne** à qui tu en as parlé ? Comment a-t-elle réagi, qu'est-ce qu'elle t'a-t-elle dit ? Même chose pour la deuxième et troisième personne.
- A qui d'autre en as-tu parlé ? Qu'est-ce que cette personne en a dit ?
→ 8/ relations amicales et familiales
- Est-ce que tu dirais que tu as décidé tout de suite de faire une IVG ou est-ce que ça a pris un peu de temps ?
→ 5/ partenaire et trajectoire amoureuse

3) Le parcours de soin

- Trouver les **informations** : Comment t'es-tu renseignée ? qui as-tu contacté ? est-ce que tu as fait des recherches sur internet ? Est-ce que tu savais à qui t'adresser ?
→ 7/ représentation de l'IVG et témoignages
→ 4/ suivi gynécologique
- Les **démarches** en amont :
 - Hôpital privé ou public ? ou médecine de ville ?

- Tu sais à combien de semaines de grossesse tu étais ? Il s'est passé combien de temps entre le moment où tu sais que tu es enceinte / tu décides d'avorter / et le moment où tu fais l'IVG ?
 - Quelle **méthode** d'IVG ? Est-ce que tu as eu le choix ?
 - Comment as-tu été reçue ?
 - Est-ce qu'il y a eu une **échographie** ? comment elle s'est passée ?
 - Est-ce que tu as eu / est-ce qu'on t'a proposé un entretien avec une **conseillère** conjugale ou une psychologue ? Si oui : comment ça s'est passé ? Qu'est-ce qu'elle t'a dit ?
 - Si IVG avec **délai de réflexion** : qu'est-ce que tu penses du délai de réflexion ? Et de sa suppression ?
 - **Le moment de l'IVG** :
 - Comment s'est passée l'intervention ? Est-ce que tu as eu mal ou est-ce que ça allait ? Est-ce que tu avais des anti-douleurs ?
 - Est-ce que tu étais accompagnée ? Si oui, par qui ? le jour de l'intervention ou aussi dans les autres démarches ?
 - Est-ce qu'il y avait d'autres personnes sur le lieu de l'IVG ? Si oui, est-ce que tu as échangé avec elles ?
 - **Bilan** sur le parcours de soin :
 - Est-ce qu'il est arrivé que tu aies eu des remarques ou des réflexions de la part du personnel médical ? Est-ce que pendant ton parcours de soin tu t'es sentie mal, est-ce qu'on a été désagréable avec toi ?
- 6/ parler après l'IVG*
- Est-ce que tu étais déjà allée à l'hôpital avant / est-ce que tu avais déjà eu une opération ou un séjour à l'hôpital ? Et si tu devais comparer avec l'IVG... ?

4) La trajectoire contraceptive

- Est-ce qu'on t'a proposé une contraception après l'IVG ? Si oui, quoi ? qu'est-ce que tu en as pensé ? est-ce que ça te convient ?
- 9/ sexualité après l'IVG*
- Et avant, tu avais quelle méthode ? tu as toujours utilisé cette méthode, ou ça a changé ? Comment tu as choisi, pourquoi ?
 - Je te propose que l'on reprenne dans l'ordre : c'était quoi ta première contraception ? tu l'as eue jusqu'à quand ? (Si arrêt) qu'est-ce qui a fait que tu l'as arrêtée ? Est-ce que ça te convient ? (à répéter chronologiquement pour chaque contraception employée)
 - Est-ce que tu étais déjà allée chez un gynécologue avant l'IVG ? (Si oui), c'était quand la première fois ? tu y allais régulièrement ? comment ça se passait ? Est-ce que tu as changé de personne ?

(si réponse pas obtenue avant) : et du coup au moment de la grossesse, comment ça s'est passé ?

- Et avec [partenaire], vous en parlez de la contraception ? avant IVG ? après ?

5) Le partenaire et la trajectoire amoureuse

- Avec X (utiliser le prénom si mentionné, sinon la formulation de l'enquêtée), à ce moment-là, ça faisait longtemps que vous vous connaissiez ?

- vous vous étiez rencontrés comment ? est-ce que vous vous voyiez souvent ? (Si pertinent) : est-ce que vous habitiez ensemble ? est-ce qu'il connaît ta famille / tes ami·es ?

→ 8/ *relations familiales et amicales*

- Il fait quoi lui au quotidien ?
- Et lui, il en a pensé quoi de l'IVG ?
- Est-ce qu'il a participé aux démarches ? est-ce qu'il t'a accompagné chez le médecin ? à chaque fois / pour l'opération ? est-ce que ça t'allait ?

→ 3/ *parcours de soin*

- Est-ce que tu sais si lui, il en a parlé à d'autres personnes ? pour dire quoi ? comment elles ont réagi ? Est-ce que tu sais comment il l'a vécu ?
- Est-ce qu'après l'IVG vous en avez reparlé ? si oui, pour dire quoi ? est-ce que vous en reparler souvent ou pas trop ?

→ 6/ *parler après l'IVG*

- (Si relation poursuivie) : comment ça s'est passé ensuite ?
- (Si relation interrompue) : est-ce que vous échangez encore ? et après, est-ce que tu as été avec quelqu'un d'autre ? et à lui, tu lui as dit que tu avais avorté ?

→ 9/ *sexualité après l'IVG*

6) Parler après l'IVG

- Et après l'IVG, tu en as reparlé ? Avec qui ? dans quelles circonstances ? Qu'est-ce qu'on t'en a dit ?
- Est-ce que tu as eu des remarques qui t'ont dérangées ? Est-ce que parfois tu t'es retenue d'en parler ? Pourquoi ?
- Est-ce que tu connais d'autres personnes qui ont avorté ? comment en avez-vous parlé ? est-ce que tu le savais avant ton IVG ou est-ce que tu l'as appris ensuite ?

7) Représentation de l'IVG et des rapports de genre

- Est-ce que tu as été sur **internet** ? Si oui, pourquoi ? Tu cherchais des informations ? Tu voulais lire des témoignages ? Est-ce que tu te souviens des sites que tu as visité ?
- Est-ce que tu as lu des livres ou vu des reportages sur l'avortement ?
- Est-ce que tu t'étais déjà intéressée à la question de l'IVG avant d'en avoir besoin ? Quelle est la première fois que tu as entendu parlé de cette question ? Tu en pensais quoi ? Est-ce que pour toi c'était possible que ça t'arrive un jour ?
- Est-ce qu'il y avait des différences entre ce que tu en pensais de l'IVG avant, et ce que tu en penses maintenant ?
- D'une façon plus générale, est-ce que tu dirais que tu t'intéresses à tout ce qui est droit des femmes ?
- (Si intérêt féministe) : est-ce que tu as lu des choses là-dessus ? blog ? livres ? est-ce que tu as déjà participé à une manifestation ?
- Est-ce que tu as déjà été dans une association ou un collectif sur ces thématiques ? ou des proches à toi ?

8) Les relations amicales et familiales et la parole

- Les **relations amicales** : [essayer d'identifier le réseau de relations amicales].
 - C'est un.e ami.e depuis longtemps ? c'est quelqu'un à qui tu as l'habitude de te confier ? pourquoi cette personne en particulier ?

- Est-ce qu'il y a des ami.e.s que tu considères comme proche à qui tu n'en as pas parlé ? pourquoi ?
- D'une façon générale, est-ce que tu peux me décrire quelles sont les personnes que tu vois souvent ?
- Les **relations familiales** :
 - Est-ce que tu en as parlé à tes parents ? est-ce qu'en général, tu leur parles de ce qu'il se passe dans ta vie ?
 - Est-ce que tu as des frères et sœurs ? est-ce que tu leur en as parlé ?
 - Est-ce qu'il y a d'autres personnes de ta famille à qui tu en as parlé / pas parlé
 - Pour chacune des personnes : Tu dirais que tu t'entends bien avec X ? / tu te sens proche de X ? Est-ce qu'à d'autres occasions tu leur avais déjà parlé intimement ? Pourquoi en parler à cette personne en particulier ?

9) Le rapport à la sexualité

- Est-ce que tu avais eu à l'école ou chez toi une forme **d'éducation à la sexualité** ? Si oui, laquelle ?
- Depuis quand tu avais des relations sexuelles ?
- Est-ce que tu penses que l'IVG a changé quelque chose à ta sexualité / à ta façon de voir le sexe/a eu des conséquences ensuite sur ta sexualité ?

10) Le retour sur la décision et rapport à la parentalité

- (Si n'a pas répondu avant) Tu dirais que c'est une décision qui a été facile à prendre, ou difficile ? / qui était évidente / qui n'était pas évidente ? que tu as prise rapidement / qui a pris du temps ?
- Est-ce qu'autour de toi il y a des personnes qui ont des enfants ?
- Tu en as beaucoup parlé avec ton partenaire (lui/le gars/ton copain/ etc. selon comment elles en parlent) ?
 - (Si relation longue) : est-ce que vous aviez déjà parlé ensemble du fait d'avoir ou non des enfants ?
- Et toi, est-ce qu'aujourd'hui tu dirais que tu as envie d'avoir des enfants un jour ou non ? Si oui, est-ce que ça a toujours été le cas ou est-ce que ça a changé, par exemple en comparaison avec l'adolescence ?
 - Est-ce que tu t'es occupée de tes frères et sœurs petits ? cousins cousines ? neveux nièces ?
 - Est-ce que dans ta famille on te parle / t'as parlé d'avoir des enfants ?

Pour conclure...

- Qu'est-ce qui t'a donné envie de témoigner ?
- Est-ce que tu as d'autre chose à ajouter ? Est-ce que tu as des questions ?

Si non mentionné dans l'entretien : profession des parents ; âge ; âge du partenaire sexuel ; lieu de résidence

Annexe E. Les entretiens avec les professionnelles de santé

E1. Présentation des entretiens avec les professionnelles de santé et des structures dans lesquelles elles exercent

Nom donné dans l'enquête	Profession	Age	Structure d'exercice	Situation familiale
Odile	CCF	59 ans	Gros centre d'IVG (CIVG1)	Séparée, un enfant dans la vingtaine
Nathalie	CCF	58 ans	Centre d'IVG moyen (CIVG2)	Divorcée, deux enfants dans la vingtaine
Maryse	CCF	51 ans	Centre d'IVG moyen (CIVG2)	Mariée, un enfant tout juste majeur
Céline Camier	CCF	45 ans	Gros centre d'IVG (CIVG5)	Mariée, trois enfants de moins de quinze ans
Anna	Psychologue	39 ans	Centre d'IVG moyen (CIVG4)	Séparée, un enfant de moins de dix ans
Bénédicte Faure	CCF	52 ans	Centre de Planification et d'Education Familiale de campagne (CPEF1)	Mariée, un enfant dans la vingtaine
Delphine	CCF et sage-femme	39 ans	Centre d'IVG moyen (CIVG3)	En couple, un enfant en bas âge
Barbara	Infirmière	40 ans	Gros centre d'IVG (CIVG1)	Divorcée, deux enfants en bas âge
Mireille	Infirmière	51 ans	Gros centre d'IVG (CIVG1)	Mariée, trois enfants mineurs
Paulette	Infirmière	61 ans	Gros centre d'IVG (CIVG1)	Mariée, deux enfants, un petit-fils
Josiane	Aide-soignante	59 ans	Gros centre d'IVG (CIVG1)	Mariée, un enfant, deux petits enfants
Docteur Voltaire	Gynécologue, cheffe de service	54 ans	Gros centre d'IVG (CIVG7)	Non renseigné
Docteur Armana	Médecin généraliste et orthogéniste	57 ans	Gros centre d'IVG (CIVG1) + CIVG 4 + CIVG7	Non renseigné
Docteur June	Médecin généraliste et orthogéniste	33 ans	Gros centre d'IVG (CIVG1)	Mariée, deux enfants
Docteur Carpentier	Médecin généraliste et orthogéniste	60 ans	Centre d'IVG moyen (CIVG3)	Divorcée, deux enfants, trois petits-enfants

E2. Guide d'entretien avec les professionnelles de santé

1) Prise en charge des IVG dans le service

- Quel type de service ? Qui dépend de quelle structure ? (Hôpital ? clinique privée ? CPEF ?)
- Quel(s) type(s) d'IVG sont réalisées dans le service ? Quels délais ? RDV de pré consultation ? de contrôle ?
- Quel type de population ? (Âge des femmes, situations conjugales et familiales, niveau d'étude...)
- Prise en charge spécifique des nullipares par rapport aux femmes déjà mères ?
- L'accueil est-il pensé pour le couple ? les femmes sont-elles souvent accompagnées, si oui par qui ? (Est-ce que vous avez des statistiques) ?
- Est-ce qu'une CCF est systématiquement présente ? Le RDV est-il toujours proposé ? Fait-il partie de la routine de soin ? Combien de femmes l'acceptent, quel profil ?
- Modification de la loi sur le délai de réflexion et réintroduction des 48h de délai de réflexion si RDV avec la conseillère : comment est-ce géré ? Qu'en pensez-vous ?
- Qui se charge d'aborder les questions de contraception ? de survenue de la grossesse ?

2) Travail spécifique de la CCF/infirmière/SF/médecin en orthogénie

- Comment envisagez-vous votre rôle ?
- Quel est votre but en tant que XX lors d'une prise en charge IVG ?
- Quelle est la première question que vous posez ?
- Quel travail d'accompagnement ?
- Quel travail avec les différentes collègues ? Est-ce qu'il existe des réunions de retour d'expérience / analyse de la pratique ? Dans le service ? Auprès d'autres professionnelles ?
- Est-ce que vous êtes en contact avec d'autres collègues travaillant en CPEF et/ou en orthogénie ?
- Est-ce que l'orthogénie est votre seule activité ? reste de l'activité ? comment ça s'articule ?
- Comment en êtes-vous venu-e à travailler en orthogénie ?

3) Formation et parcours professionnel

- Avez-vous directement envisagé une formation de XX ou est-ce venu plus tard ? Si oui, quelle formation initiale ?
- Comment avez-vous pris la décision de devenir XX ?
- En quoi consiste la formation ?
- Est-ce que vous aviez vous-même eu une expérience de la psychologie, par exemple en tant que patiente ?
- Au cours de vos études, avez-vous vous-même réalisé une psychothérapie ?

4) Trajectoire privée (familiale, militante) et perception des rapports de genre

- (si pertinent) : est-ce que vous vous définissez comme militante ? Comme féministe ?
- Qu'est-ce que la formation en tant que XX vous a apporté sur le plan personnel ?
- Est-ce que le fait de travailler en orthogénie transforme votre conception de votre métier ?
- Et d'une façon un peu plus personnelle, est-ce que vous avez des enfants ? couple ?

Annexe F. L'échec d'une négociation pour réaliser des observations dans un centre d'IVG

--- Mail envoyé le 24/10/2018 à 12h20 ---

Chère professeur xxxxxxxxxxxx,

Je suis enseignante à l'ENS de Lyon et doctorante en sociologie et, dans le cadre de ma thèse, je travaille sur le rapport des femmes nullipares à l'IVG. Je vous contacte car, pour approfondir mon travail de recherche, j'aimerais passer un peu de temps dans le service d'orthogénie de l'xxxxxx. La cadre infirmière, madame txxxxxxxxxxx, en copie de ce mail, serait d'accord pour m'accueillir dans le service, et je l'en remercie vivement. J'ai déjà eu l'occasion, fin août, d'échanger avec des membres de l'équipe infirmière et en particulier xxxxxxxx, à qui j'ai présenté mon projet.

Mon but est d'analyser, selon le milieu d'origine, le secret et le tabou qui peuvent entourer le recours à l'IVG, pour saisir un ensemble de normes sociales liées à la sexualité, à la contraception et à la maternité. Je souhaite interroger, à travers l'IVG, les représentations que les femmes se font de la grossesse, la façon dont elles envisagent la contraception, leur désir ou non de maternité, les rapports qu'elles entretiennent avec leur partenaire.

L'essentiel de mon travail s'est jusque-là essentiellement basé sur des entretiens approfondis (une quarantaine à ce jour) avec des femmes ayant eu recours à une IVG sans avoir d'enfant (ou avant d'en avoir), en dehors du parcours de soin. J'avais diffusé un appel à témoignage (que vous trouverez en copie) sur internet et dans de nombreux centres d'orthogénie et de planification familiale de xxxxxx et xxxxx : c'est à cette occasion que j'avais pu rencontrer une partie de l'équipe d'orthogénie de xxxxxx, qui m'a aidée à diffuser cet appel.

Malgré ce soutien important des professionnelles de santé, les femmes qui me contactent pour accepter cet entretien sont rares, et leur profil social pas tout-à-fait assez diversifié. C'est la raison pour laquelle avoir la possibilité de réaliser des observations en orthogénie serait un formidable complément à cette enquête : je pourrais ainsi comparer les profils et les discours des femmes qui me contactent pour un entretien à l'ensemble des femmes passant par le service d'orthogénie. J'ajoute que ma directrice de thèse, Dominique Memmi, insiste beaucoup en ce sens. J'ai déjà réalisé à plusieurs reprises au cours de mes études des observations en contexte hospitalier : pour ne pas perturber le travail du service ni les patientes, il est possible par exemple de me présenter comme stagiaire du service, en expliquant que je fais une recherche sociologique, et en précisant bien entendu mon absence de compétences médicales.

Concrètement, si vous en êtes d'accord, nous pouvons envisager que je sois présente dans le service par exemple deux ou trois jours ou demi-journées par semaine (je dois assurer mes cours le lundi après-midi et le jeudi après-midi, et certains jours ponctuellement), pendant quelques semaines. Nous pouvons réfléchir ensemble à un dispositif qui n'alourdisse pas la prise en charge (par exemple, que j'accompagne les patientes dans leur rencontre avec les différents professionnels, ou au bloc, etc.).

Qu'en pensez-vous ?

Je reste à votre entière disposition pour en discuter davantage, par mail ou au téléphone au 06 xxxxxxxxxxxx.

En vous remerciant d'avance de l'aide précieuse que vous pourriez donner à cette enquête,

Bien sincèrement,

Laurine

Laurine Thizy

Doctorante en sociologie à l'Université de Paris 8 - CSU CRESPPA

Chargée de cours à l'ENS de Lyon

--- Mail reçu le 24/10/2018 ---

Bonjour,

Votre sujet est bien sûr très intéressant et nous ferons notre possible pour vous aider.

Cependant, je dois vous alerter sur le fait qu'en rencontrant des patientes dans le cadre de leur soin, votre étude entre dans le champ de la recherche biomédicale et qu'à ce titre vous devez avoir votre certificat de formation aux bonnes pratiques cliniques de la recherche (datant de moins de 3 ans) et obtenir les autorisations qui correspondent à votre type de recherche (CPP ?, CNIL ? surtout si données sensibles de type ethnique ou origine sociale, consentement éclairé...ect.). Pour savoir dans quel type d'étude vous entrez, il vous faut consulter la loi Jardé. Une fois ces démarches faites, je pourrai signer une autorisation de réalisation de la recherche dans mon service.

Dans l'attente de votre retour,

Très Cordialement

Professeur XXxxxx

Hôpital XXXXX

Chef de service de Gynécologie-Obstétrique

--- Message envoyé le 24/10/2018 à 19h19 ---

Chère Professeur xxxxxx,

Je comprends et partage pleinement votre souci de respecter la réglementation et les patientes, et en particulier le consentement éclairé des personnes. J'ai pris le temps d'échanger avec ma directrice de thèse (Dominique Memmi, qui a réalisé de nombreuses enquêtes en contexte hospitalier) et de me renseigner davantage sur les points que vous évoquez, auxquels ni elle ni moi n'avions été confrontées dans nos précédentes recherches (le simple accord du chef de service avait suffi). L'ARS Ile-de-France écrit sur son site que "*Les Comités de Protection des Personnes (CPP) sont chargés d'émettre un avis préalable sur les conditions de validité de toute recherche impliquant la personne humaine, au regard des critères définis par l'article L 1123-7 du Code de la Santé Publique (CSP).*

Les termes de "recherche impliquant la personne humaine" désignent, tout essai ou expérimentation organisé et pratiqué sur l'être humain, en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales. La loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 introduit la notion de "recherche impliquant la personne humaine", celle-ci remplace le terme de "recherche biomédicale".

Si l'on s'en tient au texte stricto sensu, ce projet de recherche n'est pas un essai ou une expérimentation sur les patientes (il n'y aurait pas de test ou d'intervention sur elles pour évaluer l'effet d'un dispositif médical ou d'un protocole de soin). Par ailleurs, la loi semble désigner,

sauf erreur ou mécompréhension de ma part, les connaissances biologiques et médicales, alors que je me situe pour ma part dans le champ de connaissance des sciences humaines et sociales. J'ai l'impression qu'on peut considérer que cette recherche se situe en dehors de la mission d'un attaché de recherche clinique et ne relève pas de la compétence des CPP. Qu'en pensez-vous ? J'attire par ailleurs votre attention, de façon très pragmatique, sur les délais de formation que cela impliquerait de me former aux bonnes pratiques cliniques de la recherche, alors que ce travail est déjà relativement avancé dans le temps et qu'il s'agit surtout de pouvoir compléter, approfondir et comparer les données que j'ai pu recueillir. Par ailleurs, même en me formant, je ne suis pas certaine que des instances de régulation médicales puissent valider une méthodologie de recherche en sciences sociales.

Je comprends toutefois qu'il vous faille des garanties, ne serait-ce que relativement à l'intégrité des patientes. Je peux avant tout vous assurer de la très grande importance que j'attache au respect des patientes, et en particulier de leur confidentialité : je ne note aucun nom ni prénom, utilise des pseudonymes, ne mentionne jamais le service où l'enquête a été réalisée (raison pour laquelle la CNIL ne me semble pas concernée, car je ne stocke aucune liste de données permettant l'identification des personnes). Je suis également très soucieuse d'avoir une approche bienveillante et de ne pas imposer ma présence aux patientes, qui peuvent tout-à-fait refuser que je sois présente. C'est ce que nous avons fait lorsque j'avais pu observer quelques jours, en M2, le travail d'orthogénie réalisé à l'Hôpital xxxx. J'avais au préalable dans ma formation pu assister au travail des clowns hospitaliers auprès des enfants de xxxx, et au travail de soin infirmier dans le service de réanimation chirurgicale du professeur XXXXX à XXXX. Je pense qu'il est possible d'expliquer mon éventuelle présence et de s'assurer qu'elle respecte le consentement des personnes concernées : les méthodologies en sciences sociales accordent une très grande importance à la protection des personnes rencontrées, ma directrice de thèse et l'équipe de recherche de mon laboratoire (le [CSU-CRESPPA](#), où de nombreux et nombreuses collègues travaillent sur des questions de santé) peuvent m'appuyer en ce sens. Il s'agirait surtout d'observer la prise charge existante et d'échanger oralement avec les patientes.

Nous pouvons peut-être, si vous le souhaitez, envisager une sorte de charte écrite où je m'engage à respecter les points qui vous semblent importants ? Je peux également demander à ma directrice de thèse et/ou à la direction de mon laboratoire de s'engager pour moi, si vous souhaitez des références davantage institutionnelles.

Je reste à votre disposition pour toute information complémentaire, et vous assure encore de ma discrétion et de ma bienveillance,

Bien à vous,

Laurine

Laurine Thizy

Doctorante à l'Université de Paris 8 - CSU CRESPPA

--- Mail reçu le 25/10/2018 à 13h41 ---

Bonjour,

Suite à votre message, voici la réponse de notre direction de la recherche :

Très Cordialement

--

Bonjour,

A la lecture de son 1^{er} message, il me semble que son projet est hors champ Jardé, mais il faudrait pouvoir le vérifier avec un synopsis et une trame de questionnaire.

En effet, il est indiqué à l'article R1121-1 du code de la santé publique

I. – Sont des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches organisées et pratiquées sur des personnes volontaires saines ou malades, en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales qui visent à évaluer :

1° Les mécanismes de fonctionnement de l'organisme humain, normal ou pathologique ;

2° L'efficacité et la sécurité de la réalisation d'actes ou de l'utilisation ou de l'administration de produits dans un but de diagnostic, de traitement ou de prévention d'états pathologiques.

II. – 1° Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches qui, bien qu'organisées et pratiquées sur des personnes saines ou malades, n'ont pas pour finalités celles mentionnées au I, et qui visent :

a) Pour les produits cosmétiques, conformément à leur définition mentionnée à l'article L. 5131-1, à évaluer leur capacité à nettoyer, parfumer, modifier l'aspect, protéger, maintenir en bon état le corps humain ou corriger les odeurs corporelles ;

b) A effectuer des enquêtes de satisfaction du consommateur pour des produits cosmétiques ou alimentaires ;

c) A effectuer toute autre enquête de satisfaction auprès des patients ;

d) A réaliser des expérimentations en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé.

2° Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches qui ne sont pas organisées ni pratiquées sur des personnes saines ou malades et n'ont pas pour finalités celles mentionnées au I, et qui visent à évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé ou des pratiques d'enseignement dans le domaine de la santé.

3° Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches ayant une finalité d'intérêt public de recherche, d'étude ou d'évaluation dans le domaine de la santé conduites exclusivement à partir de l'exploitation de traitement de données à caractère personnel mentionnées au I de l'article 54 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et qui relèvent de la compétence du comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations prévu au 2° du II du même article.

Je comprends de son message que la recherche envisagée n'a pas pour objectif d'apporter des connaissances biologiques ou médicales (I).

Aucun avis de CPP n'est donc requis.

En revanche la CNIL est toujours concernée et il convient de déclarer sa base de donnée à xxxxx le DPO de l'hôpital xxxx.

Pour une publication ultérieure, il est souhaitable qu'elle obtienne l'avis du comité d'éthique de l'hôpital xxx.

A votre disposition pour toute question

Cordialement

--- Mail envoyé le 04/11/2018 ---

Bonjour mesdames,

Avant tout, je vous remercie très sincèrement du temps que vous consacrez pour réfléchir à un cadre rendant possible ma présence dans le service.

Concernant les différents points que vous évoquez :

1) Je suis convaincue que mon enquête ne relève pas du cadre légal des recherches impliquant la personne humaine. En sciences sociales, notre méthodologie ne repose pas sur un synopsis avec une question unique et précise et un protocole systématique visant à réaliser une étude statistique, dont la portée serait évaluative. Nous cherchons d'abord à rendre compte des logiques d'action de personnes. De la même façon, pour une enquête qualitative, les questionnaires ne sont pas standardisés. Au cours d'un travail de thèse, nos questions de recherche sont amenées à évoluer selon les premiers résultats, nous n'utilisons pas systématiquement un mode de raisonnement hypothético-déductif (le risque de biais de confirmation serait trop grand).

Toutefois, vous trouverez en pièce jointe ce qui se rapproche le plus d'un synopsis et d'un questionnaire pour une étude clinique :

- Ma grille d'entretien : je précise immédiatement que cette grille est celle que j'ai suivi pour les entretiens réalisés *en dehors* du parcours de soin (entretiens à domicile ou dans un lieu neutre). Concernant les observations que je voudrais mener dans le service d'orthogénie de xxxxx, il s'agirait surtout d'observer le fonctionnement routinier du service, et éventuellement de proposer aux femmes de réaliser un tel entretien en dehors du moment de leur prise en charge - si et seulement si elles le souhaitent.

- L'état d'avancement de ma thèse, envoyé à mon école doctorale en septembre. C'est un document bref (4 pages) qui fait le point sur l'avancée de mon travail et à partir duquel l'université autorise la réinscription.

2) Concernant la CNIL, je ne comprends pas pourquoi la CNIL est concernée étant donné que je ne recueille pas de données permettant d'identifier les individus (ni nom, ni date de naissance, ni coordonnées). J'attribue un faux prénom immédiatement, je note l'âge au moment de l'IVG, la profession, et le milieu social. A partir du moment où ces informations ne sont pas stockées, dans une base de données, relativement à une identité, je ne vois pas exactement quoi déclarer à la CNIL. Je vous joins mon document de travail dans lequel je récapitule les entretiens déjà réalisés pour vous permettre de voir les seules données que je stocke. Je peux dans tous les cas contacter monsieur XXX pour lui soumettre ces documents. J'ignore cependant en quoi consiste la fonction de DPO et je n'ai pas réussi à trouver l'information en ligne. Auriez-vous la gentillesse de m'éclairer sur ce point et la responsabilité de monsieur xxx ? Est-il chargé directement des déclarations à la CNIL ?

3) Concernant le comité d'éthique de xxxx, je peux tout-à-fait les contacter si vous le jugez nécessaire. Faut-il rédiger un document particulier ? Dois-je leur soumettre une question ou un problème, ou simplement présenter le projet ?

En vous remerciant des éclaircissements que vous pourriez apporter à ces différentes questions, et en vous renouvelant toute ma gratitude pour le temps que vous accordez à cette demande,

Bien sincèrement

Laurine Thizy
Doctorante à l'Université de Paris 8 - CSU CRESPPA
Chargée de cours à l'ENS de Lyon

Mail resté sans réponse.

Annexe G. Exemple de formulaire de consentement à l'IVG, CIVG3

N° de lot

1 **Formulaire de Consentement**
À conserver dans le dossier patiente

- Je soussignée _____ vous confirme que j'ai décidé d'interrompre ma grossesse ainsi que la loi m'y autorise.
- Je sais que cette interruption peut se faire par la méthode médicamenteuse ou par la méthode chirurgicale. J'ai choisi la méthode médicamenteuse d'interruption de grossesse.
- J'accepte que vous m'administriez l'antiprogestérone _____.
- Je reconnais avoir pris connaissance du document d'information qui m'a été remis.
- J'atteste que les contre-indications et les effets secondaires de cette méthode m'ont été expliqués.

• J'ai compris que :

- La prise **d'antiprogestérone** par voie orale se fait au centre d'orthogénie ou au cabinet du médecin ou de la sage-femme. Le nombre de comprimé(s) à prendre est de _____.
- Cette prise doit être obligatoirement suivie, **36 à 48 heures plus tard, de l'administration d'une prostaglandine.**
- La **visite de contrôle est absolument nécessaire** et intervient **entre le 14^e et le 21^e jour après la prise du premier médicament.** ⁽¹⁾
- Le médecin ou la sage-femme vérifie que la grossesse est bien interrompue et s'assure de l'absence de complications. L'efficacité de la méthode est généralement contrôlée par échographie ou examen sanguin (dosage d'hCG). ⁽¹⁾
- La possibilité d'avoir recours à un **entretien psychosocial**, si vous le souhaitez, est évoquée. ⁽¹⁾

- Je sais que cette méthode n'est pas efficace à 100 %.

En cas d'échec :

- L'interruption de grossesse pourra être obtenue par des moyens chirurgicaux, dans l'établissement de santé dont les coordonnées m'ont été données.
- Si je décide de mener ma grossesse à terme, je dois en parler à mon médecin afin de bénéficier d'une surveillance prénatale avec échographies répétées. **En effet, aucune garantie ne peut être donnée sur l'absence totale de risque pour l'enfant à naître.**

Signature de la patiente
(Précédée de la mention «lu et approuvé»)


_____ comprimé(s) d'antiprogestérone

ont été pris en ma présence le : _____

**Cachet et signature du médecin
ou de la sage-femme**

1. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Fiche d'information de la patiente sur l'IVG. Disponible sur <http://www.iva.social-sante.gouv.fr/ivg-medicamenteuse-hors-etablissement-de-sante.html>. Consulté le 21/02/2017.

Annexe H. Exemple de dépliant centré sur la contraception médicale et féminine produit par un laboratoire pharmaceutique



QUELLES SONT LES MÉTHODES CONTRACEPTIVES ENVISAGEABLES APRÈS UNE IVG ? 1,2

Qui est-ce que c'est ?

Comment ça s'utilise ?

Pendant combien de temps ?

Comment l'obtenir ?

MP
LAN

DIU

P
I
L
L
U
E

P
A
T
C
H

A
N
N
E
A
U

Petit bâtonnet de 4 cm de long, délivrant une hormone progestative

Dispositif Intra-Utérin (légerlet): petit objet en forme de T mesurant 3 cm environ, avec ou sans hormone selon le type

Plaquelette de comprimés contenant 1 ou 2 hormones, selon le type de pilule

Estro-progestative:
association de 2 hormones (œstrogène et progestérol)

Microprogestative:
1 seule hormone (progestérol)

Timbre collé sur la peau délivrant des hormones (œstrogène et progestérol)

Anneau flexible et transparent délivrant des hormones (œstrogène et progestérol)

Placé par un médecin, juste sous la peau du bras, sous anesthésie locale

Placé par un médecin ou une sage-femme, dans l'utérus, même chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant

Comprimé à avaler, chaque jour, à la même heure

Interruption d'1 semaine entre les plaquelettes

Pas d'interruption entre les plaquelettes

À coller soi-même sur la peau du ventre, de l'épaule ou du bas du dos (jamais près d'un sein)!

À placer soi-même dans le vagin

3 ans
3 ans plus tôt en cas de surpoids

4 à 10 ans
4 à 10 ans
5 ans

pour le DIU au cuivre (sans hormone)
5 ans
pour le DIU avec hormones

1 = 1 cycle de traitement = 1 mois

1 par jour
pendant 3 semaines puis 1 semaine d'arrêt

1 par jour
pendant 4 semaines sans interruption

1 par semaine
pendant 3 semaines puis 1 semaine d'arrêt

10 = 1 cycle de traitement = 1 mois
1 anneau pendant 3 semaines puis 1 semaine d'arrêt

En pharmacie
en présentant une ordonnance d'un médecin ou d'une sage-femme 1,4,5

Injection d'acétate de métoprogestérone (tous les 3 mois) est une méthode envisageable mais limitée aux cas où il n'est pas possible d'utiliser les autres méthodes contraceptives.⁶




Table des matières

Liste des tableaux et des figures	13
Liste des tableaux	13
Liste des figures.....	13
Remarques préliminaires	15
Écriture inclusive.....	15
Traduction.....	15
Liste des sigles et abréviations	15
INTRODUCTION GENERALE. CONCEPTUALISER LA STIGMATISATION GENREE DE L'AVORTEMENT.....	17
1. Les apports de la sociologie française de l'avortement.....	23
La mise en évidence du « paradoxe de l'avortement » dans les enquêtes socio-démographiques.....	23
L'analyse renouvelée du travail procréatif dans les études sur le genre	28
L'absence d'un travail systématique sur la stigmatisation de l'avortement en France	29
2. Une littérature internationale croissante sur l'avortion <i>stigma</i>.....	32
3. Cadre conceptuel : la stigmatisation de l'avortement comme conséquence et actualisation de rapports de pouvoir	36
L'aporie d'une conception du stigmaté comme ressenti individuel	36
L'aporie d'une conception du stigmaté comme attribut	37
Construire la stigmatisation comme un processus qui performe les hiérarchies sociales ...	40
4. Questions de recherche : quelles expériences différenciées de la stigmatisation de l'avortement en France ?	44
Comprendre les spécificités structurelles de l' <i>avortion stigma</i> en France	44
Mettre au jour la dynamique des normes de genre au principe d'identités féminines stigmatisées.....	45
Identifier les entrepreneur·ses de la morale abortive.....	46
Saisir les variations de la stigmatisation selon les caractéristiques sociales des femmes ...	48
Rendre compte de l'agentivité des avortées face à la stigmatisation	48
5. Organisation de la thèse.....	49
METHODOLOGIE. ENQUETER SUR UNE PRATIQUE SOCIALE STIGMATISEE.....	53

0.1	Saisir l'expérience des premières concernées par la stigmatisation : 50 entretiens semi-directifs avec des avortées.....	56
0.1.1	Choix préliminaires à l'enquête	56
	<i>Interroger les femmes et pas leurs partenaires</i>	<i>56</i>
	<i>Se focaliser sur l'interruption d'une première grossesse.....</i>	<i>58</i>
	<i>Ne pas fixer de distance temporelle minimale ou maximale entre l'IVG et l'entretien....</i>	<i>58</i>
0.1.2	Qui accepte de raconter son expérience de l'IVG et pourquoi ?.....	59
	<i>Mode de recrutement et caractéristiques sociales des enquêtées</i>	<i>60</i>
	• Le recrutement par boule de neige	60
	• Le recrutement sur le site « J'ai avorté et je vais bien merci »	61
	• Le recrutement par les professionnelles de l'IVG.....	62
	<i>Pourquoi rencontrer la sociologue ? Les dispositions au récit de soi sociologique.....</i>	<i>63</i>
	• Trouver une écoute	63
	• Être utile à la jeune étudiante ou à la science.....	64
	• Contester la stigmatisation	65
	• Une appétence préalable pour les questions de santé sexuelle et reproductive..	66
	<i>Ce que montre et ce que cache le recrutement des enquêtées</i>	<i>67</i>
0.1.3	(Faire) parler d'un sujet « tabou » : le « script amical » de l'entretien	69
	<i>Cadre et déroulé des entretiens</i>	<i>69</i>
	• Les effets du cadre de l'entretien sur le discours des avortées.....	69
	• Le déroulé de l'entretien	71
	<i>Vertus et limites du script amical de l'entretien.....</i>	<i>72</i>
	• Rire de l'avortement : mise à distance des normes de genre ou morale de classe ?	73
	• Le risque de minorer des différences sociales réelles	75
0.2	Enquêter auprès des entrepreneur·ses de morale.....	77
0.2.1	Observer la prise en charge de l'IVG dans des centres d'orthogénie des hôpitaux publics.....	77
	<i>Présentation des services ethnographiés.....</i>	<i>78</i>
	<i>L'intégration aux équipes de santé.....</i>	<i>81</i>
	• De « l'étudiante » à la « prof » : les effets d'un changement de statut sur le terrain	81
	• Entre-soi féminin, homogénéité sociale et rythme lent en orthogénie	82
0.2.2	Comprendre le travail des conseillères conjugales et familiales	84
	<i>L'observation en situation</i>	<i>85</i>
	<i>Des entretiens complémentaires</i>	<i>87</i>
0.2.3	Accéder en ligne aux autres entrepreneur·ses de morale	87
0.3	Posture d'enquête et enjeux éthiques	88
0.3.1	L'absence d'un cadre éthique officiel	88
0.3.2	Fabriquer une posture éthique féministe en situation : choix et limites.....	90

<i>S'assurer du consentement à l'enquête</i>	91
• En entretien	91
• Dans les centres d'IVG	91
<i>Déculpabiliser les personnes rencontrées</i>	92
<i>Assurer la confidentialité : des choix d'anonymisation qui laissent apparents les rapports de force</i>	92
0.3.3 Nommer les violences : une posture intenable	93
<i>Des récits de violences non-nommées comme telles</i>	94
<i>Des situations de violences non-nommées comme telles</i>	95
Bilan 0 : les difficultés n'étaient pas celles auxquelles je m'attendais	96
PARTIE I. LES DETERMINANTS STRUCTURELS DE LA STIGMATISATION DE L'AVORTEMENT EN FRANCE	99
Chapitre 1. L'encadrement légal de l'avortement	101
1.1 L'avortement comme problème moral et démographique : de la loi contre la « propagande anticonceptionnelle » de 1920 à la loi « relative à la régulation des naissances » de 1967	103
1.1.1 La condamnation de l'avortement au nom du péril démographique	103
<i>Une baisse précoce de la natalité en France</i>	103
<i>La mise en accusation de l'avortement, fléau de la dénatalité</i>	106
1.1.2 La peur de la grossesse, garante de la morale sexuelle ?.....	109
1.1.3 Légaliser la contraception pour mieux planifier les naissances	111
<i>La contraception pour éradiquer l'avortement ?</i>	111
<i>La contraception au service de la politique populationniste et familialiste ?</i>	113
<i>La contraception pour émanciper les femmes ?</i>	114
1.2 L'avortement, problème sanitaire ou condition de la libération des femmes ?.....	116
1.2.1 L'avortement comme problème d'experts médicaux	117
1.2.2 L'avortement comme condition de la libération des femmes et droit à disposer de son corps.....	118
1.2.3 L'avortement comme « acte criminel »	121
<i>Une contre-offensive conservatrice menée au nom du « respect de la vie »</i>	122
• La rhétorique du crime de masse orchestré par l'État	123
• La rhétorique du crime individuel	124
• Des tentatives pour articuler le « respect de la vie » à une autorisation exceptionnelle de l'avortement	125
<i>Une morale à deux vitesses : la politique raciste et malthusienne des Outremer</i> s	126
1.2.4. L'avortement comme liberté des femmes au-dessus de la loi en vigueur	127
1.2.5 L'avortement comme problème de santé publique.....	130
1.3. L'avortement, une « déviance légale » ou un droit sexuel et reproductif ?	133
1.3.1 De la loi Veil à la loi Aubry-Guigou : l'IVG sous surveillance	134
<i>La mauvaise technique de régulation des naissances</i>	134

<i>L'affirmation controversée du droit à l'avortement</i>	136
1.3.2 L'IVG à l'heure de la santé sexuelle et reproductive : un droit timide	137
<i>« Mon corps, mon choix, mon droit » : une institutionnalisation du discours féministe</i>	138
<i>La persistance d'une visée sanitaire : la réduction des grossesses non prévues comme objectif de santé publique</i>	141
1.3.3 L'IVG, un droit contesté.....	144
<i>Les recompositions de l'opposition conservatrice</i>	144
<i>Les Survivants, ou le renouveau du militantisme anti-IVG</i>	147
1.3.4 Les années 2020 : vers une constitutionnalisation du droit à l'IVG.....	149
<i>L'IVG, un acte de santé prioritaire ? L'accélération législative à l'occasion de la pandémie de Covid-19</i>	149
<i>L'IVG, un droit constitutionnel ou une « liberté » des femmes ?</i>	151
Bilan 1 : une stigmatisation persistante qui freine l'affirmation de l'avortement comme droit des femmes	152
Chapitre 2. L'encadrement médical de l'avortement	155
2.1 Faire avorter : une activité professionnelle stigmatisée	158
2.1.1 Panorama de la prise en charge de l'IVG au début des années 2020	158
2.1.2 Le débat autour de la « clause de conscience » : une cristallisation de la stigmatisation de l'IVG	162
<i>« Le droit d'avoir des convictions » : les oppositions médicales à la suppression de la clause</i>	162
<i>Mais une stigmatisation de fait de celles et ceux qui opposent une clause de conscience</i>	165
2.1.3 L'orthogénie, « sale boulot » de la gynécologie ?	166
<i>« Tu vois dans les regards que tu fais un drôle de métier » : des professionnel·les stigmatisé·es ?</i>	166
<i>« Les IVG, ça les gonfle, ils préfèrent les cancers du sein ou les accouchements » : les logiques professionnelles de la délégation du travail d'avortement</i>	167
<i>« C'est un métier de femmes » : une stigmatisation prise dans des rapports de pouvoir pluriels</i>	171
2.2 Avorter : une expérience stigmatisante	174
2.2.1 Comment la stigmatisation ralentit l'accès au soin	175
<i>« C'est quand même un tas de trucs à gérer ! » : la nébuleuse de l'accès à l'avortement</i>	175
<i>« J'étais perdue en fait » : le rôle des intermédiaires dans l'accès au soin</i>	178
• Les professionnel·les de santé de confiance	178
• Les proches « expertes »	179
• Le « réflexe Planning Familial »	180
<i>« Il a jamais voulu me donner de RDV » : les parcours entravés</i>	181
2.2.2 Les violences abortives, conséquence et expression de la stigmatisation de l'IVG.	183
<i>« Je l'ai trouvée un peu violente avec sa sonde » : la violence active, ou les maltraitances physiques</i>	184

• Nolwenn (27 ans, préparatrice en pharmacie, IVG à 19 ans en 2010), victime de violences abortives	186
« J'ai eu très très mal » : la violence passive, ou l'absence de prise en charge appropriée de la douleur	192
2.2.3 La bientraitance : norme ou privilège ?	194
Bilan 2 : une stigmatisation en poupées gigognes	198
Chapitre 3. L'encadrement psychologique de l'avortement	201
3.1 La psychologisation, au cœur du dispositif de prise en charge	202
3.1.1 Des attentes émotionnelles performatives	202
« C'est pas obligatoire, c'est systématique » : la persistance d'un entretien pré-IVG imposé.....	203
« On sait que l'IVG, c'est pas forcément évident » : l'injonction à parler de ses émotions	205
3.1.2 La « clinique de l'avortement »	207
L'IVG, « symptôme d'autre chose »	207
L'IVG, une opportunité de développement personnel ?	211
3.2 Une attention au psychisme tributaire de l'organisation du travail.....	213
3.2.1 Devenir conseillère : l'expérience personnelle comme support à la reconversion professionnelle.....	214
• Charline Pasquier (CCF, 45 ans, CIVG5), un exemple de reconversion en conseillère conjugale et familiale.....	216
3.2.2 La place des conseillères dans la prise en charge	218
3.2.3 Le psychisme, seule possibilité de valorisation professionnelle	223
3.3 La réception du gouvernement émotionnel par les avortantes	225
3.3.1 Les conditions de félicité de la psychologisation de l'IVG : une disposition à l'auto-analyse psychologique.....	225
• Nina (32 ans, travailleuse sociale, IVG à 32 ans en 2017) ou la sur-socialisation à une analyse psychologique de sa trajectoire de vie.....	226
3.3.2 Les limites empiriques du gouvernement émotionnel.....	230
« Ça m'a pas du tout aidée » : des entretiens psychologiques sans effet.....	230
« Comment il est mort, votre papa ? » : des entretiens psychologiques qui suscitent le mal-être	232
« Je pense que vous avez besoin d'un rendez-vous avec le psychologue » : l'invocation du psychisme pour ralentir les parcours de soin.....	236
Bilan 3 : la psychologisation, obstacle paradoxal à la déstigmatisation	238
CONCLUSION INTERMEDIAIRE I. La persistance d'un soupçon moral sur l'IVG	241
PARTIE II. LES FORMES CONTEMPORAINES DE LA STIGMATISATION DE L'AVORTEMENT.....	243
Chapitre 4. Irresponsable ? Stigmatiser l'échec contraceptif.....	247

4.1 L'avortement comme remédicalisation des pratiques contraceptives « déviantes »	249
4.1.1 Le soupçon d'incompétence ou de mauvaise foi des usagères d'un dispositif médicalisé	250
« <i>Personne pourra rien me reprocher</i> » : les usagères de DIU et d'implant faiblement soupçonnées	251
« <i>Vous la preniez correctement la pilule ?</i> » : soupçon sur la contraception orale et bonne volonté contraceptive	252
4.1.2 Une stigmatisation des pratiques contraceptives non-médicalisées	257
« <i>Le préservatif, c'est pas une contraception</i> » : la disqualification d'une technique n'agissant pas sur la fertilité féminine	258
« <i>La tendance actuelle au tout-bio... ça va bien un moment</i> » : la stigmatisation de toutes les pratiques non-technologiques	261
« <i>Celles qui prennent l'IVG pour un moyen de contraception</i> » : un mythe tenace	263
4.2 Figures de « l'irresponsable » : une stigmatisation contraceptive stratifiée	266
4.2.1 Des professionnel·les de santé responsables de responsabiliser les femmes	266
4.2.2 « <i>Tomber enceinte sans le vouloir, c'est un peu "cassos"</i> » : l'IVG au risque du déclassement	269
4.2.3 Une stigmatisation redoublée des pratiques contraceptives des personnes racisées ?	274
4.3 Une stigmatisation contraceptive qui déresponsabilise les hommes	277
4.3.1 La minoration et la naturalisation du travail contraceptif des femmes	278
« <i>J'en pouvais plus</i> » : la minoration d'un travail contraceptif de longue haleine	278
« <i>J'étais préoccupée par plein d'autres trucs</i> » : la minoration des effets de contexte	279
« <i>Le médecin m'avait dit que...</i> » : des prescriptions contraceptives inadaptées, inaccessibles ou erronées	280
« <i>On se voyait quand même pas souvent</i> » : l'absence de prise en considération de la fréquence des rapports sexuels	283
4.3.2 L'invisibilisation de la fertilité masculine	285
« <i>Je me tourne vers le monsieur en disant "est-ce que c'est OK pour vous ?"</i> » : un travail contraceptif masculin réduit au strict minimum	285
« <i>Être responsable de son propre sperme</i> » : penser le travail contraceptif au masculin	287
Bilan 4 : la stigmatisation contraceptive, un élément central de l'abortion stigma français	291
Chapitre 5. Salope ? Stigmatiser la sexualité récréative	293
5.1 La sexualité conjugale : une stigmatisation limitée en apparence	296
5.1.1 Une respectable sexualité conjugale	297
5.1.2 D'introuvables salopes ? Des IVG légitimes en dehors d'une sexualité conjugale	302
5.2 De la « salope » à « la fille qui s'amuse » : une stigmatisation spécifique de la sexualité des femmes jeunes et/ou racisées	304
5.2.1 Stigmatisation de la sexualité active des jeunes femmes...	304

« <i>Je faisais partie des jeunes filles dépravées</i> » : une rare stigmatisation sexuelle par les médecins	305
« <i>Mon père, il aurait su que j'ai avorté, ça l'aurait tué</i> » : le tabou de la sexualité des jeunes femmes	306
« <i>C'était la pute du collège</i> » : la stigmatisation par les pairs	309
5.2.2 ... ou stigmatisation d'une sexualité <i>trop</i> active et <i>trop</i> peu protégée ?	311
« <i>C'est pas juste du plaisir</i> » : le discrédit sur la sexualité récréative des femmes	312
« <i>Les filles, il faut que vous vous protégiez</i> » : l'éducation sexuelle comme socialisation genrée à la maîtrise des « risques »	314
5.3 Une stigmatisation implicite de la sexualité féminine récréative	316
5.3.1 Le plaisir sexuel des femmes : le grand oublié ?	317
<i>L'implicite script sexuel phallogentré</i>	317
« <i>J'ai jamais envie</i> » : l'absence de questionnement sur l'acceptabilité sexuelle de la contraception	320
5.3.2 Le plaisir sexuel des hommes au prix du « sabotage contraceptif »	321
« <i>Non mais avec le préservatif, je sens rien !</i> » : faire capoter la capote	322
« <i>Il a quand même pas fait ça, ce bâtard ?</i> » : quand les hommes ne se retirent pas	327
5.3.3 Au nom de l'amour, l'invisibilisation des violences sexuelles structurelles	330
Bilan 5 : une stigmatisation sexuelle en sourdine	333
Chapitre 6. Égoïste ? Stigmatiser le refus de maternité... ou les maternités déviantes.....	337
6.1 « Un enfant si je veux, quand je veux ? » L'idéal de maternité en tension	340
6.1.1 La norme de maternité planifiée et désirée	340
6.1.2 La forte stigmatisation du refus volontaire de maternité	343
<i>Des refus de maternité liés aux violences intra-familiales structurelles ?</i>	344
<i>Des refus de maternités moins stigmatisés quand les frères et sœurs ont déjà des enfants ?</i>	346
6.1.3 La stigmatisation de l'infertilité	349
<i>Être fertile, un privilège à honorer ?</i>	349
<i>Être fertile comme consolation de l'IVG</i>	352
« <i>Tester sa fertilité</i> » : un mythe de l'IVG ?	354
6.2 « Cette nana, elle va pas avoir un bébé maintenant » : Stigmatisation des maternités « précoces » et « tardives » vs. stigmatisation de l'avortement	359
6.2.1 Une stigmatisation genrée des maternités "tardives"	359
6.2.2 Une forte stigmatisation des maternités « précoces »	363
« <i>Forcément, quand on est ado et qu'on est enceinte...</i> » : les maternités adolescentes, une figure repoussoir	363
« <i>Faire une IVG sur le champ</i> » : l'évidence de la poursuite d'étude pour les jeunes adultes	367
<i>Des définitions de la « maternité précoce » classées socialement</i>	370
6.3 Ne pas « être prêt-es ensemble » : stigmatisation des maternités en dehors du couple vs. stigmatisation de l'avortement	372

6.3.1 L'avortement, un « non-projet » conjugal	372
« C'était juste un pote avec lequel je couchais » : des IVG hors-couple peu stigmatisées	372
« On a envie de profiter » : un plus fort risque de stigmatisation de l'IVG dans les couples stables	375
• Laurianne (27 ans, assistante sociale, IVG à 27 ans en 2018) ou le dilemme conjugal face à la poursuite de grossesse	378
6.3.2 Avorter malgré son envie d'être mère : à l'épreuve de la stigmatisation de « l'enfant dans le dos »	381
« J'ai pas voulu imposer ça » : le refus de contraindre à la paternité.....	381
« Il a éjaculé en moi, c'est qu'il le voulait ! » : les désaccords genrés sur le script parental implicite de la sexualité	384
« Il m'a forcée » : l'imposition de force de l'IVG	387
• L'exemple d'une jeune femme contrainte à avaler des comprimés abortifs	388
• L'exemple d'une femme qui refusait d'avorter.....	389
« Faire un enfant toute seule, c'est pas concevable » : la stigmatisation de « l'enfant sans père » et de la « maternité solo »	391
6.3.3 Avorter contre l'avis de son conjoint	393
• Diane (30 ans, étudiante en médecine, IVG à 30 ans en 2018) : « Soit je vis assez mal une grossesse et une maternité, soit je me donne plus de chances pour mieux construire la prochaine »	395
• Juliette (31 ans, productrice de documentaire à mi-temps, IVG à 30 ans en 2017) : « Je me suis dit : t'as trop envie d'un enfant mais pas à n'importe quel prix non plus »	396
6.3.4 Une romantisation de la parentalité révélatrice de l'hégémonie du couple parental	399
6.4 Stigmatisation de la précarité matérielle vs. stigmatisation de l'avortement	402
6.4.1 « C'est pas qu'on voulait pas c'est qu'on pouvait pas » : Conditions matérielles et stigmatisation des maternités précaires	403
6.4.2 La concurrence entre travail salarié et travail parental.....	405
Bilan 6. Renouveler l'analyse de la norme procréative et du projet parental	408
Chapitre 7. Meurtrière ? Stigmatiser « l'atteinte à la vie »	411
7.1 L'exposition à la rhétorique du militantisme anti-avortement : de la victimisation des fœtus à la victimisation des femmes	413
7.1.1 Le relatif épuisement de la rhétorique de l'avortement comme meurtre.....	413
« Les gens qui disent qu'on tue quelqu'un [...] ils sont un peu débiles » : la disqualification de l'imaginaire du meurtre dans les entretiens	413
« Pikachu n'est jamais né... » : de l'IVG comme meurtre à la grossesse poursuivie comme vie sauvée.....	416
7.1.2 Victimiser et psychologiser pour mieux stigmatiser : la pénétration du « syndrome post-avortement » en France.....	421
• La désinformation sur l'IVG sur le site AfterBaiz.com	425

7.2 La stigmatisation de « l'atteinte à la vie » dans les prises en charge médicales : entre réalité et tabou 428

7.2.1 L'imagerie fœtale et l'humanisation de l'embryon 429

« Dans pas longtemps ça pourrait être un bébé » : interpréter l'échographie..... 429

« Il s'est pris le fœtus dans la tronche » : (faire) voir ou non l'échographie..... 432

« Un fœtus à 8 semaines, ça a déjà un visage vachement formé » : les représentations humanisantes des premiers stades embryonnaires..... 434

« Le médecin m'avait demandé si je voulais entendre le cœur » : humaniser par le son 436

7.2.2. L'expulsion de la grossesse et l'humanisation de l'embryon..... 438

« Ah bah c'est con, c'est un beau fœtus » : humaniser les restes de la grossesse..... 438

- Férouze (42 ans, aide-soignante, IVG à 26 en 2003 et 30 ans en 2007) ou les effets de la stigmatisation de l'atteinte à la vie 439

« Tu peux pas dire "c'est évident, c'est le bébé" » : protéger les femmes de la stigmatisation... en la renouvelant ? 442

« Tuer des bébés toute la journée » : des professionnelles de santé elles-mêmes stigmatisables 444

7.3 Une stigmatisation qui s'accroît avec la répétition de l'avortement et l'avancée de la grossesse 447

7.3.1 « Je me voyais pas jouer trop avec la vie et la mort ! » : la stigmatisation des IVG répétées 448

7.3.2 « En France, on a le droit d'avorter, mais pas entièrement quoi » : avorter à la limite ou au-delà du seuil légal d'IVG, une expérience stigmatisante 449

Le « gap » dans le développement embryonnaire : avorter à la limite du seuil légal d'IVG 449

De l'IVG hors-délai à l'IMG psychosociale : avorter sous réserve d'une autorisation médicale..... 451

Avorter à l'étranger : un voyage stigmatisant..... 453

- Adélaïde (27 ans, chargée de mission dans l'environnement, IVG à 26 ans en 2017), un exemple d'IVG hors délai..... 454

Bilan 7 : une stigmatisation persistante de « l'atteinte à la vie » 457

CONCLUSION INTERMEDIAIRE II. Une forme de stigmatisation peut en cacher une autre..... 459

PARTIE III. LES STRATEGIES DE GESTION DU STIGMATE PAR LES AVORTEES..... 463

Chapitre 8. (Ne pas) intérioriser le stigmate 467

8.1 Irresponsable ? Une forte auto-stigmatisation de l'échec contraceptif 469

8.1.1 L'adhésion partagée à la responsabilité contraceptive 470

« Je me disais que j'y aurai sûrement recours un jour » : de rares exemples de remise en cause de la norme contraceptive 470

- Elisabeth (25 ans, service civique dans une association culturelle, deux IVG à 21 ans en 2014 et une à 25 ans en 2018) ou la resocialisation à la norme contraceptive 470

« Je me disais que la contraception c'est quelque chose de sûr ! » : Une foi partagée (et déçue) dans la contraception médicale	472
8.1.2 L'accident-malchance : enceinte malgré le travail contraceptif.....	474
« C'était pas mon erreur » : s'épargner l'auto-stigmatisation contraceptive	474
« J'avais tellement honte » : s'auto-stigmatiser malgré le fort travail contraceptif.....	476
8.1.3 L'accident-erreur : une forte auto-stigmatisation des écarts à la norme contraceptive	477
« Jouer avec le feu » : parier sur l'absence de grossesse	477
« Je faisais n'importe quoi » : l'auto-stigmatisation du manque de rigueur contraceptive	479
8.2 Salope... ou « bloquée » ? Une auto-stigmatisation des difficultés et des refus sexuels post-IVG	481
8.2.1 Les difficultés sexuelles et gynécologiques après l'IVG.....	481
« Passer le reste de ma vie à être flippée » : le retour de la peur au ventre	481
« Ça faisait mal » : sang, sécheresses vaginales, douleurs à la pénétration après l'IVG	482
8.2.2 L'évitement de la sexualité après l'IVG.....	485
« J'avais pas envie qu'on me touche » : l'exposition corporelle pendant l'IVG	485
« J'ai juste arrêté les mecs » : une solution radicale mais temporaire.....	487
8.3 Égoïste ? Une auto-stigmatisation contestée du refus de maternité	490
8.3.1 « Féminités parias » : refuser d'être une « mauvaise mère »	491
« Un bébé qui fait des bébés » : mettre en avant son incompétence maternelle	491
« Et puis même pour lui... » : avorter au nom du bien-être de l'enfant hypothétique ...	492
8.3.2 « Féminités complices » : ne refuser la maternité que provisoirement	493
8.3.3 « Féminités alternatives » : défendre son autonomie	494
8.4 Meurtrière ? Une auto-stigmatisation de « l'atteinte à la vie » tributaire du rapport à la maternité	496
8.4.1 L'avortement comme remède à un trouble corporel : absence d'auto-stigmatisation de « l'atteinte à la vie » et absence de projection dans la maternité.....	497
« Comme si je n'étais pas enceinte » : d'insupportables signes de grossesse	497
« Juste enlever ce truc à l'intérieur de moi » : l'IVG comme remède.....	498
8.4.2 « C'est une forme de vie mais c'est pas un bébé » : une auto-stigmatisation limitée de « l'atteinte à la vie »	499
8.4.3 Des grossesses empêchées : les projections dans la maternité, condition (pas toujours suffisante) de l'auto-stigmatisation de « l'atteinte à la vie »	502
« On a beau se dire que c'est des cellules, une fois qu'on l'a fantasmé, il est présent » : humaniser la grossesse en rejetant « l'atteinte à la vie ».....	503
« Lui donner un prénom » : le bricolage de pratiques de deuil	505
« J'ai perdu mon bébé, mon amour, ma joie de vivre » : le regret de maternité de Maïssa	510
Bilan 8 : le travail émotionnel face à l'auto-stigmatisation	512

Chapitre 9. Esquiver le stigmate.....	517
9.1 L’invisibilisation par les « non-dits ».....	520
9.1.1 Le secret comme anticipation du discrédit : le « need for secrecy »	521
« <i>J’avais peur des réflexions</i> » : <i>se préserver soi-même</i>	521
« <i>Je voulais pas que les gens se fassent du souci pour moi</i> » : <i>refuser l’apitoiement</i>	524
« <i>Je me suis pas jetée dans la gueule du loup</i> » : <i>le non-dit stratégique</i>	526
• Les proches aux positions anti-avortement	526
• La sphère professionnelle	526
9.1.2 Le secret comme silenciation : le « burden of silence »	527
9.2 La révélation sélective de l’IVG : stigmatisation anticipée négligeable ou nécessaire dévoilement ?	532
9.2.1 Une stigmatisation davantage anticipée qu’effective	532
9.2.2 L’entre-soi féminin du dévoilement	534
« <i>Vu qu’il était parti, je l’ai appelé</i> » : <i>le partenaire sexuel, un soutien conditionnel</i> ...	535
« <i>Elle écoutait ce que je pouvais lui dire</i> » : <i>les amies, des soutiens systématiques</i>	537
• Les amies intimes, premières prévenues	537
• Les amies expérimentées, pourvoyeuses de conseil.....	539
« <i>J’ai fini par en parler à ma mère</i> » : <i>les mères, des alliées en dernier recours</i>	540
9.2.3 Des confidences aux hommes limitées	543
« <i>C’est ma mère qui lui a dit</i> » : <i>les frères et les pères, informés par transitivité</i>	543
« <i>Ils sont pas genre à te plaindre</i> » : <i>les rares confidences aux amis au masculin</i>	545
• Les groupes d’amis garçons : pour une sociologie des formes de travail émotionnel.....	545
• Les ex-compagnons : pour une sociologie des liens post-rupture amoureuse .	546
« <i>Y’a pas de raison de le crier sur les toits</i> » : <i>le contrôle de la parole des partenaires</i>	547
9.3 Une invisibilisation par le « mensonge »	549
9.2.1 Justifier des absences au travail ou à l’école	550
« <i>J’ai posé un jour de congé</i> » : <i>dissimuler les raisons de l’absence au travail</i>	551
« <i>Elles ont pris le risque de me camoufler</i> » : <i>un travail d’invisibilisation collectif</i>	552
• Cynthia (17 ans, lycéenne, IVG à 17 ans en 2017), du travail d’invisibilisation individuel au travail d’invisibilisation collectif	552
9.2.2 La confidentialité des usagères : enjeux et limites	553
« <i>Respecter au plus l’anonymat</i> » : <i>une attention particulière à la confidentialité des usagères</i>	554
• Une préoccupation des professionnelles de santé	554
• Des stratégies de prise en charge pour assurer l’anonymat des usagères.....	555
« <i>Tout est anonyme, mais elle a besoin de mon numéro de Sécurité Sociales</i> » : <i>les limites des dispositifs de confidentialité</i>	557

• Nora (19 ans, étudiante en communication, IVG à 19 ans en 2017) ou l'enjeu de la confidentialité des remboursements de soin	558
9.2.3 La dissimulation des écarts à la norme contraceptive médicalisée	560
« <i>J'ose pas retourner le voir</i> » : l'esquive des professionnel·les de santé ordinaires....	560
« <i>Je leur mens depuis tout-à-l'heure : la capote, on l'a pas mise !</i> » : les arrangements du récit contraceptif.....	562
Bilan 9 : le travail d'invisibilisation face à la stigmatisation	563
Chapitre 10. Contester le stigmate	567
10.1 Refuser la silencieuse. Les ambiguïtés des discours visant à « briser le tabou ».	569
10.1.1 « Découvrons-nous des milliers » : l'importance des récits des autres	569
« <i>On s'est laissées toutes seules</i> » : déplorer le manque de dialogue entre pairs	569
« <i>Ça m'a vachement aidée de voir toutes ces femmes témoigner</i> » : sortir de l'isolement	571
10.1.2 Le récit de soi en non-mixité : du travail émotionnel individuel au travail émotionnel collectif	572
« <i>Rassurer les filles à mon tour</i> » : le récit de soi comme contre-don	572
« <i>En faire quelque chose de positif</i> » : le récit de soi comme re-psychologisation.....	573
10.1.3 Le récit de soi en mixité : esquive ou contestation du stigmate ?	577
« <i>Je le dis pour que personne ne fasse de réflexion déplacée</i> » : le coming-out abortif comme anticipation du stigmate	577
« <i>J'ai avorté et je vais bien, merci</i> » : une tentative de déstigmatisation de l'IVG.....	580
10.2 De la conscientisation à la dénonciation de l'asymétrie des rapports de genre : politiser pour déstigmatiser	581
10.2.1 Conscientiser les inégalités au sein des relations hétérosexuelles.....	581
« <i>La réponse de mon ex, c'était franchement pas "on va mettre des capotes"</i> » : l'asymétrie du travail contraceptif	582
« <i>C'est moi qui me suis tapé tous les tests, tous les trucs</i> » : l'asymétrie du travail abortif	584
10.2.2 La socialisation féministe, condition de politisation des rapports de genre autour de l'avortement.....	588
« <i>J'ai toujours eu des idées féministes</i> » : reconnaissance des luttes et dispositions féministes initiales	588
« <i>Ça a ouvert un monde incroyable</i> » : l'expérience de l'avortement comme socialisation de transformation.....	590
• Chloé (28 ans, journaliste, IVG à 19 ans en 2010) : l'IVG comme déterminant de l'entrée en féminisme.....	592
« <i>On arrive à les faire changer d'avis sur certains points</i> » : vers une socialisation « à rebours » ?.....	594
10.2.3 De la politisation individuelle à la politisation collective : la place de l'IVG dans le féminisme contemporain	595
Conclusion : nouveaux récits, nouvelles luttes ?.....	598

CONCLUSION INTERMEDIAIRE III. Contre les « identités spoliées », l'agentivité des femmes.....	601
CONCLUSION GENERALE. AVORTER, MAIS DISCRETEMENT ?	603
1. Comprendre la configuration spécifique de la stigmatisation abortive en France aujourd'hui	603
Psychologisation opportuniste et psychologisation bienveillante : objectifs distincts, effets similaires.....	603
La silenciation comme mode de gouvernement	605
Des formes de stigmatisation structurées par les asymétries de genre	606
L'hétérosexualité obligatoire au principe de la stigmatisation abortive : <i>exit, voice</i> ou <i>loyalty</i> ?.....	608
2. Apports aux sciences sociales : contributions, limites et pistes de recherche... 609	609
Pour une sociologie de la stigmatisation inscrite dans les rapports de domination.....	610
Pour une sociologie du travail procréatif étendue aux hommes	611
Pour une sociologie du lien social étendue au-delà du couple et de la famille nucléaire..	613
Pour une sociologie approfondie de la « biopolitique déléguée » : action publique, professionnel·les de santé, laboratoires pharmaceutiques	613
Pour une sociologie politique nationale et internationale des mouvements sociaux autour de l'avortement.....	614
3. Déstigmatiser l'avortement : quelques pistes de réflexion collective	616
Faire advenir de nouveaux récits sur l'avortement.....	616
Favoriser une éducation inclusive à la sexualité contre la « culture du viol »	616
Penser une politique de santé sexuelle et reproductive plus équitable	617
« Tout n'est pas stigmatisation abortive » : l'importance des conditions matérielles d'existence.....	618
BIBLIOGRAPHIE	619
ANNEXES.....	669
Annexe A. Présentation des enquêtées ayant avorté d'une première grossesse.....	669
Annexe B. Recrutement des enquêtées.....	672
B1. Le flyer d'appel à témoignage diffusé en ligne et dans les centres d'IVG.....	672
B2. Répartition du recrutement des enquêtées	673
B3. Composition de l'échantillon par activité en comparaison à la population générale	673
Annexe C. Passation des entretiens	674
C1. Modalités de premier contact	674
C2. Lieu de passation des entretiens	674
C3. Lieu de résidence des enquêtées	674
Annexe D. Guide d'entretien auprès des femmes ayant avorté d'une première grossesse	675
Annexe E. Les entretiens avec les professionnelles de santé	679

<i>E1. Présentation des entretiens avec les professionnelles de santé et des structures dans lesquelles elles exercent.....</i>	<i>679</i>
<i>E2. Guide d'entretien avec les professionnelles de santé.....</i>	<i>680</i>
Annexe F. L'échec d'une négociation pour réaliser des observations dans un centre d'IVG	681
Annexe G. Exemple de formulaire de consentement à l'IVG, CIVG3	686
Annexe H. Exemple de dépliant centré sur la contraception médicale et féminine produit par un laboratoire pharmaceutique	687
TABLE DES MATIERES	689