



Les médecins et l'avortement. Sociologie de la domination médicale

Raphaël Perrin

► To cite this version:

Raphaël Perrin. Les médecins et l'avortement. Sociologie de la domination médicale. Sociologie. Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 2024. Français. ⟨NNT : ⟩. ⟨tel-05397821⟩

HAL Id: tel-05397821

<https://hal.science/tel-05397821v1>

Submitted on 4 Dec 2025

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

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



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

Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne
École doctorale d'économie 465
Centre européen de sociologie et de science politique

THÈSE

pour l'obtention du titre de
Docteur de l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Discipline : Sociologie

Présentée et soutenue le 11 décembre 2024 par
Raphaël PERRIN

Les médecins et l'avortement Sociologie de la domination médicale

Sous la direction de

Maud Gelly, Sociologue, CRESPPA-CSU

Anne Paillet, Professeure des universités, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Membres du jury

Anne-Marie Arborio, Maîtresse de conférences, Université Aix-Marseille, examinatrice

Nathalie Bajos, Directrice de recherche, EHESS et INSERM, présidente

Laure Bereni, Directrice de recherche, CNRS, rapportrice

Emmanuel Henry, Professeur des universités, Université Paris-Dauphine, rapporteur

Résumé

Comment une jeune médecin de centre d'IVG en arrive à imposer un examen gynécologique à une femme malgré ses protestations ? À prétendre que l'avortement peut causer l'infertilité pour la convaincre d'accepter une contraception ? Elle a appris, au cours de ses études, à être médecin, c'est-à-dire non seulement à ausculter et à opérer, mais aussi à occuper une position de pouvoir. Au croisement d'une sociologie structurale du travail et d'une sociologie de la domination, à partir de l'étude de la prise en charge de l'avortement, cette thèse propose d'analyser empiriquement et conceptuellement la domination médicale, ses formes concrètes, sa banalisation, sa reproduction et ses transformations. Elle s'appuie sur une enquête combinant six mois d'observation comparative du travail médical dans trois centres d'IVG, des entretiens menés auprès de 133 professionnel·les de santé et l'analyse secondaire des données statistiques du volet « Médecins » de l'enquête Fécond (INSERM-INED).

Cette recherche retrace la genèse de l'espace professionnel de l'avortement après la loi Veil, l'évolution des (in)dispositions et des prises de position des médecins qui le composent, et les luttes professionnelles dont la délégation du travail et la revendication de l'expertise en matière d'avortement font l'objet. En particulier, elle détaille les trajectoires sociales des « avorteurs » et « avorteuses », médecins militant·es – pour certain·es – qui se spécialisent dans le travail d'avortement. Elle ouvre la boîte noire des inégalités liées au recours à l'avortement en montrant comment le travail médical participe à les produire : l'accès à l'avortement, mais aussi la qualité des soins prodigués, varient considérablement selon les médecins, les services dans lesquels les femmes font leur demande et la position qu'elles occupent dans les rapports de classe, de race, de genre et d'âge. L'enquête montre les logiques pratiques du travail médical et les enjeux professionnels qui expliquent le maintien de parcours longs et complexes malgré l'assouplissement du dispositif légal d'encadrement de l'IVG depuis une cinquantaine d'années, et elle détaille les pratiques individuelles et collectives par lesquelles les médecins contrôlent les modalités des soins alors que la loi les place pourtant dans une position de prestataires de services. En définitive, cette thèse éclaire les socialisations médicales sous un nouvel angle, celui de l'intériorisation de positions dans un rapport de domination, c'est-à-dire, pour les médecins, de manières d'exercer le pouvoir et de s'y sentir légitimes, et, pour les profanes, de dispositions à s'y soumettre.

Mots-clés : Avortement, IVG, pouvoir médical, champ médical, travail hospitalier, inégalités de santé, genre, expertise, domination, violences gynécologiques, sale boulot, socialisation médicale.

Remerciements

J'aimerais exprimer ma gratitude à l'égard des nombreuses personnes qui m'ont accompagné et aidé au cours de ces années de recherches et sans lesquelles ce travail n'aurait pas pu aboutir.

Avant toutes choses, ce sont mes directrices de thèse, Maud Gelly et Anne Paillet, que je voudrais remercier du fond du cœur. Cette recherche doit énormément à leur disponibilité sans faille, à leur professionnalisme, à leur grande finesse analytique et leur riche expérience de l'ethnographie, à l'inaltérable bienveillance et la générosité de leurs retours, mêlant toujours la rigueur scientifique à l'enthousiasme pour mon enquête, à la complémentarité de leurs relectures et à leur attention au bon déroulement – y compris émotionnel – de la thèse. Elles ont largement contribué à faire de ce travail un réel plaisir. Je souhaite à toutes les doctorant·es d'avoir la chance d'être aussi bien encadré·es que je l'ai été.

Je remercie les membres du jury d'avoir accepté de lire et de discuter mon travail : Anne-Marie Arborio, Nathalie Bajos, Laure Bereni et Emmanuel Henry. Leur travaux ont été une source d'inspiration au long de mon parcours en sociologie et de cette thèse en particulier, et je me réjouis des échanges à venir.

J'adresse aussi des remerciements chaleureux à Anne-Marie Arborio et à Muriel Darmon qui ont participé à mes différents comités de thèse au cours desquelles elles m'ont prodigué conseils précieux et encouragements, ainsi qu'à Maud Gelly et Pauline Vallot grâce à qui j'ai pris goût à la recherche sociologique et initié ce grand chantier de travail sur les médecins et l'avortement dans le cadre de mon master.

Un grand merci à l'équipe qui a produit et codé les données du volet Médecins de l'enquête Fécond et qui m'y a donné accès : Nathalie Bajos, Aline Bohet, Caroline Moreau, Alexandra Roux. Ces données m'ont été particulièrement utiles et j'espère que le traitement que j'en fais les intéressera.

Ma gratitude va ensuite à toutes les personnes qui ont accepté de participer à cette recherche et que je ne peux malheureusement pas appeler par leurs vrais noms. À toutes les femmes qui, dans ce moment souvent pénible qu'est le parcours d'avortement, ont accepté ma présence, ainsi qu'à toutes les professionnel·les – médecins, sages-femmes, infirmières, aides-soignantes, secrétaires, conseillères, psychologues, assistantes sociales, personnels administratifs – qui m'ont partagé leur histoire, leur vécu et leur temps lors d'entretiens, qui m'ont laissé les accompagner dans leur quotidien professionnel. J'espère que ce travail pourra apporter, aux premières, un moyen de contextualiser et pourquoi pas de politiser leur expérience de l'avortement, ainsi que des ressources dans le cadre d'éventuels avortements

futurs. Aux second·es, j'espère qu'il offrira un regard intéressant – à défaut sans doute d'être agréable – sur leur travail ou leur engagement, une matière à réflexion et à discussion. Il ne s'agit là que d'une proposition de lecture d'une réalité sociale et professionnelle plus complexe et dont elle n'épuise pas le sens.

Merci à tou·tes les collègues et les ami·es qui ont généreusement accepté de relire cette thèse, sous la forme d'articles ou de chapitres : Céline Bessière (à qui les lectrices et lecteurs de la thèse doivent l'abandon des bibliographies mitrailleurs), Charles Bosvieux-Onyekwelu, Jordi Brahamcha-Marin, Laura Chaudiron, Pauline Chevillotte, Natacha Collomb, Éloi Dibon, Yaël Eched, Camille François, Mélanie Gourarier, Paul Grassin, Benjamin Groc, Marie Jaisson, Aurore Koechlin, Corentin Legras, Mireille Le Guen, Gwénaëlle Mainsant, Pauline Mortas, Alexandra Roux, Célia Stuchlik, Cécile Thomé, Anne-Sophie Vozary. Un merci tout particulier à celles qui ont relu le manuscrit dans son ensemble, Riwanon Gouez, Christine œil-de-lynx Perrin et Laurine Thizy pour les retours précis, le repérage minutieux des coquilles et l'allègement de l'écriture.

J'ai eu la chance de bénéficier de riches échanges au sein des divers collectifs de recherche auxquels j'ai pu appartenir. D'abord au sein du Centre européen de sociologie et de science politique, qui a constitué un cadre matériel et institutionnel de travail particulièrement confortable – je remercie notamment Jocelyne Pichot, son administratrice, pour sa redoutable efficacité. Merci à Delphine Dulong, Camille Masclet et Anne-Catherine Wagner pour leur relecture dans le cadre du séminaire de l'axe « Pouvoir et rapports de domination », et à l'équipe des « doctorant·es santé » pour nos utiles et agréables séances de travail : Shirine Abdoul Carime, Agathe Charbonneau, Juliette Bontemps, Abigail Bourguignon, Zoé de Ory, Élie Dougé, Irene Ramos Vacca et Martin Sarzier.

Les échanges ont été riches, aussi, au sein des réseaux de chercheurs et surtout de chercheuses travaillant sur les thématiques croisées de genre, santé et sexualité. Le laboratoire junior Contraception & Genre a été un cadre accueillant et rassurant pour mes premiers pas dans l'ESR, et je suis heureux des relations que j'ai pu y nouer avec toutes ses membres. Merci à mes collègues du colloque puis de la journée d'études Genre et Gynécologie – Mona Claro, Tommy de Ganck, Aurore Koechlin et Margaux Nève – pour le travail d'organisation joyeux et sans accroc. Merci à Marie Mathieu et à Laurine Thizy pour les réflexions et écritures, collectives ou complémentaires, autour de notre objet-lubie commun·e. Je me réjouis aussi des collaborations entamées et pleines de promesses : avec Mireille Le Guen et Marie Mathieu autour des oppositions contemporaines à l'avortement ; avec Pierre Robicquet et Lucile Ruault autour des violences médicales. À Justine Chaput et Carla Robison,

camarades de thèse qui éclairent les enjeux de l'avortement à partir d'autres disciplines : j'ai hâte de vous lire.

Un immense merci au Centre Norbert Elias (à commencer par Dorothée Dussy, Arnaude Cariou et Lisa George) pour son accueil à bras ouverts lors de la dernière ligne droite de la thèse, aux camarades piliers de la salle des doctorant·es – Riwa, Lucille, Corentin, Aurélie, Yaël, Rim... J'espère continuer mes recherches au soleil avec vous tou·tes. Merci également à l'équipe enseignante de la FEG d'Aix-Marseille Université pour la confiance, tout particulièrement à Lobna Lannabi et à Luc Sigalo-Santos.

Une pensée un peu émue pour l'équipe des doctorant·es et les monos de la résidence d'écriture de l'île d'Oléron, l'opération Moustache et les projections de Drag Race, qui ont égayé la fin de l'écriture de thèse. Quand est-ce qu'on recommence ?

Pour les discussions amicales et les conseils avisés, merci à Fabrice Cahen et à Marie Jaisson aux prémices de la thèse, puis à Charles Bosvieux-Onyekwelu, Pauline Delage, Dorothée Dussy, Mélanie Gourarier, Céline Lesourd, Gwénaëlle Mainsant, Marie Plessz, Lucile Ruault, Cécile Thomé et bien d'autres.

Merci aux ami·es d'avoir accompagné de près ou de loin le travail de thèse, supporté les obsessions et les indisponibilités. Merci d'être un soutien de l'existence, au quotidien ou dans les infaillibles retrouvailles. Merci à Riwa pour la chance de s'être retrouvée·es, à Marianne qui porte le soleil partout avec elle. Merci à Cécile, à Marie Casa, à Mathilde pour l'amitié impérissable. Merci à Jordi pour la curiosité intellectuelle et les échanges passionnants. Merci à Pauline, à Célia et à Lily. Merci à Théo et à Dom, avec un petit plus pour les hébergements parisiens, à Charles pour la bonne humeur et les Stronger Together sur la terrasse, à Marie Cusso pour les joies et la simplicité du quotidien partagé tout au long de la thèse. Merci à Antoine, Camille, Christine et Marc pour la gentillesse, la générosité et l'intelligence. Je mesure ma chance de vous avoir et vous aime fort. À Laurine, pour l'amour et la complicité, pour tout le bonheur passé, présent, et encore à construire.

Sommaire

Résumé.....	3
Remerciements.....	5
Sommaire.....	9
Liste des acronymes et sigles	11
Remarques préliminaires	13
Introduction	15
Chapitre 1 : Le travail d’avortement c’est toujours un drame... social	65
Chapitre 2 : La genèse de l’espace professionnel de l’avortement	107
Chapitre 3 : La fabrique du sale boulot : avortement, pouvoir et luttes professionnelles en gynécologie.....	161
Chapitre 4 : Profession ? Avorteur·se. Sociologie des spécialistes de l’avortement.....	219
Chapitre 5 : Des utérus aux habitus : le travail d’avortement comme travail sur les avortantes	279
Chapitre 6 : Comment les médecins contrôlent les modalités des soins (1) : L’interprétation médicale de la loi	331
Chapitre 7 : Comment les médecins contrôlent les modalités des soins (2) : Faire obéir les patient·es.....	367
Chapitre 8 : De la domination à la discrimination.....	415
Chapitre 9 : La socialisation médicale : apprendre la domination	483
Conclusion de thèse	541
Bibliographie.....	565
Annexes.....	607
Table des matières	619

Liste des acronymes et sigles

AG : Anesthésie générale

AL : Anesthésie locale

AMP : Assistance médicale à la procréation

ANCIC : Association nationale des centres d'IVG et de contraception

BIP : Diamètre bipariétal

CCF : Conseillère conjugale et familiale

CES : Certificat d'études spécialisées

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

DES : Diplôme d'études spécialisées

DIU : Dispositif intra-utérine

DU : Diplôme universitaire

GIS : Groupe information santé

GLI : Grossesse de localisation indéterminée

HAS : Haute autorité de santé

HCE : Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

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

LCC : Longueur crânio-caudale

MFPPF : Mouvement français pour le planning familial

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

MLF : Mouvement de libération des femmes

PH : Praticien·e hospitalier·e

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

REVHO : Réseau ville-hôpital pour l'orthogénie

SA : Semaine d'aménorrhée

SYNGOF : Syndicat des gynécologues et obstétriciens de France

Remarques préliminaires

Écriture inclusive

Dans cette thèse, j'adopte des règles d'écriture inclusive pour des raisons non seulement politiques, mais aussi scientifiques, afin de « rendre visibles les situations de mixité ou de non-mixité du monde social, masquées par le recours systématique au masculin neutre. »¹ Lorsque les tournures épïcènes ne conviennent pas et que la déclinaison des termes au masculin et au féminin est trop lourde, je privilégie l'usage du point médian unique, au singulier comme au pluriel (« des enquê·té·es »), quelle que soit la forme du suffixe (« un·e avorteur·se »). J'ai gardé la double flexion pour les mots plus brefs (« il et elle », « celles et ceux », etc.). Je suis la règle d'accord de proximité : l'adjectif ou le participe passé se rapportant à une série de noms de genres différents s'accorde en genre avec le nom le plus proche. Dans un certain nombre de cas, que je précise, je suis également la règle de la majorité : le nom, le pronom, l'adjectif et le participe passé prennent le genre du groupe majoritaire (notamment pour les sages-femmes et les gynécologues médicales, groupes quasi-intégralement composés de femmes).

Certification éthique

Cette recherche a bénéficié d'une certification du Comité d'Évaluation Éthique de l'INSERM et respecte les pratiques attendues par le comité en termes de confidentialité et de protection des données (avis n°22-902).

¹ Consignes aux auteurs et autrices de la revue *Sociologie du travail*, publiées le 10 décembre 2019 et révisées en octobre 2023.
<https://www.sociologiedutravail.org/spip.php?article153>.

Introduction

Novembre 2021, Centre d'interruption volontaire de grossesse (IVG) 1.

« Mme T. ? » Une femme blanche de 35 ans se lève de son fauteuil et emboîte le pas pressé d'Olivia, la jeune interne du centre d'IVG, qui se présente sur un ton jovial – « Je suis la médecin » – pendant que nous traversons le long couloir qui sépare la salle d'attente de celle où doit se tenir la consultation pré-IVG. Avant d'en franchir le seuil, j'explique brièvement ma recherche à Mme T. et lui demande l'autorisation d'assister à sa prise en charge. Elle sourit, elle a elle-même un diplôme de sociologie – « C'est bien que vous fassiez cette étude » –, nous nous installons. Olivia l'interroge sur ses antécédents médicaux puis sur sa contraception :

Olivia : La contraception, c'était quoi ?

Mme T. : L'implant mais je l'ai enlevé.

Olivia (Sèche) : Pourquoi ?

Mme T. : Parce que je voulais avoir un enfant avec mon mari. Mais entre-temps je me suis fait violer. Mardi.

Olivia : Euh... mardi là ?

Mme T. : Non, il y a deux semaines.

Olivia : Ok. (Silence)

Visiblement mal à l'aise, Olivia demande à Mme T. si elle est « suivie pour le viol » – « J'ai porté plainte » – puis l'invite à s'installer pour l'échographie de datation de la grossesse. Elle est venue au premier signe de retard de règles. Elle est bien enceinte, mais ne l'est pas assez pour Olivia, qui lui demande de revenir une semaine plus tard, pour que l'embryon soit suffisamment développé pour être visible à l'échographie et que l'on puisse s'assurer que la grossesse est bien dans l'utérus (plutôt qu'« extra-utérine ») avant de l'interrompre. Mme T. est hagarde, sous le choc : « Merde... C'est pas vrai... (Silence) Je peux pas attendre ». Olivia lui ment : « C'est trop tôt pour une IVG. Légalement on n'a pas le droit. Je sais que c'est difficile. C'est un mauvais contretemps. Vous voulez discuter avec la conseillère ? ». Mme T. refuse, puis sort de la salle en titubant. La vision échographique de la vésicule vitelline (puisque c'est de cela qu'il s'agit) n'est pourtant pas une obligation légale. D'autres médecins s'en passent suivant le souhait des femmes qui, comme Mme T., souhaitent avorter au plus vite, en leur demandant simplement de réaliser une prise de sang dans les jours qui suivent pour vérifier le succès de l'avortement (succès qui écarte la possibilité d'une grossesse extra-utérine, événement par ailleurs relativement rare). Mais Olivia et ses collègues du centre ne font pas confiance aux femmes pour réaliser ce bilan sanguin après l'avortement. « Tant

qu'elles n'ont pas eu leur IVG, on les tient », m'expliquera une de ses collègues, gynécologue. « C'est plus simple », me dit Olivia. Lorsque Mme T. reviendra une semaine plus tard, on jugera toujours la grossesse trop « petite ». Elle devra encore attendre trois jours supplémentaires avant qu'on accepte de programmer son avortement.

J'accompagne ensuite l'interne dans une seconde consultation pré-IVG, avec Mme B., une femme d'entre 30 et 40 ans, de classe populaire. Elle a fait sa demande juste à temps, le rendez-vous ayant lieu deux jours avant le terme limite jusqu'auquel l'IVG est autorisée. Quand Olivia l'interroge sur les raisons de sa venue tardive, Mme B. se justifie en évoquant son mari qui la bat et la difficulté à trouver quelqu'un pour garder son fils handicapé. Légalement, elle est dans les délais pour avorter. Malheureusement pour elle, nous sommes vendredi midi et l'équipe du centre a pris l'habitude d'anticiper la fermeture du weekend d'une demi-journée. Embêtée par cette demande d'avortement trop proche du délai limite qui supposerait d'organiser une prise en charge en urgence, ou bien légèrement au-delà du terme légal de l'IVG, Olivia la déboute en lui conseillant de contacter une structure prenant en charge les violences faites aux femmes, qu'elle lui désigne. La femme partie, Olivia m'exprime ses doutes quant aux explications de la femme concernant son conjoint et son enfant – elle ne la croit pas –, et précise : « Mais ils la prendront bien en charge à [la structure en question]. » Je lui demande : « Mais elle n'aura pas son IVG, du coup ? » Elle répond : « Elle l'aura pas, non ». Cette femme battue et élevant un enfant handicapé, pourtant dans les délais légaux de la demande d'IVG, devra donc mener la grossesse non souhaitée à terme, ou se rendre dans un pays autorisant l'avortement à des termes plus avancés, comme l'Espagne ou les Pays-Bas, pour avorter moyennant plusieurs centaines d'euros, ou tenter sa chance dans les incertaines, longues et difficiles procédures de demande d'interruption médicale de grossesse (IMG) pour détresse psychosociale.

Ce récit de terrain donne à voir un moment de rupture autant que de continuité dans l'enquête sur laquelle s'appuie cette thèse. De continuité, car il fait suite à près de quatre mois de présence dans ce centre d'IVG, le premier de trois terrains, et car les pratiques décrites n'ont absolument rien d'exceptionnel : j'assiste quasi-quotidiennement à des consultations peu ou prou identiques aux deux que j'ai décrites ici. Il s'agit aussi d'un moment de rupture, ethnographique d'abord, car quelques jours plus tard je quitterai le service de manière anticipée, peinant désormais à supporter le « faire semblant » et la relative passivité qui caractérisent la relation d'enquête, du moins telle que je l'ai négociée sur ce terrain. Rupture épistémologique, surtout, ce « malaise » croissant dans l'enquête (Le Renard, 2019) rendant alors difficilement contournable un questionnement sur l'imposition, par les médecins, des

modalités du soin ou du refus de soin, pourtant absente du projet de recherche initial. L'observation prolongée des prises en charge d'avortement est apparue comme une remarquable opportunité de saisir le pouvoir médical non pas seulement comme un concept abstrait et dépersonnalisé, mais comme une relation incarnée, caractérisée par les pratiques objectivables de médecins comme Olivia et des effets concrets sur des individus comme Mme T. ou Mme B. Qu'est-ce qui conduit des médecins, comme cette jeune interne de gynécologie, à refuser les demandes de « cassos » qui, comme Mme B., ont attendu le dernier moment pour faire leur demande quand elles acceptent, au-delà du délai légal, celles de femmes qui leur ressemblent, blanches et de classes moyenne ou supérieure ? À différer l'accès à l'avortement en fabulant une loi ou, dans d'autres circonstances, un planning de bloc opératoire chargé pour qu'une avortante « prenne le temps de réfléchir » ? Mais aussi à imposer un examen gynécologique à une femme malgré ses protestations, prétendre que l'avortement peut causer l'infertilité, pour la convaincre d'accepter la pose d'un implant contraceptif, affirmer que l'entretien préalable avec une psychologue est obligatoire quand la loi ne l'exige plus depuis 2001 ? Elles ont appris, au cours de leurs études, à être médecin. C'est-à-dire non pas seulement à ausculter et à opérer, mais aussi à occuper une position de pouvoir. C'est devenu l'ambition principale de cette thèse : à partir d'une sociologie détaillée des professionnel·les de l'avortement et des modalités de prise en charge, fonder empiriquement l'analyse du pouvoir médical – ses formes concrètes, ses transmissions, ses contestations, ses transformations et ses mécanismes de légitimation –, en l'inscrivant dans ce que je définirai comme un rapport de domination médicale.

Dans cette introduction, je reviendrai d'abord sur la genèse de l'enquête et le processus de construction de l'objet de recherche (I.). Puis j'exposerai le contexte politique et scientifique dans lesquels s'inscrivent l'objet empirique – le *travail d'avortement* – et le cadre théorique de l'analyse, celui d'une sociologie structurale du travail médical (II.). J'explicitai ensuite la principale proposition conceptuelle de la thèse : l'existence d'un rapport spécifique de domination médicale (III.). Je présenterai enfin le dispositif d'enquête (IV.), le déroulement de la thèse (V.) et certains choix terminologiques effectués (VI.).

I. Voir le pouvoir : de la claque ethnographique à la construction de l'objet

La rupture épistémologique résultant de l'expérience personnelle, en tant que témoin, de scènes d'imposition ou de refus d'actes médicaux, n'a été que l'une des étapes de la construction de l'objet, c'est-à-dire de l'élaboration du regard porté dans cette thèse sur le travail médical et l'avortement. J'en retrace ici plus en détail le processus, d'une interrogation

initiale assez naïve et tributaire du sens commun sur l'opposition médicale à l'avortement, à la mise en problème du pouvoir médical.

A. Genèse de la recherche : des médecins faussement « anti-IVG »

Début 2020, avant que je ne mette le pied à l'hôpital dans le cadre d'une enquête de sociologie, je cherchais activement un sujet de mémoire de recherche pour être accepté en Master 2 de sciences sociales. J'entends une émission documentaire radiophonique en quatre épisodes intitulée « Avortement, le pouvoir du médecin » dont le second volet, « La clause de conscience », donne la parole à Marie-Laure Brival, directrice médicale de la maternité des Lilas¹. Elle alerte sur le fait qu'un·e médecin sur deux refuserait absolument de pratiquer des avortements. La rédaction de l'émission s'en émeut et s'interroge : « Qui est cette nouvelle génération de médecins pour qui l'avortement pose un cas de conscience ? » Sans y répondre, le documentaire donne l'image d'une profession réticente à mettre en œuvre le droit à l'IVG. Il commente la déclaration de Bertrand de Rochambeau, ancien président du Syndicat des gynécologues et obstétriciens de France (SYNGOF) – « Nous ne sommes pas là pour retirer des vies »² –, et décrit la situation de l'Italie, où l'obstruction des médecins à l'accès à l'avortement est un phénomène massif et attesté³.

La nouvelle génération de médecins français·es serait donc plus « anti-IVG » que les précédentes alors même que le soutien au droit n'a cessé de progresser en population générale pour être aujourd'hui ultra-majoritaire ? Éclairer ce constat étonnant m'a semblé un projet de recherche intéressant, et j'ai donc entamé un mémoire visant à quantifier et à comprendre l'usage de la « clause de conscience » des gynécologues, dans la France contemporaine.

Le choix d'étudier l'avortement s'est donc fait sans évidence ni mouvement de passion pour « mon » objet. Bien entendu, ça n'est pas un hasard pour autant. J'étais particulièrement disposé à y trouver un intérêt, et il a d'ailleurs bien fallu que je veuille d'abord écouter l'émission en question. Sans doute est-il utile de revenir brièvement sur certains éléments de ma socialisation générationnelle, politique et de genre, qui ont participé à façonner mon rapport au sujet. Né en 1995, j'appartiens à une génération qui n'a pas connu les grandes luttes de l'avortement et à qui on ne les raconte plus que rarement. J'ai grandi dans un contexte familial et politique où l'avortement semble un acquis de toujours, une évidence que personne ne défend ni ne critique. En tant qu'homme cisgenre, j'ai bénéficié, à mon entrée

¹ *La Série documentaire*, émission du 10 mars 2020.

² Au micro de *Quotidien*, émission du 11 septembre 2018.

³ Rapport officiel relatif à la mise en œuvre de la loi n° 194/1978 présenté par le ministère de la Santé au Parlement, 2011, chiffres cités dans la décision du Comité européen des droits sociaux, IPPF EN c. Italie, §83

dans la sexualité hétérosexuelle, du privilège de l'inconscience (et, cela va avec, de l'inconscience du privilège), pouvant considérer l'avortement non pas comme une éventualité (ni comme une expérience) mais comme un symbole, un élément parmi d'autres dans ma culture politique qui se construisait alors. Lors des études supérieures, la découverte conjointe des sciences sociales, des études de genre et du syndicalisme étudiant ainsi que la participation active aux mobilisations sociales, ont été des instances fortes de socialisation politique et féministe, tandis que la couverture médiatique des régressions du droit à l'avortement dans d'autres pays, le séisme de #MeToo, de la dénonciation des violences de genre, et sa réplique tardive dans le domaine de la prise en charge gynécologique et obstétricale, ainsi que les témoignages d'amies ayant avorté m'ont amené à voir l'avortement non plus comme un droit abstrait et sûr, mais comme une réalité tangible, un acquis fragile et inachevé. En commençant cette recherche, je suis donc tout à fait enclin à accepter l'image critique de la profession médicale donnée par le documentaire radio et Marie-Laure Brival. Si la question du rapport du chercheur ou de la chercheuse à son objet est parfois posée dans des termes laissant entendre que celui-ci est figé, prédéfini par le rapport entre sa « libido politique » (Siméant, 2002) et son terrain, je montrerai comment il a été évolutif, recomposé par les aléas de la recherche, propos et actions des enquêté·es, évolutions de mes idées et analyses, réactions émotionnelles.

Disons-le tout de suite : en France, les médecins ne sont, non seulement, pas très « anti-IVG » mais ils et elles le sont moins que jamais. L'exercice de la « clause de conscience » est très marginal parmi les gynécologues. Au fond, comme on le verra dans les premiers chapitres de cette thèse, mon sujet de mémoire « n'existe pas » : les médecins rencontrés de tous bords affirment leur soutien à la loi Veil et critiquent âprement les quelques « réac' » qui y exprimeraient ouvertement leur opposition, comme Bertrand de Rochambeau, « le connard du syndicat »⁴. Pourtant le constat d'un rôle des médecins dans l'application partielle de la loi et la limitation de l'accès à l'IVG est bien attestée par des rapports successifs⁵, les travaux de sociologie montrent le rôle des professionnel·les dans la stigmatisation de l'avortement (Divay, 2004 ; Mathieu et Ruault, 2014 ; Thizy, 2023), et la multiplication des témoignages publics attestent l'existence de violences abortives⁶. Le

⁴ Ainsi que l'appelle une médecin enquêtée.

⁵ *Rapport d'information sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse*, Délégation parlementaire aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, 16 septembre 2020. *Accès à l'avortement : D'importants progrès réalisés, un accès réel qui peut encore être conforté*, Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 17 janvier 2017. *Rapport relatif à l'accès à l'IVG*, Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 7 novembre 2013, *Parcours de santé et interruption volontaire de grossesse*, ARS Île de France, 1^{er} juillet 2012.

⁶ Par exemple, les récits récoltés par la journaliste Marine Périn, <https://temoignagesmarinet.wixsite.com/recitsdavortements>, ou l'émission « Entrave à l'IVG », du 17 octobre

questionnement prend alors une autre ampleur, aussi bien empirique que théorique. Il ne porte plus sur les refus frontaux de médecins « anti-IVG » utilisant la « clause de conscience » : ceux-ci sont peu nombreux et expliquent mal les barrières qui subsistent dans l'accès à l'avortement. Il suppose plutôt de s'intéresser au rapport plus général des médecins à l'avortement, considérant aussi bien les réticences – formant un continuum, recomposé au cours des cinquante dernières années – que la participation, y compris active et enthousiaste, à la prise en charge. Autrement dit, la question n'est plus de savoir pourquoi les médecins seraient contre le droit à l'avortement, mais plutôt pourquoi et comment, en y étant relativement favorables, ils et elles n'en font pas, en font peu, les font mal – sans respecter la loi ou les recommandations des autorités de santé publique. Cela implique d'aller observer les pratiques médicales concrètes. Alors que mon mémoire sur les oppositions médicales à l'avortement reposait sur une série d'entretiens, l'enquête doctorale qui se préfigure est centrée sur une ethnographie comparative du travail en centre d'IVG et services de gynécologie.

B. Faire du pouvoir médical un problème scientifique

Ce que je n'appelais pas encore la *domination médicale* a été une surprise de l'ethnographie (ou du moins l'ampleur de cette domination), rendant certains moments du travail de terrain particulièrement pénibles. La question du pouvoir (médical) était absente de mon projet de thèse initial, centré sur une sociologie du travail et des professions de la prise en charge de l'avortement. Il ne s'agit donc pas d'un cadre conceptuel préalable, mais bien d'un résultat de l'enquête, le pouvoir ayant vite saturé les données d'observation. Il ne s'agit pas pour autant, en disant cela, de prétendre que le pouvoir médical a une réalité autonome, objective et pré-construite qui se serait imposée à moi. Si le pouvoir médical a une existence empirique (on peut en faire l'expérience sans jamais avoir été confronté à son concept ou à sa théorie), ce sont bien mes dispositions à le voir, mes lectures préalables et les discussions avec mes directrices de thèse qui ont façonné ma manière de le percevoir, et y compris d'en être, dans une certaine mesure, surpris. Toute ethnographie est bien guidée par une théorie même lorsque celle-ci ne fait pas l'objet d'un programme explicite (Wacquant, 2023 : 164).

À ce stade de l'introduction, je donne comme définition provisoire du pouvoir médical la capacité qu'ont les médecins – et par délégation les professionnel·les subalternes – à infléchir le comportement des patient·es selon leur volonté. La domination médicale désigne quant à elle la légitimation et, dans une certaine mesure, l'invisibilisation, de ce pouvoir par

l'intériorisation de positions de dominant·es ou de dominé·es conduisant à l'exercer ou à y obéir.

Parmi les principales manifestations du pouvoir médical, dont certaines ont été rendues visibles dans l'exergue de cette introduction, on peut citer : l'intense travail de normalisation des comportements, les manœuvres dilatoires retardant l'accès aux soins, l'usage d'un pouvoir discrétionnaire (frôlant parfois l'illégalisme) permettant de refuser des demandes d'avortement faites avant le délai légal ou d'en accepter au-delà, l'influence des préférences des médecins et de leur volonté de contrôler leurs conditions de travail sur le choix de la méthode, la prise en charge discriminatoire des femmes racisées et le chantage au soin dans certains cas, les mensonges. En particulier, un constat relativement précoce de l'enquête m'a servi d'indice : l'existence d'importantes variations des modalités d'avortement. L'assouplissement légal du dispositif d'encadrement de l'avortement au cours des cinquante dernières années a pourtant officiellement restreint la marge de manœuvre laissée aux professionnel·les. La dimension diagnostique et pronostique est minimale dans l'IVG – restreinte à la vérification qu'il y a bien une grossesse et que celle-ci se trouve dans l'utérus – et le travail médical y est encadré par des recommandations des autorités de santé et les dispositions juridiques. Les femmes qui demandent l'IVG sont théoriquement libres des modalités de la prise en charge, et les médecins ou sages-femmes ne peuvent que refuser à titre personnel de pratiquer l'IVG en utilisant la « clause de conscience » et en orientant l'avortante vers un·e autre professionnel·le qui la réalisera. De manière non spécifique à l'avortement, des normes déontologiques officielles de respect de l'autonomie et du consentement des patient·es se développent (Jaunait, 2005), normes auxquelles adhèrent largement les médecins rencontré·es. Pour autant, les femmes n'obtiennent pas du tout le même avortement selon qui elles sont, où elles font leur demande et sur quel·les médecins ou sages-femmes elles ont la chance ou la malchance de tomber.

Je fais donc le constat empirique, simultané, de l'existence du pouvoir médical et de l'énigme que cette existence pose. À la différence des policier·es ou des surveillant·es pénitentiaires dont le pouvoir – celui de restreindre et contrôler des corps – est légitimé par l'État, réglementé et objet d'un enseignement explicite (Montjardet, 1996 ; Jobard, 2001 ; Moreau de Bellaing, 2009), dans l'avortement, c'est bien en dépit d'un rôle officiel proche de celui de prestataires de service, et à l'encontre des dispositions légales qui établissent la liberté des avortantes dans l'accès à l'IVG et le choix de certaines de ses modalités, que les médecins s'imposent à elles.

L'observation du pouvoir, *a fortiori* celle de la violence, interroge d'autant plus quand les médecins revendiquent, en toute sincérité, une pratique bienveillante et, pour certain·es, se

disent militant·es, critiques du pouvoir ou féministes. Olivia, l'interne évoquée en ouverture, prend ainsi ses distances avec la médecine pratiquée par ses aîné·es, qu'elle qualifie de « patriarcale ». Le pouvoir médical s'exerce non seulement sans mandat officiel, mais aussi, parfois, sans conscience de lui-même par les médecins comme par les patient·es. Cela ne pose pas uniquement la question de ses conditions de possibilités (« comment » le pouvoir ?) mais aussi de ses motivations – conscientes ou inconscientes – et des logiques de l'action médicale (« pourquoi » le pouvoir ?).

Retracer la construction d'un objet sociologique amène souvent à styliser sa progression comme plus méthodique qu'elle ne l'a été là où il s'agit en réalité d'un processus relativement touffu d'aller-retours entre terrain et théorie. Cela conduit également à dramatiser les tensions qui constituent l'objet, et à mettre en scène une certaine candeur. Le « problème des écarts » (Olivier de Sardan, 2021 : 153), celui qui sépare les normes officielles des pratiques, ce qui devrait être de ce qui est, n'est plus une surprise pour qui fréquente les sciences sociales depuis quelques années. L'existence du pouvoir médical interroge moins la psyché (au fond, je ne suis pas surpris de « trouver » du pouvoir) que la sociologie (je m'interroge sur ce qui le rend possible). La perspective adoptée dans cette thèse pour y répondre est celle, combinée, d'une sociologie structurale du travail et d'une sociologie de la domination. Il ne s'agit pas d'y faire le procès des médecins et de la médecine, d'en dénoncer le pouvoir ou même les violences, mais bien de comprendre les logiques et les contraintes de l'action professionnelle qui les rendent possibles, banales, comprendre les processus par lesquels le pouvoir médical est légitimé – y compris aux yeux de celles et ceux qui l'exercent – et transmis, ses contestations et ses évolutions. Bref, de considérer le pouvoir médical non comme une évidence, ni comme un objet d'indignation, mais bien comme un problème sociologique, à partir du cas empirique de la prise en charge de l'avortement et en éclairant celui-ci en retour.

II. L'avortement comme travail médical

Jusqu'à maintenant, en France, l'avortement a principalement été étudié sous l'angle des femmes qui y recourent. Dans cette perspective, le « travail abortif » désigne les tâches réalisées et les efforts fournis par les avortantes, et non par les professionnel·les, ce qui présente l'intérêt de visibiliser le travail procréatif des femmes (Mathieu, 2016 : 199 ; Mathieu et Ruault, 2017). Pour éviter autant que possible les confusions, j'utiliserai le terme moins usité de « travail d'avortement » pour désigner celui des professionnel·les.

Qu'est-ce que cela implique d'étudier l'avortement comme un travail médical ? Je reviens ici sur le contexte politique et démographique de la recherche, son contexte scientifique et académique, ainsi que sur le cadre théorique mobilisé.

A. Le contexte politique et démographique de l'enquête : l'avortement en France

Pour contextualiser l'enquête menée, il faut retracer les principales évolutions politiques et démographiques de l'avortement, en France, dans ses grandes lignes⁷.

Le nombre d'IVG en France est relativement stable : entre 200 000 et 234 000 par an depuis 30 ans (Vilain, 2023). L'avortement apparaît comme « une donnée structurelle de la vie sexuelle et reproductive des femmes » (Aubin, 2011). 19,4 % des femmes ont recours à l'IVG une fois dans leur vie, 9,5 % deux fois, et 4,1 % trois fois ou plus (Mazuy *et al.*, 2015). Les femmes de tous milieux sociaux avortent, quoiqu'avec des disparités selon le revenu – les femmes aux revenus les plus faibles ont davantage recours à l'IVG (Vilain *et al.*, 2020) – et le territoire – par exemple, le taux d'IVG en Provence-Alpes-Côte d'Azur est le double de celui des Pays de la Loire – (Chaput *et al.*, 2022).

Où et comment réalise-t-on des IVG aujourd'hui ? L'IVG peut être faite par voie médicamenteuse jusqu'à neuf semaines d'aménorrhée⁸ (SA), soit sept semaines de grossesse en prenant des comprimés de mifépristone et de misoprostol, qui interrompent la grossesse et déclenchent l'expulsion du fœtus. Elle peut être réalisée par voie instrumentale (dite aussi chirurgicale), par aspiration du contenu utérin, sous anesthésie générale ou locale. La part d'IVG médicamenteuse n'a cessé d'augmenter depuis son autorisation, atteignant 78 % en 2022 (Vilain, 2023). Les IVG sont réalisées en majorité dans des établissements de santé, principalement publics (62 %), 34 % en cabinet libéral, 4 % en centres de santé et centres de planification et d'éducation familiale. Au sein des établissements de santé, les IVG peuvent être pratiquées dans trois contextes : dans des centres autonomes⁹ avec un personnel et des locaux dédiés, dans des « unités fonctionnelles » intégrées dans un service de gynécologie-obstétrique ou une maternité, dans le cadre de l'activité de gynécologie-obstétrique (sans personnel dédié).

⁷ Pour plus de détails, on pourra se référer, pour les évolutions politiques, aux travaux de Laurie Marguet (2014) ou de Marie Mathieu (2022), pour les évolutions démographiques, aux rapports successifs publiés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère de la santé ou par l'INED, par exemple, pour les évolutions récentes, Mazuy *et al.* (2014, 2015) ou Breton *et al.* (2021). Pour une synthèse des deux aspects, voir Mathieu et Thizy (2023).

⁸ Arrêt des règles.

⁹ En 2005, il y en avait 66 sur les 455 établissements publics réalisant des IVG (Hatchuel, 2005).

Cette situation est le fruit d'une lente évolution politique. Les cinquante dernières années ont été marquées par une libéralisation progressive et continue de l'encadrement légal de l'avortement, initiée par la loi Veil du 17 janvier 1975. La loi Veil apparaît à bien des égards comme une loi de compromis entre un mouvement social féminin et féministe fort, un corps politique partagé et parfois hostile et un corps médical qui l'est tout autant, comme une tentative pour « concilier l'inconciliable » (Ferrand-Picard, 1982) : des valeurs morales et religieuses du « respect de la vie » (*i.e.* celle du fœtus en gestation), celle de l'autonomie des femmes, l'enjeu sanitaire que représentait la régulation des avortements clandestins, et les préoccupations natalistes autour du déclin démographique (Isambert, 1982). Le texte de la loi, lui-même, est équivoque. Il indique, à l'article 1, que « la loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi. » Reconnaisant à l'embryon une existence quasi-légale d'être humain vivant, la loi fait apparaître l'avortement comme un moindre mal, acceptable en cas de malformation fœtale ou de péril maternel – c'est l'interruption thérapeutique de grossesse (ITG) qui deviendra interruption médicale de grossesse (IMG) – ou, dans le cadre de l'IVG, pour « la femme enceinte que son état place dans une situation de détresse » (article L. 162-1). Il s'agit d'une loi de médicalisation de l'avortement, proscrivant sa pratique en-dehors des établissements de santé. Les femmes voulant avorter doivent par ailleurs respecter un délai d'attente d'une semaine souvent qualifié, de manière éloquente, de délai « de réflexion », et réaliser un entretien psychosocial à visée explicitement dissuasive (Devreux, 1982). Dans ce premier texte, l'IVG ne peut se faire que jusqu'à 12 SA, aux frais des avortantes, et sous réserve d'une autorisation parentale pour les mineures. Elle est interdite aux étrangères non résidentes. Enfin, la publicité pour les établissements réalisant des IVG, ou la « provocation » à l'interruption de grossesse, y compris licite ou non suivie d'effet, est passible d'une peine de prison.

A posteriori, la loi Veil apparaît comme un pied dans la porte parlementaire et la première d'une série de lois libéralisant progressivement l'avortement. En 1979, la loi Veil – qui n'avait été votée que de manière probatoire pour une période de quatre ans – est reconduite de manière définitive, et il devient obligatoire pour tout établissement hospitalier doté d'un service de gynécologie de prendre en charge l'IVG. En 1982, la loi Roudy autorise le remboursement de l'IVG par l'Assurance maladie (à 70 %). En 1988, la mifépristone (la pilule abortive)¹⁰ est autorisée à la vente. En 1993, l'entrave à l'IVG devient un délit. En 2001, le délai maximum légal de recours à l'IVG est porté de 12 à 14 SA, l'entretien préalable

¹⁰ Aussi connue sous son premier nom commercial de RU 486 ou « RU », pour Roussel-Uclaf, le laboratoire qui a produit et breveté la molécule.

n'est plus obligatoire pour les majeures, une durée minimale de séjour n'est plus requise pour les femmes étrangères. En 2004, l'IVG par méthode médicamenteuse est autorisée en cabinet de ville jusqu'à 7 SA. En 2009, l'IVG par méthode médicamenteuse est autorisée en centres de santé et centres de planification et d'éducation familiale. En 2014, la notion de « détresse » devant justifier l'avortement – dont, certes, seule la femme était juge – est supprimée. En 2016, le délai d'attente obligatoire d'une semaine est aboli, l'IVG et tous les actes nécessaires sont intégralement remboursés, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer des IVG par méthode médicamenteuse en cabinet et en établissement de santé, les IVG par méthode instrumentale peuvent être réalisées hors hôpital, en centres de santé. En 2017, le délai d'entrave à l'IVG est étendu à la désinformation numérique. En 2022, le délai maximum légal de recours à l'IVG est porté de 14 à 16 SA et les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les IVG par méthode instrumentale.

La comparaison internationale s'avère informative. L'actualité récente a été marquée par la couverture médiatique donnée à la révocation par la Cour suprême étasunienne, le 24 juin 2022, du célèbre arrêt *Roe v. Wade*, qui autorisait l'avortement au niveau fédéral depuis 1973. De nombreux États ont depuis légiféré afin d'y restreindre drastiquement l'accès (Harris, 2022 ; Bennett *et al.*, 2023). Mais les remises en question de ce droit au cours des dernières années ne se limitent pas aux États-Unis, allant parfois jusqu'à la (re)criminalisation de l'avortement, comme au Nicaragua (Herrera *et al.*, 2020), en Espagne (Sanz-Gavillon, 2018), au Brésil (Marques et Ugino, 2015) et en Pologne (Broniarczyk et Fuszara, 2018). Si ces reculs sont préoccupants – et dramatiques pour les femmes qui résident dans ces pays –, à l'échelle mondiale, le droit à l'avortement progresse. Au cours des 25 dernières années, plus de 50 pays ont modifié leurs lois dans un sens qui facilite l'accès à l'avortement – à l'instar de l'Irlande en 2018 (Sebbane, 2018 ; Chaput, 2020), de l'Argentine en 2020 (Montoya, 2019 ; Lacombe, 2020), de la Colombie en 2022 – et 77 autorisent l'avortement au choix de la femme sans autre critère que le terme de la grossesse (qui est cependant une limitation importante) en janvier 2024¹¹. En France, on l'a vu, la loi entourant l'accès à l'avortement a évolué dans le sens d'une libéralisation au cours des cinquante dernières années. Les discours explicites d'opposition au droit à l'avortement se cantonnent à des zones plus restreintes de l'espace social. Au cours des 20 dernières années, le Front/Rassemblement National a même remis ses revendications impopulaires d'abrogation de la loi Veil et ses positions stigmatisant « l'avortement de confort » (tout en supprimant plus discrètement les financements du Planning Familial dans les collectivités locales qu'il dirige). Depuis le 4

¹¹ D'après l'ONG américaine Center for Reproductive Rights (CRR). <https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2024/03/WALM-Poster-3-1-2024.pdf>.

mars 2024, la France est le premier État à inscrire dans sa constitution « la liberté garantie de la femme de recourir au droit à l'interruption volontaire de grossesse », à la suite d'un vote très consensuel à l'Assemblée (493 voix pour sur 523 suffrages exprimés). Pour autant la loi française a d'importantes limites. La juriste Laurie Marguet montre que l'avortement est davantage une possibilité, une liberté aménagée par le cadre juridique, qu'un droit positif garanti (2014) et que la constitutionnalisation a des effets protecteurs très ambigus (2024) – n'en déplaise au ministre de la Justice qui, lors des débats, se déclare « fier [...] quand l'universalisme de la France des Lumières éclaire le monde entier »¹². Marie Mathieu (2016, 2022) analyse ce cadre juridique comme participant des restrictions posées à l'autonomie procréative des femmes. Dans le dispositif légal actuel, il reste en effet trois éléments – non des moindres – des compromis de 1975 : le monopole médical de la pratique de l'avortement (en cours d'ouverture aux sages-femmes), le rappel de la possibilité laissée aux médecins de ne pas réaliser d'avortement (la « clause de conscience »), ainsi que l'existence d'un délai maximum légal. D'autres pays ont un délai légal bien plus favorable aux femmes : 18 SA en Suède (et, bientôt, au Danemark), 24 SA en Islande et en Espagne¹³, 26 SA aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Colombie. Selon le Planning Familial, entre 3000 et 6000 femmes françaises se rendent chaque année à l'étranger pour avorter, ce qui suppose des contraintes matérielles et un travail émotionnel supplémentaire (Mathieu et Avarguez, 2023).

Mon enquête débute dans le contexte des débats qui entourent le « projet de loi Gaillot » – du nom de la députée qui le dépose à l'Assemblée à la fin de l'été 2020 – proposant d'allonger de deux semaines le délai légal d'IVG et de permettre aux sages-femmes la pratique des IVG instrumentales, de son vote le 2 mars 2022 et de sa mise en application. Ce contexte est particulièrement propice à l'explicitation des positions médicales puisque toutes les professionnel·les de la gynécologie rencontré·es connaissaient le projet de loi, que la plupart ont une position tranchée en la matière (la majorité, contre ; les médecins qui se spécialisent dans l'avortement, principalement pour), et que les principales organisations représentatives et savantes de la profession ont publié des communiqués afin de s'y opposer : l'Académie de médecine, le Conseil de l'Ordre des médecins, le Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF) et le syndicat des gynécologues et obstétriciens de France (SYNGOF). Je ferai référence à ces débats à plusieurs reprises dans la

¹² Éric Dupond-Moretti, discussions en commission des lois, 16 janvier 2024. Pour une autre analyse critique des limites de la constitutionnalisation de la « liberté » de recourir à l'avortement, voir la tribune de Nathalie Bajos, Camille Froidevaux-Metterie et Stéphanie Hennette-Vauchez, publiée le 14 février 2023 dans *Le Monde* : « Le droit à l'IVG dans la Constitution, une “arnaque à la liberté” ».

¹³ Officiellement l'interruption à la demande de la femme n'est autorisée que jusqu'à 16 SA. Mais l'interruption en cas de risque psychique pour la mère est autorisée jusqu'à 24 SA et ses critères d'obtention sont plus souples qu'en France.

thèse, notamment à l'enjeu de l'allongement du délai légal de l'IVG de 14 à 16 SA qui cristallise particulièrement les tensions.

En France, aujourd'hui, les femmes enceintes sont – en principe – seules décisionnaires de la poursuite ou de l'interruption d'une grossesse jusqu'à 16 SA (14 SA pendant une large partie de l'enquête). Au-delà, l'interruption reste théoriquement possible sans limite de terme mais est soumise à une autorisation médicale. Il s'agit de l'IMG, autorisée par la loi de 1975 complétée par celle du 4 juillet 2001 en cas de malformation fœtale ou de la mise en péril de la santé de la femme enceinte¹⁴. Un amendement au projet de loi de bioéthique, voté le 1^{er} août 2020, a rendu explicite le fait que le danger puisse « résulter d'une détresse psychosociale », sans en donner de définition¹⁵. Les femmes qui souhaitent interrompre leur grossesse au-delà du seuil légal de recours à l'interruption volontaire de grossesse peuvent donc faire une demande d'« IMG pour détresse psychosociale » (ainsi que la désignent les médecins). Cette procédure complexe leur impose d'objectiver et de défendre les raisons de l'impossibilité de la poursuite de la grossesse lors de consultations obligatoires avec un·e gynécologue-obstétricien·ne, un·e psychologue, un·e assistant·e social·e et souvent un·e psychiatre (qu'on juge généralement être le « praticien spécialiste de l'affection dont la femme est atteinte » dont la loi requiert la participation), et peut durer plusieurs semaines. Définissant elles et eux-mêmes, localement et au cas par cas, les critères d'application de la loi, ces professionnel·les se rencontrent en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et statuent sur l'issue à donner à la demande. En 2019, l'Agence de la biomédecine dénombrait 104 interruptions de grossesse que l'on peut considérer comme relevant de la détresse psychosociale¹⁶.

Le système de l'interruption de grossesse en France est donc dual. Avant 16 SA, le principe est celui de l'universalité et de la décision des femmes enceintes. Au-delà, ce sont le cas par cas et la décision des médecins qui prévalent – quoique, en ce qui concerne les

¹⁴ Ainsi l'article L. 2213-1 du Code de la santé publique stipule : « Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme comprend au moins quatre personnes qui sont un médecin qualifié en gynécologie-obstétrique, membre d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, un praticien spécialiste de l'affection dont la femme est atteinte, un médecin ou une sage-femme choisi par la femme et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue. Le médecin qualifié en gynécologie-obstétrique et le médecin qualifié dans le traitement de l'affection dont la femme est atteinte doivent exercer leur activité dans un établissement de santé »

¹⁵ La loi, elle, n'a finalement pas été votée mais l'adoption de l'amendement n'en a pas moins amené certaines maternités à développer des parcours d'IMG spécifiques.

¹⁶ <https://rams.agence-biomedecine.fr/attestations-de-particulieres-gravite-delivrees-pour-motif-maternel-0> (consulté le 12 juillet 2022). J'ai considéré comme relevant de l'IMG pour détresse psychosociale les interruptions pour motif de « détresse psychologique sans anomalie fœtale », « pathologies psychiatriques préconceptionnelles », « pathologies psychiatriques découvertes en cours de grossesse » et « autres indications maternelles ». La thèse en cours en démographie de Justine Chaput portant sur l'avortement hors délai légal d'IVG, nous permettra bientôt d'en connaître le chiffre précis.

demandes liées à des malformations fœtales, des normes un peu plus institutionnalisées déterminent les pathologies qui justifient ou non l'interruption et encadrent de manière plus resserrée les jugements médicaux.

Les limitations à l'accès à l'avortement peuvent donc être abordées en juriste, par le prisme du droit. S'y intéresser en sociologue ouvre d'autres perspectives : celles de l'application de la loi. Cela suppose d'étudier les pratiques concrètes de travail de professionnel·les qui en limitent l'accès, y compris quand ils et elles sont favorables au droit à l'avortement, pour des raisons qui restent à explorer. Autrement dit, il s'agit d'analyser non plus seulement le pouvoir de la loi mais aussi celui des médecins.

B. Les apports et les limites de la littérature sociologique sur la prise en charge de l'avortement

Bien que l'avortement soit loin d'être un objet surinvesti par la sociologie française, cette thèse s'inscrit dans la continuité de et en discussion avec plusieurs séries de travaux. Sans chercher à présenter en amont de l'argumentation toutes les références mobilisées dans la thèse ou lues dans le cadre de son écriture, il s'agit plutôt ici d'explicitier le contexte scientifique et universitaire dans lequel ma recherche a eu lieu¹⁷.

En 1982, un numéro de la *Revue française de sociologie* consacré à « La libéralisation de l'avortement » paraît. Ce numéro pose les jalons, en France, d'une sociologie de l'avortement centrée sur l'analyse du dispositif médico-légal de contrôle social des avortantes instauré par la loi Veil. Il est prolongé quelques années plus tard par l'article de Michèle Ferrand, « Les médecins face à l'avortement » (1988) analysant les réticences des médecins envers la médicalisation de l'avortement et la place du corps médical dans le dispositif gouvernemental de contrôle de l'accès à l'IVG.

Il faut ensuite attendre la fin des années 1990 pour qu'une équipe multidisciplinaire regroupée autour de Nathalie Bajos et de Michèle Ferrand poursuive l'étude empirique de l'avortement. Les recherches qu'elles mènent, combinant enquête par entretiens et par questionnaires, façonnent de manière durable tout un pan des recherches sociologiques portant sur la régulation des naissances, d'une part, en centrant l'analyse sur les profanes plutôt que sur les professionnelles (leur sociologie de l'avortement est une sociologie des avortantes), d'autre part, en inscrivant l'avortement dans un continuum contraceptif (Bajos et

¹⁷ Je ne réaliserai pas une synthèse *a priori* des publications profuses de démographie et de statistique publique, que je mobiliserai plutôt dans le cours de la démonstration quand le besoin s'en fera sentir. Je me permets de renvoyer à la revue bibliographique très complète réalisée à ce sujet par Laurine Thizy dans l'introduction de sa thèse (2023b, p. 23-27).

Ferrand, 2002 ; Moreau *et al.*, 2003 ; Bajos et Ferrand, 2004, 2006b, 2006c, 2011 ; Moreau *et al.*, 2011) Entre autres résultats, elles montrent que la plupart des grossesses non désirées surviennent malgré l'utilisation d'une contraception, elles expliquent le « paradoxe contraceptif »¹⁸, elles visibilisent le système normatif dans lequel est enserré l'avortement et qui régit plus largement les comportements sanitaires et sexuels, en particulier des femmes, identifiant notamment la « norme procréative » – *i.e.* le fait qu'il existe des conditions (un couple, du bon âge, économiquement stable, avec un projet d'enfant) dans lesquelles la survenue et la poursuite d'une grossesse sont bonnes, et en dehors desquelles elles ne le sont pas (Bajos et Ferrand, 2006c).

Ces perspectives sont approfondies par une série de recherches doctorales de chercheurs et, surtout, de chercheuses en sociologie, en démographie et en histoire, qui interrogent le « modèle contraceptif français » reposant sur des taux d'utilisation de la pilule exceptionnellement hauts à l'échelle mondiale (Le Guen *et al.*, 2017), analysent sa mise en place (Sanseigne, 2019 ; Roux, 2020), sa contestation récente (Rouzaud-Cornabas, 2019), ses traductions dans les pratiques de soin (Fonquerne, 2021), montrent l'inégale répartition au sein du couple du « travail contraceptif », qui incombe principalement aux femmes (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017 ; Thomé, 2019) ou qui analysent le déploiement de la norme contraceptive dans d'autres contextes nationaux (Claro, 2018, 2022). Elles inspirent l'élaboration de concepts connexes tels que celui de « norme gynécologique » et de « modèle gynécologique français » proposés par Aurore Koechlin (2022b). Dans le prolongement des travaux d'ethnographie de la consultation de gynécologie (Guyard, 2002, 2010a, 2010b ; Ruault, 2015), elle montre ainsi comment, dans ce modèle dominant, l'entrée dans l'hétérosexualité s'accompagne pour les femmes d'une entrée dans la « carrière gynécologique », c'est-à-dire, indissociablement, dans la contraception médicalisée et le suivi gynécologique régulier que suppose sa prescription.

Des travaux prennent plus spécifiquement pour objet le rapport des professionnel·les de santé au travail d'avortement. Il s'agit, avant tout, d'une littérature étrangère, anglophone en particulier. Des ethnographies de cliniques d'avortement étatsuniennes avant (Ball, 1967) ou après *Roe v. Wade* (Joffe, 1986 ; Simonds, 1996) analysent le « travail féministe » (Romerio, 2022) des « travailleuses de première ligne » (*front-line workers*) qui s'y dédient. Wendy Simonds observe ainsi l'activité des professionnelles de santé dans une « clinique féministe » à la fin des années 1980. Tout en attestant des difficultés émotionnelles

¹⁸ Elles désignent ainsi le maintien du nombre d'avortements d'année en année malgré la diffusion de la contraception, et l'expliquent par la hausse de la propension à avorter en cas de grossesse non prévue qui compense la baisse de leur nombre.

qu'expriment certaines professionnelles face à la réalisation du geste abortif (en particulier pour des grossesses du deuxième trimestre), elle montre comment « l'idéologie féministe » façonne des pratiques de prise en charge qui diffèrent radicalement de celles qui ont cours dans des cliniques « conventionnelles ». En particulier, les avortantes n'y sont pas questionnées sur leur décision et leurs doutes éventuels, ni incitées à adopter une contraception. Des enquêtes par entretiens détaillent également les difficultés professionnelles et institutionnelles qui se posent aux médecins souhaitant réaliser des avortements. Silvia de Zordo (2015, 2016, 2018) montre ainsi que le refus des gynécologues italien·nes et espagnol·es de pratiquer des avortements, quoiqu'il se fasse par le truchement du recours individuel à la « clause de conscience » et mobilise les représentations morales que se font les médecins de l'avortement et du fœtus, est aussi lié à la crainte – voire à l'expérience – de la discrimination professionnelle des médecins pratiquant l'avortement. Les recherches menées dans le contexte étatsunien apportent un autre élément explicatif au manque de médecins réalisant les avortements. Carol Joffe et Lori Freedman, en s'intéressant aux « *doctors of conscience* » (Joffe, 1996) qui, malgré les risques pour leur vie, leur carrière et leur réputation, pratiquent des avortements à la veille et au lendemain de *Roe v. Wade* pour la première, à l'époque contemporaine pour la seconde, découvrent que la décision ne dépend pas seulement des convictions politiques des médecins, de la stigmatisation des « avorteurs » et « avorteuses » (*abortionists*) ni de la violence – meurtrière – du militantisme anti-avortement, mais surtout de l'organisation de la communauté médicale. L'avortement se pratique dans des lieux dédiés, dont l'isolement conduit les médecins à renoncer à la pratique de la médecine classique (*mainstream medicine*). Si les médecins qu'interroge Lori Freedman (2010), bien que très favorables au droit à l'avortement et formé·es à sa pratique, n'en font plus une fois leurs études terminées, c'est avant tout afin de pouvoir continuer à pratiquer la gynécologie-obstétrique (Freedman *et al.*, 2010). Le problème n'est donc pas que les médecins ne souhaitent pas pratiquer des avortements mais qu'ils et elles ne le peuvent pas – ils et elles sont « *willing but unable* » (volontaires mais empêché·es), pour reprendre le titre de l'ouvrage de Freedman. Une étude de la pratique – ou du refus de la pratique – de l'avortement en France devra donc prêter attention non seulement aux représentations morales des médecins mais aussi aux enjeux professionnels et organisationnels que cela recouvre. Il faut se garder toutefois d'importer mécaniquement l'analyse de la situation étatsunienne à la France : comme on le verra, la pratique professionnelle de l'avortement en France est moins distincte de celle de la gynécologie-obstétrique, elle n'est plus stigmatisée et peut même être un moyen d'une relative promotion professionnelle pour une partie de celles et ceux qui la

prennent en charge. Comme les choix de prescription contraceptive, la pratique médicale de l'avortement est largement tributaire du contexte national dans lequel elle s'inscrit¹⁹.

La sociologie des professionnel·les qui prennent en charge l'avortement en France reste, elle, peu explorée à ce jour à quelques exceptions notables. Ce sont, d'abord, des travaux de sociohistoire éclairant la pratique de l'avortement avant et autour de sa dépénalisation (Garcia, 2005, 2011 ; Gaudillière, 2006 ; Pavard, 2012b ; Cahen, 2016 ; Gelly et Pavard, 2016). Dans sa thèse de doctorat, Lucile Ruault a étudié les pratiques militantes, et en particulier profanes, de l'avortement dans le Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception (MLAC) jusqu'à quelques années après la loi Veil. Elle montre que la médicalisation de l'avortement a constitué une forme de « confiscation » (Ruault, 2017a : 463) de la pratique par les médecins. Son enquête, que je mobiliserai abondamment, sert de borne chronologique à la mienne puisque la période sur laquelle porte mes données commence quand la sienne s'achève.

Les recherches qui portent sur la prise en charge contemporaine de l'avortement l'analysent principalement sous deux angles, souvent explicitement reliés. D'une part, sous l'angle du rapport de genre, en étudiant, dans l'organisation légale et médicale de l'avortement, sa dimension de contrôle du corps des femmes en tant que femmes (Mathieu, 2016 ; Thizy, 2023). D'autre part, sous l'angle la stigmatisation dont son recours fait l'objet dans le monde médical (Divay, 2004 ; Mathieu et Ruault, 2014) comme en dehors (Thizy, 2023)²⁰. Dans la veine d'Howard Becker et d'Erving Goffman, il s'agit pour ces autrices d'analyser la sanction consécutive à l'écart à la norme que représente le recours à l'IVG, l'étiquetage des avortantes donnant lieu à des jugements de valeur dépréciatifs. Elles montrent ainsi que la régulation normative de l'avortement perdure aujourd'hui malgré l'allègement progressif du dispositif contraignant légal. En s'appuyant avant tout sur des entretiens réalisés auprès d'avortées, Laurine Thizy montre ainsi que les représentations stigmatisantes dont celles-ci font l'objet traversent les différentes sphères du monde social (la famille, l'école, le

¹⁹ Je ne détaille pas l'abondante littérature internationale existant en sociologie, en éthique médicale ou en santé publique qui explore les barrières légales, institutionnelles ou médicales – les réticences des médecins – à l'accès à l'avortement, dans différents pays. Elle montre, par exemple, les effets négatifs de l'usage de la « clause de conscience » par les médecins (Chavkin *et al.*, 2013 ; Fiala et Arthur, 2014, 2017), ceux, positifs, de son abolition (Fiala *et al.*, 2016), les conséquences sociales ou sanitaires des restrictions légales de l'accès – en lien avec l'existence d'un seuil légal limite (De Zordo *et al.*, 2020) – ou évalue à l'inverse l'effet de réformes élargissant les conditions d'accès ou les catégories de professionnel·les autorisé·es à pratiquer les avortements (Freedman *et al.*, 2015 ; Battistelli *et al.*, 2018), etc. Certaines de ces nombreuses études servent (volontairement ou non) un but politique et peuvent s'avérer précieuses pour alimenter les débats autour d'une mesure spécifique discutée ou contestée. Elles ne proposent cependant pas un cadre théorique susceptible d'être réemployé, je les mobiliserai peu dans cette thèse.

²⁰ Ces autrices s'inscrivent ici dans la continuité d'une vaste littérature anglophone autour du « stigmate de l'avortement » dont la discussion est l'objet de la thèse de Laurine Thizy. Voir par exemple Kumar *et al.*, 2009 ; Norris *et al.*, 2011 ; Cockrill et Hessini, 2014 ; Hanschmidt *et al.*, 2016 ; Millar, 2020.

couple, le cabinet médical). Si les avortantes intériorisent et reconduisent parfois ces représentations, elles ont toutefois des ressources pour y échapper : le « travail d'invisibilisation » visant à cacher le recours à l'avortement à son entourage (Thizy, 2021), le travail émotionnel permettant d'atténuer l'auto-stigmatisation, la dénonciation de l'asymétrie des rapports de genre et la publicisation du recours à l'avortement dans un but de contestation du stigmat. Marie Mathieu et Lucile Ruault quant à elles analysent la « police des femmes » que constitue l'encadrement médical de l'avortement et montrent que les jugements portés sur les avortantes varient selon une « échelle de déviance » où elles se situent, certaines demandes d'avortement étant « sur-stigmatisées » (Mathieu et Ruault, 2014 : 55).

Ces travaux, comme beaucoup des recherches contemporaines portant sur l'encadrement médical de la santé sexuelle et reproductive, se rapprochent de manière plus ou moins explicite du cadre théorique de la biopolitique foucauldienne et de son interprétation par Didier Fassin et Dominique Memmi. Le « biopouvoir », concept introduit par Foucault dans le premier tome de l'*Histoire de la sexualité* (1976) et développé dans les cours au Collège de France (2004) est une forme de gouvernementalité. À la différence de la forme antérieure, celle du pouvoir souverain et juridique sur les sujets – celui de Louis XV sur Damiers, dont le supplice est raconté dans l'introduction de *Surveiller et punir* (1975) – il ne s'agit plus de donner la mort mais de contrôler la vie, via l'hygiène, la médecine, la génétique, l'habitat, les politiques familiales, etc., d'agir sur la taille et la qualité des populations, en vue du bénéfice collectif, celui de la nation. Le pouvoir ne repose plus uniquement sur la répression et la contrainte, mais aussi sur l'incitation, les affects positifs, les technologies biomédicales. Il est, en partie, délégué aux médecins que l'État institue comme un rouage du processus de civilisation (Elias, 1975). Leur rôle n'est pas seulement de guérir mais de « gouverner les corps » (Fassin et Memmi, 2004), d'inculquer, par la parole (Memmi, 2003b), à l'échelle des individus, une forme de responsabilité morale et sanitaire, d'autocontrôle et de réflexivité favorisant la normalisation des comportements, en particulier en matière de sexualité et de reproduction (Memmi, 2011, 2014). Le développement du biopouvoir se traduit par la médicalisation des problèmes sociaux (Zola, 1972 ; Conrad et Schneider, 1980 ; Conrad, 1992, 2005 ; Fassin, 1998) et par le développement d'un « espace politique de la santé » régi par la médecine et la santé publique (Fassin, 1996).

Cette perspective n'épuise pas, cependant, l'analyse du travail médical. Dans leur ensemble, ces recherches, fécondes, qui considèrent avant tout l'avortement sous l'angle de son contrôle social et la médecine sous celui d'une disciplinarisation, tendent à saisir les médecins – voire les professionnel·les de santé – comme un ensemble relativement homogène et à prêter assez peu attention à leurs logiques d'action. Alexandre Jaunait le soulignait

comme une limite de l'approche foucauldienne de la normalisation, traitée comme une « boîte noire » :

« Foucault analyse systématiquement la médecine dans le cadre du développement des politiques de santé, s'économisant par là même de rendre compte de la manière dont les acteurs médicaux produisent des normes. Il précise que la mutation de l'art du gouvernement prend racine dans les programmes de santé publique et non dans l'activité médicale en tant que telle » (Jaunait, 2005 : 7).

Dans cette thèse, j'adopterai une perspective différente et complémentaire. De ces recherches, je retiendrai l'analyse de la médecine comme gouvernement des conduites et l'évolution du biopouvoir vers des formes diffuses, parlées, vers des contraintes euphémisées et des « douceurs insidieuses » (Foucault, 1975 : 360), tout en adoptant une démarche centrée sur celles et ceux qui exercent ce biopouvoir, plus compréhensive des professionnel·les. Si les centres d'IVG peuvent effectivement être des lieux de normalisation des comportements, les médecins ne sont pas des instruments passifs d'une biopolitique qui leur serait déléguée par en haut²¹. Ils et elles ne sont pas « anti-IVG » et leurs pratiques ne se résument pas à leur fonction de contrôle social (les pratiques observées visent tout autant à déculpabiliser ou à banaliser le recours à l'avortement). Comprendre leurs pratiques – et notamment leurs pratiques de pouvoir – suppose de considérer les enjeux et les logiques spécifiques à l'espace professionnel dans lequel elles se déploient et de retracer la constitution de leurs dispositions à agir par différentes instances de socialisation professionnelles mais aussi non professionnelles. De là résulte la proposition de cette thèse d'étudier l'avortement et sa prise en charge à partir d'une sociologie structurale du travail médical.

C. Une sociologie structurale du travail médical

Le cadre théorique dans lequel s'inscrit cette enquête est celui d'une sociologie structurale du travail médical telle que la définissent Kevin Toffel et David Pichonnaz :

« Nous défendons une étude du travail et des professions qui soit fondée sur une matrice théorique intégrée, impliquant la réinscription *structurale* des représentations et pratiques au travail dans le macrocosme social, les individus n'étant jamais *uniquement* des travailleurs ou des travailleuses » (Pichonnaz et Toffel, 2021 : 8).

Autrement dit, en articulant « travail » et « profession » aux systèmes de relations et aux rapports de pouvoir qui dépassent les pratiques professionnelles, il s'agira d'intégrer les apports de différents sous-champs de la sociologie – sociologie du travail procréatif,

²¹ Je ne nie pas qu'il puisse être heuristique de les considérer comme tel·les. À l'échelle d'analyse globale et transhistorique qu'adopte Foucault, « tout se passe comme si... ».

sociologie du travail et des groupes professionnels, sociologie de la santé – dans une sociologie générale d’inspiration bourdieusienne.

Au cours des dernières années, un angle d’analyse des pratiques professionnelles s’est développé dans la sociologie française de la santé : celui de la différenciation du travail. Cette perspective consistant à porter une attention conjointe aux variations des pratiques et aux socialisations, professionnelles et non professionnelles, n’est pas nouvelle, ni propre à la santé²². Prônée par Christelle Avril, Marie Cartier et Delphine Serre qui invitent à une « sociologie du travail ouverte et décroisée » (2010 : 9), elle a été particulièrement mobilisée pour étudier les relations de service. L’étude des agent·es d’accueil au guichet de la sécurité sociale (Dubois, 2003 [1999]), de l’immigration ou de l’administration (Spire, 2008, 2009), des travailleurs et travailleuses de la poste, la mairie ou le centre social de quartiers populaires (Siblot, 2006), des assistantes sociales (Serre, 2009), des aides à domicile (Avril, 2014), des juges des enfants (Paillet et Serre, 2014 ; Vuattoux, 2021) ou des policièr·es (Pichonnaz, 2017) ont montré que ces professionnel·les sont loin d’être interchangeables et que leur pratiques varient non seulement selon les « client·es » qui leur font face, mais aussi selon leurs propres dispositions.

Ce double niveau de différenciation s’observe dans le travail médical. La sociologie de la santé a montré la centralité des pratiques de catégorisation et de tri des usagèr·es, qui obéissent autant à des contraintes organisationnelles qu’aux représentations que les professionnel·les ont des usagèr·es, menant parfois à des traitements discriminatoires (Gelly, 2023). Il en résulte des variations de la prise en charge médicale selon les caractéristiques sociales des patient·es, en particulier selon leur classe sociale (Boltanski, 1971 ; Herzlich, 1973 ; Chauvenet, 1978 ; Fainzang, 2006b ; Gelly et Pitti, 2016 ; Gelly *et al.*, 2021) selon leur position dans les rapports de genre (Darmon, 2021), les rapports de race ou leur trajectoire migratoire (Sauvegrain, 2012, 2013 ; Bretin et Kotobi, 2016 ; Prud’homme, 2016, 2021 ; Sauvegrain *et al.*, 2020), leur respect des normes sanitaires (Peneff, 2005b [1992] ; Loretti, 2019, 2020), et selon leur intersection, soit la manière dont les différents rapports de pouvoir se recomposent (Crenshaw, 1991 ; Foubert, 2020 ; Gelly *et al.*, 2021). Les travaux pionniers des interactionnistes étatsuniens ont ainsi montré que les patient·es sont tacitement positionné·es sur une échelle de valeur qui agrège différents critères d’appréciation tel que l’âge, la classe, le statut familial, la catégorisation ethno-raciale ou la « moralité », et qu’ils et elles sont plus ou moins bien traité·es selon cette « valeur sociale » estimée (Paillet, 2021). Lorsqu’elle est élevée, leur prise en charge sera considérée comme plus urgente à pathologie

²² Bien au contraire, Anne Paillet remarque que cette perspective tarde à se diffuser à l’étude des « travailleurs fortement professionnalisés » comme les médecins (2016 : 93).

égale (Roth, 1972), les professionnel·les tenteront plus souvent ou plus longtemps de réanimer une personne mourante (Sudnow, 1967), la prioriseront en cas de besoin d'une ressource thérapeutique limitée – Glaser et Strauss prennent l'exemple d'un « rein artificiel » (1968 : 105).

Le travail médical varie également selon les dispositions des professionnel·les eux et elles-mêmes. Moins étudié, ce niveau de différenciation – ainsi que l'articulation des deux niveaux, la « différenciation des différenciations » ou « différenciation au carré » (Paillet, 2016, 2021) – est au cœur du dispositif d'enquête qui vise à saisir l'hétérogénéité interne à la profession médicale. L'attention sera portée sur l'effet des trajectoires professionnelles – la spécialité d'internat, l'âge et l'avancement dans la carrière, mais aussi la socialisation au travail et par le travail (Beaumont, 2021), dans les centres d'IVG – comme sur le rôle des socialisations non professionnelles, en particulier religieuse, politique et de genre dont on peut supposer l'effet sur la prise en charge de l'avortement, et celui des expériences profanes. Alexandra Roux, Cécile Ventola et Nathalie Bajos ayant montré l'influence de l'expérience contraceptive personnelle des médecins sur leurs pratiques prescriptives (2017), il est intéressant, par exemple, de s'interroger sur la manière dont le recours des médecins elles-mêmes (ou, pour les hommes, de leurs partenaires) à l'avortement pourrait affecter leur travail.

L'existence de variations du travail médical conduit à se poser la question de la marge de manœuvre dont les médecins disposent pour définir les modalités des soins. Si les médecins occupent bien une position de guichetier·es de la santé (Gelly, 2018) les dotant du pouvoir discrétionnaire des « *street-level bureaucrats* » (Lipsky, 1980), c'est-à-dire du pouvoir d'appliquer un principe général à un cas particulier ainsi que le définit Alexis Spire (2007 : 5), nous verrons que leur contrôle sur le déroulement de l'interaction médicale repose aussi, et peut être avant tout, sur une position d'« intermédiaires du droit » (Pélisse, 2014). En effet, sans être des professionnel·les du droit, les médecins le manipulent au quotidien et sont chargé·es collectivement, à l'échelle de la profession comme à celle du service, d'interpréter la loi dans des dispositifs applicables. Les pratiques médicales concrètes sont tributaires de leur négociation non seulement avec les patient·es, leurs proches, ou avec les professions subalternes de l'hôpital (Strauss, 1992), mais aussi entre pair·es qui élaborent des protocoles, des recommandations et des normes pratiques locales – comme l'étudie Patrick Castel au sujet de la cancérologie (2005, 2008) –, à l'origine d'importantes variations selon les services (Kentish-Barnes, 2007).

Adopter la perspective d'une sociologie structurale du travail d'avortement, c'est inscrire les représentations et les pratiques des professionnel·les – et leurs variations

individuelles et collectives – dans le système des positions qu’ils et elles occupent selon les capitaux détenus (économiques, sociaux, culturels mais aussi des capitaux spécifiques au champ), et celui des dispositions et des prises de position qui s’y rattachent (Bourdieu, 1994a : 15-25, 2002 [1984] : 113-120, 2022a). Cela suppose donc de mobiliser la théorie des champs et dans une certaine mesure de la prolonger puisque Bourdieu n’étudiait pas lui-même les pratiques concrètes de travail, et puisque Toffel et Pichonnaz, tout en plaçant la focale sur les structures qui déterminent les pratiques professionnelles, relèguent ces dernières au second plan, proposant moins une sociologie structurale du travail qu’une sociologie des espaces professionnels. Ainsi, dans une enquête empirique qui porte sur les infirmières en se revendiquant explicitement de cette approche, l’analyse s’interrompt à l’objectivation d’un « espace professionnel infirmier » et laisse de côté les pratiques concrètes de travail (Longchamp *et al.*, 2020)²³.

À mi-chemin entre l’analyse du champ médical dans son ensemble et de ses évolutions sur le temps long (Pinell, 2005, 2009) et l’étude de groupes professionnels précis au sein du champ comme celle que fait Myriam Borel des sages-femmes (2023)²⁴, je m’intéresserai, sur la période qui s’étend de la loi Veil à aujourd’hui, au sous-champ gynécologique. Doté d’une autonomie relative mais tributaire de certaines logiques du champ médical, c’est en son sein qu’est pris en charge l’avortement. Différentes professions médicales y évoluent : gynécologues-obstétricien·nes, gynécologues médicales, médecins généralistes, sages-femmes²⁵. Cette approche implique de ne pas considérer la profession médicale comme un groupe homogène d’individus poursuivant le même but, mais comme un système concurrentiel de positions occupées par des agent·es différemment disposé·es, régi par des hiérarchies et des rapports de pouvoir et structuré par des organisations professionnelles aux objectifs et intérêts parfois antagoniques. Cela suppose également de privilégier l’analyse relationnelle à l’analyse substantielle des groupes professionnels, en les considérant non pas comme des îlots autonomes mais comme des ensembles de positions structurellement proches définis par leur place relative dans le champ professionnel, c’est-à-dire, avant tout, par une communauté d’intérêts matériels et symboliques qui les opposent aux autres.

²³ Cela est sans doute lié non pas à une intention des auteurs mais au type de matériau récolté, par entretiens et questionnaires plutôt qu’observations, rendant plus difficile de saisir les pratiques.

²⁴ Elle étudie dans sa thèse le rôle croissant occupé par les sages-femmes dans la prise en charge de l’IVG, en montrant comment leur accès à la pratique des IVG médicamenteuses ainsi que leur inscription dans « l’espace de la cause de l’IVG » – ou plutôt celle d’une partie de la profession qui revendique une expertise spécifique en « orthogénie », la prise en charge de l’avortement et la contraception – a entraîné une évolution de leur juridiction professionnelle.

²⁵ Ces dernières étant dotées d’un statut de profession médicale à responsabilité limitée. Je détaille plus bas les raisons guidant mon choix des professions étudiées ou exclues du cœur de l’analyse.

Un premier axe de l'analyse structurale consistera donc à cartographier l'espace professionnel, déterminer les positions et les capitaux différenciés liés au fait de les occuper, les luttes qui opposent les professionnel·les de manière individuelle ou coalisé·es en segments (Bucher et Strauss, 1961). Concrètement, cela revient à se demander qui sont celles et ceux qui pratiquent les avortements et quels enjeux professionnels cette pratique, ou son évitement, recoupe. En considérant les luttes symboliques qui opposent les professionnel·les (Bourdieu, 1977) de la gynécologie, je tenterai d'intégrer à l'étude en termes de champs les outils d'analyse des « territoires professionnels » d'Abbott (1988) – à l'instar du « travail des frontières », la clôture institutionnelle et la définition en actes par le travail qui construisent, maintiennent ou transforment le territoire (1995a) – et de la « division morale du travail » de Hughes (1996 [1971]), en particulier l'analyse de la délégation du « sale boulot » (Arborio, 2012 [2001]). Je considérerai la crise symbolique que traverse la gynécologie en interrogeant la manière dont le mouvement de dénonciation des violences gynécologiques et obstétricales participe à rebattre les capitaux et les stratégies de positionnement au sein du champ.

Le deuxième axe de l'analyse structurale sera d'identifier l'articulation des socialisations professionnelles ou non professionnelles qui déterminent l'occupation des positions dans l'espace professionnel ou qui en découlent, afin de s'interroger sur les dispositions (et indispositions) des médecins et des sages-femmes à prendre en charge l'avortement. Elle retracera les trajectoires professionnelles menant à la spécialisation dans le travail d'avortement.

Et le troisième axe de l'analyse structurale²⁶ visera à objectiver les pratiques médicales concrètes et leurs variations, en les intégrant dans le système positionnel et dispositionnel étudié. Le travail d'objectivation des pratiques professionnelles médicales sera largement tributaire des acquis de la riche tradition d'ethnographie du travail hospitalier. Cette dernière est développée par les sociologues interactionnistes étatsunien·es observant les organisations du travail, les activités des professionnel·les et les interactions avec les patient·es (Goffman, 1968 [1961] ; Strauss, 1992 ; Hughes, 1996b [1971]), et importée dans des enquêtes menées en France dans les années 1990 (Baszanger, 1995 ; Peneff, 2005b [1992] ; Paillet, 2007 ; Arborio, 2012 [2001]). À leur suite, j'ancre sur une ethnographie intensive de centres d'IVG l'analyse du travail d'avortement qui y a lieu. Autrement dit, je ne considère pas uniquement l'avortement comme un moyen de régulation des naissances, un objet de luttes féministes, de débats politiques ou de questionnements philosophiques, mais aussi comme un faisceau de tâches à réaliser avec ses cadences, ses techniques, ses conditions de

²⁶ La succession de ces trois axes est avant tout analytique et ne correspond pas à la chronologie de l'enquête, au cours de laquelle ces trois étapes ont été de fait mélangées, ni tout à fait au déroulement du plan.

travail plus ou moins pénibles, ses gratifications et les motivations que les professionnel·les y trouvent, son organisation locale du travail, impliquant des relations professionnelles locales de coopération et de conflit, des marges de manœuvre qui fondent un pouvoir discrétionnaire des professionnel·les.

Dans cette thèse, je fais donc l'hypothèse qu'il est indispensable, pour comprendre les limites posées à l'accès aux soins, en particulier, dans le cas qui nous intéresse, à l'avortement, d'analyser le travail médical, ses pratiques concrètes portées par des individus diversement socialisé·es, pris·es dans des contraintes organisationnelles, des logiques professionnelles, des rapports de pouvoir qui traversent le champ mais aussi qui le dépassent. Mais cela ne suffit pas. Pour comprendre ces limitations, notamment dans leurs formes les plus dramatiques – telles qu'elles apparaissent dans les observations rapportées en exergue – et parfois brutales, il faut analyser l'asymétrie de pouvoir qui caractérise la relation médicale. L'appareil théorique mobilisé, celui d'une sociologie structurale du travail médical, s'articule avec une proposition conceptuelle qu'il est temps d'explicitier : l'existence d'un rapport spécifique de domination médicale.

III. Une ethnographie de la domination médicale

Par certains égards, le concept de pouvoir médical apparaît comme un poncif des sciences sociales. Son utilisation comme outil ou objet d'analyse sociologique peut être féconde, mais suppose quelques précautions du fait de son usage partagé par un militantisme critique de la médecine qui en fait une cible depuis les années 1970 (Thomas, 2001 ; Mariette et Pitti, 2021), de la multiplicité des concepts connexes – paternalisme, autorité, dominance, violence –, du fait qu'il est parfois manié sans définition préalable ou ancrage empirique comme le regrettent Herzlich et Pierret (2010), et s'avère dès lors polysémique. Je tenterai d'en clarifier l'analyse en retraçant les fondements de l'asymétrie entre médecins et patient·es, puis en proposant une définition claire et formelle du pouvoir médical que j'inscrirai dans le cadre d'une sociologie politique de la domination.

A. La relation d'asymétrie entre expert·es et profanes

En regard des rapports de classe, genre ou race par exemple, le rapport d'expertise est rarement théorisé comme un rapport de domination. Dans son ouvrage consacré à l'identification d'invariants universels des sociétés humaines, Bernard Lahire y fait exception. Il y décrit l'existence des formes de domination comme « l'un des grands faits sociaux

universels » et en liste les différents types : parent/enfant, homme/femme, vieux/jeune, « eux/nous », expert/profane, et tous les rapports de dépendance personnelle comme le rapport maître-esclave, seigneur-vassal, chef de tribu-membre de tribu, roi-sujet, Dieu-croyant, patron-ouvrier (Lahire, 2023 : 573, 669 et 670). La domination des expert·es sur les profanes est donc évoquée, présentée comme une des « structures fondamentales des sociétés humaines » en raison de l'accumulation culturelle et de la division du travail qui fondent la dépendance de l'individu à l'égard de celui ou celle qui possède un type de savoir spécialisé. Elle n'est cependant pas analysée sous ses formes concrètes et contemporaines, les médecins dans les sociétés à forte division du travail ne sont pas mentionné·es, et le pouvoir thérapeutique n'est considéré que lorsqu'il est mêlé au sacré du chaman ou du roi-thaumaturge. En définissant précisément la domination médicale, ses mécanismes et fondements, cette thèse participe à combler un manque théorique.

La domination médicale repose sur la dépendance des patient·es à l'égard des médecins. Cette dépendance a une triple origine. 1) La possession d'une forme spécifique de capital culturel (scientifique et technique). 2) La situation de monopole de l'accès aux biens de santé conféré par l'État. 3) La combinaison des deux premiers facteurs qui permet d'apporter une réponse à une situation de vulnérabilité des profanes, cette vulnérabilité croissant avec le processus de médicalisation-pathologisation des corps.

Le développement de l'efficacité de la pharmacutique et de la médecine a permis un désenchantement de cette dernière, qui se manifeste par une rationalisation du pouvoir thérapeutique, séparé des fonctions sacrées ou politiques (Bloch, 1924)²⁷, et par sa désindividualisation et professionnalisation, la domination charismatique du guérisseur laissant la place à la domination rationnelle et désincarnée de l'expert·e, fondée sur la reconnaissance de la compétence collective du corps médical et des médecins en tant que ses membres (Fassin, 1996 : 151)²⁸. « C'est parce qu'il a du pouvoir qu'il peut guérir, et c'est parce qu'il sait guérir, que la société lui donne du pouvoir et le droit de l'exercer », écrit Didier Fassin (*ibid.* : 124). La domination médicale contemporaine est d'abord la conséquence du progrès technique médical et de la division du travail par laquelle une minorité d'individus accumule une forme particulière de capital culturel permettant de soigner, en contrôlant la transmission et la sanction. Elle est donc, avant tout, une forme de domination culturelle des expert·es sur les profanes où la possession de capital culturel ne sert

²⁷ Ou les deux. Le *medicine man* d'Australie guérit les maladies, pratique la divination, pratique les exécutions de ceux que désignent les anciens, comme le rapporte Alain Testart (1992), cité par Lahire (2023 : 722-723).

²⁸ C'est d'ailleurs autour des maux que la médecine et la pharmacutique soulagent le moins efficacement que persistent des formes de sacré. Pensons au recours aux « médecines alternatives » dans le traitement des douleurs chroniques par exemple.

pas uniquement par sa dimension distinctive – quoique la possession d’un diplôme de médecine, la durée des études et la sélectivité du concours puissent légitimer la position de domination économique et symbolique des médecins – mais instaure une situation de dépendance des profanes envers les expert·es. Là où, dans *La Distinction*, Bourdieu décorrélait le contenu du capital culturel (aimer le jazz, jouer au tennis, etc.) de sa fonction (distinguer)²⁹ (1979), dans notre cas, le contenu culturel (savoirs médicaux, compétences techniques) participe à la domination médicale : c’est sans doute ce qui distingue la domination experte de la simple domination culturelle. L’orientation vers une carrière médicale est une des stratégies de reproduction des classes supérieures, quoique moins privilégiée aujourd’hui que l’orientation vers la finance (Hardy, 2013) ou la haute administration publique (Bourdieu, 1989).

Si les patient·es demandent les services et suivent les injonctions des médecins, c’est donc en partie parce que ceux et celles-ci sont, ou du moins apparaissent, comme des expert·es capables d’apporter une réponse à leurs maux. Mais c’est aussi parce les médecins disposent du monopole du contrôle de l’accès aux biens de santé que leur confère l’État : médicaments sous prescription, hospitalisation, infrastructures et matériel médical coûteux, et de manière assez emblématique, dans notre cas, droit de pratiquer des avortements. Les travaux de Freidson ont joué un rôle pionnier dans l’analyse critique de la profession médicale – rompant avec une vision idéalisante de la profession médicale, telle que celle souvent attribuée à Talcott Parsons pour qui l’autorité médicale découlerait mécaniquement du savoir, sens moral et désintéressement des médecins (Parsons, 1951) –, en montrant le processus historique conjoint de lutte de la profession pour son autorégulation et pour la maîtrise des institutions de santé (Freidson, 1970b). Du fait de ce qu’il nomme une « mystification » par laquelle les membres du corps médical apparaissent plus vertueux et leurs savoirs plus solides qu’ils ne le sont, les médecins obtiennent non seulement une position de contrôle de l’accès aux soins, mais de « dominance professionnelle » (« *professional dominance* »)³⁰ sur les autres professions, les dotant d’une certaine maîtrise de la division du travail de santé.

En France, la loi de 1892, qui met fin aux pratiques des officiers de santé et érige la médecine comme seule profession apte à soigner la population, marque le début d’un long XXe siècle de domination médicale sur la santé (Hassenteufel, 1997 : 12, 13). Ce monopole

²⁹ Car, pour Bourdieu, un contenu culturel n’est pas distinctif en raison de caractéristiques intrinsèques mais en relation à d’autres contenus culturels qui le sont moins, selon la hiérarchie des groupes qui les maîtrisent. Des pratiques distinctives dans un contexte historique ou national ne le seront pas dans un autre.

³⁰ Notons que la « dominance » est un terme couramment utilisé en éthologie pour distinguer les formes de domination chez les animaux non humains de la domination dans les sociétés humaines. Parler de dominance professionnelle des médecins plutôt que de domination me semble être une manière de l’euphémiser.

est confié par l'État en échange de missions publiques et de services biopolitiques et afin de contrôler l'allocation des moyens publics et la qualité des soins (délivrés uniquement par des professionnel·les à la compétence validée par l'obtention d'un diplôme). Selon Patrick Hassenteufel, cette évolution fait des médecins, en tant que groupe, une partie de l'État – outre le fait que nombre d'entre elles et eux occupent individuellement des positions dans le champ politique (Peneff, 2005a ; Pierru, 2007)³¹. Ce monopole du contrôle de l'accès aux biens de santé se combine à la restriction drastique de l'accès à la profession (*numerus clausus*) organisant la pénurie médicale (Peneff, 2005a ; Hardy, 2013 ; Deplaud, 2015). La concurrence entre médecins est limitée par leur faible nombre, plaçant les patient·es dans une dépendance non seulement vis-à-vis des médecins, mais de tel·le médecin ou telle équipe particulière (le médecin traitant, le seul spécialiste disponible avant des semaines ou à des kilomètres à la ronde, le seul centre d'IVG de la ville, etc.).

Enfin, après la possession par les médecins d'une forme spécifique de capital culturel et leur contrôle de l'accès aux biens de santé, la dépendance des patient·es vient de leur situation de vulnérabilité (maladie aiguë ou chronique, grossesse poursuivie, grossesse non désirée, difficultés à procréer, etc.) qui les amène à rechercher une aide médicale, qui plus est, souvent, avec un sentiment d'urgence (dans le cas de l'avortement, l'urgence est partiellement construite par l'instauration d'un délai maximum légal de recours à l'IVG). Sans tomber dans un constructivisme radical, cette vulnérabilité est en partie façonnée et entretenue par les processus de médicalisation élargissant ce qui est considéré communément comme pouvant ou devant faire l'objet d'une prise en charge médicale (qui résulte en partie du progrès médical), et par la pathologisation de comportements ou de phénomènes biologiques, en particulier liés au corps des femmes tels que la grossesse ou l'avortement (Löwy et Gaudillière, 2006 ; Membrado, 2006 ; Angeloff et Gardey, 2015 ; Gardey et Hasdeu, 2015). Je montrerai par exemple que les risques de complication pourtant faibles de l'avortement servent aujourd'hui de justification à son encadrement médical.

L'asymétrie de la relation médicale repose donc sur une relation impersonnelle de dépendance dans laquelle des individus détiennent le capital culturel spécifique et les droits d'accès aux biens de santé qui les autorisent à prodiguer des soins à des profanes en situation de vulnérabilité. C'est cette dépendance qui fonde le pouvoir qu'ont les médecins de contrôler l'interaction, sous des formes dotées d'une reconnaissance institutionnelle – celui de la contrainte physique et médicamenteuse étudié par la sociologie de la psychiatrie, par exemple

³¹ La médecine est une des professions les plus représentées dans les institutions de la Ve République. En 2020, à l'Assemblée nationale, 34 député·es et 33 sénateur·ices sont médecins, deux députées sont sages-femmes (Dougnet et Vilbrod, 2021).

(Goffman, 1968 [1961] ; Lechevalier-Hurard, 2013 ; Moreau, 2015 ; Legrand, 2022) – comme sous des formes moins visibles. Le rapport de domination médicale se rapproche en cela de la relation déséquilibrée entre parents et enfants (Elias, 2010 ; Bonnardel, 2015 ; Lahire, 2023) qui mêle, à différents degrés, bienveillance et assistance d’une part, autorité, contrôle et inculcation ainsi que, dans certains cas, violence et exploitation, de l’autre³². La vulnérabilité de l’enfant, comme celle du ou de la malade, favorise et justifie la remise de soi à d’autres. La domination médicale passe par une assimilation des patient·es à des enfants doté·es d’un statut d’ignorance – on parle d’ailleurs de paternalisme médical, parfois de maternalisme (Memmi, 2003b : 265) ou d’infantilisation –, et le travail médical apparaît comme obéissant indissociablement à une fonction de soin (médical et parfois psychologique) et à une fonction socialisatrice (de transmission culturelle et de normalisation des comportements).

Jusqu’ici, j’ai envisagé l’expertise dans un sens relativement peu spécifié, celui d’un rapport social de domination culturelle liée à l’accumulation de connaissances ayant une utilité pratique. Dans le *Dictionnaire critique de l’expertise*, Emmanuel Henry et Renaud Crespin la définissent de manière plus précise comme « une étape intermédiaire qui s’intercalerait entre la production de savoirs – dévolue à la science – et la décision, au cours de laquelle les premiers seraient simplement utilisés et mobilisés par les experts pour orienter la seconde » (2015 : 273). Les différents travaux qui constituent cette sociologie critique de l’expertise scientifique en ont montré le caractère « impur » (Gilbert *et al.*, 2015 : 13), dans sa perméabilité aux intérêts étatiques et économiques, son incorporation de valeurs politiques et morales, son rôle dans la production d’ignorance (Proctor, 2011)³³, dans « les rapports de pouvoir qui s’établissent au sein et à l’extérieur du champ scientifique, et qui donc influent sur la production des connaissances » (Gilbert *et al.*, 2015 : 18). Or les médecins sont, selon les individus et selon les moments, dans une position de producteurs et productrices de savoirs scientifiques (ils et elles participent à des recherches), dans une position de décision et d’action (ils et elles prescrivent, opèrent, conseillent, etc.), dans une position d’intermédiaires (ils et elles élaborent des recommandations de bonnes pratiques, des protocoles, sont auditionné·es par le personnel politique, etc.). Les outils de la sociologie de l’expertise s’avéreront particulièrement utiles pour analyser le lien entre la constitution de l’expertise et

³² Dans la description de la relation mère-enfant faite par Bernard Lahire, on pourrait assez bien remplacer « mère » par « médecin » et « enfant » par « patient » : « Certes, quand elle est bienveillante, la mère vient en permanence au secours de son enfant et joue un rôle essentiel pour sa survie. Mais quel que soit son degré de bienveillance, elle le domine, le manipule (au sens premier du terme), le contrôle et tient précisément sa vie entre ses mains. » (Lahire, 2023 : 577).

³³ Plusieurs travaux ont montré le rôle du genre dans l’absence de production de connaissances médicales autour d’un sujet – ce que Scott Frickel *et al.* ont nommé l’« *undone science* » (2010) – tel que le clitoris et l’orgasme féminin (Moore et Clarke 1995 ; Tuana, 2004, 2006 ; Gardey, 2019), la contraception masculine (Oudshoorn, 2003), la migraine (Kempner, 2014), l’endométriose (Hudson, 2021 ; Coville, 2022), etc.

son usage dans le travail médical, et ceci de deux manières. D’abord, en considérant l’expertise non pas seulement comme une frontière entre expert·es et profanes – frontière d’ailleurs brouillée par la revendication de formes concurrentes de connaissance expérientielle (Epstein, 1996 ; Dodier, 2003) – mais aussi comme une opposition entre des expert·es différemment positionné·es dans le champ médical. Ensuite, en étudiant comment l’impératif d’action dans lequel les médecins sont engagé·es détermine leur rapport, pratique et dans une certaine mesure instrumental, au savoir. Pour le dire autrement, comprendre la prise en charge de l’avortement et ses limites suppose de s’intéresser, d’une part, à la constitution de l’expertise médicale, c’est-à-dire aux luttes pour le pouvoir de véridiction entre des agent·es qui tentent de faire prévaloir leurs prises de position, et les pratiques qu’ils et elles jugent légitimes par le truchement de protocoles, l’établissement de recommandations pour la pratique clinique, la tenue de congrès d’associations professionnelles, les tribunes et interviews dans la presse, les auditions parlementaires... Cela suppose, d’autre part, d’étudier l’usage (et le non-usage) de l’expertise par les praticien·nes.

Une notion presque aussi populaire que celle de pouvoir médical, c’est celle de la fin du pouvoir médical. La relation médecin-patient·e, marquée par l’autoritarisme médical par le passé, évoluerait dans un sens plus horizontal centré sur la participation des patient·es (Reeder, 1972 ; Furedi, 2006 ; Quick, 2017) dont les droits sont de plus en plus protégés (Castel, 2005). La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, en particulier, dote les patient·es d’un droit à un accès direct à leur dossier médical et pose la recherche systématique de consentement comme une obligation des médecins. Le développement des savoirs et pratiques médicales se ferait désormais du bas – des patient·es actif·ves, consommateurs et consommatrices de biens de santé – vers le haut – les médecins – (*bottom-up*). Par ailleurs, sous l’effet de l’accroissement du niveau général d’éducation et du développement de mobilisations et d’organisations de patient·es, la profession médicale se serait « déprofessionnalisée », c’est-à-dire qu’elle aurait perdu le prestige, la confiance et l’autonomie qui fondent la dominance décrite par Freidson (Haug, 1976 ; Haug et Lavin, 1981 ; Furedi, 2006). Enfin, selon Patrick Hassenteufel, le pouvoir médical connaîtrait une « érosion » – plutôt qu’un déclin – en raison du développement d’outils étatiques de régulation médicale des dépenses de santé qui entraîneraient une remise en cause partielle de l’autocontrôle de la profession, comme la mise en place des références médicales opposables en 1993 visant à encadrer les pratiques médicales – à l’effectivité limitée puisque l’écart aux normes n’est en réalité pas sanctionné (1999 : 55, 56). D’autres travaux montrent au contraire le maintien d’une autorité qui coexiste avec de nouveaux mandats culturels de responsabilisation des patient·es, de respect d’un consentement éclairé et de l’autonomie des

patient·es (Vinson, 2016), ou affirment que si la crise de légitimité de la médecine ne cesse d'être annoncée, son effet sur les pratiques concrètes et les positions sociales et économiques des médecins est limité (Bungener, 1993 ; Herzlich *et al.*, 1993 ; Aïach et Fassin, 1994)³⁴. En analysant les recompositions du sous-champ de la gynécologie et de la relation thérapeutique résultant de l'émergence d'un « #MeToo gynécologique et obstétrical » (Topçu, 2021) dénonçant les violences dans la prise en charge, cette thèse participera à documenter les évolutions et les contestations du pouvoir médical. Et en inscrivant celui-ci dans une sociologie politique de la domination, elle permettra de se doter d'armes théoriques pour en penser la reproduction.

B. Repartir de la sociologie politique de la domination

À l'exception des analyses de Foucault autour du biopouvoir et de la médicalisation, les travaux classiques de sociologie de la domination tels que ceux de Marx, Weber ou Bourdieu ont longtemps été trop peu mobilisés en sociologie de la santé. Ces trois auteurs n'ont eux-mêmes pas écrit autour des enjeux de santé, à ma connaissance. Patrice Pinell souligne ainsi que si Bourdieu a multiplié les analyses des champs les plus divers, il ne s'est jamais intéressé au champ médical (Pinell, 2009). Par ailleurs, l'étude sociologique de la médecine a longtemps été dominée par la sociologie des professions, différant la mobilisation d'autres cadres théoriques. Je ne fais que prolonger ici un mouvement initié il y a 20 ans en décroissant la sociologie de la profession médicale et en important, dans l'analyse du pouvoir des médecins, des concepts et outils de sociologie générale, et en particulier bourdieusienne, tels qu'une analyse dispositionnelle attentive aux processus d'incorporation (Paillet, 2007 ; Darmon, 2008), ou la théorie des champs (Pinell, 2005). Je m'appuierai largement sur la sociologie de la domination de Weber et de Bourdieu.

Weber a consacré toute une partie d'*Économie et société* à l'étude des formes de pouvoir et de domination. Il y définit le premier (*macht*) comme la « possibilité de contraindre d'autres personnes à infléchir leur comportement en fonction de sa propre volonté » (2015 [1914] : 44) soit, autrement dit par Robert Dahl (1957), la capacité d'une personne A d'obtenir qu'une personne B fasse quelque chose qu'elle n'aurait pas fait sans l'intervention de A. La domination en est un cas particulier, le pouvoir légitime, celui où le ou la dominé·e acquiesce, où la relation de pouvoir est reconnue comme valide. On peut tirer, notamment,

³⁴ Fredric Wolinsky montre ainsi que les médecins étatsunien·es ont connu une évolution considérable de leur niveau de vie depuis le moment où Freidson a présenté pour la première fois sa théorie de la dominance professionnelle. Le revenu annuel moyen d'un médecin est passé de 41 800 dollars en 1970 à 119 500 dollars en 1986 (Wolinsky, 1988).

deux idées de cette définition. La première, que le pouvoir est avant tout une relation interindividuelle (plutôt qu'une substance qu'on acquiert, possède, lègue, perd), asymétrique, un « pouvoir sur » plutôt qu'un « pouvoir faire », que tout le monde, *a priori*, peut exercer. Ainsi considérée, la domination ne se restreint pas aux dominant·es économiques comme dans les analyses de Marx et d'Engels, mais peut être le fait de « l'échevin du village, le juge, le banquier et l'artisan » dès lors qu'ils « exigent une "obéissance" à certaines prescriptions données » et l'obtiennent (Weber, 2015 : 51). La seconde idée est celle que l'obéissance volontaire n'exprime pas moins une relation de pouvoir, et, symétriquement, que le pouvoir ne se résume pas à la coercition, voire qu'il est plus fort, car moins visible, en s'en passant. L'étude des formes du pouvoir est alors indissociable de celle de ses processus de légitimation (Lagroye, 1985).

Bourdieu revendique son héritage wébérien, dont il prolonge l'approche du pouvoir et de la domination de deux manières notamment. D'abord, en étudiant des champs, c'est-à-dire en insérant les relations de pouvoir dans les systèmes de positions qui les déterminent. Ensuite, en analysant les processus d'obéissance et de légitimation du pouvoir à partir de l'idée de « violence symbolique », celle de « tout pouvoir qui parvient à imposer des significations et à les imposer comme légitimes en dissimulant les rapports de force qui sont au fondement de sa force » (Bourdieu et Passeron, 1970 : 18), autrement dit le fait de prendre les représentations des dominant·es pour des évidences, leurs intérêts pour ceux de tou·tes, légitimant l'ordre social. Surtout, la portée de l'approche bourdieusienne de la domination réside dans l'analyse de son incorporation. Si Marx, Durkheim ou Weber évoquaient déjà, chacun à leur manière, l'adhésion des dominé·es à l'ordre établi (*ibid.*, 1970 : 18, 19), Bourdieu rejette ce qu'il considère être un intellectualisme :

« La reconnaissance de la légitimité n'est pas, comme le croit Max Weber, un acte libre de la conscience claire ; elle s'enracine dans l'accord immédiat entre les structures incorporées, devenues schèmes pratiques, comme ceux qui organisent les rythmes temporels (par exemple la division en heures, tout à fait arbitraire, de l'emploi du temps scolaire), et les structures objectives. » (2003 [1997] : 255)³⁵.

La domination se joue avant tout dans une adhésion préreflexive à ses structures incorporée par les dominant·es comme par les dominé·es, se traduisant par des manières de penser, de sentir et d'agir qui la reproduisent et la naturalisent. Au-delà des justifications explicites de leurs pratiques de pouvoir par les acteurs et actrices (Boltanski et Thévenot, 1991), c'est aux schèmes culturels incorporés, à l'habitation et à la dimension pratique, non

³⁵ De même qu'il reproche à la notion marxienne d'« idéologie » de « situer dans l'ordre des représentations, susceptibles d'être transformées par cette conversion intellectuelle que l'on appelle "prise de conscience", ce qui se situe dans l'ordre des croyances, c'est-à-dire au plus profond des dispositions corporelles. » (*ibid.* : 255).

intentionnelle du pouvoir, que la sociologie bourdieusienne de la domination permet de prêter attention.

De là la définition que j'utiliserai de la domination, qui articule le pouvoir, sa légitimité et sa dimension collective. Le pouvoir, soit, dans la continuité de Weber, la capacité à infléchir le comportement d'autrui selon sa volonté. La légitimité, c'est-à-dire les justifications explicites comme les schèmes incorporés et l'habitation qui amènent les dominé·es à accepter la domination. La dimension collective, soit la prise en compte de l'institutionnalisation du pouvoir et de sa légitimation qui ne se jouent pas uniquement dans l'interaction mais sont le fruit des autres rapports de domination, des mandats confiés par l'État, d'actions collectives d'une profession ou des différents segments en son sein pour exercer et légitimer le pouvoir, d'accumulation d'un capital symbolique agrégé. La domination médicale, c'est donc le rapport social institué par lequel le pouvoir médical s'exerce légitimement.

C. Etudier la domination médicale comme un rapport de domination spécifique

Envisager un rapport de domination médicale spécifique a deux implications épistémologiques. La première est que cela suppose d'étudier la domination médicale comme dépassant une simple « situation » d'asymétrie, pour apprécier sa dimension structurée et structurante, jusqu'à envisager sa forme incorporée. La domination médicale ne relève en effet qu'assez rarement d'un projet politique, d'actions maîtrisées et coordonnées, ni d'une volonté consciente de domination de la part des médecins. Elle s'exprime largement par des manières de (se) penser et de faire inscrites dans des habitudes professionnelles et acquises par la pratique lors des études médicales. Faire la sociologie de la domination médicale suppose donc d'analyser des processus de socialisation – et d'élaborer des dispositifs empiriques permettant « d'attraper des dispositions » (Darmon, 2019). L'ethnographie hospitalière menée a porté une attention toute particulière à l'accueil, à la formation explicite et à l'évolution des pratiques et des discours des internes au sein des centres d'IVG. Il s'agit ainsi de prolonger les recherches portant sur les études médicales (Merton *et al.*, 1957 ; Becker *et al.*, 1997 [1961] ; Zolesio, 2012 ; Hardy, 2013 ; Underman, 2015, 2020) : devenir médecin, c'est apprendre à occuper une position de pouvoir.

La seconde implication épistémologique est que la domination médicale s'articule aux rapports de genre, classe, race, etc. plutôt qu'elle ne se résume à en être une simple caisse de résonance. L'asymétrie entre médecins et patient·es n'est pas la simple conséquence du rapport de genre qui s'exprimerait à travers elle, ni des autres principaux rapports de pouvoir.

Des médecins dominé·es sous l'angle du genre, de la race, de la classe, de l'âge ou de la sexualité peuvent tout à fait occuper une position de domination dans la relation thérapeutique : une jeune médecin soignant un homme plus âgé pourra par exemple avoir l'ascendant dans l'interaction. Les rapports de domination « classiques » s'articulent avec la domination médicale, la renforcent, l'atténuent et se recomposent selon leurs croisements. Ils participent en outre à se co-construire – nous verrons que c'est aussi dans l'interaction médicale que les positions de genre, de race ou de classe se forment, et, inversement, que les médecins apprennent différemment à s'imposer selon leurs positions dans ces rapports sociaux. Cette approche considérant l'articulation de la domination médicale aux autres rapports de domination, plutôt que la dissolution de la première dans les seconds permet de ne pas hiérarchiser *a priori* les rapports de domination et de les considérer dans une perspective intersectionnelle (Crenshaw, 1991). Elle se distingue de la perspective généralement adoptée par les travaux sur les violences gynécologiques et obstétricales, qui considèrent celles-ci comme étant « d'abord des violences de genre » (Schantz *et al.*, 2021) plutôt que comme des violences *médicales* qui résulteraient de l'intersection du rapport de domination médicale et des autres rapports de domination.

Les violences gynécologiques et obstétricales : des violences de genre ?

L'apparition du terme de violence obstétricale forgé par les mouvements sociaux au début des années 2000 (Azcué et Tain, 2021), sa diffusion dans les arènes institutionnelles (Bousquet *et al.*, 2018) et, depuis quelques années en France, dans les travaux de sciences sociales, ont permis de penser, de visibiliser et de dénoncer des pratiques médicales jugées contraires à la dignité et aux droits des femmes dans la prise en charge médicale (Diniz *et al.*, 2021). Comme outil d'analyse, la violence obstétricale (auquel a été adjointe la violence « gynécologique ») a certaines limites qui sont, paradoxalement, la conséquence de sa force politique et épistémique, à commencer par sa polysémie. Elle est utilisée autant comme un concept descriptif ou analytique que comme support de dénonciation, catégorie d'action publique ou de qualification pénale³⁶. Dans les usages qui en sont faits, la violence gynécologique et obstétricale désigne alternativement – et parfois conjointement – des pratiques médicales brutales (parfois mutilatrices) ou non consenties (El Kotni, 2018), et l'ensemble des pratiques de pouvoir, y compris invisibles et indolores, exercées par des médecins (ou par « la médicalisation ») sur les femmes³⁷. Dans cette dernière acception, son étude entraîne la mise en évidence d'un « continuum » de violences gynécologiques et obstétricales allant du manque d'écoute, du rappel aux normes sanitaires et de l'information délivrée partiellement, témoignant d'une « violence subtile et diffuse » (Fonquerne, 2021), jusqu'à l'agression physique. Le terme apparaît alors comme un synonyme plus normatif de pouvoir. L'expression de continuum permet, par association explicite avec celui des violences sexuelles (Kelly, 1987), comme le souligne Pauline

³⁶ Mounia El Kotni étudie la situation du Chiapas où les violences obstétricales sont explicitement interdites par la loi (2018), et, en France, une proposition de loi « visant à reconnaître et sanctionner les violences obstétricales et gynécologiques et à lutter contre ces violences faites aux femmes » a été déposée à l'Assemblée nationale le 21 mars 2023, et une autre proposition « visant à renforcer un suivi gynécologique et obstétrical bien traitant » dont la première partie s'intitule « Caractériser les violences obstétricales et gynécologiques » a été déposée au Sénat le 12 janvier 2023.

³⁷ La proposition de loi déposée le 21 mars 2023 à l'Assemblée nationale désigne ainsi « une difficulté d'accès à l'information ou [des] rapports verbaux “expéditifs” » comme étant « les premières violences obstétricales et gynécologiques ».

Delage, « de déplacer la focale de la variété des agressions, fragmentées par leur nature, leurs niveaux de gravité et leur fréquence, au système de domination dans lequel elles s'inscrivent » (Delage, 2020 : 42). Or, et c'est là la seconde force-limite du concept, le système de domination auquel les violences gynécologiques sont invariablement rattachées, c'est le genre, considéré parfois dans son intersection avec la race ou la classe (El Kotni et Quagliariello, 2021 ; Sestito, 2023). Pourtant, ni la domination médicale, ni sa violence, ne s'exercent exclusivement sur les femmes. Dans son analyse de « l'habitus obstétrical », Roberto Castro relève d'ailleurs que, sur les 33000 plaintes déposées au Mexique à la Commission nationale d'arbitrage médical, 12 % concernent la gynécologie-obstétrique (2021 : 28). Cette spécialité est bien surreprésentée, mais réduire les violences médicales aux violences gynécologiques et obstétricales revient à oublier une partie du phénomène. Si cette perspective permet de montrer la dimension structurelle des violences d'une part, l'ampleur et la fréquence de celles que subissent les femmes d'autre part, elle tend en revanche à invisibiliser la singularité de la relation médicale, et à sous-théoriser le rapport de domination particulier qui se joue entre expert·es et profanes.

La mention des travaux sur les violences gynécologiques et obstétricales m'amène à formuler une précision. Cette thèse analysera parfois des situations de violence, mais principalement à partir du concept de domination qui permet davantage de saisir l'asymétrie de la relation médicale dans sa banalité et sa complexité. L'usage analytique du terme de violences gynécologiques et obstétricales ne pose pas de problème lorsque les situations étudiées sont dépourvues d'ambiguïté : celles où des femmes se voient imposer par des médecins des actes qui ne sont pas justifiés médicalement (et donc, potentiellement, peuvent avoir un effet négatif sur leur santé). Il s'agit, par exemple, de césariennes ou d'épisiotomies contraintes, utilisées pour des raisons organisationnelles de simplification du travail médical (Rozée et Schantz, 2021), des curetages punitifs à vif des avortées dans la France du premier XX^e siècle (Cahen, 2015), des hystérectomies forcées dans La Réunion des années 1970 (Paris, 2020) ou des poses de dispositif intra-utérin (DIU) non consenties après un accouchement en Iran (Sestito, 2023) ou au Mexique (El Kotni, 2018). Mais le concept de violence est moins adapté pour décrire les situations intermédiaires. Qu'en est-il lorsque les patient·es ne consentent pas à un acte qui présente un intérêt pour leur santé ? Ou à l'inverse quand un·e médecin accepte une demande d'un·e patient·e qui est contraire à son intérêt sanitaire ? Ou quand le consentement n'est pas clairement enfreint, mais qu'il est façonné en douceur par des pratiques de pouvoir invisibles ? L'obéissance des patient·es, comme l'obéissance à tout pouvoir que décrit Max Weber, repose autant sur l'adhésion à l'ordre, du fait de la croyance en sa valeur ou en celle de l'individu qui le donne, ou sur l'habitude, que sur la contrainte. Analyser le rapport de domination médicale rend ainsi possible de séparer l'analyse du pouvoir médical de son interprétation indigène comme violence, permettant de l'étudier sans le condamner *a priori* comme causant un tort aux patient·es tout en montrant dans quelle mesure l'interaction médicale s'avère être un cadre propice à la survenue des

violences – de même que l’analyse de la domination de genre permet de comprendre les violences sexuelles ou conjugales sans s’y réduire.

IV. Une enquête comparative et multimodale

Cette thèse s’appuie sur une enquête multi-méthode combinant six mois d’ethnographie comparative dans trois centres d’IVG, la réalisation de 141 entretiens, et l’analyse statistique du volet « Médecins » de l’enquête Fécond. Je ne proposerai pas ici d’analyse réflexive sur la production des données, en particulier ethnographiques, ayant fait le choix de l’intégrer à l’argumentation, à plusieurs endroits du corps de la thèse. Je me cantonnerai, dans cette introduction, à la présentation du dispositif mis en place.

A. L’ethnographie comparative

Entre septembre 2021 et juillet 2022, j’ai enquêté sur trois terrains hospitaliers, pour un total de six mois d’enquête. Je les désignerai comme les CIVG 1, 2 et 3, rattachés aux maternités 1, 2 et 3 correspondantes. Je détaillerai dans le chapitre 1 la négociation des entrées sur le terrain, ma posture d’enquêteur vis-à-vis des professionnel·les comme des avortantes, et les organisations du travail différenciées dans les trois centres. Je donne ici quelques informations préalables sur les centres dans la limite d’une attention stricte à leur anonymat, et sur la nature des données récoltées.

Ayant, dès l’élaboration du projet de thèse, l’intention d’étudier les différenciations du travail d’avortement (et notamment les « différenciations des différenciations »), le dispositif d’enquête mis en place a été résolument comparatif, c’est-à-dire que mes directrices de thèse et moi avons choisi les trois centres d’IVG non pas avec un objectif d’exhaustivité ni de représentativité mais de contraste, de maximisation des variations attendues : il s’agissait autant de saisir les différences par-delà les régularités que d’identifier ce qu’il y a de commun *malgré* les différences (Clair, 2022a). L’articulation des trois terrains d’observation permettait autant d’objectiver la différenciation des pratiques médicales que d’explicitier les éléments structuraux de la prise en charge de l’avortement et de la domination médicale – ceux qui résistent à la variation des contextes. Selon les chapitres, l’articulation des terrains servira la première fonction (objectiver les variations), la seconde (objectiver les logiques communes), ou un mode hybride.

Les trois centres d’IVG ont des organisations différentes et les professionnel·les qui y travaillent n’occupent pas les mêmes positions dans l’espace professionnel. Le CIVG 1 est

l'un des centres les plus actifs du pays, dépendant du service de gynécologie-obstétrique d'un CHU d'Île de France. Des gynécologues médicales et médecins généralistes attachées, internes ou assistantes ainsi qu'une sage-femme y réalisent plusieurs milliers d'IVG par an. J'y reste près de quatre mois, à un rythme de quatre à cinq jours par semaine, observant 121 consultations médicales pré ou post-IVG, 40 IVG au bloc opératoire, 8 entretiens menés par la conseillère conjugale et familiale, 11 consultations d'anesthésie, les prises en charge infirmières d'une soixantaine d'avortantes, le travail d'accueil au secrétariat et les moments informels du service. Je réalise des entretiens avec l'intégralité des 16 professionnelles travaillant dans le centre.

Le CIVG 2 est rattaché au centre hospitalier de la préfecture d'un département rural de l'Ouest de la France que nous appellerons le Buissonnois. Ce département a une densité de population faible et est caractérisé, encore aujourd'hui, par le poids important de la religion catholique. Il est particulièrement peu doté en structures médicales et professionnel·les de santé, il est l'un des départements avec la plus grande baisse de densité médicale et le recours le plus important à des médecins étranger·es en particulier hors de l'Union Européenne. Je vis dans le Buissonnois pendant un mois et y mène une enquête à double focale : j'alterne les journées d'observation et entretiens dans le CIVG 2, le plus gros du département avec 300 IVG réalisées par an, avec des entretiens menés auprès de médecins et sages-femmes des quatre maternités du département ainsi que de la quasi-totalité de celles qui pratiquent les IVG en libéral, dans la perspective d'étudier l'organisation des soins à l'échelle du territoire et de saisir d'éventuelles spécificités du travail et de l'accès à l'avortement en milieu rural. Je réalise ainsi 10 jours d'observation de consultations (32 consultations liées à l'IVG), une matinée d'observation de bloc opératoire (deux IVG instrumentales) et 23 entretiens : neuf au sein du centre d'IVG et de la maternité 2, neuf auprès de médecins ou sages-femmes en libéral, cinq auprès de médecins ou sages-femmes des autres maternités du département.

Le CIVG 3 se situe dans les locaux du CHU d'une ville moyenne du Sud de la France. Il a été choisi pour le militantisme en faveur de l'accès à l'avortement que mettent en avant les médecins qui y travaillent, principalement des médecins généralistes occupant des postes de praticien·nes hospitalier·es (PH) dédiés à l'« orthogénie »³⁸, soit des postes matériellement et symboliquement avantageux. Ils et elles y réalisent 1000 IVG par an. J'y reste un mois, pour 19 jours sur le terrain. Les matins, j'assiste aux consultations et blocs d'IVG – 31 consultations pré ou post-IVG, cinq IVG instrumentales sous anesthésie locale, une sous anesthésie générale –, aux entretiens avec la conseillère (6), aux prises en charge par les

³⁸ Il s'agit d'un terme indigène désignant l'activité médicale entourant l'accès à l'avortement et à la contraception. Etymologiquement, on peut le traduire par « redressement de la fécondité ».

infirmières et à l'accueil des avortantes par la secrétaire. L'après-midi, je réalise des entretiens formels sur un créneau bloqué dans le planning du service avec toutes les membres de l'équipe médicale à tour de rôle (huit médecins et une sage-femme), les deux assistantes sociales, la conseillère, la psychologue, le chef de service de gynécologie-obstétrique, que je complète avec des entretiens informels avec deux infirmières, une aide-soignante et la secrétaire.

L'ambition comparative du dispositif s'est avérée concluante, laissant voir des éléments structuraux communs comme d'importantes différences de pratiques médicales, de parcours d'accès à l'avortement, de rapports subjectifs des professionnel·les au travail d'avortement. Dans l'analyse des pratiques concrètes de prise en charge, je mobiliserai un peu plus l'ethnographie réalisée dans le CIVG 1, assez mécaniquement puisque j'y ai réalisé un terrain plus long et davantage centré sur l'observation des consultations (les observations réalisées dans les deux autres centres feront tout de même l'objet d'un usage régulier).

À cela s'ajoute l'observation, dans les maternités 1 et 3, des procédures d'IMG pour détresse psychosociale. J'ai pu suivre 12 demandes : toutes les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), trois consultations de psychiatrie, cinq de gynécologie, une de psychologie, une avec l'assistante sociale, deux avec un médecin généraliste orthogéniste. J'ai réalisé des entretiens avec toutes les professionnel·les concerné·es. J'ai également suivi cinq RCP de médecine fœtale, dédiées à la discussion des autres types de demande d'IMG, notamment celles qui sont liées à une malformation fœtale. Le pouvoir médical y est officiellement entériné par la loi qui confie aux médecins la tâche d'accepter ou refuser les demandes d'avortement selon un jugement collégial, à la différence de l'IVG où les médecins n'ont le droit que de refuser de participer au travail d'avortement mais n'ont pas officiellement de jugement à porter sur la validité de la demande d'avortement, dépendante uniquement du terme de la grossesse. Par bien des égards, la procédure d'IMG apparaît comme un miroir grossissant de certaines des logiques de pouvoir que j'analyserai dans cette thèse à propos des IVG : la psychologisation de l'avortement, les pratiques de pouvoir visant à orienter les comportements des avortantes (notamment, dans l'IMG, les pratiques très communes relevant d'un chantage aux soins), le rappel à la norme contraceptive, la domination des gynécologues-obstétricien·nes sur les gynécologues médicales et les généralistes, celle des médecins sur les autres professionnel·les, etc. D'un point de vue ethnographique, l'IMG a l'intérêt de conduire les professionnel·les à expliciter leurs critères de jugement, puisqu'ils et elles en discutent voire en débattent. Bien que la recherche menée autour de l'IMG pour détresse psychosociale ait contribué à la construction de l'objet et qu'il s'agisse là d'un objet empirique à mon avis passionnant, en concertation avec mes directrices

de thèse, j'ai finalement renoncé à la mobiliser dans cette thèse, sinon ponctuellement à titre d'illustration. D'une part, pour des raisons de forme, afin de limiter la taille du manuscrit et de rendre plus directe, dense et efficace l'analyse en restreignant, ici, l'objet empirique à l'IVG. D'autre part, car la pratique de l'IVG, outre qu'elle est un phénomène de bien plus grande ampleur que l'IMG, présente deux intérêts théoriques : elle permet d'analyser le pouvoir médical dans sa dimension pratique et routinière – plutôt que ponctuelle et délibérée –, et d'objectiver ce qu'il en reste quand les médecins n'y ont pas de mandat officiel. Pour une analyse plus détaillée des procédures d'IMG pour détresse psychosociale, je me permets donc de renvoyer vers l'article que j'ai écrit à ce sujet (Perrin, 2023a)³⁹.

B. Une enquête par entretiens à spectre large pour saisir l'évolution et la diversité de l'espace professionnel

Entre septembre 2020 et octobre 2022, soit avant, en parallèle et après l'ethnographie, j'ai mené une large campagne d'entretiens (141) auprès de 133 professionnel·les⁴⁰, obéissant à trois objectifs principaux : contextualiser les pratiques observées dans les trois centres d'IVG ; saisir la morphologie complexe de l'espace professionnel et les différences de rapport à l'avortement selon la position dans cet espace ; retracer l'évolution de cet espace depuis 1975.

Ce corpus d'entretiens comporte deux volets. Le premier est constitué d'entretiens menés sur les trois terrains d'observation. 59 entretiens ont été réalisés auprès de professionnel·les travaillant au sein des CIVG 1, 2 et 3 ou des maternités auxquelles ils sont rattachés, dont 16 peuvent être qualifiés d'entretiens ethnographiques (Beaud, 1996), menés de manière discontinue et informelle lors des moments d'attente et de pause au sein des CIVG 1 et 2.

Le second volet concerne des professionnel·les n'appartenant pas aux trois centres observés. Dans ce cas, le recrutement des enquêté·es s'est fait par des points d'entrée multiples : sollicitations d'ami·es ou parents d'ami·es ; demandes spontanées à des organisations professionnelles et à des médecins en libéral ou à l'hôpital par téléphone, mail, ou en me rendant directement sur place ; recrutement en boule de neige d'enquêté·es présenté·es par d'autres enquêté·es. Je n'ai qu'un contrôle relatif sur le processus de sélection des enquêté·es, et le matériau ne vise en aucun cas la représentativité de l'ensemble des

³⁹ Dans le chapitre 1, j'évoquerai cependant conjointement la négociation des terrains IVG et IMG, d'une part, car les accès aux terrains ont été liés, d'autre part, car cela permet de mieux saisir les relations d'enquête qui se sont constituées.

⁴⁰ J'ai réalisé deux entretiens avec six enquêté·es et trois entretiens avec une même enquêtée.

groupes professionnels étudiés. S’agissant des médecins, il a été constitué avec pour objectif de diversifier les positions vis-à-vis de l’avortement et de sa pratique (médecins utilisant la « clause de conscience », médecins militant·es ne faisant que des avortements, médecins ayant une pratique ponctuelle, etc.), l’avancement dans la carrière médicale, les lieux et modes d’activité, la participation aux institutions de la profession (SYNGOF, CNGOF, Association nationale des centres d’IVG et de contraception (ANCIC)), l’âge (48 ans en moyenne pour l’ensemble des médecins de l’enquête), le sexe, la région (les médecins enquêté·es se répartissent parmi toutes les régions françaises à l’exception de la Corse et des cinq départements et régions d’outre-mer). Les médecins enquêté·es ont principalement été choisi·es parmi ceux et celles qui pratiquent la gynécologie – pouvant donc être amené·es à réaliser ou refuser de réaliser des avortements – qu’ils et elles soient des gynécologues-obstétricien·nes, gynécologues médicales ou médecins généralistes. Des entretiens ont été réalisés avec des professionnel·les retraité·es afin d’essayer de retracer les évolutions depuis la légalisation de l’avortement et le rôle éventuel de la socialisation générationnelle.

Les quelques entretiens ethnographiques – discontinus – mis à part, tous durent entre 1h30 et 4h. 96 ont été enregistrés (la quasi-totalité des entretiens menés hors terrain ethnographique ainsi qu’une partie de ceux menés sur le terrain), puis retranscrits, les autres ont fait l’objet d’une prise de note continue pendant l’entretien⁴¹.

Le corpus total des 133 professionnel·les comprend 88 médecins, 16 sages-femmes, neuf infirmières, cinq secrétaires, cinq psychologues, quatre conseillères conjugales et familiales, trois assistantes sociales, deux aides-soignantes, un directeur financier. Le tableau 1 détaille la composition du corpus médecins :

Tableau 1 : Répartition des 88 médecins enquêté·es selon le sexe, la spécialité médicale, le statut et mode d’exercice (en pourcentage-colonne)⁴²

		N	%
Sexe	Femme	64	73
	Homme	24	27
Spécialité	Gynécologie-obstétrique	40	45
	Gynécologie	14	16

⁴¹ Le non enregistrement de certains entretiens sur les terrains d’observation ne résulte pas d’un refus de la part des enquêté·es mais d’une réticence de ma part à compromettre la fluidité de l’échange.

⁴² Les pourcentages sont arrondis si bien que le total n’équivaut pas forcément à 100 %.

	médicale		
	Médecine générale	26	30
	Autres ⁴³	8	9
Statut et mode d'exercice	Chef·fe de service de gynécologie-obstétrique	14	15
	Responsable d'unité d'IVG	6	7
	PH (non chef·fe de service ni responsable d'unité)	23	26
	Assistant·e - chef·fe de clinique	11	12
	Interne	14	15
	Praticien·ne attaché·e + exercice libéral ou salarié ⁴⁴	14	15
	Libéral exclusif	4	5
	Clinique	1	1
	Planning Familial	1	1
Total		88	100

Source : Mes données.

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

Les entretiens s'articulent de manière assez flexible autour de quatre thématiques. La première consiste à retracer en détail la trajectoire professionnelle et à récupérer certaines informations socio-démographiques. J'interroge les enquêté·es sur leur âge, origine sociale, conjugalité, parentalité, éducation et pratique religieuse, opinion politique (vote, positionnement vis-à-vis du féminisme, expérience du mouvement de dénonciation des violences gynécologiques), sur l'orientation professionnelle (en particulier le choix de

⁴³ Il s'agit de quatre psychiatres de maternité, deux anesthésistes de maternité, une généticienne, une médecin de santé publique.

⁴⁴ Une seule enquêtée a un exercice intégral de praticienne attachée en centre d'IVG.

spécialité médicale), leurs expériences militantes ou syndicales, leur lecture de la presse médicale, le type de contraception utilisée au cours de la vie et le fait d'avoir soi-même ou une partenaire eu recours à l'avortement (auquel cas je demandais de me le raconter), d'envisager ou non de le faire en cas de grossesse non prévue⁴⁵, les positions des parents et les discussions avec elles et eux sur les sujets de contraception, de sexualité et d'avortement, l'évolution de l'activité médicale et le choix du mode d'activité, la rémunération.

La deuxième thématique d'entretien est celle de l'activité médicale en elle-même, en particulier autour de l'avortement, mais pas seulement. J'interroge les enquêté·es sur leur travail quotidien, l'organisation de la structure dans laquelle il prend place, le nombre d'IVG qui y est pratiqué. Je leur demande de me raconter leur(s) première(s) IVG réalisée(s) s'ils et elles en ont des souvenirs, le contexte d'apprentissage du geste et des consultations, les relations avec leurs chef·fes et leurs co-internes à ce moment-là. Je leur demande de me raconter comment on pratique une IVG, combien ils et elles estiment en avoir fait, en totalité et dans les trois derniers mois, comment ils et elles orientent les avortantes vers telle ou telle méthode, s'ils et elles ont déjà refusé une demande d'IVG, si leur perception de l'avortement a évolué depuis le début de leur pratique, ce qu'il se passe quand une femme demande une IVG quelques jours après avoir dépassé le délai, s'ils et elles ont déjà été en contact avec des professionnel·les qui refusaient de réaliser les IVG, s'ils et elles participent aux procédures d'IMG, d'IMG pour détresse psychosociales en particulier, et comment ça se passe. Je leur demande s'ils ou elles ont déjà reçu des remarques négatives en raison de leur participation aux avortements, s'ils ou elles ont déjà craint pour leur carrière.

La troisième thématique d'entretien est celle du projet de loi alors en cours de discussion à l'Assemblée ou tout juste voté. Elle permet d'aborder la question du délai maximal de l'IVG et de l'avis sur l'évolution des modalités d'accès à l'avortement (semaine d'attente devenue optionnelle, entretien psychosocial devenu optionnel, existence d'un délai maximal, etc.). Elle permet aussi d'aborder, par la disposition du projet de loi accroissant les compétences des sages-femmes, les enjeux de relations professionnelles entre les quatre groupes professionnels de notre espace (gynécologues-obstétricien·nes, gynécologues médicales, médecins généralistes, sages-femmes). Je les interroge également sur leur connaissance des prises de position des organisations professionnelles (le collège et le syndicat des gynécologues-obstétriciens) et de l'existence des organisations professionnelles dédiées au travail d'avortement, et leur participation éventuelle à ces organisations.

La quatrième thématique d'entretien est celle du lien entre le travail d'avortement et le hors travail. J'interroge sur la manière de parler du travail d'avortement à ses proches –

⁴⁵ Je le demandais en fin d'entretien.

conjoint·es, parents, enfants, ami·es –, sur les discussions que cela a pu occasionner, sur la manière dont ils ou elles se présentent quand on les interroge sur leur travail.

Le déroulement d'entretien indiqué ici est schématique et que les questions posées et leur ordre ont varié selon la dynamique de l'entretien. Je n'abordais pas les entretiens de la même manière selon la position attendue de l'enquêté·e en matière d'avortement (notamment pour les rares dont je savais qu'ils et elles refusaient de les pratiquer), ou lorsque l'enquêté·e avait vécu les luttes pour la légalisation de l'avortement et les premières années de la loi Veil, ou lorsque l'entretien s'inscrivait dans une des trois ethnographies auquel cas les questions portaient également sur des situations observées en consultation et sur les relations interprofessionnelles au sein du service.

La multimodalité de l'enquête répond à un manque de données préexistantes sur lesquelles s'appuyer : l'espace professionnel relativement fragmenté de l'avortement n'a encore jamais été objectivé, l'histoire qui en est faite s'arrête aux années 1970, les analyses sur les professionnel·les de l'avortement aujourd'hui ne sont proposées qu'au détour de recherches centrées sur les avortantes, sur la gynécologie plus largement, ou se concentrant sur un seul groupe professionnel, dominé dans la division du travail (les conseillères, les sages-femmes). J'ai fait le choix de centrer l'analyse sur le mode de prise en charge majoritaire de l'avortement – l'hôpital – tout en réalisant des entretiens dans les autres contextes de travail, notamment le cabinet libéral, afin de saisir les structures de l'espace professionnel. L'articulation d'une enquête par entretiens à spectre large et du focus ethnographique a permis par ailleurs d'articuler précisément position dans le champ et pratiques concrètes. Ce n'est donc pas par « quantitativisme honteux » (Beaud, 1996 : 232), volonté d'exhaustivité ou de représentativité, que j'ai accumulé les entretiens, mais parce qu'il est parfois nécessaire de produire beaucoup de données pour saisir un espace social dans sa complexité.

L'enquête mobilise également l'analyse des communiqués et bulletins d'organisations scientifiques et représentatives de la profession médicale, trois d'entre elles en particulier. Le Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF) est la principale société savante de gynécologie. Créé en 1970, composé de neuf commissions spécialisées (dont une commission « orthogénie »), il prend position au nom de tou·tes les praticien·nes et est très écouté des pouvoirs publics (Dougnet et Vilbrod, 2021). Ses communiqués et recommandations sont lues, ou du moins connues, de la plupart des gynécologues hospitalier·es diplômé·es rencontré·es.

Le syndicat des gynécologues et obstétriciens de France (SYNGOF) est le principal syndicat de la profession. Il revendique 1600 adhérent·es soit près d'un quart des

gynécologues français. Le SYNGOF est particulièrement actif dans la défense du périmètre des compétences des professionnels qu'il rassemble, et il est régulièrement aux avant-postes de la contestation de l'extension de celles attribuées aux sages-femmes (Douguet et Vilbrod, 2021).

L'Association nationale des centres d'IVG et de contraception (ANCIC) est une association pluridisciplinaire de professionnel·les de santé travaillant autour de l'avortement, fondée en 1979. J'en retracerai l'histoire et le rôle en détail dans le cours de la thèse. J'ai réalisé deux jours d'observation aux Journées de l'ANCIC, son congrès biennal, à Grenoble, les 25 et 26 mars 2022.

Par ailleurs, j'ai négocié l'accès aux données comptables de huit grands hôpitaux de région parisienne. J'en mobiliserai l'analyse pour éclairer les enjeux financiers qui entourent l'organisation de l'activité d'IVG.

C. L'analyse secondaire des données de l'enquête statistique Fécond

Je mobilise également les données du volet « Médecins » de l'enquête statistique Fécond réalisée en collaboration par l'INSERM et l'INED en 2011, dirigée par Nathalie Bajos et Caroline Moreau, coordonnée par Aline Bohet. L'enquête porte sur les pratiques des médecins en santé sexuelle et reproductive en France⁴⁶. Elle est menée auprès d'un échantillon représentatif de 1011 gynécologues-obstétricien·nes, gynécologues médicales et médecins généralistes ayant une activité – partielle ou exclusive – en cabinet libéral. Quatre groupes de questions ont trait à l'IVG : les médecins sont interrogé·es sur leur pratique des IVG selon les différentes méthodes possibles⁴⁷, sur le fait d'avoir déjà eu recours, soi-même ou l'une de ses partenaires, à l'IVG, sur le fait de se sentir bien préparé·e par sa formation à la pratique de l'IVG médicamenteuse, et sur l'accord avec l'affirmation suivante : « L'IVG devrait être autorisée jusqu'au 2^{ème} trimestre de grossesse comme dans d'autres pays ». À ce jour, ces données « Médecins » ont été très peu exploitées⁴⁸, et les questions portant sur l'avortement n'ont fait l'objet d'aucune publication.

⁴⁶ Je renouvelle mes remerciements à Nathalie Bajos et Aline Bohet pour m'y avoir accordé l'accès, ainsi que, plus largement, à toutes les personnes ayant travaillé à la constitution de cette base de données.

⁴⁷ Avec pour limite le fait que les médecins n'ont pas à quantifier leur pratique, ce qui ne permet pas de différencier les professionnel·les occupant des postes dédiés à l'avortement de celles et ceux qui n'en font que très ponctuellement.

⁴⁸ Il n'existe qu'un seul article exploitant une partie des données, à ma connaissance. Il porte sur les pratiques contraceptives et de prescriptions contraceptive des médecins (Roux *et al.*, 2017).

Tableau 2 : Caractéristiques socio-professionnelles, formation, opinion et pratique de l'IVG des médecins de l'enquête Fécond en fonction de leur spécialité, en pourcentage-colonne

		Gynécologues (n=416)	Généralistes (n=595)
Sexe	Femme	71	39
	Homme	29	61
Âge	30-39 ans	4	12
	40-49 ans	6	22
	50-54 ans	26	20
	55-59 ans	34	23
	+ de 60 ans	30	23
Spécialité	Gynécologie obstétrique	53	-
	Gynécologie médicale	47	-
Pratique l'IVG médicamenteuse en ville		20	6
Pratique l'IVG chirurgicale sous anesthésie générale		20	5
Favorable à l'IVG jusqu'au 2^{ème} trimestre		12	32
Estime que sa formation l'a bien préparé·e à la pratique de l'IVG médicamenteuse		61	18

Champ : médecins généralistes et gynécologues exerçant en cabinet de ville en France métropolitaine.

Source : enquête Fécond, volet « Médecins », INSERM-INED.

Lecture : 20 % des gynécologues de l'échantillon déclarent réaliser des IVG médicamenteuses en ville dans leur pratique quotidienne.

Le taux de réponse (45 %) est plutôt bon pour une enquête portant sur des médecins du fait de la rémunération au prix d'une consultation de la réponse au questionnaire et peut-être de la réputation des deux instituts de recherche, mais il justifie tout de même la prudence dans l'utilisation descriptive des données et dans leur généralisation à l'ensemble de la population des gynécologues et généralistes : les médecins ayant répondu au questionnaire sont probablement plus intéressé·es par les questions de santé sexuelle et reproductive que la moyenne. Je privilégierai donc l'analyse relationnelle permettant d'identifier certains déterminants de la pratique médicale de l'IVG, du soutien et de l'opposition des médecins à

l'allongement du délai maximum d'IVG, auxquels je proposerai des explications au moyen de l'enquête qualitative. Pour cela je construis des modèles de régression logistique sur deux populations, celle des gynécologues et celle des généralistes, visant à identifier les facteurs déterminant la pratique de l'IVG médicamenteuse, de l'IVG instrumentale, et du soutien à l'allongement du délai. Les variables contrôlées par le modèle sont le sexe (homme ou femme), l'âge (moins ou plus de 55 ans), le fait d'être en couple, d'avoir des enfants, d'avoir soi-même ou une de ses partenaires eu recours à l'IVG, le lieu de résidence de sa patientèle (ville de plus de 100 000 habitants, de moins de 100 000 habitants, milieu rural), le fait d'avoir eu une activité de recherche ou d'enseignement à l'université dans les 10 dernières années, le secteur d'exercice, le fait d'exercer seul·e ou non. J'en présenterai et discuterai les résultats dans le corps de la thèse.

D. Encore une thèse sur les médecins !

Ce travail s'appuiera en premier lieu sur l'étude des pratiques, des discours et des trajectoires de médecins. De sages-femmes aussi, quoique dans une moindre mesure, celles-ci n'étant que récemment devenues prescriptrices et encore plus récemment opératrices dans le travail d'avortement, et la thèse de Myriam Borel (2023) ayant déjà traité de manière détaillée de ce groupe professionnel. J'ai bien conscience du « tropisme médical » de la recherche en sciences sociales de la santé et du « biais [...] qui tend à sur-spécifier le métier de médecin » (Bouchayer, 2010 : 171, 184) et à sous-étudier le travail des « petit·es », que je participe ici à reproduire. J'ai pourtant consacré une part importante de mon temps d'ethnographie à observer le travail des secrétaires médicales, aides-soignantes, infirmières, conseillères et psychologues, à gagner leur confiance et à échanger avec elles. L'observation du travail d'avortement en centre d'IVG laisse voir en effet que celui-ci est loin de se résumer à un « geste » médical, qu'il mobilise tout autant ces autres professionnelles que les médecins, et je décrirai en détail leur rôle dans la division du travail et dans ses variations locales dans les centres étudiés, analyserai leurs pratiques de travail dans l'accueil et la prise en charge des avortantes. Dans la mesure où la capacité des médecins à s'imposer aux patient·es dépend en partie de leur position de domination et de coordination de la division du travail de santé, qu'elle varie d'un centre à un autre selon la composition des équipes paramédicales, que les infirmières participent à la socialisation professionnelle des internes (Vega, 2000), il sera indispensable d'analyser les rapports de pouvoir non seulement intra mais aussi interprofessionnels, entre médecins, sages-femmes, infirmières (Hughes, 1996b [1971] ; Paillet, 2007), aides-soignantes (Arborio, 1994, 2012 [2001] : 124) et secrétaires (Avril, 2019)

pour comprendre celui qui s'exerce sur les patient·es. Je m'interrogerai sur ce que l'analyse de leur travail apporte à ou peut-être contredit de l'idée de domination médicale. En retour, je montrerai comment l'analyse de la domination médicale permet d'éclairer le travail de ces autres professionnelles à qui le « travail de contrainte » (Lechevalier Hurard, 2013) peut être délégué sous la forme d'un « pouvoir dominé » (Bourdieu, 1980 : 188).

Pour autant, je ne leur donne pas la même place dans ce manuscrit qu'aux médecins ni qu'aux sages-femmes. D'abord pour une raison tout à fait pragmatique : je ne peux pas, dans le cadre d'une recherche doctorale, approfondir l'analyse d'une dizaine de groupes professionnels. Ensuite, parce que si elles peuvent influencer les modalités de prise en charge des avortements (dans le CIVG 1 en particulier où les infirmières avec le plus d'ancienneté ont un réel pouvoir sur l'organisation du service, sur le travail de leurs collègues et sur les avortantes), elles peuvent rarement le faire avec la même intensité que les sages-femmes réalisant des consultations et surtout que les médecins. Enfin, parce que les médecins, et depuis 2016 les sages-femmes, ont une position clé dans l'organisation de l'accès à l'IVG et en sont les facteurs limitants : ils et elles sont parfois les seul·es professionnel·les rencontré·es pour accéder à l'IVG (en libéral notamment), et le manque de médecins ou de médecins volontaires limite considérablement l'accès à l'IVG dans certains endroits. D'où le choix d'une analyse qui, tout en s'intéressant au système professionnel plus large en particulier dans son volet ethnographique, reste relativement médecins-centrée.

E. L'avortement sans les avortantes ?

Peut-être s'étonnera-t-on également de la place donnée aux avortantes. Elles sont, en effet, extrêmement présentes dans l'enquête et dans l'analyse sans jamais être à proprement parler des enquêtées. Je n'ai réalisé aucun entretien auprès d'elles et n'ai rarement échangé plus que les quelques phrases de présentation de ma recherche avec elles. Ce statut que je leur donne apparaît dans mon choix d'anonymisation : les professionnel·les sont désigné·es par leur prénom quand les avortantes sont désignées par une initiale de nom de famille (« Mme T. », « Mme E. »...) et par les informations variables, souvent sommaires et incomplètes, dont je dispose : toujours, l'apparence vestimentaire, la couleur de peau⁴⁹, l'hexis corporelle, la langue et la manière de parler ; souvent : l'âge, le terme de la grossesse ; parfois : la profession, la situation conjugale et familiale. Ce sont les professionnel·les, et non les avortantes, que je suis avant et après les consultations et blocs opératoires et avec qui

⁴⁹ Quand les professionnel·les désignent entre eux et elles, ou auprès de moi, l'avortante à partir de sa nationalité supposée ou de catégories racialisantes (« Africaine », « Maghrébine », « Asiatique », etc.), je l'indique. Lorsqu'elles ne sont pas désignées ainsi ouvertement j'indique la couleur de peau telle que je la perçois.

j'échange sur les pratiques que j'observe. C'est là une limite de mon dispositif d'enquête : mon accès aux expériences des avortantes est borné aux signes extérieurs qu'elles en donnent dans le cadre de la prise en charge – paroles et émotions exprimées⁵⁰.

En 1982, François-André Isambert présentait comme « une banalité de bon sens » le fait qu'il faille centrer l'étude de l'avortement « sur l'analyse de la conduite de la femme qui avorte ». Aujourd'hui, la série de travaux évoquée plus haut portant principalement ou intégralement sur les femmes recourant à l'IVG, et le manque de recherches sociologiques étudiant les professionnel·les justifie, je crois, mon choix d'étudier principalement non pas celles qui vivent l'avortement mais celles et ceux qui en vivent. Le renoncement, assumé dès le projet de thèse, à mener une enquête symétrique m'a permis de viser un plus grand niveau de détail dans l'analyse des trajectoires et pratiques professionnelles.

V. L'organisation générale de la thèse

Cette thèse prend donc pour point de départ l'étonnement face à la capacité des médecins à s'imposer aux patient·es alors que, dans l'avortement, ils et elles n'en ont ni le mandat, ni, pour beaucoup, l'intention. Sur le plan empirique, elle étudie l'avortement non pas par le prisme des femmes qui y recourent mais par celui des professionnel·les qui le pratiquent. Sur le plan théorique, elle se place à la croisée d'une sociologie structurale du travail et d'une sociologie politique de la domination, en faisant l'hypothèse que ce croisement permettra d'analyser les formes concrètes du pouvoir médical, sa banalisation, sa transmission, sa reproduction et ses transformations, et ainsi de comprendre la production médicale des inégalités et des limites pratiques qui subsistent dans l'accès à l'avortement.

Elle se divise en neuf chapitres. Le **chapitre 1** vise à décrire précisément la procédure de recours à l'IVG, à donner des éléments de cadrage sur l'organisation matérielle, spatiale et temporelle du travail d'avortement en centre d'IVG, en évoquant les enjeux de négociation de ma présence et de mon positionnement sur le terrain.

Les chapitres 2, 3 et 4 portent sur le rapport des médecins à l'avortement et à sa pratique en analysant l'espace professionnel dans lequel elle prend place. Le **chapitre 2** retrace la genèse de cet espace professionnel depuis la fin du XIXe siècle en France. Il analyse la médicalisation de l'avortement comme un processus. La constitution du monopole médical de la pratique légale de l'avortement par la loi Veil n'est qu'une étape avant l'institutionnalisation progressive du travail d'avortement dans le sous-champ de la

⁵⁰ À ce titre, ma recherche est particulièrement complémentaire de celle de Laurine Thizy portant sur l'expérience de la stigmatisation à partir d'un matériau principalement composé d'entretiens approfondis menés auprès des avortées.

gynécologie au cours des cinquante dernières années et la marginalisation des oppositions médicales à l'avortement. Le **chapitre 3** s'intéresse au goût et surtout au dégoût exprimé par les médecins à l'égard de la pratique des IVG. Il montre comment la position occupée dans l'espace professionnel façonne des intérêts et des dispositions différentes à participer au travail d'avortement. Il analyse en particulier comment les gynécologues-obstétricien·nes, dominant·es du champ, « salissent le boulot », empêchant ainsi de céder un moyen de valorisation symbolique avec le travail d'avortement qu'ils et elles délèguent aux professionnel·les dominé·es. Le **chapitre 4** se concentre sur un segment professionnel particulier de l'espace, celui des « avorteurs » et « avorteuses », médecins qui se spécialisent dans la pratique des IVG – à la différence de ceux et celles qui ne pratiquent des IVG que ponctuellement, à la marge de leur activité de gynécologie. Il retrace la trajectoire sociale de ces médecins et analyse la lutte pour la reconnaissance de leur expertise et pour l'obtention d'un capital symbolique spécifique – apparaître comme les meilleur·es allié·es des femmes – qui les oppose, dans les arènes professionnelles et politiques, aux gynécologues-obstétricien·nes.

Le **chapitre 5** porte sur la définition que se donnent les professionnel·les de l'IVG de leur travail, outrepassant une position de simples prestataires d'un service pour faire du travail d'avortement un travail d'éducation des avortantes. Il analyse la psychologisation de l'avortement comme un de ses modes de politisation privilégiés en montrant les enjeux professionnels qu'il recoupe (et ceux de son mode de politisation concurrent, la banalisation de l'avortement).

Les deux chapitres suivants partent du constat de la diversité des pratiques entourant la prise en charge selon les services, les professionnel·les, et les femmes qui demandent l'avortement, pour tenter de caractériser le pouvoir médical. Le **chapitre 6** en étudie la dimension légale, en objectivant la marge de manœuvre laissée aux médecins par la nécessaire interprétation de la loi dans des normes et dispositifs applicables localement. Il détaille notamment l'exemple éloquent des choix, différents selon les centres enquêtés, de la méthode de calcul du terme des grossesses et des importantes variations d'accès aux soins que cela crée. Le **chapitre 7** aborde les pratiques interactionnelles de pouvoir par lesquelles les médecins tentent de se faire obéir des avortantes, ou délèguent cette tâche aux professions subalternes : conseils appuyés, rétention d'information et mensonge, travail émotionnel visant à susciter la crainte des complications, etc. Il aborde en particulier la manière dont les médecins orientent ou contraignent le « choix », par les avortantes, de la méthode d'IVG.

Le **chapitre 8** considère l'intersection du rapport de domination médicale et des autres rapports de pouvoir, en rendant compte de l'activité de catégorisation et de différenciation du

travail au guichet de l'avortement, ainsi que des inégalités de santé qui en résultent dans leur dimension tant prescriptive (le traitement médical que l'on reçoit) qu'interactionnelle (la manière dont on est traitée et dont les modalités de l'avortement sont, ou non, imposées).

Enfin, le **chapitre 9** porte sur la socialisation médicale, qu'il considère sous l'angle des processus d'intériorisation, par apprentissage explicite comme par habitude pratique, de dispositions à dominer par les médecins – c'est-à-dire autant des manières de s'imposer que du sentiment de légitimité à le faire – et d'une position dominée par les profanes. En analysant la socialisation médicale, il éclaire autant les évolutions que la reproduction de la domination.

VI. Choix terminologiques et anonymisation

Quelques choix d'écriture méritent d'être explicités. Le terme d'avortante permet de désigner les femmes dans le processus d'avortement (y compris quand celles-ci seront *in fine* déboutées), à la différence de celui d'avortée qui désigne le recours passé. Il tend à réduire les femmes en question à leur action abortive et pourrait avantageusement – mais laborieusement, d'où mon choix de ne pas le faire à l'échelle de cette thèse – être remplacé par « femmes-qui-avortent » ou « femmes-qui-demandent-un-avortement »⁵¹. Contrairement aux professionnel·les enquê·té·es, je ne les désigne pas comme des « patientes » car leur constitution comme telles, par la pathologisation et la médicalisation de l'avortement, est justement l'un des objets de l'analyse. Je réserverai ce terme aux propositions visant à monter en généralité, portant sur la relation thérapeutique au-delà du cas de l'avortement. Je les désigne au féminin car aucun homme trans ni personne non binaire n'a été observé·e dans cette enquête – sans doute recourent-ils ou iels pour beaucoup à des parcours de soins plus ciblés que l'hôpital, auquel cas l'étude de leur recours à l'avortement supposerait un dispositif d'enquête spécifique.

La désignation du produit de la grossesse est un objet de lutte sur mon terrain – et plus largement dans des débats scientifiques, philosophiques ou politiques – entre des professionnel·les qui emploient des termes visant à activement dévaloriser (l'« amas de cellules », le « résidu d'aspiration », le « truc »), et ceux et celles qui humanisent (le « bébé », l'« enfant à naître »). J'ai fait le choix du terme « fœtus ». Si Simone Bateman (2006), Nathalie Bajos et Michèle Ferrand (2006a) ont reproché à Luc Boltanski, en utilisant ce terme, d'indifférencier des situations distinctes – par exemple en analysant les réactions de médecins face à une grossesse de 22 semaines de la même manière que face à une grossesse à

⁵¹ Pour la même raison que Jérôme Courduriès choisit de désigner les femmes porteuses des « femmes-qui-portent » (Courduriès, 2020 : 50).

un terme éligible à l'IVG – je crois que ma démarche évite cet écueil : il ne s'agit pas d'identifier une « condition fœtale » (Boltanski, 2004), mais au contraire d'étudier les représentations et les pratiques qui entourent l'avortement selon les modalités de la grossesse (et les caractéristiques de l'avortante), dont je spécifie presque toujours le terme. Parler de « fœtus » correspond bien à un milieu – je ne prétends pas qu'il soit « juste » ou neutre – entre les opérations de catégorisation profane qu'il s'agira précisément d'analyser⁵².

Les noms des enquêté·es ont été intégralement modifiés, en conservant ce que le prénom comporte de propriétés sociales. Je me suis notamment appuyé sur l'outil proposé par Baptiste Coulmont, qui regroupe les prénoms ayant des profils similaires de réussite au bac⁵³. L'anonymisation repose également sur la modification de certains détails dans la biographie des professionnel·les et dans la structure des centres étudiés. Aucune information identifiante n'a été récoltée au sujet des avortantes (aucun nom ni prénom, notamment), cette recherche n'est donc pas une enquête sur des « données de santé » à la réglementation spécifique. Elle a toutefois été validée par le comité d'éthique de l'INSERM. L'anonymisation des enquêté·es vise à protéger leur vie privée. Elle ne peut malheureusement pas garantir que les enquêté·es des trois centres ne puissent pas reconnaître leurs collègues du fait d'une interconnaissance trop forte – à l'instar des enquêtes proposant des monographies de famille (Béliard et Eidelman, 2008). Pour limiter ce risque, j'ai parfois choisi d'attribuer à d'autres enquêté·es sociologiquement proches, pioché·es dans l'enquête par entretiens menée hors des trois centres observés, des propos sensibles tenus dont je pensais qu'ils pouvaient être ignorés par le reste de l'équipe. Par ailleurs, j'ai renoncé à exploiter les retranscriptions d'entretiens et les observations de consultation de deux enquêté·es qui m'en ont fait la demande suite à la lecture de mon premier article – je le leur avais envoyé – dont le propos leur a déplu. Je reviendrai en conclusion de la thèse sur la réception de mon travail par les enquêté·es et plus largement par les médecins, et les questionnements qu'elle soulève.

⁵² Des chercheuses féministes refusent les termes qui sous-entendent une existence indépendante, une distinction franche, entre le fœtus et la femme enceinte, en considérant que le premier ne préexiste pas comme un objet indépendant qui interagirait avec la seconde. Elles prônent l'emploi de termes comme « *motherfetus* » (Takeshita, 2017).

⁵³ Accessible à l'adresse <https://coulmont.com/bac/>.

Chapitre 1 : Le travail d'avortement c'est toujours un drame... social

Les portes automatiques de la salle octogonale coulissent et Mme A. entre dans le « petit bloc » – les professionnel·les le désignent ainsi par opposition au « gros », celui des gynécologues-obstétricien·nes et de la « vraie » chirurgie, des lumières blanches, des paroles échangées en chuchotant, des programmes opératoires pleins à craquer et des protocoles de stérilisation. Ici, l'espace et les comportements sont moins aseptisés : il n'est pas rare qu'on y rie, parle fort, aille et vienne – la porte reste parfois grande ouverte – et on peut laisser l'avortante écouter de la musique sur son téléphone. On ne se change pas, tout au plus enfle-t-on un masque, des surchaussures et un calot. Aujourd'hui, c'est Flora, l'une des neuf infirmières de la maternité qui travaillent à tour de rôle au centre d'IVG, qui guide les femmes jusqu'à la table d'opération au centre de la pièce. Mme A. a 17 ans et c'est sa première IVG. Par souci de rapidité et de discrétion, ne voulant pas avorter chez elle – elle cache l'IVG à ses parents –, elle a choisi la méthode instrumentale sous anesthésie locale (AL). Appuyée sur le bras de l'infirmière, elle avance par tout petits pas très lents, sonnée par les nausées et les médicaments que Flora lui a donnés, ibuprofène, paracétamol, un anxiolytique et une « petite dose » de morphine. Elle n'est vêtue que d'une blouse d'hôpital et d'une culotte qu'elle enlève avec l'aide de l'infirmière une fois allongée sur la table. Flora et Annabelle, l'aide-soignante, lui posent une bouillotte chaude et une couverture sur le ventre puis l'installent en « position gynécologique », jambes relevées, écartées, demi-pliées, placées sur les deux repose-jambes. Entre alors Lise, la médecin généraliste – et par ailleurs responsable du centre – qui a reçu Mme A. en consultation pré-IVG trois jours plus tôt. Alison, l'interne, l'accompagne et observe en silence. La médecin sourit à Mme A., demande : « vous voulez toujours l'interruption ? ». La jeune femme acquiesce en pleurant sans bruit. Lise tamise la lumière du scialytique, s'assoit sur un tabouret entre les jambes de l'avortante et commence à désinfecter l'intérieur des cuisses et la vulve de Mme A. à l'aide de cotons imbibés de Bétadine qu'elle jette ensuite dans un sac à ses pieds. « Est-ce que vous êtes d'accord pour que je pose le spéculum ? Est-ce que ça va pour vous comme ça ? ». Nouveaux acquiescements muets. Dans le silence du bloc, du bout de pinces métalliques, Lise tamponne d'autres cotons jaunes-orangés sur le fond du vagin de Mme A. Elle y pique une aiguille et injecte l'anesthésiant qui insensibilise le col de l'utérus. En attendant que le produit agisse – deux ou trois minutes suffisent – Flora caresse le front de Mme A. et essuie les larmes qui coulent sur ses joues tout en lui parlant à voix très basse. Elle lui explique les gestes de Lise lorsque celle-ci se saisit des bougies de dilatation – de fines baguettes métalliques de tailles différentes – disposées par Annabelle sur une petite tablette. La médecin les insère dans le col puis immédiatement les retire, une par une par ordre croissant de diamètre, afin de ménager un accès à l'utérus. À la jeune femme, à nouveau : « vous nous faites un petit signe quand vous êtes prête pour qu'on commence ? ». Elle introduit une sonde semi-rigide – la canule d'aspiration – dans l'orifice et enclenche le moteur. Immédiatement, le tube de plastique transparent se colore, rouge du mélange de sang et de débris de fœtus contenu dans l'utérus qui remonte progressivement vers le bocal situé à son extrémité, destiné à recevoir le « produit d'aspiration ». La canule à la main, Lise répète un mouvement simultané de va-et-vient et de rotation du poignet. Une quinzaine de secondes après l'avoir allumé, elle éteint le moteur et retire la canule : « c'est presque fini ». Elle place la sonde d'échographie que lui tend Annabelle sur le bas-ventre de Mme A. et constate, satisfaite, la

« vacuité utérine ». « C'est tout bon », dit-elle doucement avant de venir au côté de l'avortante poser une main sur son épaule, une autre sur son ventre, lui demander comment elle se sent et la féliciter de s'être « si bien débrouillée ». Pendant qu'Annabelle nettoie les surfaces, stérilise le matériel et prépare la salle pour la prochaine IVG et que Lise rédige le compte-rendu d'opération sur l'ordinateur du bloc en débriefant avec l'interne, Mme A. se redresse doucement et quitte le « petit bloc » au bras de Flora pour rejoindre sa chambre, 11 minutes après y avoir pénétré. La suivante peut entrer. (CIVG 3, juin 2022)

La définition d'une situation et de ce qui s'y joue dépend du point de vue adopté : de même que « ce qui est un jeu pour le golfeur est un travail pour le caddy » (Goffman, 1991), le sens donné à l'avortement n'est pas le même pour la femme qui y a recours, l'infirmière qui la rassure, le ou la médecin qui tient la canule, l'interne qui apprend à le faire, l'aide-soignante qui vide le bocal du produit d'aspiration, l'ethnologue qui observe la scène en silence dans un coin de la pièce. L'avortement n'est pas qu'un moyen plus ou moins pénible d'éviter la procréation : c'est aussi un travail, parfois routinier et ennuyeux. L'urgence des femmes en demande d'IVG est le quotidien des professionnel·les en centre d'IVG.

Ce décalage entre la perspective des bénéficiaires et celle des prestataires d'un service, entre l'expérience de la singularité de sa demande – et l'attente qu'elle soit traitée comme telle – et le détachement que produit l'habitude, est l'une des dimensions de ce qu'Everett Hughes nomme le « drame social du travail » (1996a). L'analyse que lui-même illustre par l'exemple du médecin et de son patient est d'autant plus pertinente en matière d'avortement que le recours à celui-ci est ponctuel sinon unique¹ et qu'il s'agit à l'inverse d'un travail peu varié, répété des centaines de fois dans l'année, pour les professionnel·les qui occupent des postes dédiés à cela. La seconde dimension du « drame » repose sur l'idée que le travail n'est pas qu'un geste technique mais un faisceau de tâches qui impliquent la participation de plusieurs individus en interaction dont les intérêts et le sens donné au travail diffèrent². Le travail d'avortement ne se réduit pas aux quelques secondes où le contenu utérin est aspiré par le ou la médecin. D'une part, parce que la prise en charge s'étale souvent sur plusieurs jours et que le geste médical d'interruption, chirurgical ou médicamenteux, n'est que l'un des éléments, d'ailleurs souvent décrit par les professionnel·les comme secondaire, d'un arc de travail centré sur l'inculcation de dispositions médico-sociales. D'autre part, car il mobilise autant le ou la médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme que des secrétaires, conseillères conjugales et familiales (CCF), infirmières, aides-soignantes, anesthésistes. Dès 1982, Annik Houel et Brigitte Lhomond mettaient en garde contre la rhétorique du geste (au

¹ En France, 19,4 % des femmes avortent une seule fois, 9,5 % des femmes avortent deux fois et 4,1 % trois fois ou plus au cours de leur vie (Mazuy *et al.*, 2015).

² Hughes prend également l'exemple d'un doctorant et de son directeur de thèse.

singulier) sous responsabilité morale ou technique des seul·es médecins, invisibilisant les actrices et acteurs non médicaux de ce travail :

« Ce sont eux les seuls acteurs réels, ceux qui pratiquent l’avortement, qui agissent sur le corps. Les autres personnages apparaissent comme inutiles, ou du moins non primordiaux. Les conseillères, secrétaires, qui interviennent avant et après l’avortement, toutes ces femmes qui parlent, questionnent mais ne les “touchent” pas, sont renvoyées à un statut secondaire qui rehausse par-là celui du médecin, personnage détenteur d’un pouvoir vu comme masculin (même s’il s’agit d’une femme) » (1982 : 495).

Si cette thèse prend le parti de resserrer l’analyse sur le rapport des médecins à l’avortement, leurs pratiques doivent être placées dans le contexte du collectif de travail dans lequel elles s’inscrivent, du moins en centre d’IVG.

Dans la lignée des ethnographies hospitalières classiques (Glaser et Strauss, 1965 ; Vega, 2000 ; Peneff, 2005b [1992] ; Paillet, 2007 ; Arborio, 2012 [2001]), ce chapitre pose la description des pratiques concrètes et modes d’organisation comme un préalable à l’analyse sociologique du travail de soin et, dans la perspective qui nous intéresse dans cette thèse, des rapports de domination qui l’accompagne. Il y a là trois buts. D’abord, faire entrer les lecteurs et lectrices dans le centre d’IVG et les familiariser avec les modalités de la prise en charge contemporaine de l’avortement (I.). Ensuite, en posant le cadre matériel, spatial et temporel dans lequel l’avortement s’organise comme un travail collectif – avec ses règles, ses outils, ses horaires et cadences, ses répétitions, ses équipes, son partage de tâches, ses formes de délégation et les conflits que cela peut susciter (II.). Enfin, ce chapitre liminaire donnera à voir le type de données ethnographiques – le terrain – produites dans le cadre de ce travail doctoral et les conditions dans lesquelles elles l’ont été, tout en abordant certaines des questions épistémologiques et méthodologiques que cette enquête soulève (III.). Si certaines caractéristiques organisationnelles des trois centres sont présentées dès ce chapitre, il ne s’agit pas, à ce stade, de faire l’analyse des variations du travail d’avortement. Les informations pertinentes distinguant les trois terrains ethnographiques seront rappelées et approfondies plus avant dans la thèse.

I. Les étapes de l’IVG à l’hôpital

L’accès à l’IVG est parfois décrit comme un « parcours de la combattante »³. La formulation est critique et pointe la longue succession d’entretiens et consultations, semée d’obstacles voire d’obstructions volontaires, qui rendrait éprouvante sinon hasardeuse

³ Par exemple, dans la thèse de Marie Mathieu (2016) ou dans le titre du troisième volet de l’émission « Avortement, le pouvoir du médecin » de *La Série documentaire* du 10 mars 2020.

l'obtention d'une IVG. Si les pratiques visant à empêcher les femmes d'accéder à l'IVG sont rares dans les structures qui y sont dédiées, il y a bien un ensemble d'étapes qu'une femme en demande d'avortement dans un centre d'IVG doit franchir, qui sont autant de moments du travail d'avortement. Je les retrace ici de manière séquentielle.

A. L'accueil

Les femmes contactent le centre d'IVG quand elles pensent ou savent être enceintes du fait, le plus souvent, d'une aménorrhée ou, pour certaines, de la réalisation d'un test urinaire (acheté en pharmacie), d'un test sanguin (réalisé en laboratoire) ou d'une échographie (faite auprès d'un·e praticien·ne en libéral). Elles appellent le secrétariat du centre d'IVG ou s'y rendent physiquement pour prendre rendez-vous. Une secrétaire estime alors le terme de la grossesse selon les informations que lui donne la femme afin de s'assurer que la demande est recevable (qu'elle n'est pas hors délai d'IVG) et d'en déterminer le degré d'urgence. Celles dont il est probable qu'elles aient dépassé le seuil légal de l'IVG sont encouragées à se rendre plutôt au Planning Familial, celles qui s'approchent du seuil limite se voient donner un rendez-vous rapidement (parfois le jour-même). Quand elles viennent le jour de leur premier rendez-vous, les avortantes passent par le secrétariat, où les secrétaires constituent leur dossier, avant de patienter en salle d'attente jusqu'à ce qu'un·e médecin ou sage-femme les appellent.

B. La consultation pré-IVG

Il s'agit de la première consultation avec un·e médecin ou sage-femme. Elle suit un script implicite dont les professionnel·les s'écartent peu, guidé·es par un dossier informatisé dont ils et elles remplissent, dans l'ordre, les items. Ce script commun est le suivant :

1. Formulation de la demande d'avortement.
2. Recueil d'informations médicales générales – familiales et personnelles – puis spécifiques aux antécédents gynécologiques.
3. Choix de la contraception à adopter après l'IVG.
4. Datation de la grossesse (échographie).
5. Choix de la méthode d'IVG.
6. Programmation de l'IVG.

7. Explications de la suite du parcours, signature d'un formulaire de consentement, remise des ordonnances.

Après avoir accueilli l'avortante par une question (« Qu'est-ce que je peux faire pour vous ? ») visant à lui faire formuler le motif de sa demande, les professionnel·les interrogent (on parle d'« interrogatoire ») les avortantes sur leurs antécédents médicaux familiaux et personnels généraux puis spécifiques à la gynécologie et à l'obstétrique : nombre d'IVG réalisées, de grossesses arrêtées (ou « fausses couches »), d'accouchements, date de chaque accouchement et son déroulement, date des premières règles, date des dernières règles, niveau de douleur pendant les règles, contraception utilisée par le passé. Les antécédents de l'avortante pourront déterminer certaines modalités de l'IVG.

La partie la plus longue de la consultation pré-IVG est celle consistant à « discuter l'échec contraceptif » (Mathieu, CIVG 3), c'est-à-dire à en comprendre les causes. Après avoir interrogé l'avortante sur la contraception ou l'absence de contraception au moment de la survenue de la grossesse non prévue, le ou la professionnel·le lui explique les différentes méthodes contraceptives, ou une partie de celles-ci, essayant fréquemment de la convaincre d'adopter, après l'IVG, la méthode qu'il ou elle estime la plus adaptée.

Puis la grossesse est datée, que l'avortante dispose déjà ou non d'une échographie réalisée en libéral. En centre d'IVG, la datation de la grossesse se fait systématiquement par mesure échographique. L'avortante est installée sur le fauteuil de gynécologie dont chaque salle de consultation est pourvue et découvre son ventre pour une échographie sus-pubienne ou abdominale – externe – ou se déshabille partiellement pour une échographie endovaginale – interne –, selon les pratiques des professionnel·les. Le son de l'échographe est toujours coupé⁴ et, sauf demande explicite de l'avortante, elle ne voit pas l'image échographique.

La grossesse datée, il est possible de définir la méthode d'IVG. Plusieurs facteurs interviennent tels que la disponibilité des méthodes⁵, les éventuelles contre-indications médicales, le terme de la grossesse, les préférences de l'avortante, les préférences du ou de la médecin ou sage-femme, les délais d'attente selon les méthodes – l'attente pour l'IVG instrumentale, nécessitant une place au bloc opératoire, étant toujours supérieure à celle pour l'IVG médicamenteuse. Il faut ensuite « programmer » l'IVG, c'est-à-dire convenir d'une date selon les places au bloc opératoire – pour la méthode instrumentale – et les disponibilités de l'avortante.

⁴ Les témoignages de femmes à propos d'échographistes ayant fait écouter les battements du cœur concernent toujours des professionnel·les qui ne travaillent pas dans des lieux dédiés à l'avortement.

⁵ En 2020, il y avait 12 départements dans lesquels aucun centre d'IVG ne propose l'IVG instrumentale sous AL (Chaput, Bracq, Mazuy, 2022).

Enfin, le ou la médecin ou sage-femme explique la suite de la procédure et donne les consignes à suivre selon la méthode décidée et, comme la loi l'impose, informe des risques occasionnés par l'IVG (hémorragie, perforation de l'utérus, infection). L'avortante signe un formulaire attestant de son consentement à faire l'IVG et se voit remettre les ordonnances nécessaires à sa réalisation et à l'achat du nouveau contraceptif.

C. La prise en charge infirmière

L'avortante rencontre ensuite une infirmière qui, à ce stade, a trois rôles. D'abord, réaliser une prise de sang afin de mesurer le taux d'hormones de grossesse (les Beta-HCG) et, selon les centres, réaliser un bilan plus ou moins approfondi (coagulation, RAI, fer, etc.) qui, tout en n'étant pas requis par la loi ni recommandé par la Haute autorité de santé (HAS) est justifié par les professionnel·les par la volonté de réduire les risques de l'IVG. Ensuite, l'injection d'immunoglobuline anti-D pour les avortantes de rhésus sanguin négatif, afin d'éviter d'éventuelles complications liées à la production d'anticorps en cas de grossesse future. Enfin, les infirmières s'assurent que les consignes données par les médecins ou sages-femmes ont été comprises et « remet[tent] une couche » (Flora, infirmière, CIVG 3) au sujet de la prise de la contraception.

D. L'entretien psychosocial

Le dispositif de prise en charge de l'IVG défini par la loi Veil imposait aux femmes en demande d'avortement de réaliser un entretien psychosocial auprès d'une conseillère conjugale et familiale, entretien dont le but initial était ouvertement dissuasif. Son sens a été redéfini par les conseillères qui le pratiquent comme un moment d'aide individualisée (Devreux, 1982). La loi de juillet 2001 rend l'entretien facultatif pour les majeures : il devient, en principe, non plus imposé mais systématiquement proposé lors de la consultation pré-IVG. Des années après le passage de la loi et encore aujourd'hui dans de nombreux centres, l'entretien reste présenté comme étant obligatoire – il fait partie du parcours IVG (comme dans le CIVG 3). Dans d'autres, il est un des rouages centraux de l'adaptation de la prise en charge aux avortantes, proposé avec insistance voire parfois imposé à celles dont on juge qu'elles en ont un besoin spécifique (comme dans le CIVG 1). Si la loi imposait jusqu'en mars 2022 un délai d'attente de 48 heures entre l'entretien psychosocial et l'opération ou la prise du médicament, celui-ci n'était pas appliqué dans les centres enquêtés.

Défini par toutes les conseillères enquêtées comme un « espace de parole » pour « déposer » et « donner du sens », la forme de l'entretien est toutefois très différente d'une fois sur l'autre et d'un centre à un autre. Les entretiens observés ont duré entre 15 et 60 minutes au cours desquelles les avortantes sont interrogées sur leur demande d'IVG, leur situation conjugale, leur éventuel désir d'enfant, leur rapport à leurs parents, à leur travail, parfois à leur enfance, au fait de « se sentir femme », à la mort, à leur religion lorsqu'elles sont musulmanes (spécifiquement), le cas échéant aux raisons de leur détresse, de leur recours répété à l'IVG, de leur demande tardive de prise en charge ou de leur retard aux rendez-vous. Très peu de femmes ont accepté l'entretien lorsqu'elles n'y ont pas été forcées.

E. L'IVG médicamenteuse

Vient ensuite l'interruption de la grossesse en elle-même. Par voie médicamenteuse, l'avortement consiste en l'ingestion de deux médicaments. L'un à base de mifépristone, qui interrompt le développement de la grossesse et entraîne le détachement du sac gestationnel. L'autre, pris 24 à 48 heures après, à base de misoprostol, qui déclenche des contractions utérines après quelques heures, entraînant l'expulsion du fœtus⁶. Jusqu'en avril 2021, le premier médicament devait obligatoirement être pris devant un·e médecin (ou, par délégation, une infirmière)⁷. S'il peut désormais être remis à l'avortante pour une prise ultérieure, beaucoup de professionnel·les et de centres d'IVG continuent à imposer une prise surveillée, comme dans les CIVG 1 et 2. Dans les CIVG 1 et 2, la prise du médicament a toujours lieu un jour ultérieur à la consultation pré-IVG – il y a un délai d'attente officieux – tandis qu'elle peut être faite le jour de la consultation dans le CIVG 3.

Le second médicament peut être pris à domicile, les professionnel·les demandant alors à l'avortante d'être accompagnée d'un·e adulte et d'être prête à se rendre aux urgences en cas de saignements trop importants (« si ça saigne comme un robinet qui coule »). Pour les femmes qui ne veulent pas avorter chez elles (par souci de discrétion par exemple), qui préfèrent un encadrement médical ou qui ne remplissent pas les conditions jugées nécessaires par les professionnel·les pour réaliser l'IVG à domicile (pas de domicile, domicile inadapté, pas d'accompagnant·e), le second médicament peut aussi être pris à l'hôpital, en ambulatoire,

⁶ Le misoprostol est également utilisé pour déclencher des accouchements. Si, dans la majorité des cas, l'expulsion se fait dans les quatre heures qui suivent la prise, cela peut prendre un, deux ou trois jours pour certains avortements.

⁷ Les recommandations de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé (HAS) du 12 avril 2021 indiquent que l'administration de la mifépristone est désormais possible à domicile. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223429/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse-mise-a-jour

l'avortante attendant dans une chambre qu'il fasse effet (on parle d'IVG médicamenteuse hospitalisée).

E bis. L'IVG instrumentale (aussi dite chirurgicale)

L'IVG instrumentale peut se faire sous anesthésie générale (AG) ou locale. Pour la première, l'avortante doit réaliser au préalable une consultation d'anesthésie.

1. La consultation d'anesthésie

Réalisée à tour de rôle par les anesthésistes de la maternité, elle consiste à renseigner les antécédents opératoires de l'avortante, à s'assurer que l'anesthésie générale n'est pas contre-indiquée, et à (re)donner les consignes pour préparer l'opération : ne pas manger, ne pas fumer, se doucher à la Bétadine, enlever les piercings et les faux ongles. Les consultations observées sont généralement très rapides (« ça va aller vite, hein, je fais pas du social, moi », me prévient Gisèle, praticienne hospitalière (PH) d'anesthésie de 65 ans).

2. L'intervention au bloc opératoire (sous AG et sous AL)

L'opération en elle-même est faite en ambulatoire. Les avortantes ont rendez-vous en début de matinée (6h30 pour le CIVG 3, 8h pour le CIVG 1 et le CIVG 2) pour la « préparation du col », c'est-à-dire la prise de misoprostol facilitant la dilatation du col de l'utérus (selon les protocoles des services elles ont pris ou non la mifépristone, chez elles, lors des jours qui précèdent l'opération). Elles se succèdent au bloc opératoire et ressortent en fin de matinée si l'interruption est faite sous AL, en début d'après-midi si elle est faite sous AG.

Comme le récit de l'avortement de Mme A. en exergue du chapitre l'illustre, le travail d'avortement consiste ici à installer l'avortante, lui expliquer les étapes de l'intervention, la rassurer et la divertir du geste (parfois par des exercices d'hypnose et de respiration, ou simplement en discutant avec elle), réaliser l'asepsie, la dilatation du col de l'utérus, l'aspiration du contenu utérin, l'échographie assurant de la vacuité utérine et, le cas échéant, en profitant de l'anesthésie, la pose d'un dispositif intra-utérin. S'ajoute à cela, selon le type d'anesthésie, l'endormissement et le réveil de l'avortante ou la piqûre d'anesthésiant local au niveau du col.

Selon le terme de la grossesse, la disposition de l'utérus et la compétence de l'opérateur·trice, la durée de l'aspiration en elle-même peut varier d'une dizaine de secondes à une demi-heure et les saignements qu'elle entraîne d'un décilitre à plus d'un litre. Il est

fréquent que des fragments fœtaux obstruent la canule d'aspiration et qu'il faille combiner l'utilisation de la canule à celle d'une pince permettant de les extraire de l'utérus. L'avortante est présente au bloc pendant 10 à 20 minutes pour une IVG sous AL, 20 à 40 minutes pour une IVG sous AG.

F. La consultation post-IVG

La consultation post-IVG a lieu entre deux et trois semaines après l'IVG. Elle est présentée comme obligatoire aux avortantes (le mot « obligatoire » est en lettres capitales sur la fiche explicative de l'IVG médicamenteuse qu'elles doivent signer), mais assez peu s'y rendent. Le but est de vérifier que l'interruption a fonctionné, notamment en cas d'utilisation de la méthode médicamenteuse⁸ en constatant la décroissance des hormones de grossesse suite à un nouveau test sanguin ou urinaire ou par vérification échographique, d'interroger sur le ressenti de l'IVG, sur d'éventuels saignements, douleurs et fièvre, de « vérifier que tout est bien remis en place » (Sandrine, sage-femme du CIVG 1) par un toucher vaginal – quoiqu'un certain nombre des professionnel·les enquêté·es estiment le geste inutile – et de continuer la discussion entamée pendant les étapes précédentes autour de la contraception à adopter. Si le taux d'hormones et l'éventuel examen gynécologique sont bons, on « donne le feu vert pour reprendre une vie normale » comme le formule Sandrine avant de détailler aux avortantes les activités à nouveau autorisées – celles que les professionnel·les, selon les centres, ont prohibé au moment de la consultation pré-IVG : rapports sexuels (pénétratifs), sport, scooter, bains et tampons, etc. Depuis le COVID, les suivis post-IVG sont tous fait par téléphone au CIVG 3.

G. Les délais de l'IVG

Résumons le parcours d'IVG à partir de deux exemples types. Une femme qui avorte au CIVG 1 par voie instrumentale sous AG doit d'abord contacter le secrétariat pour obtenir un rendez-vous, généralement dans la semaine. Elle se rend au centre, se présente au secrétariat, patiente en salle d'attente, rencontre la médecin ou la sage-femme pour la consultation pré-IVG, patiente de nouveau en salle d'attente, rencontre l'infirmière pour la prise de sang et la programmation de l'intervention et de la consultation d'anesthésie. Si elle le souhaite, qu'elle est mineure ou que l'une des professionnelles rencontrées l'y oblige, elle voit la conseillère dans la foulée pour un entretien psychosocial. Elle doit revenir un autre jour

⁸ Le taux d'échec de la méthode médicamenteuse fait l'objet de débats, mais le livret officiel d'information sur l'IVG délivré aux avortantes dans les centres d'IVG étudiés indique un taux d'échec de 5 %, pour 0,3 % pour l'IVG instrumentale.

pour rencontrer l'anesthésiste, un autre jour encore pour l'intervention puis une dernière fois pour la consultation post-IVG. Elle sera donc venue entre trois et cinq fois selon qu'elle aura pris son premier rendez-vous par téléphone ou en se rendant au centre, et qu'elle aura « séché » la consultation post-IVG ou non. De la première prise de contact à l'interruption de la grossesse, il se sera écoulé entre 10 jours et trois semaines, selon les places disponibles au bloc opératoire.

Une seconde femme, qui avorte au CIVG 3 par la méthode médicamenteuse doit d'abord contacter le secrétariat afin d'obtenir un rendez-vous téléphonique avec la conseillère puis un entretien physique avec elle si celle-ci l'estime nécessaire. Elle doit ensuite venir réaliser la consultation pré-IVG, directement suivie de la prise en charge infirmière et peut prendre le premier médicament à son issue ou l'emporter avec elle selon le moment qui l'arrange le mieux pour l'expulsion. Elle réalise par la suite une consultation post-IVG par téléphone. Elle sera donc venue entre une et trois fois selon qu'elle aura pris rendez-vous par téléphone ou en se rendant au centre et que la conseillère aura estimé nécessaire de la rencontrer, et aura eu deux entretiens par téléphone. Il se sera écoulé environ une semaine entre la prise de contact et la remise du premier médicament, selon les disponibilités de la conseillère et des médecins. La durée nécessaire à l'obtention de l'IVG est donc variable selon les protocoles des services, selon la méthode utilisée et selon les disponibilités du service – j'y reviendrai. Dans les centres observés, les délais sont raccourcis pour les avortantes proches du terme légal limite.

H. La demande d'avortement au-delà du seuil légal

En France, l'IVG est autorisée jusqu'à 16 semaines d'aménorrhée (SA) depuis le 2 mars 2022. Qu'en est-il des femmes qui contactent le centre d'IVG en ayant dépassé ce délai ? D'abord, si lors d'une demande de rendez-vous une femme annonce une date des dernières règles supérieure à 16 semaines, la secrétaire l'orientera directement vers le Planning Familial sans enclencher le parcours IVG⁹. Si elle ignore, se méprend ou ment sur la date de ses dernières règles, c'est lors de l'échographie que le ou la médecin ou sage-femme découvrira qu'elle a dépassé le délai légal d'IVG. À partir de là, quatre scénarios sont possibles.

⁹ C'est ce que j'ai observé pour le CIVG 1. Je n'ai pas assisté à cette situation pour les deux autres services enquêtés.

Premier scénario : la demande d'IVG est tout de même acceptée. Cela n'arrive qu'en cas de dépassement du seuil légal de quelques jours et avec d'importantes variations selon les avortantes, les médecins ou sages-femmes et les services.

Deuxième scénario : la demande d'IVG est refusée et un rendez-vous est pris avec un·e gynécologue-obstétricien·ne de la maternité pour un suivi de grossesse. Dans le discours des professionnel·les, le fœtus devient un « bébé » et la femme passe d'avortante à mère.

Troisième scénario : la demande d'IVG est refusée et la femme est orientée soit directement, soit par l'intermédiaire du Planning Familial, vers un centre d'un pays limitrophe (Espagne, Royaume-Uni, Pays-Bas) réalisant les avortements à des termes plus avancés. L'avortement y est alors payant, les frais de l'intervention allant de 595 € à 2415 € selon le lieu de la prise en charge et l'avancée de la grossesse auxquels s'ajoutent les frais du voyage (Mathieu et Avarguez, 2023). Cela suppose que la femme persiste dans sa volonté d'avorter mais que le ou la médecin ou sage-femme ne connaisse pas la procédure d'IMG ou estime que la femme n'y est pas éligible.

Quatrième scénario : la demande d'IVG est refusée et la femme s'engage dans la procédure d'IMG pour détresse psychosociale. Cela suppose que la femme persiste dans sa volonté d'interrompre la grossesse malgré le dépassement du délai d'IVG, que le ou la médecin ou sage-femme connaisse la procédure, estime qu'au vu de sa situation il est légitime que l'avortante en fasse la demande et – selon la situation et le terme de la grossesse – qu'elle a une chance d'obtenir une réponse positive.

Les centres d'IVG jouent ainsi un rôle de tri, de refus et d'orientation des femmes demandant l'avortement hors des délais de l'IVG.

II. L'organisation du travail d'avortement

Faire l'analyse étape par étape de l'IVG, c'est prendre la perspective des avortantes. D'abord, parce que le travail des professionnel·les ne suit pas ce déroulement linéaire mais consiste généralement en la répétition d'une même étape avec différentes avortantes. Ensuite parce que, présenté ainsi, le travail d'avortement semble orienté vers sa fin, l'interruption de la grossesse, là où l'analyse de l'organisation du travail des professionnel·les le fait apparaître, aussi, comme un travail collectif *sur les avortantes*, d'éducation à des normes socio-sanitaires, dont chacune des six parties – de l'accueil à la consultation post-IVG – vise à produire des effets par elle-même et non seulement à rendre possible l'interruption de la grossesse. Cette section montre l'organisation collective – spatiale, matérielle, temporelle – du travail d'avortement et sa division au sein des services enquêtés.

A. Les lieux et les temps du travail d'avortement

Un centre d'IVG, c'est d'abord un espace matériel. Historiquement constitués en centres autonomes après la loi de 1975, géographiquement indépendants du service de gynécologie-obstétrique, les trois centres enquêtés y sont rattachés respectivement en 1990, 2006 et 1981, migrant dans une partie de la maternité qui jouxte la gynécologie pour les CIVG 1 et 3, isolé à 500m en périphérie de l'hôpital pour le CIVG 2. Aujourd'hui, ils ont un statut mixte d'unité du service de gynécologie-obstétrique (dont les ressources viennent de l'hôpital, à qui vont les recettes) et de Centre de planification et d'éducation familiale (financé par le Conseil départemental).

Les centres d'IVG ne sont pas des lieux de passage, et personne – ni patient·e, ni professionnel·le – n'y entre par erreur. Exception faite du moment de « faire les étiquettes » permettant leur suivi administratif dans la prise en charge à venir, les avortantes ne sont pas mélangées aux patient·es de la maternité. Dans les CIVG 1 et 3, tout se passe dans les locaux du centre, qui dispose de sa propre salle d'attente, son secrétariat avec sa ligne téléphonique, ses salles de consultation, blocs opératoires, salle de réveil et chambres, où les avortantes attendent, une fois l'IVG réalisée, d'être autorisées à sortir, et où sont accueillies les « RU hospit' », c'est-à-dire les avortantes faisant une IVG médicamenteuse à l'hôpital. Dans un couloir, les bureaux s'alignent, certains dédiés aux consultations pré et post-IVG ou aux consultations de contraception, d'autres pour les consultations d'anesthésie, les prises de sang et la programmation des IVG réalisées par les infirmières, les entretiens avec la conseillère ou la psychologue¹⁰. Le secrétariat est fermé et les avortantes y entrent une par une après avoir frappé à la porte. Lieu de travail fixe des secrétaires, il est aussi un lieu de passage pour toutes les autres professionnelles (à l'exception de l'aide-soignante), qui viennent y déposer ou récupérer des dossiers de patientes, formulaires ou ordonnances. Dans le CIVG 1, c'est aussi un des lieux de sociabilité professionnelle, en concurrence avec la salle à manger où l'on déjeune (un Tupperware préparé chez soi ou des barquettes de nourriture de l'hôpital non consommées par des patient·es) et prend le café.

Bien que l'activité y soit la plus importante des services enquêtés, le CIVG 1 dispose de locaux plus vétustes et relativement exigus. La peinture des murs du service, tantôt jaunâtre tantôt verte, fait l'objet de plaisanteries amères et de demandes de rénovations répétées par les professionnelles, et l'ancienneté des appareils d'échographie est dénoncée comme un signe du peu d'importance donnée à l'IVG. Les trois appareils du service sont

¹⁰ Le CIVG 1 accueille également une salle d'hystéroscopie, des gynécologues et notamment chefs de service utilisant les locaux et le personnel paramédical du centre d'IVG pour des consultations, souvent privées (Gelly et Spire, 2023), qui n'ont rien à voir avec l'IVG

décriés pour leur piètre qualité – ce sont « les pires de l’hôpital », m’assure Laurence (65 ans), la gynécologue médicale – et leurs dysfonctionnements sont fréquents : l’un des appareils est tombé plusieurs fois en panne pendant mon terrain. Lorsque les urgences gynécologiques réquisitionnent l’un des appareils pendant quelques jours, Laurence fait un esclandre :

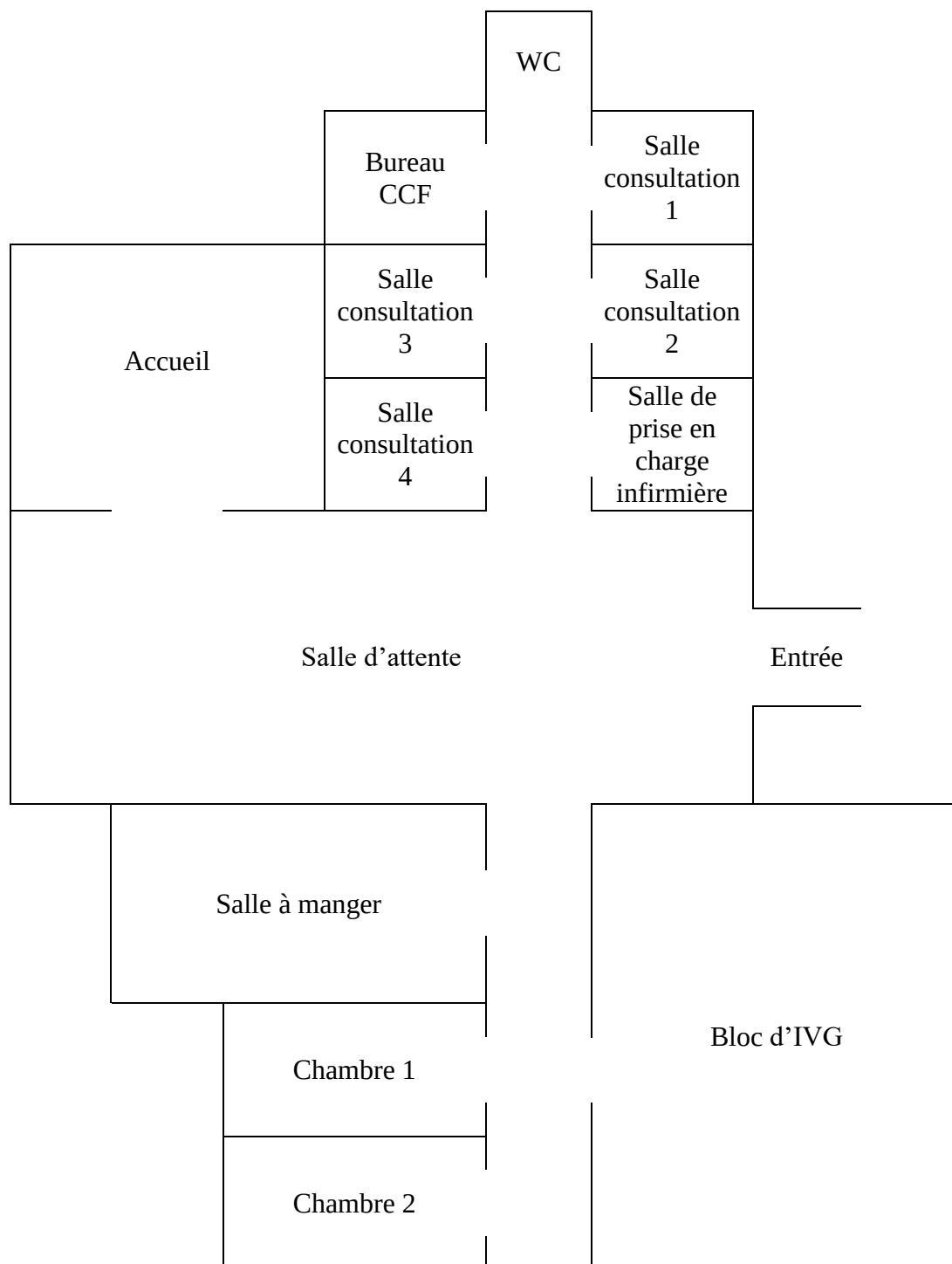
« Ils en ont rien à faire du CIVG, ici on peut mal travailler ils s’en foutent ! Ils nous prennent toujours pour de la merde. Ça arrive tout le temps, c’est toujours celui du CIVG qu’on prend. Ils ont sans doute même pas pensé à prendre celui des anesthésistes. Ça me fatigue... »

Pendant quelques jours, les avortantes devront arriver avec une échographie réalisée dans un centre de radiologie en ville. Le centre dispose d’une entrée spécifique au fond d’une cour éloignée isolée des voies principales du CHU. Cet isolement dans un coin mal indiqué de la maternité est vécu comme une relégation par les professionnelles, qui s’en plaignent.

Le CIVG 2 est isolé dans un bâtiment à l’écart des infrastructures principales de l’hôpital. À la différence des deux autres centres étudiés il ne dispose pas de son propre bloc opératoire et toutes les IVG instrumentales sont faites par les gynécologues-obstétricien·nes de l’hôpital, dans leur service où un créneau d’une demi-journée par semaine est réservé aux IVG, ce qui en limite le nombre et surtout impose le jour de la semaine où celles-ci se déroulent. C’est une petite structure : le centre n’est composé que d’un secrétariat, une salle d’attente et deux salles de consultation, une pièce dédiée aux examens gynécologiques étant accolée à l’un d’eux. Ni les examens sanguins, ni les IVG instrumentales, ni l’hospitalisation des IVG médicamenteuses, ni les entretiens psychosociaux ne sont réalisés dans le service.

Le CIVG 3 est, lui, situé au cœur de la maternité du CHU. Ses locaux sont spacieux et lumineux, une grande salle d’attente est ouverte sur le service. Des photos de féministes célèbres ornent les murs. Un bloc opératoire d’IVG sert à la réalisation des IVG instrumentales, sous AL uniquement, les AG étant réalisées dans le bloc du service de gynécologie.

Plan indicatif d'un centre d'IVG :



Les trois centres d'IVG sont ouverts du lundi au vendredi, de 8h à 16h30. À la différence de la plupart des services hospitaliers, les centres d'IVG ne sont pas ouverts les soirs, la nuit et les weekends : la prise en charge se fait uniquement en ambulatoire. Il n'y a donc pas de gardes à effectuer, pas de relève ni de rotation des équipes (à l'exception des

infirmières dans le CIVG 3 qui tournent entre les différentes activités de la maternité). Le travail d'avortement a ses horaires, ses cadences, ses longueurs et moments de creux comme ses accidents et incidents qui viennent rompre la monotonie du travail. L'attente et la répétition en sont des éléments structurels. Les absences régulières des avortantes à leur rendez-vous (en particulier des consultations post-IVG ou des entretiens psychosociaux) sont l'occasion de pauses cafés répétées, de discussions entre collègues et sont propices aux entretiens avec le sociologue. Les consultations, entretiens ou accueils se ressemblent d'une avortante rencontrée à une autre, parfois au mot prononcé près, et les enquêté·es s'ennuient fréquemment – et, parfois, moi aussi.

Le rythme et la charge de travail diffèrent cependant selon le poste occupé. Les médecins et les sages-femmes voient leur travail encadré par le planning de consultation et de bloc opératoire. Se succèdent les consultations pré-IVG, post-IVG, parfois des consultations contraception ou de suivi gynécologique et, pour les médecins diplômé·es, des IVG instrumentales pratiquées au bloc. Un créneau de 20 minutes (30 pour la sage-femme et les internes) est prévu pour les consultations pré-IVG, de 45 minutes dans le CIVG 3, et, dans le CIVG 2, le planning n'est pas informatisé ni divisé en créneaux fixes de consultation : les rendez-vous y sont notés à la main dans un carnet avec des durées prévues qui varient selon le motif de la consultation et la disponibilité des professionnel·les. Le rythme de travail des internes et des assistantes est différent : elles profitent généralement des moments de creux produits par les rendez-vous non honorés pour valider des dossiers (cela consiste à vérifier que les taux d'hormones de grossesse communiqués par le laboratoire de l'hôpital est bon) et, après la fermeture du centre d'IVG, elles réalisent ou suivent des consultations dans le service de gynécologie.

Pour les paramédicales et les conseillères, la charge de travail apparaît relativement restreinte. Dans le CIVG 1, quoique cinq infirmières travaillent à temps plein, trois sont nécessaires, tout au plus, pour accomplir les différentes tâches (principalement prise de sang et programmation, assistance au bloc opératoire, prise de la mifépristone). Les deux infirmières surnuméraires qui n'ont pas de tâche à accomplir discutent ou accompagnent leurs collègues dans leur travail. Les prises en charge infirmières sont moins longues que les consultations médicales, les IVG instrumentales au bloc opératoire n'ont lieu que le matin, les pauses café sont fréquentes, et la fin de journée est systématiquement anticipée : une infirmière reste jusqu'à 16h pour « garder les murs », comme on me le dit cyniquement, les autres partent entre 15h et 15h30. Suivant la consigne donnée par les infirmières, les secrétaires ne donnent pas de rendez-vous pour une consultation pré-IVG ou pour une prise du médicament abortif le vendredi après-midi, afin de leur permettre d'anticiper leur départ en

weekend. Une crainte récurrente des infirmières du service est que l'administration de l'hôpital découvre cette situation de sous-emploi et décide de supprimer certains des postes d'infirmière. La situation n'est guère différente au CIVG 3 sinon que les infirmières s'y relaient. Je passe une matinée dans la salle de prise en charge infirmière avec Mégane. Nos échanges ne sont que ponctuellement interrompus : en l'espace d'une heure, Mégane reçoit deux avortantes pour la prise de sang et l'explication des ordonnances (quelques minutes chacune) et assiste un médecin pour une IVG instrumentale sous AL (10 minutes). Les conseillères aussi travaillent par intermittence, attendant qu'on les sollicite. Très peu de rendez-vous sont programmés avec elles et ceux qui le sont ne sont que rarement honorés par les avortantes.

À la différence des autres professionnel·les dont le travail dépend des moments de la journée et des rendez-vous honorés par les avortantes, les secrétaires, elles, travaillent en continu, avec de rares pauses, tout en faisant les plus gros horaires du service (elles ouvrent et ferment les locaux). Si Christelle Avril parle de « disponibilité permanente des secrétaires » (2019), il s'agit plutôt ici d'occupation permanente. Le téléphone sonnant presque en continu toute la journée s'ajoute à l'accueil physique des avortantes, à la constitution des dossiers et aux sollicitations des médecins et infirmières demandant d'imprimer un document, d'appeler une avortante ou, simplement, le plus fréquemment, de discuter. Elles sont comme « assignées à demeure » (*ibid.*), ne quittant presque jamais leur bureau. Pendant mon terrain, l'une des deux secrétaires y installe une machine à café qui leur permet de ne plus se déplacer dans la salle de pause pour les faire. Dans le cadre de l'ethnographie, elles sont les plus difficiles à interroger pendant leur travail, nos échanges étant systématiquement et rapidement interrompus par le téléphone ou par l'arrivée d'une avortante.

B. Les accompagnant·es

Les avortantes sont fréquemment accompagnées au centre d'IVG par leur mère, leur conjoint, une amie ou plus rarement leur père. Il n'est pas rare qu'elles aient avec elles leurs enfants lorsqu'elles n'ont pas eu la possibilité de les faire garder. Les accompagnant·es sont plus souvent accepté·es en consultation dans le CIVG 3 que dans les deux autres : ils et elles peuvent être présent·es à condition de sortir quelques minutes, au moment où l'avortante est interrogée sur le fait de subir d'éventuelles violences et sur sa satisfaction concernant les rapports sexuels. J'ai par ailleurs assisté à une discussion portant sur l'opportunité de laisser les accompagnant·es être présent·es lors de l'IVG instrumentale sous AL, certain·es des médecins y étant favorables, mais les infirmières, elles, catégoriquement opposées (leur rôle

au bloc opératoire se trouvant menacé). Dans les CIVG 1 et 2, les conjoints doivent rester en salle d'attente, sauf lorsqu'ils jouent un rôle de traducteur ou, au moment de la programmation, s'ils doivent partager leurs disponibilités pour accompagner l'avortante lors d'une IVG médicamenteuse à domicile. Les amies et les mères sont, elles, acceptées pour les plus jeunes avortantes quoiqu'avec une remarque ironique de Laurence – qui n'apprécie pas l'ingérence de certaines mères dans ses consultations – sur le fait qu'elles ne sont plus des « gamines ». La présence de ces dernières témoigne de leur rôle d'accompagnement et d'initiation de leurs filles aux normes médico-sexuelles, déjà montré dans le cas de la norme gynécologique (Koechlin, 2021) et contraceptive (Fonquerne, 2023).

Les avortantes sont assez rarement accompagnées de leur partenaire : une sur cinq en moyenne d'après une étude quantitative réalisée en 2011 par l'Association nationale des centres d'IVG et de contraception (ANCIC) dans trois centres d'IVG franciliens¹¹. Cela s'explique d'abord par la répartition inégale du travail contraceptif (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017), comme le souligne Laurine Thizy (Thizy, 2023b), ou de la gestion des questions médicales qui concernent le couple comme lors des consultations d'infertilité (Hertzog, 2023). Mais il faut également souligner qu'ils ne sont pas toujours les bienvenus au centre d'IVG et *a fortiori* en consultation. D'après cette même étude de l'ANCIC, un cinquième des hommes se rendant au centre avec leur partenaire déclarent n'avoir été acceptés dans aucune consultation, et seulement la moitié indiquent avoir été « accompagnés » de manière satisfaisante¹². Ainsi que j'ai pu l'entendre dans le CIVG 1, on reproche « aux mecs » (en tant qu'entité) d'être peu présents aux différentes étapes du parcours d'IVG, tout en refusant de leur signer, à eux, des arrêts de travail. Pour participer à la procédure d'IVG ils doivent donc poser des jours de congés – sachant que le parcours IVG complet de ce centre prévoit de s'y rendre trois à cinq fois et qu'ils ne sont généralement pas acceptés en consultation. Quant au seul père que j'ai vu accompagner sa fille au centre d'IVG, celui-ci a fait l'objet de jugements suspicieux par les professionnel·les du CIVG 1 qui, pour des raisons qui m'échappaient, ont commencé par y voir une relation incestueuse avant de se raviser. Si c'est bien en partie par démission des hommes que l'avortement est « une affaire de femmes »¹³, notons qu'ils en sont, aussi, relativement exclus.

¹¹ L'Écho de l'ANCIC, 3 juillet 2011.

¹² L'étude portant en partie sur le ressenti des hommes lors de l'IVG et attestant de l'« expérience douloureuse » vécue par un homme sur deux, les professionnelles et chercheuses considèrent que le partenaire aussi devrait être « accompagné » par les professionnel·les de santé.

¹³ Du titre du livre de Francisc Szpiner adapté au cinéma par Claude Chabrol, racontant l'histoire de Marie-Louise Giraud, « avorteuse » guillotinée en 1943.

C. Le travail d'avortement comme travail collectif

La composition des équipes varie selon les trois centres, avec des conséquences sur l'organisation des soins et sur les pratiques de prise en charge de l'IVG. Au CIVG 1 il y a deux secrétaires, une conseillère (trois jours par semaine), une aide-soignante, cinq infirmières, une sage-femme (à plein temps), une gynécologue médicale attachée (à plein temps), une généraliste attachée, une assistante cheffe de clinique et une interne de gynécologie médicale (chacune trois demi-journées par semaine), une interne de médecine générale (une demi-journée). C'est l'assistante de gynécologie, en poste pour deux ans, qui a la responsabilité officieuse du service par délégation du chef de service de gynécologie, c'est-à-dire qu'on s'en réfère à elle en cas de conflits entre professionnel·les ou de décision litigieuse.

Les différents statuts médicaux des enquêté·es

Praticien·ne hospitalièr·e (PH) : Statut de médecin des hôpitaux publics nommé·e à titre permanent, recruté·e via un concours national. Le ou la PH est titularisé·e à l'issue d'une période probatoire d'un an. La rémunération annuelle à temps plein varie entre 54 000 € et 110 000 € bruts selon l'échelon, hors primes et rémunération d'activité privée.

Assistant·e cheffe de clinique : Statut dit de « post-internat ». Les assistant·es sont recruté·es sur des contrats d'un ou deux ans renouvelables jusqu'à une durée maximale de six ans. Toutes les assistantes enquêtées ont été recrutées sur des contrats de deux ans sans l'intention de le renouveler. Il faut avoir eu un poste d'assistant·e pour avoir le droit d'exercer en secteur 2 ou continuer vers une carrière hospitalière. La rémunération annuelle varie de 29 000 € à 41 000 € bruts selon l'ancienneté, hors primes.

Praticien·ne attaché·e : Le ou la praticien·ne attaché·e signe un contrat renouvelé tous les ans avec un établissement hospitalier qui fixe la durée de travail hebdomadaire à l'hôpital (entre une et dix demi-journées). Du point de vue du/de la médecin, ce statut permet la combinaison d'une activité hospitalièr·e avec d'autres modes d'activité (libérale ou salariée). Du point de vue de l'administration hospitalièr·e, il est moins coûteux et plus flexible qu'un poste de PH. La rémunération annuelle à temps plein varie entre 31 500 € et 57 000 € bruts selon l'échelon

Interne : Il fait suite au concours de l'internat en sixième année de médecine. Les internes enchaînent des stages de six mois dans différents services selon leur « maquette » d'internat et leur classement au concours (qui permet aux mieux classé·es de choisir leurs affectations en priorité). L'internat de gynécologie-obstétrique dure six ans et comprend obligatoirement deux stages dans un service de chirurgie (autre que la gynécologie-obstétrique). L'internat de gynécologie médicale dure quatre ans et comprend obligatoirement un stage en endocrinologie et un en gynécologie-obstétrique. L'internat de médecine générale dure trois ans (quatre à partir de la rentrée 2023) et comprend un stage dans un service de gynécologie ou de pédiatrie. La rémunération annuelle varie de 24 000 € à 28 000 € bruts selon l'ancienneté, hors primes.

Faisant fonction d'interne (FFI) : Statut occupé notamment par les médecins titulaires d'un doctorat de médecine obtenu à l'étranger, dans l'attente d'obtenir une équivalence avec le diplôme français. Les FFI sont nommé·es à un poste pour une durée de 6 mois renouvelable. La rémunération annuelle est de 16 892 € bruts.

Le CIVG 2 est composé d'une secrétaire et d'une sage-femme à plein-temps et d'une PH de gynécologie médicale retraitée présente trois demi-journées par semaine dans le centre.

Le CIVG 3 est composé d'une secrétaire, d'une aide-soignante et deux infirmières par roulement de l'équipe de la maternité, une psychologue, deux assistantes sociales, une conseillère, une sage-femme présente un jour par semaine, cinq PH et un attaché de médecine générale avec des durées de travail dans le service variable (de 40 à 70 %), une assistante de gynécologie médicale à mi-temps et deux internes. C'est Lise, l'une des PH, qui est responsable du centre. Retenons pour le moment que le gros du travail médical d'avortement est réalisé au CIVG 3 par des médecins généralistes diplômé·es y occupant des postes stables et gratifiants (PH), quand il est surtout réalisé au CIVG 2 par une sage-femme, et au CIVG 1 par une équipe mixte de médecins et sage-femme dont beaucoup n'occupent dans le centre que des postes temporaires et/ou à temps partiel. Les infirmières occupent une place bien plus importante dans le fonctionnement et la direction de ce service que dans les deux autres : nombreuses, elles ont par ailleurs plus d'ancienneté dans le CIVG 1 que toutes les autres professionnelles (à l'exception d'une des médecins).

En centre d'IVG, les internes réalisent un stage d'internat de trois ou six mois. Elles commencent par « doubler » un·e médecin senior en consultation et au bloc d'IVG, c'est-à-dire qu'elles l'observent faire avant de prendre la main sous la supervision du ou de la senior. Elles réalisent les consultations en autonomie au bout de deux semaines, mais continuent à être assistées pour l'IVG instrumentale jusqu'à la fin du stage. L'organisation du service ne prévoit pas que l'interne de médecine générale du CIVG 1 participe aux IVG instrumentales.

Les trois services entretiennent une relation différente au service de gynécologie-obstétrique. Les CIVG 2 et 3 ont une grande autonomie dans l'organisation du service et l'établissement des protocoles auquel ne participent pas les gynécologues-obstétricien·nes. C'est Lise, la responsable du CIVG 3, qui recrute les nouveaux·elles membres de l'équipe sans consulter le chef de service de gynécologie qui ne vient jamais dans le centre et ne pratique aucune IVG¹⁴. Celui du CIVG 1, en revanche, pratique parfois les IVG « compliquées », notamment les premières « 14-16 » après le vote de la loi allongeant le délai légal à 16 SA. Il donne, ou non, l'autorisation de pratiquer des IVG au-delà du délai et participe à l'élaboration des protocoles du service.

¹⁴ Son unique intervention pendant mon terrain a été de servir de médiateur dans un conflit au sein de l'équipe médicale.

Tableau 3 : Récapitulatif des trois centres enquêtés

	Centre d'IVG 1	Centre d'IVG 2	Centre d'IVG 3
Durée de l'observation	4 mois	1 mois	1 mois
Nombre d'IVG réalisées	2 500 IVG par an	300 IVG par an	1 500 IVG par an
Localisation	CHU de grande ville	CH en milieu rural	CHU de ville moyenne
Composition de l'équipe	Médecins : 2 vacataires, 1 assistante, 2 internes Sages-femmes : 1 Infirmières : 5 Aides-soignantes : 1 Conseillères conjugale et familiale : 1 Secrétaires : 2	Médecins : 1 PH Sages-femmes : 1 Secrétaires : 1	Médecins : 5 PH, 1 vacataires, 1 assistante, 2 internes Sage-femme : 1 Infirmières : 2 Aides-soignantes : 1 Conseillères conjugale et familiale : 1 Psychologue : 1 Secrétaires : 1
Méthodes proposées¹⁵	Médicamenteuse, instrumentale sous anesthésie générale (AG) ou locale (AL)	Médicamenteuse, instrumentale sous anesthésie générale (AG)	Médicamenteuse, instrumentale sous anesthésie générale (AG) ou locale (AL)
Bloc opératoire dans le service	Oui	Non (les IVG instrumentales ont lieu dans le service de gynécologie)	Oui
Durée théorique d'une consultation pré-IVG	20 minutes	30 minutes	45 minutes
Position sur l'allongement du délai à 14 semaines de grossesse	Quasi unanimement contre	Unanimement contre	Quasi unanimement pour
Pratique de l'IMG pour détresse psychosociale	Dans l'hôpital mais sans la participation du service	Non	Dans le service

¹⁵ L'IVG, en France, est réalisée par voie médicamenteuse (expulsion du fœtus à domicile ou en hospitalisation), ou par voie instrumentale (ou aspiration) sous anesthésie locale ou générale.

Si la prise en charge de l'avortement suppose le travail des différent·es professionnel·les qui rencontrent l'avortante successivement, ce n'est que lors de la pratique de l'avortement au bloc opératoire que le travail collectif est réalisé de manière simultanée. Contre l'image du geste chirurgical comme acte individuel, l'intervention apparaît comme un travail d'équipe (Wilson, 1954 ; Peneff, 1997) réalisé par un·e médecin (diplômé·e ou interne) ou, depuis la loi de mars 2022 qui l'autorise, une sage-femme, accompagné·e d'une ou deux infirmières et, pour les IVG sous AG, d'un·e anesthésiste, infirmière d'anesthésie et infirmière de réveil. Quand les IVG instrumentales ont lieu dans le bloc du centre d'IVG (et non celui du service de gynécologie), l'ambiance est relativement détendue : les infirmières parlent entre elles, l'anesthésiste avec l'infirmière anesthésiste, le ou la médecin orthogéniste avec l'interne. On parle revendications syndicales, cadeaux de Noël, on demande des nouvelles des enfants des autres, on se plaint des éboueurs grévistes. Pendant l'opération, les infirmières occupent l'espace (elles se déplacent) et l'espace sonore. Lors des IVG sous AL, elles parlent en continu avec l'avortante soit en lui expliquant l'intervention, soit en lui posant des questions personnelles, là où les médecins restent assis·es entre les jambes de l'avortante et gardent le silence parfois du début à la fin de l'intervention¹⁶. L'accompagnement de l'avortante par la parole consiste autant à expliquer et la prévenir avant chaque nouvelle étape de l'intervention que de détourner son attention de l'IVG. Le travail des infirmières relève ainsi de ce que Strauss *et al.* nomment « *composure work* », nécessaire pour mener à bien les gestes de soin qui sont douloureux ou effrayants (1982)¹⁷. Comme me le résume Virginie (56 ans) : son travail au bloc consiste à « gérer la patiente pour que le médecin puisse gérer l'acte ». Cela suppose une capacité au *small talk*, la même que lors des prises de sang où les infirmières tentent de détourner l'attention de l'aiguille, par la parole, tout en prévenant de ce qu'elles font (« je pique »). Le plus souvent, les infirmières questionnent l'avortante sur ses enfants et son travail, mais on évoque aussi les derniers épisodes de *Plus belle la vie*, l'épidémie de Covid-19 ou la cuisine libanaise. Cette compétence est inégalement répartie selon les infirmières : dans les trois centres, les médecins préfèrent être au bloc avec une des infirmières formées en hypnose et au CIVG 1 je constate qu'Annick ou Yéléna, taciturnes, peinent à distraire et à faire parler les avortantes, là où Armelle, Virginie ou Véronique le font avec aisance. Les médecins m'en font part, se plaignent auprès de moi s'il n'y a pas une de ces trois infirmières au bloc pour les IVG sous AL et, si l'IVG se passe mal, font parfois porter la faute sur les capacités relationnelles de l'infirmière. Certaines avortantes discutent

¹⁶ À l'exception de Mathieu, grand parleur du CIVG 3 qui, tout en tenant la canule, converse et plaisante avec l'avortante.

¹⁷ Strauss et ses collaboratrices soulignent par-là l'action des parents pour calmer et contrôler les enfants et ainsi rendre possible le travail des infirmières.

avec les infirmières sans s'interrompre lors de l'aspiration, d'autres crient de douleur dès la dilatation, tremblent, pleurent, vomissent. Dans ces cas-là, si les efforts des infirmières pour détendre l'avortante ne suffisent pas, on reprogramme une IVG sous AG pour un autre jour.

Hors du bloc opératoire, la partition du travail que les infirmières revendiquent dans le CIVG 1 – à elles « la prise en charge exclusive de l'être social » de l'avortante (Arborio, 1996) et aux médecins le « vidage d'utérus » – n'est pas opérante, et la typologie que propose Jean Peneff (2005b [1992]) pour subdiviser le travail aux urgences (travail matériel, de bureau, médical, social) ne fonctionne guère pour deux raisons. D'une part, car les médecins, sages-femmes et conseillères – et dans une moindre mesure les secrétaires et les aides-soignantes – participent tout autant, à des degrés divers selon les postes, individus et services, à cette prise en charge de l'être social et qu'inversement ce qu'on serait tenté d'appeler travail médical (par exemple la prescription) n'est pas l'apanage des médecins (Eberhart et Legrand, 2022 ; Legrand, 2022). D'autre part, car il est difficile de séparer la dimension médicale et la dimension sociale du travail, le *cure* et le *care*, dès lors que le travail sur l'avortante apparaît autant comme un moyen (gérer l'avortante pendant qu'on aspire le contenu de son utérus, l'amener à accepter telle ou telle modalité de la prise en charge) que comme une fin (lui inculquer des dispositions).

III. Faire l'ethnographie du travail d'avortement

En tant qu'observateur, je participe au drame social du travail d'avortement. Il s'agit ici, en présentant le volet ethnographique de l'enquête, de montrer les conditions d'accès et de production des données et leur évolution au fil du terrain.

A. « Interne en sociologie »

Observer le travail d'avortement suppose une double négociation de ma présence sur le terrain : auprès des professionnel·les et auprès des avortantes.

1. Observer le travail : négocier ma présence auprès des professionnel·les

Le 30 août 2021, deux jours avant le début de mon contrat doctoral, je rencontre Gilles, un chef de service de gynécologie de 54 ans, dans les locaux du CIVG 1. J'ai négocié l'entretien en avançant que le président du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) m'avait expressément recommandé, pour l'intérêt de ma recherche, de m'entretenir avec lui. Cette stratégie en partie mensongère – j'ai bien rencontré ledit président

dans le cadre de mon mémoire de Master 2 mais il ne m'a recommandé personne – a été couronnée de succès et je l'ai employée à plusieurs reprises pour attirer l'attention des enquêté·es particulièrement dominant·es dans le champ : chef·fes de service, représentant·es syndicaux et syndicales, membres des conseils de l'Ordre. Gilles est affable, se prête pendant près de deux heures à l'exercice de l'entretien et se montre intéressé par ma recherche : lui-même chapeaute une étude portant sur la douleur ressentie pendant l'IVG et, s'il ne met plus les pieds dans le centre – dont il a la responsabilité – que pour réaliser de rares IVG jugées particulièrement compliquées, il reste attaché à ce que la prise en charge y soit bonne. Lui-même y a eu recours avec sa partenaire lors de ses études de médecine. Il est non seulement favorable au vote de la loi allongeant le délai d'IVG de deux semaines, mais même plutôt partisan de le repousser jusqu'à 20-22 SA, afin de s'aligner sur les pays limitrophes les plus libéraux. Il n'en fait pas pour autant un objet de lutte politique et professionnelle et, dans les débats qui traversent l'espace gynécologique, il cultive une position d'« expert neutre » (Dodier, 1993), au-dessus de la mêlée, à distance des « militantistes » – comme il les appelle – comme du conseil d'administration du CNGOF opposé à l'allongement du délai et à l'extension des compétences des sages-femmes. Quand, à la fin de l'entretien, je demande s'il serait possible de faire un stage d'observation dans son service, il accepte sans hésiter. Il ne me demande aucune contrepartie, ne met pas de limite ni de condition à ma participation sinon d'établir une convention avec l'hôpital me donnant un statut d'« interne bidon »¹⁸. Je serai désormais « interne en sociologie »¹⁹.

Quelques jours après notre entretien, je reviens dans le centre d'IVG, avec l'aval de l'administration hospitalière. Pendant quatre mois, je m'y rends quatre ou cinq jours par semaine, de 8h à 16h. J'assiste aux différentes étapes de l'IVG évoquée en début de chapitre – le travail des secrétaires, les consultations pré et post-IVG, la prise en charge infirmière, l'entretien psychosocial, la consultation d'anesthésie, les IVG instrumentales au bloc opératoire, sous AL et sous AG, dans le centre d'IVG comme celles qui sont parfois faites dans le service de gynécologie-obstétrique – ainsi qu'aux moments de hors travail, pauses déjeuner et café. Mon carnet de notes est toujours ouvert et les professionnelles semblent s'habituer après quelques jours à me voir en noircir les pages en toutes circonstances – lors des consultations, que je n'enregistre pas, comme lors des discussions informelles sur des sujets éloignés en apparence de leur travail. Gilles me met en lien avec la seconde professeure de gynécologie-obstétrique de la maternité, Isabelle (55 ans), responsable de l'obstétrique et de la médecine fœtale. Après un entretien, elle me donne l'autorisation d'étudier le parcours

¹⁸ La même démarche administrative aura lieu pour les CIVG 2 et 3.

¹⁹ Ainsi que m'a désigné une fois la sage-femme du CIVG 2 à une avortante.

d'IMG – psychosociale et fœtale – en assistant aux consultations et aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). Elle me présente aux trois autres PH de gynécologie-obstétrique impliquées dans la procédure et leur demande de m'accorder chacune un entretien. Une des difficultés, lorsqu'on souhaite observer la prise en charge des IMG pour détresse psychosociale, c'est que les demandes sont imprévisibles et rares – environ une toutes les deux semaines dans cette maternité –, que les consultations sont fixées dans l'urgence, parfois le jour même de la prise de contact de la candidate à l'avortement avec la maternité, voire immédiatement. Pouvoir les saisir en tant qu'ethnographe suppose donc une disponibilité permanente et une bonne intégration parmi les équipes de la maternité. La configuration de mon terrain s'y prête : je passe mes journées dans le centre d'IVG (situé dans une aile isolée de la maternité), et quand une candidate à l'IMG psychosociale se présente, les secrétaires de la maternité (distinctes de celles du centre d'IVG, donc) m'appellent sur mon portable. Suite à une matinée passée à discuter et à quelques pâtisseries offertes en sus²⁰, elles ont collé mon numéro sur l'écran de leur ordinateur, proposant de me prévenir à chaque nouvelle demande. Prévenu, je cours assister à la consultation avec la gynécologue, puis je téléphone au psychiatre, à la psychologue et à l'assistante sociale pour assister à leurs prises en charge²¹.

Par « chance », alors que je mentionne mon souhait de poursuivre mon enquête en réalisant une observation dans le CIVG 2 – sans encore y avoir de contact – la sage-femme du CIVG 1 m'annonce que Laure, la sage-femme qui y travaille, est une copine rencontrée lors d'un diplôme universitaire (DU) de gynécologie, me donne son contact et me recommande. Laure (52 ans) et sa collègue gynécologue médicale Valérie (67 ans) acceptent tout de suite ma demande, exprimant un certain enthousiasme. En effet, elles sont flattées d'être sollicitées (« personne ne s'intéresse à nous ») et Valérie, qui a entendu une conférence d'un sociologue au sujet de la prostitution, est bien disposée à l'égard de la discipline (« c'est intrigant de se dire qu'on est le pur produit de sa génération », me répètera-t-elle). Je m'y rends du 26 avril au 24 mai 2022, alternant les journées dans le centre d'IVG – observant le travail des trois professionnelles, partageant leurs repas – avec des entretiens menés avec l'équipe de gynécologie de la maternité à laquelle le centre est rattaché, avec les professionnel·les des autres maternités du département ou avec d'autres en libéral. La plupart de ces entretiens, notamment tous ceux menés dans la maternité 2, sont négociés, pour moi, par Laure et Valérie qui appellent leurs collègues en leur demandant de bien vouloir me rencontrer. Je rencontre

²⁰ Sans blague, le fait d'offrir des cookies (de préférence de fabrication artisanale) aux enquêté·es doit être ajouté aux « ficelles du métier » d'Howard Becker (2020 [2002]).

²¹ La psychologue et l'assistante sociale du CIVG 1 sont les seules professionnelles qui refuseront que j'assiste aux consultations, de peur que cela n'intimide l'avortante et ne restreigne sa parole. Elles me font toutefois un débrief extensif de chaque entretien.

rapidement Charles, le docteur junior de gynécologie-obstétrique en charge des IVG instrumentales, tout à fait d'accord pour que je l'accompagne lors de son prochain bloc, ce que je ferai.

En juin 2021, je réalise deux longs entretiens avec Lise, médecin généraliste de 52 ans responsable d'une unité d'IVG, membre active de l'ANCIC, « avorteuse » et « militante », ainsi qu'elle se désigne, à la suite desquels elle me propose de « venir voir comment ça se passe » dans son service. Quand je la croise aux « Journées de l'ANCIC » – le congrès de l'association qui a lieu tous les deux ans – à Grenoble en avril 2022, je lui rappelle sa proposition et lui demande de m'accueillir, non pas un jour ou deux comme elle l'imaginait, mais un mois. Elle accepte et me fait rencontrer immédiatement trois des médecins de son équipe présent·es au congrès. Deux mois plus tard, je débute mon terrain au CIVG 3 par la réunion hebdomadaire du service. J'y présente ma recherche dans les grandes lignes, elle suscite un certain intérêt. Jérôme (36 ans), un médecin généraliste du service, évoque la sociologue Nathalie Bajos et l'enquête Fécond et se montre curieux quand je lui annonce avoir précisément traité les données « IVG » du volet Médecins de cette enquête dans le cadre de ma thèse, et en donne certains résultats. Seul Mathieu (60 ans), le doyen de l'équipe médicale, exprime des doutes (sur lesquels je reviens plus loin), mais il se laisse convaincre par ses collègues. Il est décidé que chaque médecin (diplômé·e comme interne) et la sage-femme bloqueraient un créneau de deux heures de son planning de consultation pour un entretien – je n'ai qu'à prévenir l'une des secrétaires des moments qui me conviennent – et que je les suivrai à tour de rôle en consultation et au bloc opératoire. Je négocierai de manière moins formalisée des entretiens avec la conseillère, la psychologue et les assistantes sociales, et observerai leurs consultations ainsi que les prises en charge infirmière. Comme au CIVG 1, j'assiste aux consultations – gynécologie, psychiatrie, psychologie, assistance sociale – et aux RCP d'IMG psychosociale, d'autant plus facilement qu'elles se déroulent dans le service, l'équipe d'orthogénie participant, ici, à la procédure.

2. Observer l'avortement : négocier ma présence auprès des avortantes

Si les avortantes ne sont pas mes enquêtées *principales*, elles sont, collatéralement, au cœur de l'enquête. C'est dans leur expérience d'avortement que je m'immisce, et j'ai besoin de leur consentement pour pouvoir observer le travail des professionnel·les. Si les refus de terrain par ces dernièr·es ont été très rares, ils ont été relativement fréquents de la part des avortantes. Dans le centre d'IVG ils sont sans conséquence : les prises en charge s'enchaînent et se superposent, un refus me conduit simplement à changer de professionnel·le suivie pour

la matinée ou l'après-midi. Pour l'IMG c'est un peu plus embêtant : les demandes sont ponctuelles, il faut être réactif, et assister aux consultations peut impliquer de se déplacer et de renoncer à une demi-journée d'observation d'IVG. D'où une certaine frustration en cas de refus, tempérée par l'idée que si certaines refusent c'est bien qu'elles ont le choix, au moins un peu, et que lutter contre une posture trop extractiviste sur le terrain est un impératif éthique.

Après les premières consultations où les médecins du CIVG 1 m'ont présenté lapidairement comme « le collègue », « un étudiant », « l'interne » ou disaient simplement « on va vous voir à deux aujourd'hui », je leur ai demandé à me présenter moi-même, avant l'entrée dans la salle de consultation. Je m'annonce ainsi : « Je suis pas soignant, je fais une étude sur l'organisation des soins autour de l'avortement. Est-ce que ça vous dérange si j'assiste à la consultation ? Je n'interviens pas du tout et je me tourne au moment de l'échographie. Vous avez le droit de dire non ». Si elle accepte, j'ajoute : « N'hésitez pas à me dire à tout moment si vous changez d'avis ». Quand vient le moment de l'échographie ou d'un examen gynécologique, dans le CIVG 1, je vais « au coin », assis dans l'angle le plus éloigné de la table d'examen, dos à l'avortante et j'ajoute « je peux sortir si vous préférez ». Dans le CIVG 3, je me place derrière le paravent dont sont équipées les salles de consultation et je propose aussi de sortir. Dans le CIVG 2, où une pièce attenante à la salle de consultation est dédiée aux examens et échographies, la médecin ou la sage-femme annonce qu'elle laisse la porte très légèrement entrouverte (un millimètre), pour que je puisse entendre sans voir. Au bloc opératoire, je préviens l'avortante *a priori*, bien que cela semble superflu à la plupart des professionnel·les : « pas besoin, elles dorment », me dit une infirmière. Je me place dans un coin de la salle, « côté tête », autant pour préserver l'intimité des avortantes que pour pouvoir observer les visages et déplacements des professionnel·les, ce qui ne laisse pas d'intriguer ces dernier·es pensant que, comme les étudiant·es qui se placent juste derrière le ou la médecin, mon intérêt irait d'abord à la canule d'aspiration et à l'utérus. « Tu veux faire le geste ? », me propose même une gynécologue-obstétricienne (je refuse, évidemment).

En moyenne, une avortante refusait ma présence par journée d'observation de consultations (soit une sur dix)²². Je ne me fais pas d'illusions pour autant : une partie des avortantes m'a pris pour un interne ou un infirmier malgré ces précautions, ou s'est sentie trop

²² N'ayant été, mécaniquement, qu'en très bref contact avec elles, je n'ai pas réussi à objectiver précisément des caractéristiques sociales permettant d'estimer quelles femmes sont moins disposées à ma présence ou se sentent davantage autorisées à la refuser. Avec une exception : les femmes portant le foulard sont surreprésentées parmi les refus. Ça ne manque pas de faire réagir Armelle ou Virginie, deux infirmières qui par ailleurs ne cachent pas leur islamophobie, qui, alors qu'une femme voilée refuse ma présence en indiquant qu'elles ne veulent pas d'homme en consultation, affirment qu'à l'hôpital public on ne choisit pas le sexe de son médecin.

intimidée pour refuser ma présence²³. Après tout, ma tenue contredisait mon discours : au CIVG 1, je portais l'ensemble vert ou bleu que revêtaient les paramédicales dans les services et les médecins quand ils et elles sont au bloc ; au CIVG 2, je portais une blouse blanche ; au CIVG 3 j'étais certes « en civil » (sauf au bloc opératoire pour des raisons d'asepsie) mais plusieurs des médecins, refusant le port de la blouse, l'étaient tout autant.

Dans le CIVG 1, une avortante s'est saisie de ma demande d'autorisation à assister à la consultation pré-IVG pour prendre un certain contrôle sur les modalités de la consultation : elle a demandé à ce que l'interne en formation sorte *aussi*.

Alors qu'Olivia (26 ans), l'interne et Juliette (30 ans), l'assistante, sont déjà entrées dans la salle de consultation, je me présente à Mme X. sur le pas de la porte et je demande l'autorisation d'assister à la consultation.

« **Mme X.** : J'aimerais qu'il n'y ait que la médecin.

Raphaël : Bien sûr.

Olivia se dirige vers la porte pour sortir.

Juliette (à Olivia) : Bah non toi tu restes.

Olivia s'arrête

Mme X. : Je préfère que tout le monde sorte.

Juliette : Mais... c'est l'interne !

Olivia : Ça va, je sors.

Elle me rejoint dans le couloir et ferme la porte derrière elle ».

Ici, la possibilité donnée de refuser ma présence a brisé l'évidence du cadre de la consultation. En invitant et en légitimant l'expression de la volonté de l'avortante, la négociation de l'interaction avortante-sociologue a ouvert une possibilité de négociation – certes brève et limitée – de l'interaction médecin-patiente.

B. Ce qui rend l'accès au terrain facile : analyser les privilèges ethnographiques

Les terrains heureux n'ont pas d'histoire : ce sont surtout les « ratés » (Verdrager, 2017) qui font l'objet d'articles, les refus (Darmon, 2005), les errements et revirements dans la négociation des modalités d'enquête (Derbez, 2011), les moments de malaise éthique, les difficultés méthodologiques, en particulier sur les terrains « difficiles » (Boumaza et Campana, 2007), « répugnants » (Nikolski, 2011), « détestables » (Zawadzki, 2002), criminels (Bourgois, 2013 ; Rodgers, 2018) dont on analyse les tenants et les aboutissants. On s'étend peu sur le récit des terrains où on entre comme dans du beurre, où l'intégration est

²³ C'est suffisamment rare pour être relevé : quelques-unes ont témoigné de leur compréhension de l'objet de ma présence, comme une avortante de 25 ans qui en est ravie, me demande si elle pourra lire ma thèse puis, avant de quitter le centre, me hèle pour me donner son mail et me demander de lui envoyer mon manuscrit une fois écrit. Une autre m'a vivement recommandé de lire la bande-dessinée *le Chœur des femmes* (l'adaptation du roman de Martin Winckler par Aude Mermillod publiée à Lombard en 2021).

rapide, où la sortie se fait sans tension particulière²⁴. D'abord parce que les traits saillants et les analyses à en faire sont moins évidentes (on remarque moins les portes quand elles sont ouvertes). Sans doute, aussi, parce qu'il est parfois profitable émotionnellement, après une expérience de terrain pénible, d'en faire l'analyse et de la soumettre à la discussion des pair·es, et profitable scientifiquement, après que l'accès au terrain a été refusé ou interrompu, de faire de ce refus un moyen de produire des données : on peut parfois dire beaucoup de choses de l'objet étudié rien que par sa carapace.

La réalisation de mon terrain a été, par bien des aspects, facile. La négociation des entretiens comme des observations et l'intégration une fois entré sur les terrains se sont faits sans heurt, rapidement, avec des refus rarissimes de la part des professionnel·les. L'observation du travail a pu être complétée par diverses invitations à partager des moments moins formels avec les enquêté·es : verres, sorties sportives, nautiques, soirées et dîner aux domiciles des enquêté·es. Ce sont pourtant des terrains et enquêté·es parfois réputé·es difficiles d'accès ou « imposant·es » (Chamboredon *et al.*, 1994), notamment les médecins et en particulier les chef·fes de service (Darmon, 2005 ; Vozari, 2021), la procédure d'IMG pour détresse psychosociale ou le bloc opératoire d'IVG (Borel, 2023)²⁵. L'idée ici n'est pas de se féliciter de réussites ethnographiques mais de tenter d'en objectiver les raisons, dans la mesure où celles-ci constituent un élément d'analyse de l'objet étudié et dans l'idée de contribuer aux réflexions autour des épistémologies et méthodologies qualitatives et des « politiques du terrain » (Olivier de Sardan, 1995). Ces raisons sont de deux ordres : celles qui tiennent aux spécificités du terrain ; celles qui tiennent aux caractéristiques sociales de l'enquêteur.

1. L'espace professionnel de l'avortement : terrain clivé²⁶ et milieu d'interconnaissance

Le terrain médical n'est qu'un mot. Tous ne se négocient pas de la même façon et ne se mènent pas dans les mêmes conditions. D'abord, le fait que l'enquête porte sur des professionnel·les et que je ne réalise pas d'entretien avec des patient·es a grandement facilité l'obtention de l'accord des médecins. Surtout, du fait de spécificités de mon objet, de

²⁴ Une exception notable dans la thèse de Camille François qui s'interroge sur la « surprenante facilité d'accès aux terrains » (2017 : 50).

²⁵ Myriam Borel, étudiant le rapport des sages-femmes aux IVG, interprète les refus qu'on oppose à ses demandes d'accéder au bloc opératoire ou de réaliser des entretiens avec des professionnel·les participant aux prises en charge d'IMG comme relevant d'un interdit symbolique et d'une volonté de maintenir l'opacité autour de la pratique des avortements qui participe à faire du geste abortif un acte « à part » (Borel, 2023 : 49).

²⁶ Voir Étienne Ollion sur les risques et opportunités méthodologiques de l'enquête en terrain clivé (2017).

nombreux·ses professionnel·les étaient particulièrement intéressé·es par mon enquête. Anne-Marie Arborio et Pierre Fournier le signalent :

« Chercher à comprendre les motivations des interlocuteurs prêts à collaborer avec le chercheur donne des indices des systèmes d'intérêts traversant le monde étudié » (2021 [1999] : 81).

L'espace professionnel de l'avortement est un terrain traversé par des luttes entre les différents groupes professionnel·les, comme nous le verrons, notamment entre spécialistes de l'avortement, souvent généralistes, et gynécologues-obstétricien·nes dominant le champ. Par ailleurs, nous le verrons aussi, la pratique des avortements continue d'être un objet de réticences et de malaise pour une partie des médecins qui en ont la charge. Ces deux tensions sont exacerbées par le contexte politique de l'enquête : la proposition de loi visant à allonger de deux semaines le délai légal d'IVG et à permettre aux sages-femmes de pratiquer les IVG instrumentales ; la participation d'individus, associations, institutions savantes appartenant à l'espace professionnel de l'avortement aux débats qui précèdent son vote ; l'application de la loi une fois votée.

Dans ce contexte, le groupe des médecins spécialisé·es dans l'avortement, qui se distingue par le soutien à l'allongement du délai et par une spécialisation informelle reposant notamment sur l'acquisition de dispositions scientifiques spécifiques et la participation à la production et la diffusion des recherches autour de l'avortement (y compris en sciences sociales), se sont montré·es volontaires pour participer aux entretiens ou se laisser observer (d'où la proposition de Lise, la responsable du CIVG 3, de m'accueillir et l'enthousiasme d'une partie de son équipe). Plusieurs éléments l'expliquent : la fierté de leurs pratiques concrètes de travail qu'ils et elles estiment exemplaires, la volonté de publiciser leur vision du travail d'avortement (comme travail intéressant et non comme travail ingrat), celle de contester aux gynécologues-obstétricien·nes non spécialisé·es dans l'avortement la légitimité et l'expertise professionnelle autour de l'avortement, l'intérêt pour la production de connaissance autour de l'avortement. Ils et elles m'ont invité à donner cours dans deux DU de médecine – Régulation des naissances en 2023, et Perfectionnement en orthogénie en 2024 – de l'Université Paris Cité sur le sujet de mon choix (« carte blanche, tant que ça les bouscule un peu ! », me dit l'une de ses responsables) et à présenter mon travail au congrès de l'ANCIC de 2024. À mon arrivée dans le CIVG 3, Lise, la responsable, me demande si je pourrai présenter « quelque chose » à la réunion de service une semaine avant mon départ. Je la préviens que, pour des raisons d'anonymisation et de temporalité de la recherche, je ne présenterai pas des données issues de l'observation de leur service et, le jour venu, je leur expose une heure durant mon analyse de l'intégration du travail d'avortement au champ

médical et ses évolutions depuis 1975, détaillant les recompositions des oppositions médicales à l'avortement. Ils et elles questionnent, renchérissent par des témoignages et surtout se montrent particulièrement impressionné·es par les extraits d'entretiens menés auprès de gynécologues spécialistes qui, à leurs yeux, les montrent sous un mauvais jour en soulignant leurs réticences à pratiquer les IVG. Mathieu, l'un des médecins, s'exclame « c'est donc à ça que sert la sociologie ! » et ajoute qu'il faudrait travailler avec des sociologues plus souvent. Il me présente ses excuses pour avoir exprimé des doutes lors de mon arrivée, déclare que ma présence dans le service a été « lumineuse ».

Certain·es de celles et ceux qui, à l'inverse de ces médecins spécialistes de l'avortement, s'opposent à l'allongement du délai ou ressentent une gêne particulière en pratiquant les avortements, voient dans les entretiens menés une manière d'expliquer leur position sans risque d'être caricaturé·es en « anti-IVG rétrogrades » (Catherine, 63 ans, gynécologue-obstétricienne, PH, représentante SYNGOF). C'est notamment le cas de membres d'organisations représentatives ou scientifiques de la profession – qui estiment n'avoir pas été assez consulté·es dans le cadre du vote de la loi – ou de celles et ceux qui refusent de pratiquer les IVG et invoquent la « clause de conscience », tenant à souligner qu'ils et elles ne sont pas contre le droit à l'avortement pour autant. À celles et ceux dont j'anticipais ou avais été prévenu de la réticence à la proposition de loi d'allongement du délai (ou de l'usage de la « clause »), j'insistais sur le fait que l'enquête visait à documenter de manière neutre et objective la diversité des points de vue et des expériences des médecins sur l'IVG et sa prise en charge – là où, aux médecins spécialisé·es dans l'avortement, je disais travailler l'avortement sous l'angle des professionnel·les de santé qui le prennent en charge. La rencontre avec Anne-Hélène, psychanalyste libérale ayant travaillé sept ans comme conseillère conjugale et familiale du CIVG 1, vent debout contre l'allongement du délai (et, globalement, la poursuite de la libéralisation de l'accès à l'avortement), est assez significative. Quelques jours après notre entretien réalisé à son cabinet où elle m'explique son opposition au projet de loi par le drame que représenterait l'avortement pour les femmes – encore plus lorsqu'il se fait à un terme plus avancé –, elle m'appelle sur mon portable. Elle craint que son discours ne la fasse apparaître comme une anti-féministe-anti-IVG et me demande un second entretien pour être sûre d'être bien comprise.

Dans ce contexte, l'interconnaissance et la recommandation sont particulièrement importantes pour la négociation des entretiens. Rapidement, mon capital social initial (des ami·es d'ami·es médecins ou parents de connaissances d'enfance), via lequel je prends contact avec une partie des première·es enquêté·es, s'est accru au fil des entretiens réalisés et du temps passé en hôpital, bref, à mesure que je me suis intégré dans l'espace professionnel

étudié. Surtout, la rencontre et la réalisation d'entretiens avec une responsable de l'ANCIC et le président du CNGOF, occupant chacun·e une position nodale dans les deux réseaux respectifs, et le fait de pouvoir obtenir des contacts et être recommandé par ces deux enquêté·es m'ont instantanément ouvert les portes de la quasi-totalité de l'espace professionnel. À partir de ce moment, il n'y a plus eu de mail laissés sans réponses ni de refus d'entretien et assez rapidement dans le cours de l'enquête l'enjeu n'était plus de trouver des opportunités d'accès aux données mais de trier parmi celles-ci, trop nombreuses, celles qui seraient les plus intéressantes et complémentaires.

Les clivages de l'espace professionnel se sont aussi parfois rejoués au sein des services. C'est le cas en particulier dans le CIVG 3 « au bord de l'implosion » (Lise), où un des six médecins en poste, Jérôme (36 ans), ne veut pas pratiquer les IVG entre 14 et 16 SA, posture de retrait que n'acceptent pas ses collègues. L'enjeu est alors d'éviter « l'enclichage » (Olivier de Sardan, 1995) – être associé de manière irrémédiable à l'un des côtés du conflit – fermant l'accès à une partie du terrain. Lors de mon troisième jour sur le terrain, Jérôme m'annonce que je peux assister à ses consultations mais s'excuse du fait qu'il ne souhaite pas réaliser d'entretien formel bien qu'il dise se rendre compte de l'intérêt de sa situation pour ma recherche. Il m'interroge sur ma relation avec Lise, la responsable du service, et sur la chronologie de la négociation du terrain, suspectant qu'elle m'ait demandé de venir observer le service *à cause* de ce conflit, craignant que je ne lui serve d'espion. Je le rassure sur le fait que je ne partageais pas ce que je voyais ou entendais à Lise et qu'elle m'avait fait cette proposition d'observation bien en amont du conflit dans le service. Un peu rassuré, il semble soulagé d'avoir une présence empathique – il fait l'objet d'un ostracisme qui l'affecte émotionnellement –, un témoin de ce qu'il qualifie comme du « harcèlement », et se confiera longuement à plusieurs reprises sur la situation, notamment après les moments de conflits que sont les réunions hebdomadaires du service. Il me demande par moment de ne pas noter telle ou telle chose spécifique dans mon carnet, mais la plupart du temps il me laisse prendre des notes ostensiblement. Dans le CIVG 1, Laurence (65 ans), une des médecins, est accusée par les infirmières et par certaines de ses consœurs d'être maltraitante, trop sèche et expéditive. Elle est également en conflit ouvert avec l'infirmière la plus ancienne du service qui a porté plainte pour violence auprès du chef de service (Laurence aurait refermé brutalement une porte sur elle). Les infirmières essaient de faire renvoyer Laurence en interrogeant systématiquement les avortantes qui sortent de ses consultations sur ses pratiques et n'hésitent pas à attiser leur mécontentement éventuel jusqu'à les inciter parfois à déposer une plainte. Dans ce contexte, j'évite d'être assimilé aux médecins et en particulier à Laurence : je change de professionnelle suivie chaque demi-journée et en début de terrain je passe le plus gros de

mon temps avec les plus dominé·es du service (les secrétaires, l'aide-soignante, la CCF, les infirmières puis la sage-femme). Rapidement, je deviens un déversoir des nombreuses rancœurs interpersonnelles, auquel on peut, sans conséquence, se plaindre du comportement des collègues.

Enfin il faut noter une spécificité de l'enquête sur la procédure d'IMG pour détresse psychosociale : beaucoup d'enquêté·es expriment un malaise vis-à-vis de leur rôle de juge (refuser des demandes d'avortement d'une part, autoriser et pratiquer des interruptions à des termes avancés de l'autre), mal défini par la loi (le concept de « détresse psychosociale » est flou) et sont particulièrement en demande de discussions, d'avis, de soutien émotionnel ou de production de connaissance. D'où une facilité à négocier ma présence à leur côté, et à obtenir des entretiens informels de débrief après chaque consultation d'IMG – que j'y aie assisté ou non – avec les gynécologues, psychologues, psychiatres ou assistantes sociales. Dans les échanges informels, on sollicite fréquemment mon avis. Un jour où je n'étais pas présent sur le terrain, Carmen, l'une des deux gynécologues-obstétricien·nes du CIVG 3 participant aux IMG psychosociales m'a appelé sur mon portable, voulant discuter du cas d'une avortante qui a exprimé des remords juste après l'expulsion, reprochant à l'équipe de l'avoir laissé « tuer [s]on bébé », ce qui a bouleversé l'équipe de la salle de naissance où les IMG ont lieu. Carmen est visiblement affectée, se considérant responsable d'une erreur diagnostique. Selon elle, aveuglée par la demande de la femme, l'équipe en charge d'évaluer les demandes d'IMG pour détresse psychosociale dont elle fait partie n'aurait pas su évaluer correctement son intérêt. On sollicite tout autant ma présence, mon avis ou mes résultats dans la maternité du CIVG 1. La cheffe de service, quand elle me donne « carte blanche » pour observer tout ce qui a trait aux IMG, ne demande en contrepartie qu'un accès, sous la forme de mon choix, à mes conclusions²⁷. Deux psychiatres intervenant dans la prise en charge des IMG dans cette même maternité m'ont demandé à tour de rôle de présenter mon travail aux réunions de leur service à chacun²⁸. Un jour où je ne peux pas assister à un staff d'IMG, l'assistante de psychiatrie qui a vu la candidate à l'avortement m'appelle et, pour que je puisse suivre l'échange à distance, les différentes professionnel·les se passent son téléphone de main en main avant de prendre la parole tout au long du staff.

J'ai toutefois été confronté à un refus de terrain : celui opposé par la commission d'orthogénie du CNGOF à ma demande de diffusion d'un questionnaire à l'ensemble des gynécologues-obstétricien·nes. Le questionnaire portait sur leurs pratiques concrètes et opinions en matière d'avortement. Après une discussion entre les membres de la commission,

²⁷ Je compte, une fois ma thèse terminée, lui envoyer l'article écrit sur le sujet.

²⁸ Ce que j'ai refusé, arguant qu'à ce stade de l'enquête c'était prématuré.

son président me répond que le questionnaire risquerait « d’acutiser » les conflits au sein de la profession, ce qu’une enquêtée, devenue une alliée, présente au sein de la commission, me traduit par : « on lave toujours son linge sale en famille ». Le questionnaire visant à montrer l’éventuelle hétérogénéité des (op)positions médicales en matière d’avortement, il risquerait d’affaiblir l’un des mécanismes du pouvoir symbolique médical mobilisant l’image d’un consensus professionnel et, en matière d’avortement, cherchant à présenter les réticences des gynécologues comme une prise de position féministe.

2. S’imposer aux (autres) imposant·es

J’ai très peu fait l’expérience du dénigrement disciplinaire comme c’est le cas de certain·es sociologues travaillant sur des dominant·es, en particulier en milieu médical. Au contraire, j’ai pu jouir d’une relative considération sur le terrain. Au-delà de l’intérêt des enquêt·es pour ma recherche que j’ai souligné plus haut, j’y vois deux raisons : ma position objectivement avantageuse dans les différents rapports de domination²⁹ et, dans une moindre mesure, une posture de terrain visant à faire advenir, en la performant, une position d’égalité vis-à-vis des « imposant·es ».

Cette posture fait suite à une déconvenue lors de mon enquête de Master 2 : un chef de service d’un grand hôpital parisien avec qui je tente de réaliser un entretien me considère comme un étudiant dont il faudrait simplement remplir le questionnaire – ce qu’il s’impose comme une corvée –, s’agace de mes questions qu’il prend comme un signe d’ignorance. L’entretien est à la fois trop court et très déplaisant, et par la suite je prends le pli de performer le sentiment d’égalité et de compétence afin de faire advenir des relations d’enquête qui soient plus agréables et, à mon avis, globalement, plus productives. À l’exception de rares enquêt·es parmi les plus âg·es, je propose toujours d’emblée que nous nous tutoyions et appelle mes interlocuteur·ices par leur prénom, cherchant à neutraliser les postures professorales ou paternalistes. Adoptant la stratégie de Muriel Darmon qui n’hésite pas à écrire sur du papier à en-tête officiel et à mettre en avant ses titres scolaires dans la négociation du terrain (2005), j’écris systématiquement avec mon adresse mail ENS, me présente parfois comme chercheur plutôt qu’étudiant.

Mes diplômes et appartenances universitaires sont un gage de valeur sociale d’autant plus qu’hors de région parisienne ils sont plus rares. « Monsieur Perrin vient de la Sorbonne », annonce la cadre en me présentant au CIVG 1 ; « ça fait bien dis-donc, prof à la

²⁹ J’évoque ici la classe sociale, les titres scolaires et le capital culturel qui y sont liés. Dans la sous-section suivante je considérerai l’effet spécifique de ma position dans les rapports de genre.

Sorbonne », me dit Laure, la sage-femme du CIVG 2, un jour où j'explique mes absences ponctuelles par les TD que j'y donne. La carte de la noblesse scolaire est particulièrement efficiente auprès des médecins. Un PH de psychiatrie participant à la prise en charge des IMG, quand je me présente à lui pour la première fois et lui explique l'objet de ma recherche, téléphone devant moi à sa femme, chercheuse en anthropologie et lui dit : « Raphaël est sociologue à l'ENS, est-ce que ça te dit que je l'invite à déjeuner ? ». Au-delà du capital culturel institutionnalisé (Bourdieu, 1979), c'est sa possession sous sa forme incorporée qui a favorisé mon intégration sur le terrain. Des goûts et pratiques culturelles communes m'ont permis de partager des moments informels avec certain·es des jeunes médecins (en allant faire ensemble de l'escalade, par exemple), de même que la familiarité mutuelle avec la culture bourgeoise m'a permis d'acquérir le respect de Mathieu, dans le CIVG 3. Lors de mon entrée sur le terrain, il avait exprimé ses doutes sur ce que pouvait apporter aux avortantes et aux médecins la présence d'un sociologue. Le lendemain, alors que je passe la journée à le suivre dans ses consultations, pendant qu'une avortante s'installe au bloc pour une IVG instrumentale sous AL, il raconte à la cantonade sa lecture du moment, un recueil de poèmes de Voltaire. Il cite un quatrain par lequel le philosophe s'en prend à un de ses contemporains : « Un jour dans le fond d'un vallon, Un serpent piqua Jean Fréron. Devinez ce qui arriva... » « Ce fut le serpent qui creva ! », je complète. « BRAVO ! », s'écrit Mathieu, visiblement ravi que quelqu'un semble partager son goût pour les épigrammes voltairiens. Il se montrera par la suite particulièrement affable et, à la fin du mois de terrain, me conviera à un dîner qu'il organise chez lui avec une partie de l'équipe.

3. Être un homme sur un terrain féminin

« Je fais ici l'hypothèse qu'un homme n'aurait pas pu conduire la même enquête. Les règles de la pudeur, le risque d' "érotisation de la relation d'enquête" ou la panique morale autour de la pédophilie dans la prime enfance n'auraient certainement pas permis à un enquêteur d'accéder à nombre d'interactions qui font le quotidien des professionnelles dont j'ai observé le travail » (Vozari, 2021 : 60, 61).

Le travail d'Anne-Sophie Vozari portant sur l'encadrement psychologique des femmes en périnatalité, dans un centre de Protection maternelle et infantile (PMI) et dans un service hospitalier a été mené, comme le mien, sur un terrain quasi intégralement féminin, et les groupes professionnels étudiés sont les mêmes. Elle explique que son sexe a sans doute été une condition de possibilité de l'enquête menée, racontant comment la possibilité de la maternité ou les « contraintes de genre partagées avec les enquêtées » (Le Renard, 2010) ont été des sujets d'échange privilégiés. Elle mentionne également le fait qu'une mère-patiente a

accepté sa présence en consultation en disant qu'après tout, « on est entre femmes » (tout en se méprenant sur son rôle, la croyant étudiante sage-femme), deux types d'interaction dont je suis évidemment exclu.

Lors des nombreuses occasions d'échanges et de retours, formels ou informels, autour de mon travail de thèse avec des collègues (conversations, évaluations d'articles soumis à des revues, communications en colloques ou séminaires), l'effet du genre sur mon terrain – *i.e.* être un homme dans un centre d'IVG – a été l'un des sujets d'interrogation les plus fréquents³⁰. Il m'a parfois été reproché de ne pas l'aborder, ou pas assez, y compris lorsqu'il s'agissait à mes yeux d'un élément peu pertinent pour analyser l'objet particulier auquel un article ou une présentation étaient dédiées³¹. L'idée derrière cet appel récurrent à l'évoquer, c'est qu'il relèverait de l'évidence, d'une part, que mon sexe a eu un effet (déterminant) sur l'enquête – ce que je reconnais volontiers – et, d'autre part, qu'il est possible d'objectiver cet effet – ce qui est loin d'être aisé. Dire « ce que ça a changé d'avoir été un homme » suppose d'assumer une part de conjecture³². J'en montrerai ici les quelques effets les plus tangibles – les moments où ma position d'homme minoritaire et la rupture de l'homosociabilité féminine du service sont explicitées – ou le fait que certains paramètres de la relation d'enquête en sont mécaniquement affectés – la possibilité d'être dragué par des femmes hétérosexuelles et des hommes homosexuels notamment – tout en m'appuyant, par une esquisse d'épistémologie comparative, sur les expériences de chercheuses sur des terrains proches. L'idée de cette analyse réflexive est, à partir de mon cas particulier d'une enquête par entretiens et observations dans le milieu quasi exclusivement féminin de la prise en charge de l'avortement, de discuter de ce qu'on performe stratégiquement, ce qu'on (ne) risque (pas), des enjeux de sexualisation sur le terrain, plus généralement de la manière dont le genre informe aussi l'enquête quand les chercheur·ses sont des chercheurs³³, a fortiori des hommes cis hétérosexuels. Il ne s'agit pas de dire qu'être un homme serait globalement un avantage ou un désavantage méthodologique sur un terrain féminin, ce qui serait une prise de position hasardeuse du fait de l'imbrication du genre avec les autres rapports de pouvoir, des spécificités des différents contextes d'enquête et des effets contradictoires du genre sur les possibilités d'enquête que j'ai pu expérimenter – ouvrant certaines portes et en fermant

³⁰ Il arrive en seconde position après le fait d'être un homme *travaillant* sur l'IVG.

³¹ À tel point que l'on a pu me suggérer d'*a minima* mentionner d'une phrase ma position d'enquêteur sur un terrain féminin, sans rien en faire, pour éviter qu'on ne me soupçonne d'ignorer la structure de genre spécifique de mon enquête.

³² De même qu'il serait relativement aventureux de tenter d'estimer ce qui aurait changé si j'avais mené cette enquête en étant noir, trans, homosexuel, plus âgé, issu des classes populaires ou fils de médecins.

³³ Pour paraphraser Geneviève Pruvost (2007).

d'autres. Mais plutôt de réfléchir aux conséquences méthodologiques de l'occupation d'une position dominante dans l'espace du genre.

a. Le corps des hommes dans l'enquête, butoir de l'impensé

Peu d'enquêteurs, à ma connaissance, défendraient aujourd'hui l'idée que leur positionnement est neutre, une « vue de nulle part » (Haraway, 2007). Pour autant, le « sexe de l'enquête » (Monjaret et Pugeault, 2014) est presque toujours celui des femmes. Au-delà du geste consistant à « se situer » *a priori*, à s'auto-objectiver comme un « sujet empirique », un « point déterminé de l'espace-temps social » (Bourdieu, 2003 [1997] : 173), les efforts de chercheurs pour faire l'examen méthodique des effets du genre sur la conduite de l'enquête et le recueil des données sont relativement rares³⁴. Sans doute cette inégale répartition de l'intérêt pour la question a-t-elle d'abord une explication à chercher du côté de la structure genrée des positions dans le champ sociologique contemporain et des dispositions à mener et à publier des analyses épistémologiques et méthodologiques qui reposent sur l'auto-objectivation³⁵. Ensuite, parce que la question du genre dans l'enquête se pose peut-être comme un enjeu plus critique pour les enquêtrices que pour les enquêteurs, autant du point de vue de leur sécurité que des stratégies d'accès au terrain. La littérature consacrée à l'enquête de terrain au féminin visible ainsi un travail ethnographique qui amène les enquêtrices à performer un genre – au sens de Judith Butler (2019 [1990]) –, comme Geneviève Pruvost sur son terrain policier se fabrique un « genre féminin non accentué (féminin néanmoins et non « garçon manqué ») », ni disponible (elle évoque son conjoint) ni prude, ni chochette ni virile (2014). Si les chercheurs s'intéressent moins à la question, c'est aussi qu'ils sont moins exposés aux agressions sexuelles ou à ce que des stigmates genrés ne leur bloquent l'accès au terrain. Autrement dit, la question du genre dans l'enquête se pose de manière plus ou moins (in)contournable selon la position occupée dans les rapports de domination, d'où une relative sous-théorisation des masculinités ethnographiques – du moins des masculinités cis-hétérosexuelles – rapportée à leur poids dans la population des chercheur·ses.

³⁴ Les analyses de Léo Thiers-Vidal sur le positionnement masculin (2002, 2010) apparaissent d'autant plus saisissantes qu'elles sont singulières. Si Mathieu Trachman quant à lui étudie bien l'effet du genre sur le déroulement de son terrain c'est sa position d'homme *homosexuel* qu'il met en avant (2013).

³⁵ Pour donner deux exemples récents, parmi les 59 intervenant·es, membres du comité organisateur ou scientifique du colloque « Ethique de la recherche en terrains sensibles » qui s'est tenu les 2 et 3 décembre 2021 à Aubervilliers, 18 sont des hommes cisgenres, soit moins d'un tiers, et le numéro 19 des *Cahiers de l'Urmis*, publié en 2020, consacré aux marqueurs ethnoraciaux assignés aux chercheur·es, ne comprend que des contributions de chercheuses (7). Ces deux thématiques scientifiques ne sont pourtant pas liées au genre dans l'absolu.

b. Être un homme minoritaire : le « chouchou » du service

Le corpus d'entretiens reflète la féminisation des professions enquêtées, avec 25 hommes et 108 femmes. Dans les trois centres d'IVG enquêtés, il y peu d'hommes : deux des médecins du CIVG 3, le coursier qui vient chercher les prélèvements sanguins du CIVG 1 pour les amener au laboratoire de l'hôpital, les quelques accompagnants des avortantes et moi. Être un homme dans un milieu professionnel très féminin confère certains privilèges – Clotilde Lemarchant a mis en évidence l'intégration facilitée des garçons dans les formations féminisées (coiffure, esthétique, santé, mode), « chouchoutés » et dotés d'un capital de séduction démultiplié (Lemarchant, 2017)³⁶ – qui bénéficient aussi au sociologue. Ma présence est rendue incongrue dans le service d'IVG non pas tant par ma profession que par mon sexe, qui participe largement à faire de moi « la mascotte du service » (ainsi qu'une infirmière du CIVG 1 me désigne à plusieurs reprises). Au self des médecins où j'ai été invité à déjeuner par l'interne du service, une de ses collègues s'exclame, quand je fais sa connaissance : « Auriane m'a dit que tu étais déjà le *chouchou* ! », évoquant, en comparaison, son intégration difficile pendant son stage dans le service. Sandrine, la sage-femme explicite les raisons de cet engouement : « c'est bien, on avait besoin d'hormones mâles ». L'homosocialité féminine des services d'IVG enquêtés est subie plus que recherchée. Sandrine s'en plaint, évoquant la « concurrence de bonnes femmes » à cause de laquelle ses collègues infirmières n'auraient pas accepté sa promotion symbolique lorsqu'elle a été autorisée, en tant que sage-femme, par la loi de 2016, à prescrire les IVG médicamenteuses. Salomé, une PH d'anesthésie de 31 ans, au cours d'une conversation portant sur le sexisme subi par les étudiantes en médecine, minimise l'importance de celui-ci et me dit avoir été davantage affectée par les mauvais traitements infligés par ses collègues femmes : « *Metoo* à l'hôpital c'est malsain. Le problème c'est pas les mecs qui sont des porcs, c'est la compétition entre les femmes, les femmes qui mettent la misère aux autres femmes. Moi j'ai beaucoup souffert de ça pendant mon internat. »³⁷ Dans le CIVG 3, la responsable de l'unité me dit chercher à diversifier l'équipe lorsqu'elle recrute de nouveaux·elles médecins (« C'est bien qu'on ne soit pas tous des clones ! ») et cite le sexe comme un critère de son choix (« parce que c'était un mec et que les mecs partaient, qu'on avait besoin d'une mixité sinon on aurait plus que Mathieu »).

³⁶ Elle montre qu'à l'inverse les femmes dans des milieux scolaires ou professionnels masculins font l'objet de discriminations qui freinent leur intégration.

³⁷ Quelques minutes après notre discussion, je passe devant un bureau où se trouvent Salomé, le chef de service de gynécologie et une infirmière du centre d'IVG à laquelle il se plaint bruyamment, sur le ton de la plaisanterie, que la première ne veut jamais coucher avec lui.

c. La sexualisation sans le risque

Les enquêtrices ne sont pas les seules à être sexualisées sur le terrain, quoique cela représente pour elles et pour les minorités de genre un risque de harcèlement (Mainsant, 2008), d'agression ou de menace d'agression (Clair, 2022b) auquel les hommes cis hétérosexuels ne sont pas exposés. Par sexualisation je n'entends pas seulement l'assignation à un sexe, mais à une sexualité, la constitution en partenaire sexuel potentiel et les comportements de séduction qui peuvent l'accompagner. Lors de mes terrains en centre d'IVG – surtout les CIVG 1 et 2 où je concentre d'autant plus les propos sexualisants que je suis le seul homme – elle s'est manifestée de diverses manières. Par des compliments répétés portant sur mes yeux, sur mon apparence générale ou via l'interpellation des collègues (« Hein que Raphaël il est beau ? » demandent les infirmières du CIVG 1 à chaque collègue leur rendant visite d'un autre service). Par des plaisanteries reposant sur une drague surjouée de la part de professionnelles beaucoup plus âgées ou sur la tentative de « me marier » avec l'assistante d'anesthésie. Par des références faites à ma sexualité supposée (« Tu dois avoir un carnet d'adresses ! »). Par le fait que cela soit un sujet de conversation en mon absence, une enquêtee-alliée³⁸ me rapportant une discussion de l'équipe médicale en me disant, goguenarde, « tu as du succès à la maternité ! », m'apprenant que la cheffe de service me trouve « très mignon » et que mon orientation sexuelle supposée fait l'objet d'un « débat ». Celle-ci, ainsi que mon statut conjugal et mon éventuel désir d'enfant, font l'objet d'interrogations répétées lors de l'enquête. Volontairement, je cultive le doute, me gardant de fournir une réponse claire et préférant répondre d'un double haussement de sourcil accompagné d'un « hum hum » mystérieux. Plusieurs enquêtés ne semblent pas savoir tout à fait comment me positionner dans les rapports de genre. Ils et elles me perçoivent comme un homme certes, peut-être disponible, probablement hétérosexuel par défaut mais qui s'intéresse à un sujet féminin et qui a une apparence, des pratiques et, du fait des nécessités de l'ethnographie, une posture interactionnelle en léger décalage avec les représentations les plus traditionnelles de la virilité : je porte des piercings et un pendentif à l'oreille ; j'apporte à plusieurs reprises sur le terrain des pâtisseries de ma confection à partager et les techniques de cuisine véganes ou les compositions de mes salades sont un des sujets récurrents des pauses déjeuner ; je parle peu, j'écoute, je fais preuve d'empathie et j'exprime rarement mon opinion. L'interrogation de Laure, la sage-femme du CIVG 2, témoigne de cette incertitude : « tu es

³⁸ Une amie d'ami qui travaille à la marge de mon terrain et que j'avais déjà rencontrée quelques fois avant l'enquête.

pas “pan” ? » me demande-t-elle tout de go. Elle s’explique : « Pansexuel. C’est quand tu fais l’amour avec tout ce qui bouge. Des filles, des garçons, les deux... ».

J’accueille généralement avec un sourire muet les compliments, plaisanteries et questions sur mon intimité, souvent faites en public : ce sont des signes d’une relative intégration sur le terrain qui, quoiqu’il ne faille pas en surestimer les effets, sont trop fréquents pour n’être pas considérés comme « un paramètre de la situation d’enquête » (Clair, 2016a). Les tentatives explicites de séduction n’ont eu lieu que dans le contexte plus confidentiel de l’entretien et l’ambiguïté de son « script sexuel caché » (*ibid.*) – moment de face-à-face prolongé dans un cadre privé ou du moins isolé où l’enquêteur·rice se conduit de manière amène pour donner envie à l’enquêté·e de se confier. L’exemple le plus clair est celui d’un entretien mené avec Justine, une gynécologue-obstétricienne de 35 ans. Quand, après plus de trois heures d’entretien à son domicile, mes questions et relances se tarissent et qu’elle sent que la rencontre touche à sa fin, elle change d’attitude corporelle et verbale : elle se détache les cheveux, joue avec ses mèches en me posant des questions sur moi. Je m’éclipse – j’ai un autre rendez-vous – et je reçois peu après un SMS m’invitant à aller boire un verre dans un bar, précisant : « si ça se fait (y’a-t-il une déontologie du sociologue et ses enquêté·es ?!) ». Intéressé par le fait de prolonger l’entretien dans un contexte plus informel, après une hésitation, j’accepte. L’échange est amical et agréable mais je n’y apprend rien que l’entretien formel ne m’avait appris. Quand j’annonce que je rentre chez moi, elle me dit, explicitement, sa déception. Cela n’empêchera pas pour autant qu’elle reste une enquêtée-alliée que je pourrai solliciter pour des contacts ou informations diverses par la suite du terrain.

Un autre enquêté, Thomas, 35 ans, est en possession de données statistiques relativement sensibles qui m’intéressent et propose de me les transmettre « autour d’un verre ». Lors du verre en question, il évoque son homosexualité, se montre particulièrement amène et me partage les données. Si j’évoque ces différentes situations, c’est pour visibiliser le fait que les scripts sexuels de l’enquête existent aussi pour les jeunes hommes hétérosexuels, qu’ils peuvent être un atout pour le travail de terrain en disposant les enquêté·es à y participer et, surtout, qu’ils n’impliquent pas la même prise de risque que pour les enquêtrices. Cécile Thomé raconte le sentiment d’insécurité que suscitait pour elle le fait d’aller réaliser des entretiens sur la sexualité, seule, au domicile des enquêtés, et les précautions qu’elle prenait : donner l’adresse à une personne de confiance, s’habiller de manière à « faire oublier [s]on sexe, tout en évitant de passer pour trop prude, pour ne pas empêcher la parole sur la sexualité » (2019 : 112, 113). À sa différence, j’ai pu accepter sans aucune crainte pour ma sécurité les propositions de rencontres informelles avec des

enquêté·es qui, comme Justine ou Thomas, manifestaient un intérêt sexuel ou romantique plus ou moins explicite à mon égard, ainsi que les entretiens dans les bureaux fermés ou au domicile d'enquêté·es qui participaient aux discours me sexualisant sur le terrain, comme la cheffe de service évoquée plus haut. La probabilité que la poursuite de l'enquête soit menacée ou celle d'être agressé·e verbalement, physiquement, sexuellement du fait du script sexuel – notamment, aussi, lorsqu'un·e enquêté·e se voit éconduit·e – varient selon le sexe et sans doute l'orientation sexuelle de l'enquêteur·ice et des enquêté·es. La position de dominant dans les rapports de genre n'empêche pas une sexualisation de la relation d'enquête. Elle permet d'en jouer – comme pour les dominé·es selon les contextes – tout en se protégeant de ses risques.

d. Connivence et domination de genre

Le récit que fait Anne-Sophie Vozari du comportement des médecins hospitaliers à son encounter laisse peu de doute sur le rôle de notre position différenciée dans les rapports de genre sur nos expériences ethnographiques, radicalement opposées. Elle est considérée comme « une étudiante », « une stagiaire » voire « une assistante sociale » par ses enquêté·es médecins qui contrôlent et limitent les modalités de son enquête (une demi-journée par semaine, rencontres avec des patientes limitées à cinq) et multiplient les agressions symboliques (Pinçon et Pinçon-Charlot, 1991). Elle subit la domination médicale (expression qu'à l'exception d'une occurrence dans sa thèse elle réserve à la domination qu'elle a elle-même subie pendant l'enquête), particulièrement (mais pas seulement) de la part des médecins hommes, diplômés comme internes, qui l'ignorent ou se comportent de manière « professorale » et « paternaliste ». Cela contraste avec la considération dont mon travail et moi faisons l'objet auprès des médecins enquêté·es, ainsi que je l'ai évoqué. Je n'ai pas de doute sur le fait que la domination de genre m'ait aidé à être pris au sérieux par les médecins.

Jérôme, dans le contexte du clivage de terrain cristallisé autour de son refus de pratiquer les IVG entre 14 et 16 SA mobilise notre « connivence de genre » (Thizy *et al.*, 2021) lorsqu'il se confie à moi malgré son refus initial de participer à l'enquête. Il m'annonce être la cible d'un « acharnement » lié à son sexe, me donnant pour exemple les reproches jugés indus que ses collègues lui ont fait au sujet de ses pratiques médicales qu'ils et elles désapprouvent (telles que le toucher vaginal ou l'échographie endo-utérine). Racontant avoir été « agressé » à ce sujet en réunion d'équipe, il commente :

« Je me demande si une collègue femme aurait déclenché la même réaction. [...] Tu vois c'est pas du fantasme, la difficulté à exister en tant qu'homme dans un service d'orthogénie

de femmes. Alors moi, homme, qui ne veut pas faire d'IVG chirurgicale après 14 [SA], c'est pas acceptable. Il y a un traitement différentiel selon le sexe dans le service. La place de l'homme ici est pas simple. Je vais être beaucoup plus épié. Sur la moindre pose de spéculum. Mais je vois pas comment je pourrais être plus doux. Sinon je travaillerais pas ici. [...] Je me demande si on ne s'acharne pas contre moi parce que je suis un homme. Inconsciemment. L'IVG c'est la revanche d'une femme contre un homme. C'est pareil contre moi, à l'échelle du service ».

Par ailleurs, peut-être que le fait d'être moins exposé aux suspicions de féminisme³⁹ et, surtout, le fait que je ne puisse pas avoir personnellement avorté, ont pu donner à des professionnel·les enquê·té·es une certaine liberté dans leurs propos. Quand Christophe et Alain, deux enquêtés chefs de service de gynécologie-obstétrique, pour ne citer qu'eux, m'ont déclaré, l'un qu'il valait mieux laisser au médecin plutôt qu'à la femme le choix de l'avortement, l'autre qu'il blâmait les femmes qui « s'en foutent » et le « self-service IVG », on peut se demander s'ils auraient tenu les mêmes propos face à une enquêtrice⁴⁰.

Conclusion de chapitre

L'analyse du parcours IVG et des structures organisationnelles du travail d'avortement en centre d'IVG laissent voir qu'il ne s'agit pas d'un geste ponctuel – médicamenteux ou chirurgical – mais d'un faisceau de tâches, réalisées par un collectif de travailleurs et de travailleuses. On ne pourra comprendre son organisation particulière – le nombre de consultations, la présence et le maintien d'entretiens psychosociaux, la prise des médicaments sous surveillance, le poids de l'encadrement par la parole, le temps de consultation consacré à la contraception... – qu'en montrant la double fonction du travail d'avortement. Celui-ci vise autant à agir sur les dispositions des avortantes qu'à interrompre des grossesses.

En cherchant à éclairer ce qui, dans les conditions d'enquête, a permis un accès au terrain facile à bien des égards, j'ai donné à voir comment ma position de pouvoir dans plusieurs des principaux rapports de domination (classe, genre, sexualité et, quoique je n'en ai pas explicité les effets, race) avait été à l'origine de privilèges ethnographiques rendant relativement aisée l'intégration sur un terrain fréquemment jugé difficile d'accès. Surtout, j'ai montré comment les structures de l'espace professionnel de l'avortement et les difficultés de médecins confronté·es à la pratique de l'avortement, notamment hors délai, s'y avéraient propices.

³⁹ Contrairement, à nouveau, à Anne-Sophie Vozari à qui un médecin enquêté a dit qu'elle ne manquerait sans doute pas « de “parler de domination masculine” en voyant “un médecin homme et des soignantes femmes” » (2021 : 63).

⁴⁰ De même que les professionnel·les interrogé·es par Myriam Borel n'expriment pas leurs réticences envers la pratique des IVG dans des termes aussi graphiques et explicites que celles et ceux que j'ai rencontré.

Par la suite, il faudra complexifier cette description d'une ethnographie « facile » : contrairement à la négociation de mon entrée et de ma position sur le terrain, l'observation des pratiques de domination médicale, en particulier dans le CIVG 1, elle, a été une réelle source de tensions et de mal-être ethnographique. J'ai abordé cet aspect du travail sociologique dans un article consacré au travail émotionnel sur le terrain (Perrin, 2023b) – l'existence de cette publication corroborant le constat fait plus haut : on évoque davantage les difficultés que les facilités du terrain. J'y reviendrai dans le chapitre 8.

Il faut désormais détailler les structures de l'espace professionnel de l'avortement, et, avant toutes choses, en retracer la genèse, l'avortement n'ayant pas toujours été un travail médical.

Chapitre 2 : La genèse de l'espace professionnel de l'avortement

Il n'est pas « d'instrument de rupture plus puissant que la reconstruction de la genèse : en faisant resurgir les conflits et les confrontations des premiers commencements et, du coup, les possibles écartés, elle réactualise la possibilité qu'il en ait été (qu'il en soit) autrement et, à travers cette utopie pratique, remet en question le possible qui, entre tous les autres, s'est trouvé réalisé » (Bourdieu, 1994a : 107).

Après cinquante ans de médicalisation institutionnalisée, la pratique exclusive de l'avortement par des médecins, et depuis 2016 par des sages-femmes, semble relever, en France, de l'évidence. Il n'en a pas toujours été ainsi. D'abord, parce que, pendant longtemps, y compris après la dépénalisation de l'avortement, une large part du corps médical s'est opposée au fait de prendre en charge les avortements lorsque la vie de la femme enceinte n'était pas menacée. Ensuite, parce que d'autres actrices et acteurs sociaux que des médecins ont revendiqué la légitimité à les réaliser, en particulier des militantes féministes que la loi Veil a dépossédées d'une pratique qui leur était devenue emblématique et fortement mobilisatrice (Pavard, 2012a ; Ruault, 2017b). Le fait que l'avortement soit un acte médical est une construction historique. C'est-à-dire qu'il aurait pu et qu'il pourrait en être autrement (Hacking, 2001), sans qu'il s'agisse ici de se prononcer sur le bien-fondé de la médicalisation, démedicalisation, non-médicalisation en général, ni celle de l'avortement en particulier, sans la regretter, en critiquer l'excès ou l'abus comme il est souvent d'usage, ainsi que le soulignent Patrice Pinell (2010 : 426) ou Luc Berlivet (2011).

Historiciser la médicalisation de l'avortement suppose de la saisir, non pas comme un événement ponctuel, législatif, initié et achevé en 1975, mais comme un processus long, par lequel l'avortement est constitué comme un enjeu sanitaire et médical (Conrad, 1992, 2005 ; Fassin, 1998 : 5) et sa pratique progressivement intégrée au champ médical. Les médecins sont confronté·es à la réalité des avortements bien avant que la loi Veil ne leur en donne officiellement le mandat, et il faudra encore des années après la dépénalisation pour que les gynécologues s'en saisissent et que le travail d'avortement s'institutionnalise. Ce qui s'avère intéressant dans la démarche génésique, au-delà de la mise en lumière de la contingence de la médicalisation de l'avortement qui n'en est qu'un résultat collatéral, c'est qu'elle permet de comprendre la structure de l'espace professionnel de l'avortement, les tensions qui le traversent et sa dimension encore évolutive. Elle est une étape indispensable pour saisir le rapport contemporain des médecins à l'avortement, les rapports de pouvoir qui se jouent

autour de sa prise en charge dans le champ médical et les différences de pratiques que l'on peut observer.

Ce moment de l'analyse s'inspire du travail mené par Patrice Pinell autour de l'espace du cancer¹ dont il étudie l'émergence et les transformations à l'intersection des enjeux, et sous l'action conjointe ou concurrente d'agent·es, des champs médical, politique et militant (1992, 2012). Pour réaliser la socio-histoire de la professionnalisation de l'avortement, je mobilise à mon tour les notions de champ et d'espace issues de la sociologie bourdieusienne. L'espace professionnel de l'avortement est inclus dans le champ médical et, aujourd'hui, dans un de ses sous-espaces, celui de la gynécologie. Il désigne le système de positions occupées par les agents et agentes qui, à différents degrés, pratiquent l'avortement, produisent des connaissances ou de l'ignorance, prennent des positions publiques en matière d'avortement. Ces positions sont reliées par des rapports de pouvoir et de compétition qui recoupent celles du champ médical (hiérarchie des spécialités, des postes et secteurs, de l'avancement dans la carrière médicale), et déterminent les possibles et les intérêts de chacun·e. La théorie des champs est un outil analytique qui présente quatre avantages, les uns découlant des autres. D'abord, elle invite à prêter attention à l'hétérogénéité des positions, à rebours d'une conception uniformisante de la profession médicale. Ensuite, elle systématise l'étude de la dimension agonistique des rapports sociaux au sein de (et entre des) segments professionnels (Bucher et Strauss, 1961) en concurrence dans un espace hiérarchisé de luttes spécifiques (Sapiro, 2019) : ici, obtenir la prérogative de la pratique ou la reconnaissance de l'expertise en matière d'avortement, déléguer le travail, imposer les définitions légitimes des pratiques abortives et médicales. Elle permet encore de modéliser l'autonomie relative des différents espaces dans la définition de leurs règles de fonctionnement et de leurs enjeux (Bourdieu, 1976) – je prêterai attention notamment aux ingérences du champ politique (Pinell, 2008). Enfin, elle suppose une analyse dynamique de l'objet étudié. Le sens donné à la prise en charge, au refus ou à la délégation de l'avortement n'est pas le même en 1960, 1975 ou 2024. Je parle d'espace professionnel, car tout en étant fortement dépendant du champ médical, il s'agit bien d'un ensemble structuré de positions doté d'une autonomie *relative*, avec des lieux, postes, formations, associations dédiées, et des logiques spécifiques de valorisation de capitaux (on ne parle pas d'espace professionnel de l'appendicectomie, quoiqu'elle soit pratiquée dans des proportions similaires à l'avortement)². Comme on le verra, cette autonomie relative est un résultat des tensions survenues lors de la constitution de

¹ Puis de la lutte contre le SIDA (Pinell et Broqua, 2002), puis du développement de la pédiatrie (Pinell, 2019).

² Pour la justification d'utilisations similaires du concept d'« espace » en discussion avec celui de champ, voir Mathieu (2007) ou Bereni (2012 : 33, 34).

l'espace professionnel de l'avortement. Ce chapitre et les deux suivants, ensemble, permettront de comprendre les structures et les enjeux de cet espace, d'abord en analysant la genèse (chapitre 2), puis la division du travail et les luttes entre les différents segments professionnels dont elle fait l'objet (chapitre 3), enfin la sociologie des professionnel·les qui se spécialisent dans le travail d'avortement (chapitre 4).

Comment et sous quelles conditions l'avortement devient-il, d'un acte criminel, un travail médical ? Ce chapitre montrera que la médicalisation de l'avortement s'est faite, en large part, contre les médecins, et comment sa prise en charge s'est d'abord organisée dans les marges spatiales et sociales du champ médical (I.), puis comment et pourquoi elle s'est peu à peu institutionnalisée et normalisée en devenant l'une des activités de la gynécologie (II.). Il retracera le rapport ambivalent des médecins à l'avortement en s'appuyant, pour la période qui s'étend de la fin du XIX^e siècle aux années 1970, sur les travaux d'histoire et de sociohistoire existants – les mobilisations et débats entourant la loi Veil, en particulier, ont fait l'objet de nombreuses recherches³. Mon principal apport, concernant cette période, relèvera de la clarification et de la synthèse, en concentrant le regard sur les positions et les prises de position des médecins. Sur la période qui succède au vote de la loi Veil en décembre 1974 en revanche, les travaux empiriques se font épars et les analyses moins denses et moins précises. Entre la fin des années 1970 et la période contemporaine étudiée par des travaux ethnographiques (Divay, 2004 ; Mathieu et Ruault, 2014 ; Mathieu, 2016 ; Dupuy et Roux, 2018 ; Borel, 2023; Thizy, 2023b), il y a un véritable trou noir historiographique⁴.

C'est ce manque que je cherche à combler, quoiqu'assez modestement : cela pourrait faire l'objet d'une ou plusieurs thèses dédiées, et mon dispositif d'enquête a davantage été conçu pour permettre de contextualiser le travail ethnographique que pour réaliser un travail historien approfondi. L'analyse de la constitution de l'espace professionnel à partir de 1975 s'appuie principalement sur l'enquête par entretiens menée auprès de professionnel·les dont un certain nombre, aujourd'hui retraité·es, ont vécu les premières années de la dépénalisation de l'avortement. J'illustre les évolutions par trois études de cas détaillées, pour lesquels je dispose de données plus fournies, portant sur les trois centres d'IVG (ou leur ancêtre) dans lesquels j'ai réalisé mon enquête ethnographique. Cela présente l'avantage de préparer à l'analyse des organisations du travail et des pratiques locales qui s'y déploient aujourd'hui, mais aussi l'inconvénient de m'obliger à anonymiser les lieux et individus enquêté·es, les « célébrités » locales qui interviennent dans les récits, professeurs de médecine et chefs de

³ Initiées par le numéro de la *Revue française de sociologie* de 1982 portant sur « La libéralisation de l'avortement ».

⁴ Une exception toutefois : les analyses portant sur l'évolution strictement législative (Marguet, 2014 ; Mathieu, 2022).

service, et surtout à taire certaines références d'archives. Ce sont des articles de la presse médicale locale ou nationale – dont je ne donne pas les références précises – ainsi que des archives privées – une série d'entretiens enregistrés réalisés dans les années 2000 dans le cadre d'un mémoire de sciences sociales non soutenu. Ces entretiens ont été menés avec divers acteurs et actrices historiques de la mise en œuvre de la loi Veil à l'échelle locale du CIVG 3, dans les années qui ont suivi son vote. Beaucoup sont aujourd'hui décédés, ce qui rend ces archives d'autant plus précieuses. Elles sont un complément utile aux entretiens que j'ai réalisés et sont l'une des raisons du choix du CIVG 3 comme terrain d'ethnographie⁵.

I. La médicalisation contre les médecins

Pour comprendre la constitution et l'évolution de l'espace professionnel de l'avortement, il faut au préalable mettre en lumière la manière dont se positionne le corps médical vis-à-vis de l'avortement, de son traitement judiciaire et de sa pratique avant que celle-ci ne soit légale. L'avortement est un des cas, plutôt rares, d'accroissement des prérogatives médicales allant à l'encontre des revendications des représentant·es de la profession. Les conditions de réalisation des IVG et le monopole médical de leur pratique, tels qu'ils sont décrétés par la loi Veil en 1975, sont imposés à une profession qui, en large part, n'en veut pas.

A. Les médecins et l'avortement avant sa légalisation

À rebours des discours homogénéisants, qui présentent généralement les médecins comme des opposant·es historiques à l'avortement (à la différence des sages-femmes dont la figure est parfois rapprochée de celle de la sorcière, féministe et avorteuse), les recherches en histoire menées sur le sujet soulignent les contrastes et les divisions du champ médical⁶. Il ne s'agit pas ici de retracer le rapport des médecins à l'avortement sur des siècles, mais de permettre la contextualisation des données recueillies dans le cadre de cette thèse, portant sur la France de l'après loi Veil. Je le retrace succinctement de la fin du XIX^e siècle au milieu des années 1970.

⁵ Je peux malheureusement difficilement en dire plus sur le contexte de production de ces entretiens, ou de la négociation de leur accès, pour des raisons d'anonymisation du service.

⁶ C'est par exemple le cas de deux enquêtées particulièrement engagées dans la pratique de l'IVG, Christine (66 ans, gynécologue-obstétricienne, cheffe de service) et Floriane (39 ans, sage-femme), qui affirment en entretien que « historiquement les sages-femmes étaient avorteuses », quand les médecins s'y opposaient. Les pratiques des premières comme des seconds sont plus hétérogènes, quoique l'usage des techniques abortives soit bien avéré chez une partie des sages-femmes au XIX^e siècle (Cahen, 2016).

1. De la fin du XIX^e siècle à la fin des années 1960 : entre croisade morale contre l'avortement et prise en charge de ses complications

Dans *La Condition fœtale*, Luc Boltanski montre l'universalité du recours à l'avortement, de sa réprobation (il est gardé secret) et de la relative tolérance à son égard (2004). En France, si l'article 317 du Code pénal condamne les avortantes à la prison et les avorteurs et avorteuses aux travaux forcés depuis 1810, ce n'est qu'à la fin du XIX^e siècle qu'un mouvement de lutte contre l'avortement prend forme, et au début du XX^e siècle que la « prohibition souple » (Cahen, 2016) – peu de poursuites et de sanctions – cède la place à un appareil répressif plus effectif. La chute de la fécondité française de 40 % entre 1800 et 1914 (Pavard *et al.*, 2012) causée par l'utilisation précoce de pratiques contraceptives (abstinence périodique, douche contraceptive, coït interrompu, préservatif) (Leridon, 1987) ainsi que par le recours à l'avortement (McLaren, 1978), ajoute à l'opposition morale et religieuse la crainte du « péril démographique », crainte exacerbée par la défaite de 1870 face à la Prusse (Le Bras, 1992 ; Le Naour et Valenti, 2003), auquel l'avortement exposerait la nation. La lutte contre l'avortement devient l'objet d'une croisade morale (Mathieu, 2005) – une « croisade pour la “vie” » (Cahen, 2016 : 117) – d'une ampleur inédite, menée par une constellation d'acteurs et d'actrices au premier rang desquels des médecins (en particulier obstétriciens et médecins légistes) de tous bords politiques. Ils (ce sont principalement des hommes) se font entrepreneurs de lutte, constituant l'avortement comme un « fléau social » (Cahen, 2011) dont ils affirment l'expansion continuelle (Cahen, 2009) et le lien direct avec la « dépopulation »⁷. Les lois du 31 juillet 1920 et du 27 mars 1923 marquent un durcissement de l'appareil répressif : interdiction de la « propagande anticonceptionnelle » et de la « provocation » à l'avortement, correctionnalisation de l'avortement afin de contourner l'indulgence des jurys d'assises et d'accroître la fréquence des condamnations (Mathieu et Thizy, 2023). C'est à la veille de la Seconde Guerre mondiale, et surtout sous le régime de Vichy, que débute véritablement la « phase répressive » qui s'étend jusque dans les années 1950 (Cahen, 2011 ; Cahen et Capuano, 2011). Après la promulgation du Code de la famille de 1939, même les tentatives d'avortement sont condamnées, et la loi du 15 février 1942 érige l'avortement en crime contre « la société, l'État et la race ». L'activité policière et judiciaire s'accroît, appuyée

⁷ Les premières tentatives de mesure du nombre d'avortements sont réalisées par des obstétriciens hospitaliers dans un but de dénonciation. Le chiffre fantaisiste de 500 000 avortements par an, pour 500 000 naissances, est avancé, repris tout au long de la première moitié du XX^e siècle (Cahen, 2016 : 79). Il faut préciser qu'il existe tout de même des médecins entrepreneurs de lutte... en faveur du droit à l'avortement et/ou qui les pratiquent. Il s'agit de médecins proche du néo-malthusianisme, tel·les que Madeleine Pelletier, militante féministe, socialiste puis anarchiste, ou le Dr Klotz-Forest, auteur d'un plaidoyer pour le droit des femmes à disposer de leur corps, *De l'avortement : est-ce un crime ?*, Paris, Éd. Victoria, 1919 [1908] (Le Naour et Valenti, 2003 : 43).

sur la délation envers les avortées et les avorteurs et avorteuses, aboutissant à l'exécution d'une faiseuse d'ange, Marie-Louise Giraud, guillotinée le 30 juillet 1943 (Olivier, 2005).

Tout au long de cette période, l'avortement confronte les médecins à des conflits normatifs. D'une part, le poids des règles déontologiques, de l'injonction citoyenne à dénoncer un crime, de l'« *ethos* obstétrical » centré sur le « culte de la vie et de la naissance » (Cahen, 2016 : 72) et, pour certains, de la doctrine chrétienne, les portent à condamner l'avortement. Nombre d'obstétriciens sont alors formés autour de l'idée, au carrefour de l'obstétrique, du natalisme et de l'eugénisme, que leur tâche consiste à faire naître des enfants nombreux·ses et sain·es. L'avortement thérapeutique et *a fortiori* criminel est en opposition frontale avec leur socialisation professionnelle. Il en va de même pour les gynécologues médicaux : dans les années 1940, la Société Française de Gynécologie tente de lutter contre l'augmentation des avortements clandestins en « alertant sur ses effets dangereux pour la santé reproductive des femmes » et cherche à rendre sa pratique plus difficile, en demandant au ministère de la Santé la fin de la vente libre de crayons intra-utérins utilisés pour déclencher des avortements (Koechlin, 2021 : 183). Le syndicat national est par ailleurs doté d'une sous-commission de « lutte contre l'avortement » à partir de 1949.

D'autre part, la confrontation directe des praticiens de terrain à l'affliction des femmes en demande d'avortement ou à l'urgence vitale de leur prise en charge suite à un avortement « criminel », ainsi que le refus de leur vassalisation au pouvoir politique, alimentent des positions ambivalentes. S'il est souvent affirmé que les représentants du champ médical, en particulier le Conseil de l'Ordre des médecins sous le régime de Vichy, ont activement participé à la chasse aux avorteurs et avorteuses aux côtés des autorités politiques (Ferrand et Jaspard, 1987 ; Muel-Dreyfus, 1996 ; Mathieu et Thizy, 2023), les analyses de Fabrice Cahen amènent à tempérer cette accusation. Certes, dès sa création le 7 octobre 1940, le Conseil de l'Ordre milite pour la restriction maximale de l'avortement thérapeutique et, dans son code de déontologie, se montre plus restrictif que ce que prévoit la loi⁸. Pourtant, l'Ordre ne collabore que très ponctuellement avec la justice, étant peu enclin à endosser le rôle de courroie de transmission que le pouvoir étatique voudrait lui faire jouer. Au nom de la défense de l'autonomie médicale et des principes fondamentaux de la médecine libérale, il rejette la position d'informateur et d'auxiliaire des procédures criminelles et s'oppose à la levée du secret médical. Par ailleurs, « quantité de sources font percevoir des attitudes qui, sans être nécessairement de l'ordre de la participation active au “crime”, relèvent de la complicité, de la

⁸ L'article 33 du code de déontologie d'août 1941 évoque « cette intervention qui n'est désormais “toléré[e]” qu'en cas de “nécessité absolue pour sauver la mère” » (Cahen, 2016 : 279). La version définitive du code de déontologie, paru en 1947, rappelle aux médecins qu'ils doivent avoir le « souci primordial de conserver la vie humaine » et condamne « tout homicide et notamment l'avortement criminel » (Cahen, 2016 : 357).

complaisance ou tout au moins de l'indifférence protectrice » (Cahen, 2016 : 280). Ces sources attestent de pratiques de falsification de bulletins de salle et de certificats de décès (identifiant une métrorragie en lieu et place d'avortement), de pratique de curetages après le déclenchement de l'avortement, voire de participation directe à l'avortement.

Ce refus d'une représentation par trop schématique des positions médicales vis-à-vis de l'avortement – que je tenterai de prolonger dans cette thèse – permet de concevoir que, dans le même temps, la lutte contre l'avortement a recruté dans le corps médical ses plus fervents militants et qu'il a existé une large diversité des comportements dans la pratique. S'il semble que les médecins, en général, ont efficacement prodigué des soins aux femmes victimes de complications post-abortives dans les hôpitaux⁹, tout en refusant de les dénoncer ou de répondre aux agents de la justice (Cahen, 2016 : 40), les témoignages de pratiques vexatoires, ségrégations hospitalières ou maltraitements sont nombreux (Cahen, 2015). À l'hôpital, les médecins se plaignent d'un supposé déferlement d'avortantes dont il faut gérer les complications, saturant les lits et accroissant la charge de travail d'un personnel déjà très occupé. Certains défendent un changement des règles d'admission à l'hôpital et une circulaire de 1910 institutionnalise la prise en charge des « suspectes » dans des locaux spéciaux. Alors que la distinction entre une fausse couche spontanée ou provoquée est hasardeuse, des médecins se prêtent à des admonestations, humiliations voire menaces de dénonciation visant à faire avouer, à punir, ou à amener ces femmes à libérer les lits plus rapidement. La pratique du « curetage à vif », soit le refus de l'anesthésie préalable, qu'il est difficile de quantifier quoique son existence soit avérée, est utilisée pour dissuader, par la douleur, les femmes de « récidiver »¹⁰. De telles violences relèvent toutefois de comportements déviants au sein de la profession, dénoncés comme tels, en particulier après la Seconde Guerre mondiale lorsque les méthodes répressives d'encadrement de la procréation sont peu à peu reléguées au second plan. Alors que progresse l'idée que la prévention et l'éducation, confiées aux médecins et aux professionnelles médico-sociales (sages-femmes, assistantes sociales, infirmières) dont le rôle d'encadrement moral est renforcé, est plus efficace que la répression, les pratiques violentes d'une partie des médecins qui se sentent « investi[s] d'une mission qu'ils avaient sans doute l'impression d'être désormais les seuls à assumer » (Cahen, 2016 : 359) sont de moins en moins légitimes. Elles sont condamnées par des représentants de premier plan du champ médical, tel que Louis Portès, professeur d'obstétrique, membre de l'Académie de médecine, président du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins pendant la guerre et

⁹ Ces femmes déclarent d'autres motifs que l'avortement – métrorragie, métrites, pelvi-péritonites, hémorragies utérines dont on tait l'origine – que les médecins peuvent difficilement distinguer les un·es des autres.

¹⁰ Ainsi qu'est souvent désigné par les médecins le recours renouvelé à l'avortement (Novaes, 1982 ; Mathieu, 2016 : 142).

rédacteur du premier véritable code d'« éthique médicale » en France qui, tout en étant parfaitement hostile à la pratique de l'avortement, dénonce les traitements, qu'il juge « inacceptables » et contraires au respect de la patiente, de médecins se faisant « tortionnaires » (Cahen, 2015). C'est le début d'une nouvelle forme de gouvernementalité, plus douce, reposant sur la production de l'assentiment des sujets par la parole (Memmi, 2003b), qui coexiste encore avec une forme plus répressive, de plus en plus marginale, jusqu'aux années 1970. La loi Veil sera la manifestation légale de cette mutation de la biopolitique.

2. Une profession divisée dans la « bataille de l'avortement » menant à la loi Veil

Pour comprendre les positions des médecins, en particulier des gynécologues, dans les luttes et débats qui ont précédé la libéralisation de l'avortement, il faut d'abord retracer celle de la contraception, la seconde étant construite comme une réponse au problème public que constitue le premier. Je m'appuierai ici sur les travaux d'historien·nes et de sociologues étudiant ces débats (Devreux et Ferrand-Picard, 1982 ; Pavard, 2012b ; Pavard *et al.*, 2012, 2020 ; Sanseigne, 2019 ; Mathieu et Thizy, 2023 ; Roux, 2023) et mettant en lumière les prises de position et les divisions qui ont traversé le champ médical (Ferrand, 1988 ; Garcia, 2005 ; Gaudillière, 2006 ; Ruault, 2017a).

Les deux décennies qui précèdent la loi Veil sont celles de la popularisation de la « cause contraceptive » (Sanseigne, 2019) à laquelle se rallie progressivement le corps médical. L'association Maternité heureuse, qui deviendra le Mouvement français pour le planning familial (MFPF) en 1960, est fondée en 1956 par Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, gynécologue médicale. L'association entreprend un travail de déstigmatisation de la contraception, jusque-là associée à l'avortement comme une cause du déclin national (Pavard *et al.*, 2012), et met en avant les enjeux de santé physique et psychologique des femmes autant que la « cause des enfants » (Garcia, 2011). La démocratisation de la contraception permettrait de prévenir les avortements clandestins, sauvegardant ainsi la fertilité des femmes et favorisant donc la natalité. Elle n'est pas défendue comme une manière d'éviter la maternité, mais de la différer jusqu'au moment, inévitable, où celle-ci serait désirée¹¹.

En 1962, le collège médical du MFPF est créé, formant les médecins qui le souhaitent aux techniques contraceptives. Celui-ci est composé pour moitié de Parisien·nes et d'une

¹¹ Deux livres emblématiques de cet argumentaire écrits par Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé : *La Grand'peur d'aimer : journal d'une femme médecin*, Paris, Juillard, 1960 et *La Contraception au service de l'amour*, Guy de Monceau, 1966.

majorité d'hommes. 585 sont généralistes (55 %), 217 gynécologues-obstétricien·nes (20 %), 191 gynécologues médicaux et médicales ou chirurgien·nes gynécologues (18 %), 71 médecins d'autres spécialités notamment chirurgie, psychiatrie, pédiatrie ou endocrinologie (7 %) (Koechlin, 2021 : 197). Les gynécologues médicaux et médicales font alors de la contraception et de la lutte pour sa libéralisation un nouveau pilier de leur identité professionnelle. En 1955, la gynécologie médicale devient une *compétence* indépendante de la gynécologie-obstétrique, attestée par la création d'un certificat d'études spécialisées (CES). Elle est donc dotée d'une existence institutionnelle, qui lui manquait jusqu'alors, mais qui lui confère toutefois un statut inférieur à celui de *spécialité* médicale ouvrant les portes du concours de l'internat – inférieur, donc, à la gynécologie-obstétrique. Dédiée à l'exercice privé en cabinet, la profession se féminise rapidement en même temps que ses effectifs s'accroissent. Dépourvue d'une pratique chirurgicale, la gynécologie médicale construit son identité professionnelle autour d'une technologie en rapide développement – les hormones de synthèse – et de la prise en charge préventive – d'abord les dépistages puis, en prévention de l'avortement, la contraception (Koechlin, 2021). L'opposition à l'avortement n'est plus seulement une disposition découlant d'un *ethos* professionnel centré sur la naissance ; elle devient aussi un enjeu professionnel conscient pour un groupe professionnel (la gynécologie médicale) qui lutte pour son existence, sa reconnaissance, et l'établissement d'une juridiction autonome (Abbott, 1988). Les gynécologues médicaux et médicales, comme dans une moindre mesure les obstétricien·nes, se constituent comme les spécialistes de la contraception, qu'ils et elles défendent comme le moyen ultime de prévenir voire d'éradiquer l'avortement, alors toujours perçu comme un fléau social. D'où leur engagement politique pour la libéralisation de la contraception ; d'où aussi, on le verra, leur silence relatif au plus fort de la lutte pour le droit à l'avortement.

Le Conseil de l'Ordre des médecins, qui jusque-là dénonçait les mobilisations en faveur de la libéralisation de la contraception, prend position en sa faveur à partir de 1966. Le 28 décembre 1967, la loi Neuwirth est votée, autorisant l'usage et la vente de moyens contraceptifs, faisant des médecins les uniques prescripteurs et prescriptrices autorisé·es de pilule et de stérilet. C'est une « réforme inachevée » (Pavard *et al.*, 2012). Non seulement porte-t-elle en elle-même de nombreuses limitations : les contraceptifs ne sont ni remboursés, ni gratuits, les usagères sont tracées par l'inscription des prescriptions dans un carnet à souche, les mineures de moins de 21 ans ont besoin d'une autorisation parentale et la « propagande » anticonceptionnelle reste interdite. Mais elle n'est même pas vraiment appliquée, puisque les décrets d'application ne paraissent qu'entre 1969 et 1972, retardant la commercialisation des contraceptifs (Chauveau, 2003). La contraception à peine libéralisée

est donc loin d'être à la hauteur des espoirs placés en elle : les grossesses non prévues ne diminuent pas immédiatement, ni avec elles les avortements clandestins¹².

Au début des années 1970, des revendications portant sur la libéralisation de l'avortement prennent forme dans différentes parties de l'espace public, portées par des mouvements féministes : le Mouvement de libération des femmes (MLF) lance le mot d'ordre d'« avortement libre et gratuit » ; le célèbre « Manifeste des 343 » (tribune publiée le 5 avril 1971 dans *Le Nouvel Observateur* et dans lequel des femmes, célèbres ou anonymes, avouent avoir avorté) rend publique l'inapplication de la loi ; l'association Choisir, fondée en 1971, organise la défense juridique des avortantes et du droit à avorter. En octobre 1972, le procès de Bobigny (durant lequel Gisèle Halimi, présidente de Choisir, défend Marie-Claire Chevalier, jeune femme de 16 ans victime d'un viol, et sa mère, accusées d'avortement et de complicité) fait office de tribune montrant l'injustice de la loi, bousculant l'opinion publique sur l'avortement : la « fabrique de l'indignation » (Cahen, 2016 : 129) n'est plus l'apanage des opposant·es à l'avortement. Marie-Claire est relaxée, tandis que sa mère et l'avorteuse ne sont condamnées qu'avec sursis.

L'émergence, en 1973, d'un mouvement de contestation radicale, le Mouvement pour la libération de l'avortement et de la contraception (MLAC), renforce l'urgence à modifier la loi (Mathieu et Thizy, 2023). Formé à partir du Groupe Information Santé (GIS), réunion de jeunes médecins et étudiant·es en médecine critiques du Conseil de l'Ordre et promouvant une démedicalisation partielle de la santé (Garcia, 2005 ; Pavard *et al.*, 2012 ; Pitti, 2010), de militantes du MFPPF et de divers groupes d'extrême gauche « mais aussi de femmes et d'hommes ordinaires » (Pavard, 2009a), le MLAC s'engage dans deux pratiques illégales : l'organisation de voyages d'avortantes à l'étranger et la pratique des avortements – parfois publique, comme c'est le cas le 8 avril 1973 à l'hôpital Saint-Antoine, à Paris. Des antennes locales émergent dans toute la France (Ruault, 2017a), popularisant la pratique des avortements par aspiration – la méthode dite Karman, du nom du psychologue états-unien qui y a initié les médecins du GIS en août 1972¹³ –, quand les médecins des hôpitaux prennent encore en charge les complications post-abortives par des curetages, une méthode qui consiste à gratter la paroi interne de l'utérus avec une tige en métal, et qui suppose davantage de compétences tout en étant plus douloureuse et plus dangereuse (risque de perforation utérine) (Ruault, 2021).

¹² C'est la loi du 4 décembre 1974, portée par Simone Veil avant celle sur l'avortement, qui permet le remboursement de la contraception, l'accès aux mineures sans autorisation parentale, et actera la fin de l'inscription sur carnet à souche.

¹³ La technique de l'aspiration était déjà décrite par les médecins soviétiques au début du XX^e siècle et utilisée par les médecins chinois dans les années 1950.

Revenons plus en détail sur les positions médicales. La « bataille de l'avortement » (Knibiehler et Fouquet, 1986) a profondément divisé le corps médical. C'est, pour Jean-Paul Gaudillière, « l'un des rares épisodes de l'histoire intellectuelle d'après-guerre offrant une certaine symétrie des engagements » (Gaudillière, 2006) et, faudrait-il ajouter, une telle diversité des engagements. Par le biais des pétitions, tribunes, essais, associations, pratiques clandestines, des médecins se mobilisent aussi bien en faveur qu'à l'encontre d'une évolution législative. L'Association nationale pour l'étude de l'avortement (ANEA) est créée en 1969 : elle regroupe des médecins renommés (dont quatre prix Nobel et plusieurs Académiciens) beaucoup des membres du collège médical du MFPPF, des gynécologues de renom tel Jean Dalsace (qui fonde l'ANEA) ou Raoul Palmer (qui la préside, ainsi que la Société française de gynécologie), des psychiatres (engagés autour de la problématique de la déviance infantile et son lien avec le déficit d'investissement maternel et l'absence de désir d'enfant) ou encore des juristes (Garcia, 2005). L'ANEA, défavorable à la décriminalisation de l'avortement, défend un « "intermédiaire" entre libéralisation et interdiction » (Gaudillière, 2006), estimant qu'il faut autoriser l'avortement sous contrôle médical, en élargissant les conditions permettant l'avortement thérapeutique. Ils et elles soutiennent que l'avortement doit faire l'objet d'une expertise médicale, à la fois technique et morale, et mettent en avant la défense de la vie des femmes et les conséquences sanitaires des avortements clandestins. Leur défense d'une médicalisation de l'avortement contraste avec son refus par le Conseil de l'Ordre des médecins. Ce dernier y reste opposé jusqu'en janvier 1975, se prononce contre tous les projets de loi successifs visant à libéraliser à différents degrés l'avortement et, considérant la pratique des avortements comme contraire au serment d'Hippocrate¹⁴, préconise, dans un bulletin de 1973, la création d'établissements spécifiques et le recours à des professionnel·les qui n'auraient pas prêté serment (Ferrand, 1988 : 371). L'ANEA est à l'origine d'une proposition de loi, le « projet Peyret », du nom du député et médecin qui le porte à l'Assemblée en 1970, visant initialement à élargir les indications de l'avortement thérapeutique au-delà du danger pour la vie de la femme enceinte aux graves anomalies fœtales, aux risques pour la santé psychique de la femme et aux grossesses issues de viol. Quoique le projet de loi soumis au vote exclue finalement les indications sociales pour ne conserver que l'élargissement aux motifs liés au fœtus, il est rejeté à la suite d'un important mouvement d'opposition publique qui donnera naissance, en janvier 1971, à l'association anti-avortement Laissez-les vivre.

¹⁴ Le serment d'Hippocrate interdit aux médecins de « [remettre] à aucune femme un pessaire abortif ». Sur ce sujet et les débats concernant l'interprétation de ce passage, voir Goffette (1994) ou Bodiou (2005).

La publicisation croissante des débats autour d'une évolution de la loi au début des années 1970 multiplie les occasions de prises de position de médecins. Le 27 mars 1971, un manifeste de Laissez-les vivre signé par 100 médecins est publié dans *Le Monde*, dénonçant le « projet d'assassinat institutionnalisé » qu'a été le projet de loi Peyret. En mai 1971, 252 médecins, en écho au « Manifeste des 343 », se déclarent prêt·es à apporter leur soutien à la lutte pour l'avortement dans *Le Nouvel Observateur*¹⁵, puis le 5 février 1973, à l'initiative du GIS, 331 médecins déclarent publiquement, dans le même journal, avoir aidé des femmes à avorter malgré l'interdiction de la loi française. Suite à un nouveau projet de réforme de l'avortement thérapeutique porté par le gouvernement (le projet Messmer), un appel contre la libéralisation à l'initiative de l'Association des médecins pour le respect de la vie est signé, le 6 juin de la même année, par 10031 médecins (sur les 68 000 qui exercent à cette époque). L'appel convoque des arguments moraux et démographiques, faisant référence aux avortements comme participant d'un génocide eugéniste¹⁶ (Pavard *et al.*, 2012). L'assemblée générale du syndicat des gynécologues et obstétriciens français vote à l'unanimité, le 11 octobre 1971, un texte déclarant irrecevables toutes les indications non médicales de l'avortement (à rebours, donc, des positions des quelques éminents gynécologues de l'ANEA). Le corps médical apparaît donc particulièrement divisé : si, d'après un sondage de 1973 cité par Michèle Ferrand, 81 % des médecins sont alors en faveur d'une modification de la loi, jugée trop répressive, 73 % refusent toutefois l'idée d'une libéralisation totale. Certaines caractéristiques déterminent le soutien médical à la libéralisation mesuré par le sondage, les plus importantes étant l'âge, le genre et la spécialité médicale : les jeunes, les femmes et les généralistes puis les psychiatres y sont bien plus souvent favorables (Ferrand, 1988 : 371).

Le MFPF, qui avait réuni médecins et profanes dans la lutte autour de la contraception, entre en crise en 1973 lorsque les différends au sujet de l'avortement deviennent trop importants, en particulier lorsque se pose la question de rejoindre les MLAC. En juin, l'élection de Simone Iff à la présidence du MFPF, première présidente à n'être pas issue du monde médical, radicalement favorable à l'implication de l'association dans la lutte active pour le droit à l'avortement, entraîne un départ massif des médecins¹⁷.

¹⁵ La rédaction du journal commente que le manifeste est « au moins aussi important que celui des 343 » et souligne le fait que 22 agrégées font partie des signataires (Garcia, 2005).

¹⁶ Argument récurrent des opposant·es aux projets de réformes. René Feït, gynécologue, député UDR, dans une intervention à l'Assemblée, assimile l'avortement à un « génocide légal remboursé par la Sécurité sociale » (intervention 14 décembre 1973, JORF p. 7028) et, lors des débats sur la loi Veil, il fera entendre l'enregistrement des battements de cœur d'un embryon de huit semaines sur un magnétophone (Pavard *et al.*, 2012).

¹⁷ Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé avait déjà quitté le MFPF en 1967 en réaction à la « politisation » du mouvement et au partage du contrôle de son orientation avec des non-médecins (Pavard *et al.*, 2012).

Pour les gynécologues médicaux et médicales, la mobilisation en tant que profession est impossible. Le silence des organisations professionnelles tranche avec l’omniprésence de la question sur la scène médiatique et avec l’investissement passé dans la lutte pour la contraception. Entre 1969 et 1975, la Société française de gynécologie¹⁸ ne produit aucune communication ou colloque sur l’avortement (Koechlin, 2021). Individuellement, si quelques gynécologues médicaux et médicales et obstétricien·nes prennent position à l’ANEA en faveur d’une réforme modérée de la loi sur l’avortement (pour l’extension de l’avortement thérapeutique, sous contrôle médical), ils et elles se tiennent éloigné·es de la pratique des avortements illégaux (Melchior, 2020), avec de rares exceptions, qui sont principalement le fait d’internes. Parmi les signataires du manifeste des 331 médecins déclarant publiquement avoir réalisé des avortements, on peut compter 61 professionnel·les du domaine « psy » (soit 18 %), 58 médecins généralistes (18 %), 17 gynécologues (5 %) et aucun·e obstétricien·ne (Garcia, 2005). Au sein des 575 militant·es du GIS en région parisienne, il y a, d’après un comptage d’Aurore Koechlin, 3 obstétricien·nes (0,5 %) et 28 gynécologues (5 %) pour 87 spécialistes du domaine « psy » (15 %) et 69 médecins généralistes (12 %)¹⁹. L’informalité, le nombre et la décentralisation des MLAC rendent difficile de faire une sociologie chiffrée de ses membres, mais les entretiens et archives utilisées par Lucile Ruault dans sa thèse rendent apparente la place marginale, voire l’absence, des gynécologues :

« Par exemple, aucun·e gynécologue ne s’engage à Lille ou à Aix-en-Provence, et seulement deux obstétriciens franchissent le pas à Lyon, une fois la mobilisation lancée. Au niveau parisien, les enquêté·e·s (dont les gynécologues) sont même sceptiques quant à la part supérieure que représenterait cette spécialité, hormis peut-être parmi les figures les plus connues du mouvement. [...] Sur la scène parisienne, Marthe, elle-même gynécologue médicale, constate : “Les gynécos médicaux, ils venaient pas au MLAC [...]”. Jacques dit : “Il y avait pas mal de psychiatres [...] Il y avait très peu de gynécologues [...]”. Concernant Choisir-Lyon-MLAC, Jean se souvient : “C’étaient des généralistes. [...] Les gynécos ils n’y étaient pas [...]”. À Aix, [...] Maxime, généraliste [...] commente : “C’est les généralistes. Les gynécologues sont très absents” » (Ruault, 2017a : 200, cité par Koechlin, 2021 : 219).

À l’opposé des respectables spécialistes de l’ANEA – organisation rapidement marginalisée dès lors que les MLAC se forment et que les manifestations se multiplient –, les médecins du Groupe information santé (GIS) puis du Mouvement pour la liberté de l’avortement et de la contraception (MLAC) sont des étudiant·es, de jeunes généralistes ou

¹⁸ Différent du syndicat des gynécologues et obstétriciens français. Le premier regroupe des gynécologues médicaux et médicales, le second des obstétricien·nes.

¹⁹ Ce dernier chiffre étant sûrement sous-estimé, précise Aurore Koechlin, dans la mesure où l’absence de précision de spécialité, fréquente, est souvent le fait des généralistes (2021 : 217).

des psychiatres, pour beaucoup d'extrême gauche, se présentant moins comme des expert·es que comme des « techniciens au service du féminisme » (Gaudillière, 2006). Ces dominé·es du champ médical n'en sont pas moins, parmi les militants et surtout militantes profanes, les dominant·es de la lutte (Pavard, 2009b ; Ruault, 2023). La professionnalisation et la médicalisation de l'avortement commencent avant que la loi Veil ne l'impose. D'abord, par l'établissement de protocoles et le développement de techniques dans la clandestinité : les médecins des MLAC publicisent leurs protocoles de prise en charge auprès de leurs pair·es et des pouvoirs publics afin de prouver la supériorité de l'aspiration sur le curetage et de tenter d'obtenir la médicalisation officielle de l'avortement. Ensuite, par l'exclusion des non-médecins de la pratique au sein des collectifs d'avortements clandestins, qui mettent précocement en évidence les enjeux de pouvoir et de légitimité entourant la prise en charge de l'avortement. Une partie des médecins des MLAC, notamment à Paris et à Lyon, promeuvent déjà la représentation dichotomique qui triomphe ensuite avec la loi Veil (avortement médical sécurisé d'une part, et avortement non-médical dangereux de l'autre) et défendent la partition du travail d'avortement entre, d'un côté, le travail considéré comme technique et médical (le geste d'aspiration) dont ils et elles revendiquent le monopole, et, de l'autre, le travail considéré comme relationnel (d'accompagnement avant, pendant, après l'intervention) réalisé par les militantes non-médecins :

« Les arguments du manque de culture scientifique, de l'ignorance de l'anatomie, de la physiologie et de la pharmacopée pour intervenir en cas d'urgence fondent un déni de compétences des non-médecins, dont le corollaire est l'énonciation de la supériorité de l'expertise médicale. Les sources écrites et orales montrent que beaucoup de médecins se protègent de l'immixtion profane au nom de la sécurité, parfois de façon réflexive, en admettant que la crainte de l'accident provient de leur cursus – la surestimation des risques relevant de l'habitus professionnel. Par ailleurs, d'après les souvenirs des non-médecins comme des médecins des MLAC recueillis en entretien, il n'est pas rare que ces dernier·ères éloignent les profanes par des arguments d'autorité, en invoquant la longueur des études médicales, leurs titres et qualifications, ou encore, selon un "point de vue autoconfirmateur", en définissant l'avortement comme acte médical » (Ruault, 2023 : 54).

Selon Lucile Ruault, la participation aux collectifs d'avortements clandestins a été, dans les faits, une manière pour ces médecins critiques (Pitti, 2010 ; Pitti et Marichalar, 2013) d'apprendre à exercer le pouvoir médical et d'acquérir des capitaux valorisables par la suite dans leur milieu professionnel. En obtenant la médicalisation officielle de l'avortement – qui échappe définitivement aux mains des profanes – ils et elles obtiennent la reconnaissance de compétences techniques développées dans la lutte. S'y ajoute, une fois la loi Veil votée, une reconnaissance symbolique qui va croissant à mesure que le temps passe et que la lutte pour l'avortement devient une lutte légitime – on y reviendra. Seules certaines sections du MLAC à

majorité profane luttent contre la partition et la spécialisation des compétences et des pratiques abortives (Ruault, 2023)²⁰.

3. Un nouveau mandat pour les médecins : pratiquer les avortements, dissuader et contrôler les avortantes

La contestation croissante d'une loi non appliquée et la pratique publiquement revendiquée des avortements obligent le gouvernement à légiférer. Le 26 novembre 1974, la ministre de la Santé, Simone Veil, prononce son désormais célèbre discours devant l'Assemblée : un texte de loi est voté le 20 décembre 1974 puis promulgué le 17 janvier 1975. Mise en place pour une période probatoire de cinq ans afin de s'assurer qu'elle n'aura pas d'effet dévastateur sur la démographie, la « loi Veil » est une loi de compromis. Elle est bien plus libérale que les propositions de l'ANEA puisqu'elle permet l'interruption *volontaire* de grossesse, sur simple demande de la femme enceinte et sans autorisation médicale. Elle limite toutefois cette autonomie par un certain nombre de restrictions²¹. L'IVG n'est en effet autorisée que jusqu'à 10 semaines de grossesse²² ; elle n'est pas remboursée – l'idée étant qu'il faut encourager la contraception qui, elle, l'est – ; elle est interdite aux étrangères et aux mineures sans autorisation parentale ; la propagande reste prohibée en dehors du milieu médical ; les avortantes doivent signer un consentement formel attestant d'une « détresse » justifiant l'IVG (détresse dont elles sont cependant seules juges) et se voient imposer un « délai de réflexion » minimal d'une semaine entre leur demande et l'intervention. Enfin, la nouvelle législation confère au corps médical le monopole de la pratique, toute prise en charge réalisée hors d'un établissement de santé, public ou privé, demeurant interdite. L'avortement sera médical, ou ne sera pas.

Les professionnel·les de santé et du social qui encadrent l'accès aux IVG se voient confier un rôle de contrôle (Ferrand-Picard, 1982 ; Horellou-Lafarge, 1982) à la fois informatif (présenter la contraception pour éviter la « récurrence »), normalisateur et dissuasif (Ferrand, 1988). Les médecins doivent présenter les alternatives à l'avortement et prévenir des complications possibles. Un entretien psychosocial avec une conseillère conjugale et familiale ou une psychologue, dont le but initial explicite est de dissuader les femmes d'avorter (Devreux, 1982), est rendu obligatoire. Cet entretien visait ouvertement à

²⁰ Il faut cependant relativiser la composition profane de ces sections, où les militantes non médecins qui pratiquaient les avortements étaient souvent des infirmières.

²¹ Il s'agit d'une tension inhérente aux lois successives sur l'avortement en France, qui garantissent et limitent de manière indissociée l'autonomie reproductive des femmes.

²² Alors que d'autres pays l'autorisent plus tardivement : le Royaume-Uni, les États-Unis, la République Fédérale d'Allemagne (Mathieu et Thizy, 2023).

« contraindre la femme à entendre les arguments moraux [le respect de la « vie »] et sociaux [les joies de la maternité] susceptibles de remettre en cause sa décision » (Devreux, 1982 : 459). À sa suite, les conseillères remettaient une attestation signée à présenter au ou à la médecin. Ce qu'Anne-Marie Devreux qualifiait d'échec du « projet dissuasif » en 1982 serait sans doute vu comme un relatif succès aujourd'hui : 5 à 10 % des femmes renonçaient alors à demander l'IVG à la suite de l'entretien.

Le contrôle médical apparaît comme la condition de la dépénalisation avec, pour perspective, le recul du nombre d'avortements grâce à la diffusion de la contraception. Un quota maximal d'IVG réalisées par établissements de santé est par ailleurs fixé, d'un quart de l'activité d'obstétrique, et le droit des médecins à refuser de pratiquer une IVG – comme tout autre acte médical en dehors d'une urgence vitale – est rappelé par l'article L. 162-8 de la loi Veil²³. Le passage d'un système de contraintes à un autre (Sheldon, 1997), de la pénalisation à la médicalisation, marque une évolution majeure dans les formes d'exercice du biopouvoir.

En permettant une libéralisation considérable en regard des lois précédentes, la loi Veil entraîne le rapide dépérissement des collectifs féministes centrés autour de la pratique de l'avortement, portant un coup aux capacités d'auto-organisation procréative des femmes. En outre, la médicalisation marque la victoire d'une définition sanitaire de l'avortement construit comme enjeu de santé publique, éclipsant durablement les discours en termes d'autonomie des femmes, de morale ou d'intérêt national (Fassin 1996 : 304 ; Marguet, 2014 ; Lowe et Page, 2019 ; Koechlin, 2021 : 215 ; Le Guen, à paraître en 2025)²⁴. Dans les débats qui ont précédé le vote de la loi Veil, l'insistance sur les effets dévastateurs des avortements clandestins réalisés dans de mauvaises conditions sur la vie – 150 à 200 décès chaque année (Garcia, 2005) – et la fertilité des femmes – les complications liées aux avortements clandestins obérant significativement la fertilité des avortantes – a permis de convaincre de la nécessité de la réforme. C'est parce qu'elle apparaissait comme un enjeu de survie, plutôt que de contrôle de leur corps par les femmes, que la dépénalisation de l'avortement a été votée. Un effet de cette « sanitarisation » (Fassin, 2000) de l'avortement a été de constituer durablement les médecins comme expert·es, comme locuteurs et locutrices légitimes dans les débats qui entourent le droit à l'avortement et ses réformes successives²⁵. La médicalisation officielle de l'avortement a donc deux fonctions qui persistent encore aujourd'hui et sont, au

²³ Ce rappel, doublon du Code de la santé publique, qui n'existe que pour l'avortement, la stérilisation volontaire et les recherches sur embryons humains, est désigné comme la « *double* clause de conscience » par ses détracteurs et détractrices, qui estiment que cela banalise un refus de soin et participe à la stigmatisation de l'avortement.

²⁴ À ce titre, le fait que la loi soit portée par la ministre de la Santé et non par la secrétaire d'État à la condition féminine est bien significatif.

²⁵ D'où l'intérêt d'une sociologie de l'avortement ancrée dans la sociologie de la médecine.

fond, celles de la médecine en général : permettre un accès aux soins sécurisé et contrôler certains comportements individuels.

La loi Veil consacre donc une relative autonomie décisionnelle des femmes, tout en la soumettant au monopole médical et hospitalier de la pratique de l'avortement alors qu'une large part de la profession, en particulier les gynécologues, y est opposée. Cette médicalisation contre les médecins pose la question de l'applicabilité de la loi et de son implémentation à l'hôpital.

B. Les résistances de l'élite médicale à l'application de la loi Veil

Qui pratique les IVG et où les pratique-t-on, au lendemain du vote de la loi ? Le texte de loi n'attribue pas la prise en charge des IVG à une spécialité particulière. Si, par la suite, le travail d'avortement sera au cœur de luttes juridictionnelles, aucune spécialité, à l'origine, n'en revendique la prérogative. La pratique de gestes endo-utérins, notamment en cas de fausse couche ou de complication d'avortement clandestin, pourrait faire apparaître les gynécologues-obstétricien·nes comme les spécialistes désigné·es, mais le refus, voire l'obstruction à l'application de la loi, manifestée par nombre d'entre eux et elles, diffèrent l'institutionnalisation du travail d'avortement dans l'espace professionnel de la gynécologie. L'accès à l'avortement, alors dépendant des initiatives et résistances locales des médecins critiques, médecins hospitalier·es (notamment obstétricien·nes) et administrations d'hôpital, est d'emblée hétérogène. Six ans après l'entrée en application de la loi, alors que la levée des oppositions des gynécologues-obstétricien·nes est déjà bien entamée, 28 % des hôpitaux publics prennent en charge les IVG dans des centres autonomes²⁶, 16 % dans des services de chirurgie, 2 % dans d'autres services tels que la néphrologie ou la biologie, et 54 % dans les services de gynécologie²⁷.

1. Ne pas vouloir appliquer la loi

Pendant quelques années, de nombreux chefs de service de gynécologie recourent massivement à la « clause de conscience » prévue par la loi Veil et l'imposent à tou·tes leurs subordonné·es, refusant de prendre part à l'application de la loi voire la freinant ou l'empêchant. En 1979, Jacqueline, une gynécologue médicale de 29 ans, arrive dans le Buissonnois, le département du futur CIVG 2. Le Planning Familial la sollicite

²⁶ Ces centres autonomes réalisaient alors 43 % des IVG du secteur public.

²⁷ D'après le *Bulletin des 3^e journées de l'ANCIC*, l'Association nationale des centres d'IVG et de contraception, de 1981. Les chiffres utilisés par l'ANCIC sont produits par le ministère de la santé.

d'emblée : cinq ans après le vote de la loi, aucun·e médecin ne fait les IVG. Elle en a fait lors de ses stages de certificat d'études spécialisées (CES) de gynécologie et estime qu'il est important que l'IVG soit accessible : elle est prête à y consacrer une part de son activité, en marge de son activité libérale. Elle prévient le directeur de l'hôpital de Gigogne, préfecture du département, qu'elle est disponible pour prendre en charge les IVG. On ne l'a jamais recontactée, et pour cause : « en fait tout le monde était contre », explique-t-elle. Pour qu'elle puisse réaliser les IVG, un médecin hospitalier doit accepter de prendre la responsabilité administrative de l'activité, ce qu'aucun gynécologue-obstétricien ni aucun autre médecin titulaire de l'hôpital n'accepte. Le directeur de l'hôpital lui-même, catholique pratiquant, est opposé à l'application de la loi. Pas la moindre IVG n'est réalisée (légalement du moins) dans le département entier avant 1982. Cela ne change qu'avec la conjonction du départ à la retraite du directeur, la menace du gouvernement de diminuer la dotation des hôpitaux qui n'appliquent pas la loi et l'arrivée d'un nouveau chirurgien généraliste qui accepte de laisser un créneau de bloc opératoire – une demi-journée par semaine – à Jacqueline et d'avoir officiellement la tutelle de l'activité d'IVG. Des locaux lui sont alors concédés, en ville, dans les anciens internats de l'hôpital, et une conseillère conjugale et familiale et une secrétaire sont placées sous sa direction. De 1982 à 2006, aucun gynécologue-obstétricien (ni aucun·e autre gynécologue médical·e) de l'hôpital n'accepte de tenir une canule pour une IVG, y compris lors des vacances ou des arrêts maladie de Jacqueline. Alors que le département compte quatre autres maternités, il faut attendre douze ans après le vote de la loi pour qu'un second médecin du Buissonnois, un gynécologue-obstétricien finissant tout juste ses études, accepte de pratiquer les IVG. Ce n'est que très progressivement, entre 1987 et 2012, que les équipes de gynécologie des différentes maternités commencent à prendre en charge les IVG quoique, on le verra plus loin, en n'appliquant la loi que partiellement et en proposant un accès tronqué à l'avortement.

2. Empêcher que d'autres appliquent la loi

L'opposition des médecins hospitalier·es – et, dans le cas du CIVG 2, du directeur de l'hôpital – à l'application de la loi les amène non seulement à ne pas prendre en charge les IVG mais aussi, dans les premières années qui en suivent le vote, à empêcher que d'autres médecins volontaires ne le fassent. Des chefs de service de gynécologie-obstétrique interdisent à leurs équipes d'avoir une activité d'IVG, même en dehors du service, comme c'est le cas dans le CHU où sera créé plus tard le CIVG 3, ou dans la maternité d'un département rural où un enquêté, François, alors jeune gynécologue-obstétricien de 34 ans

engagé en faveur de l'avortement, subit des pressions et des tentatives d'intimidation de la part de son chef de service lorsqu'il tente d'appliquer la loi. Dans cette maternité publique de taille moyenne – autour de 1500 accouchements par an – ils ne sont que deux gynécologues. François, militant communiste d'origine populaire et farouche défenseur du droit à l'avortement – il sera par la suite l'un des présidents de l'ANCIC –, prend en charge les avortantes dès le passage de la loi. Son collègue et chef, catholique pratiquant, « affichait une hostilité très grande par rapport aux interruptions de grossesse ».

« **François** : Il a tout fait pour s'y opposer.

Raphaël : Qu'est-ce qu'il a fait pour s'opposer ?

François : Oh il a tenté la dissuasion forte auprès de moi. Il a pas rendu l'application de la loi facile. [...]

Raphaël : J'ai du mal à comprendre concrètement ce qu'il pouvait faire pour te dissuader.

François : Il y a l'utilisation des salles, parce qu'on utilise des salles d'opération. Il y a l'utilisation des lits. Il y a l'utilisation des salles de consultation. Autrement dit une guéguerre possible.

Raphaël : Il te refusait l'utilisation des salles pour les patientes ?

François : Par une occupation, oui. Et puis sans même utiliser ces procédés, en faisant pression sur le plan professionnel, quoi.

Raphaël : C'est-à-dire ?

François : Par une dissuasion sur mon avenir. Comme il était chef de service.

Raphaël : C'est-à-dire que tu avais des perspectives de carrière auxquelles il pouvait s'opposer ?

François : Ah bah c'était simplement [l'accès à] la chefferie de service, hein.

Raphaël : Au moment où lui il partirait ?

François : Voilà. » (Entretien du 10 août 2021)

Aux menaces s'ajoute une forme de chantage : François ne sera autorisé à réaliser des consultations privées à l'hôpital – pratique lucrative et relativement répandue parmi les médecins titulaires des hôpitaux (Gelly et Spire, 2022) – qu'à condition d'arrêter les IVG. Bénéficiant rapidement d'un mouvement de soutien populaire à l'échelle de sa commune et de l'appui de la mairie de gauche, et peu intéressé par ailleurs par un exercice privé qui jure avec ses valeurs politiques, il n'interrompt toutefois pas sa pratique.

3. Appliquer la loi à sa façon

D'autres gynécologues hospitalier·es appliquent la loi mais à leur manière, de façon à compliquer l'accès à l'IVG. C'est le cas du P^f. Bélier, fervent chrétien et chef du service de gynécologie dont dépend aujourd'hui le CIVG 3. Jugeant la loi Veil trop permissive, il met en place une « commission de décision » hebdomadaire, qu'il préside, chargée de décider au cas par cas quelles femmes pourront avorter ou non selon des critères médicaux, psychologiques

et sociaux. À ses côtés y siègent des médecins titulaires du service, un médecin anesthésiste, une sage-femme et une infirmière. Pour les demandes jugées non recevables – les deux tiers – les médecins utilisaient leur clause de conscience. Séverine, alors sage-femme dans le service, témoigne :

« Les médecins non titulaires et les internes n’avaient pas voix au chapitre. C’était très dangereux pour eux, parce que s’ils se montraient favorables à l’application de la loi ils s’exposaient à la terminaison de leur carrière hospitalière. » (Archives privées)

Ce fonctionnement, qui rappelle celui de l’IMG pour détresse psychosociale d’aujourd’hui, est proche des positions de l’élite de la gynécologie au sein de l’ANEA qui, lors des débats qui précédaient la loi Veil, défendaient l’élargissement des conditions de l’avortement thérapeutique à des critères sociaux et psychologiques sous contrôle médical, au nom de la nécessité sanitaire et non d’un libre choix des femmes. Il ne s’agit pas pour le P^r. Bélier de s’opposer à la médicalisation de l’avortement – on en pratique dans certains cas dans son service – mais de s’opposer à l’avortement *à la demande de la femme*. Les médecins jouent ici un rôle de garde-folles, que ne prévoit pas la loi puisque, dans le texte de 1975, la femme en demande d’avortement est seule juge de la « situation de détresse » supposée l’amener à avorter. Cette commission de « décision » (qui est une commission de tri) se tient pendant quatre mois, de janvier à avril 1975. Dans un article de la presse médicale nationale, en 1979, le P^r. Bélier en assume fièrement l’existence et sa dimension illégale : « nous nous étions livrés à une expérience de “commissions de décision” absolument non réglementaires qui nous a permis de bien approcher ces problèmes, tant sur les plans psychologique que médical. Pendant quelques mois, de janvier à avril [1975], nous avons reçu trois cents *candidates à l’IVG* et nous avons accepté de pratiquer l’avortement pour un tiers des candidates. Cette attitude nous a valu des attaques sévères des deux extrêmes, des opposants à l’IVG tout comme des extrémistes de l’horizon politique opposé » (je souligne). On notera la caractérisation « d’extrémistes » qui s’applique aux défenseurs et défenseuses de l’application de la loi. Pendant quelques mois, donc, les gynécologues-obstétriciens du CHU prennent en charge le travail d’avortement sous leurs propres conditions et en infraction avec la loi.

Christophe (68 ans, gynécologue-obstétricien, chef de service), interne en 1975, se souvient que son chef de service acceptait que les IVG soient réalisées mais interdisait que de la nourriture soit servie aux avortantes et imposait qu’elles soient alitées dans des draps sales. Lucile Ruault relève une autre manière par laquelle des gynécologues, contraint·es à prendre en charge les IVG par des pressions du ministère, de la municipalité ou de la direction de l’hôpital, ont cherché à en restreindre l’accès. Elle consistait à compliquer à outrance la

procédure médicale : anesthésie générale systématique²⁸ et bilans pré-opératoires lourds pouvant aller jusqu'à imposer des radiographies des poumons à toutes les avortantes²⁹.

4. Des représailles pour avoir participé aux avortements clandestins ?

L'engagement dans la lutte pour la libéralisation de l'avortement a des incidences biographiques (Pagis et Leclercq, 2011) produisant des « effets différenciés sur les carrières » (Ruault, 2017a). Il serait faux de dire que le fait de s'être associé aux mouvements pour la libéralisation de l'avortement représente un obstacle pour la carrière future des jeunes médecins. D'une part, car toute une partie des généralistes pratiquant les avortements clandestins ont pu valoriser les compétences techniques acquises dans la sphère militante dans le champ médical. D'autre part, car cela n'a pas empêché certain·es des rares gynécologues engagé·es de mener une carrière honorable voire brillante, comme François évoqué plus haut, ou René Frydman, signataire du manifeste des 331 médecins devenu l'un des pionniers de la procréation médicalement assistée (PMA) par la suite. La légalisation de l'avortement a en effet entraîné, *a posteriori*, une légitimation des pratiques illégales réalisées pouvant être une source de capital symbolique. Si les médecins rencontré·es pendant mon enquête – comme celles et ceux interrogé·es par Lucile Ruault dans la sienne – qui ont vu leur carrière professionnelle obérée par leur engagement sont rares³⁰, il est assez probable qu'ils et elles ne soient pas pour autant des cas isolés. Leur situation illustre l'une des formes de résistance de gynécologues opposé·es au droit à l'avortement au moment du vote de la loi.

Jacques est interne en quatrième année de gynécologie-obstétrique lorsqu'il rejoint le MLAC et signe le manifeste des 331 médecins en 1973. Alors qu'il attendait un poste de chef de clinique dans un grand hôpital parisien, se destinant à l'agrégation et à une prestigieuse carrière hospitalière, son chef, le professeur Le Lorier, influent patron parisien, apprend son engagement pour l'avortement et lui interdit tout accès futur à son service. Les autres chefs parisiens, ne voulant pas contrarier Le Lorier, refusent de lui donner un poste. Jacques est limogé (au sens figuré et littéral), ne trouvant une place de chef de clinique que dans la ville de Haute-Vienne. Quand il tente à nouveau d'obtenir un poste à Paris quatre ans plus tard, quoique la loi soit désormais votée, les portes de l'APHP lui sont toujours fermées :

« **Jacques** : Le P^f. Sureau m'a dit que c'était impossible de me prendre, vu mon passé.

Raphaël : Votre passé d'avorteur ?

Jacques : Mon passé d'avorteur.

²⁸ Ou aussi, à l'inverse, refus de toute anesthésie.

²⁹ Ce cas a lieu à l'hôpital de Lille et est rapporté par Lucile Ruault (2017 : 475).

³⁰ C'est le cas d'un seul des enquêté·es de l'enquête de Lucile Ruault, deux dans le cadre de mon enquête.

Raphaël : Alors même que la loi était passée depuis quelques années ?

Jacques : Oui mais la loi ça veut rien dire. Pendant les cinq premières années c'était difficile... après, c'est devenu plus facile, mais les premières années, ça a été difficile. » (Entretien du 13 septembre 2021)

Il se résout à une carrière dans le privé, combinant une activité très lucrative en clinique avec, pendant 12 ans, des vacations d'IVG en centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), « par militantisme ». Il est encore amer, aujourd'hui, d'avoir été « viré de l'hôpital » et de s'être vu fermer les portes de la carrière universitaire : « J'aurais aimé enseigner ce que j'ai appris ».

Monique s'engage dans les MLAC lors de son externat en médecine. Avec son conjoint, Didier, interne en gynécologie-obstétrique, elle pratique autour de 200 avortements clandestins entre 1973 et 1975 avant de fonder avec lui le CIVG 1, une fois la loi votée. Dans les mois qui suivent, elle est refusée à l'examen d'entrée du CES de gynécologie médicale, ce que Monique et Didier expliquent par son engagement pour l'avortement et, surtout, celui de Didier, connu comme le « putain de rouge » du service.

« **Didier** : Elle a été recalée par le cher patron, qui savait bien que c'était ma copine.

Monique : C'est ça. Je pense qu'il avait pas envie de m'avoir comme élève. » (Entretien du 1^{er} mars 2022)

Elle s'oriente alors vers son second choix, la psychiatrie, tout en continuant à travailler au centre d'IVG pendant 14 ans.

Pourquoi leur engagement a-t-il coûté à Jacques et à Monique et non aux autres médecins enquêté·es ? Parce que Jacques occupait précisément une position assez dominante pour espérer une prestigieuse carrière hospitalière (à la différence de ses camarades de lutte généralistes qui n'avaient, de toute façon, pas la possibilité de devenir professeur·e, agrégé·e, ou praticien·ne titulaire des hôpitaux), et que tou·tes deux occupaient une position assez dominée pour être particulièrement vulnérables aux prises de position hostiles de leurs supérieurs. Les moments, pour Jacques, d'obtenir un poste (de chef de clinique puis de praticien hospitalier) et, pour Monique, d'accéder à la formation de gynécologie, ont coïncidé avec celui où il était encore répandu et légitime, pour les gynécologues-obstétricien·nes, d'exprimer leur opposition au droit à l'avortement ou, *a minima*, aux médecins qui se font un devoir de les pratiquer.

Il est difficile de quantifier ces pratiques de refus ou d'obstruction. Pour autant, leur récurrence dans les entretiens menés comme dans la littérature scientifique laisse penser qu'elles sont fréquentes. En 1975 et 1976, plusieurs rapports d'inspecteurs et inspectrices régionales de la santé rapportent la difficile application de la loi, en particulier en province

(Pavard *et al.*, 2012 : 148) et en 1979 encore, les obstétricien·nes de 26 centres hospitaliers de province refusent toute prise en charge de l'IVG³¹. Du fait des limites de la loi (pas d'avortement pour les étrangères, autorisation parentale pour les mineures, délai maximal à 12 semaines d'aménorrhée (SA) et avortement payant) et des résistances médicales à son application, les voyages pour des avortements à l'étranger continuent et certains « MLAC dissidents » (à Aix, Lille, Lyon et Paris), pour ces raisons comme par opposition à la dépossession que représentent pour ces militant·es la médicalisation de l'avortement, continuent leur action (Ruault, 2017a). En 1977, le MLAC d'Aix-en-Provence se heurte d'ailleurs à la répression judiciaire de la pratique démedicalisée (Ruault, 2017b). Dans les premières années de la dépénalisation de l'avortement, beaucoup de services de gynécologie-obstétrique refusent donc d'appliquer la loi.

C. Le travail d'avortement dans les marges du champ médical : l'IVG des médecins militant·es

Au lendemain de la loi, la pratique des IVG à l'hôpital s'organise donc dans les services de gynécologie – lorsque le « patron » n'était pas entièrement hostile à l'application de la loi, il confiait la tâche aux internes, aux étudiantes de CES de gynécologie médicale, ou embauchait des médecins vacataires qui lui rendaient des comptes – ou bien, dans le cas d'une résistance du chef de gynécologie-obstétrique, dans des centres autonomes, parfois chapeautés formellement par des chefs de service d'autres spécialités : dermatologues, rhumatologues, biologistes, etc. Des médecins généralistes et, plus rarement, des gynécologues médicales³² (Koechlin, 2021 : 230) ou obstétricien·nes y travaillent comme vacataires. Ces médecins, dont beaucoup ont participé aux MLAC, importent dans le milieu hospitalier les techniques et protocoles élaboré·es dans la clandestinité – notamment l'aspiration, quand les gynécologues hospitalier·es n'ayant pas participé aux avortements clandestins restent longtemps attaché·es à la pratique du curetage (Ruault, 2017a : 475 ; Pavard, 2023) – et font valoir dans le champ médical l'expérience acquise dans le contexte militant (Garcia, 2005). Politisé·es à l'extrême gauche pour beaucoup et mobilisant un discours critique du pouvoir médical (Thomas, 2001 ; Mariette et Pitti, 2021), ils et elles subvertissent parfois certaines des normes et hiérarchies hospitalières. Pour illustrer ce phénomène, je détaille tour à tour les processus de création des

³¹ D'après un dossier de la revue de médecine critique *Pratiques* portant sur « le clan des gynécologues-accoucheurs contre le libre choix des femmes », cité par Lucile Ruault (2017a : 469).

³² Si les instances actives dans les luttes professionnelles de la gynécologie médicale au cours du XX^e siècle regroupent des femmes et des hommes, je n'ai vu ni entendu parler que de femmes gynécologues médicales en centre d'IVG. J'utiliserai donc le féminin à partir d'ici.

trois centres d'IVG dans lesquels j'ai réalisé, près de cinquante ans plus tard, mon travail ethnographique.

1. CIVG 1 : excéder le mandat de prise en charge des IVG

Quand l'Assemblée vote la loi Veil, Didier, interne et ancien militant du MLAC, propose au chef de service de gynécologie-obstétrique de la maternité 1 de s'occuper des IVG. Celui-ci hésite – Didier, avec ses cheveux longs et son poncho, est un « gauchiste » notoire – mais se saisit de ce qui est, au fond, une aubaine pour lui. Cela lui permet de récolter sans effort les lauriers de l'application précoce de la loi, plaisant à la direction des hôpitaux de la ville, qui y est favorable, ainsi qu'au ministère : Simone Veil est toujours ministre de la Santé.

« Je pense qu'il s'est aperçu que si il faisait en sorte qu'à [ville], ça se passe pas trop mal sur ce plan-là, il arriverait à avoir la tour du centre obstétrical, qui a peut-être depuis changé, mais la grande tour, il y a cinq étages de suite. Donc il avait besoin à ce moment-là d'appuis, très probablement, pour faire avancer ses agrégés, pour avoir sa nouvelle maternité. Il s'est dit après tout "bon, il est assez fou pour faire un truc pareil, pourquoi pas ?" Et donc il nous a donné carte blanche. » (Didier, 78 ans, gynécologue-obstétricien retraité, entretien du 1^{er} mars 2022)

Quand Yvette Roudy, ministre des Droits de la femme, fait un tour de France des centres d'IVG en 1981 et visite le CIVG 1, ce sont d'ailleurs le chef de service de gynécologie-obstétrique et le directeur de l'hôpital qui l'accompagnent et reçoivent ses félicitations : « son interlocuteur, c'était le patron qui en avait vraiment rien à branler de ce qu'on avait fait », s'en agace Didier.

« Carte blanche » aux rouges, donc. Dès 1975, on confie à Didier des locaux pour ouvrir un centre d'IVG. Il recrute une équipe de médecins vacataires qui s'agrandit progressivement, composée de lui-même, Monique, qui entame rapidement ses études de psychiatrie, trois gynécologues médicales et Paule, une généraliste qui passe le CES de gynécologie médicale en 1984 après que le chef de service de gynécologie-obstétrique a décidé que seul·es des médecins spécialistes devraient travailler au centre d'IVG. L'équipe comprend également, initialement, une assistante sociale, une conseillère conjugale et familiale, une secrétaire et deux infirmières. Rapidement – dès 1979 – et jusqu'à aujourd'hui, le CIVG 1 réalise autour de 3 000 IVG par an.

Certaines infirmières du service sont recruté·es parmi les militantes du MFPF, plusieurs des médecins ont participé aux MLAC, tou·tes sont politisé·es à gauche ou à l'extrême gauche : Monique et Didier se qualifient de « trotsko endiable·es », Paule a milité

aux Jeunesses communistes révolutionnaires et a même interrompu ses études pour un temps afin de s'établir à la Poste. Ils et elles revendiquent un rejet des normes hiérarchiques de l'hôpital, par des pratiques symboliques et visibles telles que le refus du port d'habits différenciants (« Et la première idée qu'on avait eue, c'était de dire, bon ben y'en a marre maintenant des gens qui sont en bleu, en vert, en jaune, en rouge etc. : on va se mettre tous en blanc ! ») ou le brouillage – tout relatif – de la division traditionnelle du travail médico-social, caractéristique des pratiques alternatives des médecins critiques (Mariette et Pitti, 2016). Didier le raconte :

« Au bloc opératoire, quelquefois on était servi par, bon, une aide-soignante, ce qui est presque normal à l'époque, mais aussi par quelqu'un qui était censé balayer par terre. Bon, nous tenions par exemple aussi à, nous, en tant que médecin, à balayer par terre de temps à autre (*Rire*)³³. »

Dans la continuité des pratiques de groupes politiques trotskystes, des réunions « biblio » hebdomadaires ont lieu, obligatoires pour tou·tes les travailleurs et travailleuses du centre d'IVG, centrées sur la lecture et la discussion d'articles et livres de gynécologie, de psychanalyse freudienne, de psychologie ou de démographie.

Dans le but assumé d'enrichir leur travail, de gagner en compétences et d'éviter que l'IVG ne soit une voie sans issue pour leur carrière de gynécologues d'une part, et en raison de la valorisation politique d'une « prise en charge globale » d'autre part – Didier et Monique considèrent comme également « révolutionnaire » le fait de réaliser les IVG et de pratiquer une « gynécologie psychosomatique » –, l'équipe du centre développe une activité qui dépasse largement la prise en charge de l'IVG et de la contraception. Ils et elles mettent en place une pratique dense de suivi gynécologique, prévention, dépistage voire, dans une certaine mesure, de traitement des cancers du sein et du col de l'utérus ainsi que, plus ponctuellement, de suivi de grossesse. En court-circuitant le service de gynécologie-obstétrique – dont le centre d'IVG dépend pourtant administrativement –, ils et elles obtiennent de l'administration de l'hôpital de coûteux appareils d'échographie, de colposcopie et d'hystéroscopie (permettant l'examen du vagin, du col et intérieur de l'utérus) et se forment en sénologie, spécialité qui vise à prévenir, dépister et soigner les pathologies du sein. Entre 1975 et 1989, l'équipe organise cinq congrès attirant des centaines de personnes.

L'équipe du centre d'IVG a donc rapidement excédé le mandat confié par les chefs de gynécologie-obstétrique – celui d'appliquer la loi Veil – pour fonder ce qu'on pourrait considérer comme un service de gynécologie médicale quand il n'en existe alors, en France,

³³ Pour Jean Peneff, le fait de participer ou non au ménage, même ponctuellement, est l'une des principales frontières qui distinguent les travailleur·ses au sein de l'hôpital (Peneff, 2005b [1992] : 67).

que quelques-uns (Koechlin, 2021)³⁴. Ils et elles rejettent le nom de centre d'IVG pour adopter celui de « centre de santé gynécologique ». Le centre entre en concurrence avec le service de gynécologie-obstétrique – « on commençait à déborder sur l'activité de la clinique obstétricale », dit Paule – et Didier, qui n'a qu'un statut de vacataire pendant plusieurs années puis d'assistant de gynécologie, est traité comme un chef de service par l'administration (et nommé comme tel). Cela déplaît aux obstétricien·nes et motive par la suite la reprise en main du centre.

2. CIVG 2 : « l'avorteuse » du département

La création du CIVG 2 suit un autre processus. Jacqueline, elle, n'est pas une militante politique d'extrême gauche et, si elle se revendique féministe, trouve le MLF trop radical³⁵. Elle vient d'un milieu bourgeois et catholique ; son père (chef d'entreprise), sa mère (infirmière) et son mari (dentiste) sont toutes favorables au droit à l'IVG. Toutes les femmes de sa famille ont avorté, me dit-elle : sa grande-sœur, sa mère qui a failli en mourir. Elle, non : « Je suis de la génération pilule ». Quand elle est enfant, sa voisine de 17 ans meurt d'une septicémie à la suite d'un avortement clandestin. Cette expérience profane de l'avortement l'amène à réprouver les traitements punitifs exercés par ses collègues envers les femmes soupçonnées d'avoir avorté avant la légalisation (on laisse saigner les femmes venues pour des fausses couches jusqu'à ce qu'elles avouent avoir avorté) et à travailler dans les premiers centres d'IVG une fois la loi votée, dans le cadre d'un stage de CES de gynécologie médicale : « Je faisais partie de la première fournée de volontaires. » Son origine bourgeoise, sa spécialisation en gynécologie, son absence de dispositions contestataires – contrairement aux premières équipes des CIVG 1 et 3, elle se positionne à la droite de l'échiquier politique et ne critique pas le pouvoir ni les hiérarchies médicales, elle sera d'ailleurs secrétaire générale du conseil départemental de l'Ordre des médecins pendant sept ans – n'empêchent pas que ses collègues s'opposent à ce qu'elle prenne en charge les IVG quand elle déménage dans le Buissonnois. Quand elle parvient, en 1982, à ouvrir le CIVG 2, elle devient « l'avorteuse » du département.

« D'ailleurs j'avais l'étiquette : l'avorteuse. C'est des collègues qui m'appelaient comme ça. Il y en a un qui m'a dit "quand tu es arrivée, pour tout le monde tu étais l'avorteuse". Et du coup, ils pensaient, avorteuse donc de gauche. Jusqu'à ce qu'on voie mon mari à des

³⁴ Aurore Koechlin en décompte trois : celui de l'hôpital Necker, seul service entièrement dédié à la gynécologie médicale, et ceux de la Pitié et de l'Hôtel Dieu, d'orientation plus chirurgicale.

³⁵ En entretien elle ajoute qu'elle est « pour l'égalité » (plutôt que contre les hommes), et « contre l'écriture inclusive ».

rassemblements du RPR³⁶, et là ils étaient perdus. De droite, avorteuse... j'étais inclassable. Ils ont renoncé à me catégoriser. » (Entretien du 10 mai 2022)

3. CIVG 3 : péril rouge sur l'hôpital

Venons-en à la fondation du CIVG 3. À sa séance du 11 avril 1975, le conseil d'administration du CHU où sera bientôt créé le CIVG 3, pourtant présidé par le très conservateur maire de la ville, décide de la création d'un service spécial – un centre d'IVG – afin d'assurer l'application de la loi en prévision de la visite de la Ministre, Simone Veil, quelques jours plus tard. Dans un entretien donné le lendemain au quotidien régional, le P^r. Bélier exprime son opposition. Il regrette qu'un centre d'IVG prenne la place de sa « commission de décision » – de tri des candidates à l'avortement –, craignant que le rôle de dissuasion confié aux professionnel·les de santé, « le côté le plus positif de la loi », n'y soit escamoté. La direction de l'hôpital, en quête d'un volontaire pour diriger le centre et prenant acte du refus du P^r. Bélier, envoie une lettre à tous les chefs de service de la ville (200 médecins auraient été contactés). Seul René Bergman, chef du laboratoire de biochimie, y répond positivement. Il témoigne :

« Comme j'étais un peu activiste, j'ai répondu positivement au directeur de l'hôpital. Mais j'étais le seul ! C'était lamentable de la part de mes confrères. C'était lâche ! C'était plus du domaine ou d'un gynéco ou d'un chirurgien. Pas d'un biochimiste ! D'ailleurs j'ai jamais fait d'IVG moi. [...] On me demandait de prendre la chefferie de service, je l'ai prise. Par souci de service public. J'attachais beaucoup d'importance à cette loi. » (Archives privées)

Comme Jacqueline, René est de droite, issu d'un milieu bourgeois et n'a pas participé aux MLAC. Comme elle, il explique sa volonté d'appliquer la loi Veil par le décès d'une de ses connaissances lors d'un avortement clandestin, celui de la « bonne » de ses parents alors qu'elle travaillait à leur service.

Le centre est créé en août 1975 et huit médecins vacataires sont recruté·es : un psychiatre, une pédiatre et six médecins généralistes dont la plupart membres du Syndicat de la médecine générale³⁷ et la moitié issus du MLAC, finissant tout juste leurs études. Un radiologue de l'hôpital réalise les échographies. Sur les 25 médecins travaillant dans le service de gynécologie-obstétrique du P^r. Bélier, une seule, Dominique, médecin généraliste vacataire, spécialiste de planification familiale et militante du MFPPF, accepte de participer à l'activité du centre d'IVG. « Avec l'opprobre du chef de service ! », se rappelle-t-elle, « c'était la guerre de 14 ». Un fort contrôle social du chef de service et de certains des

³⁶ Parti gaulliste.

³⁷ Un syndicat de médecins de gauche fondé en 1975.

médecins titulaires s'exerce sur les gynécologues, dont une témoigne : « Quand on était attaché chez M. Bélier, il n'était pas question d'aller de l'autre côté faire des IVG ! ».

Pendant six ans, le centre est situé dans un petit bâtiment préfabriqué, sur le terrain de l'hôpital. D'après Gérard, généraliste qui rejoint le service à partir de 1982 et y reste pendant 31 ans, le local de l'époque est devenu depuis le local à outils des jardiniers de l'hôpital. Tout proche, le service de gynécologie prend en charge les rares complications qui surviennent (la première complication grave, une perforation utérine, se manifeste après deux ans de fonctionnement et environ 2 000 IVG réalisées). Le centre n'a pas accès au bloc opératoire et à l'anesthésie générale, les IVG sont pratiquées sans anesthésie (ou avec ce que les médecins décrivent alors comme l'« anesthésie verbale »).

René Bergman intervenant peu dans le fonctionnement du service, une relative liberté est laissée aux médecins du centre dont les convictions politiques les amènent à subvertir certaines normes médicales, à l'instar du CIVG 1 (Gérard se rappelle d'« un guévariste et de quelques trostkystes »). Un des médecins a reçu un blâme de la direction de l'hôpital pour avoir pratiqué une IVG en étant assisté par la secrétaire en lieu et place d'une infirmière. René Bergman exprime sa distance avec « l'égalitarisme total » de ces « gauchistes invétérés », et Pierre Calame, praticien titulaire du service de gynécologie qui succédera au P^f. Bélier à la chefferie, commente :

« C'était devenu un endroit très militant. Il y avait plus de hiérarchie, la secrétaire faisait les entretiens, le médecin... c'était très 68. L'administration assez inquiète qu'on ne respecte plus des règles de fonctionnement, à savoir que le médecin c'est le médecin, la secrétaire c'est la secrétaire, la femme de ménage c'est la femme de ménage. Si on mélange les rôles... L'idée c'était de dire que la femme de ménage elle était aussi apte que le médecin ou la psychologue à faire un entretien. Je suis pas tout à fait d'accord là-dessus. Chacun son métier et les vaches seront bien gardées ! » (Archives privées)

Les pratiques jugées subversives ne s'arrêtent pas là : la direction médicale du centre n'est pas fixe (les médecins vacataires sont tour à tour responsables de l'unité). Une conseillère familiale et conjugale ainsi qu'une psychologue venant du service du P^f. Bélier sont renvoyées du centre par le reste de l'équipe qui jugeait leurs pratiques trop dissuasives. La loi Veil est appliquée avec libéralité : à en croire Bélier et Calame, qui s'en indignent, on accepte de pratiquer des IVG pour les femmes étrangères, les mineures sans autorisation parentale et on dépasse parfois le délai légal. Une rumeur circule au sein du service de gynécologie, selon laquelle les médecins du CIVG 3 auraient « avorté » une femme contre son gré, l'attachant à la table d'opération lorsque celle-ci change d'avis. Cette accusation – probablement extravagante – témoigne de l'inquiétude que suscite l'autonomie laissée à des médecins critiques au sein de l'hôpital.

Le P^r. Bélier dénonce, à plusieurs reprises, dans les journaux locaux et dans la presse médicale nationale, la « politisation » et le fonctionnement « militant » du centre. En 1979, dans un entretien journalistique, il s'en prend à « l'esprit de collectivisme qui [lui] semble non compatible avec la pratique médicale française », et tient à informer « l'opinion publique et les parlementaires » de ce qui se passe dans les centres d'IVG qu'il qualifie de « cellules politiques où la grossesse et le sexe sont trop mélangés aux problèmes intéressant le Chili, Cuba ou les Khmers rouges ». L'équipe du CIVG 3, en particulier, est accusée d'avoir une pratique « incitative » de l'avortement et d'enfreindre la loi. Il regrette que les médecins qui pratiquent l'avortement hors délai ne fassent pas l'objet de poursuites pénales et appelle à une application stricte de la loi « par du personnel médical et paramédical neutre qui ne soit ni incitatif ni trop dissuasif. » Surtout, à rebours de son attitude initiale, il appelle à une prise en charge des IVG par « les spécialistes de la femme » – *i.e.* les gynécologues – au nom d'une application stricte et non militante de la loi : « Si la loi est strictement appliquée [...] je crois que les spécialistes de la femme pourront accepter de participer. Mais si l'on doit poursuivre dans la clandestinité des centres d'IVG une libération de la femme qui ne tient aucun compte des remèdes que l'on pourrait apporter à sa détresse, si l'on ne respecte ni le délai de dissuasion, ni les articles de loi sur les mineures et les étrangères, ni le terme de grossesse, il est évident que les gynécologues-accoucheurs se retireront à nouveau de l'application de la loi. » Sa position reflète le processus de gynécologisation de l'avortement alors en cours à l'échelle du pays. En réponse, l'équipe du CIVG 3 menace de démissionner collectivement et huit des médecins intentent un « procès retentissant » (dit Pierre Calame) pour diffamation au chef de service de gynécologie, qu'ils et elles perdent. La mise au pas par la hiérarchie médicale des médecins pratiquant les avortements est donc imminente.

En résumé, le travail d'avortement est, d'abord, un acte à part, marginalisé spatialement mais aussi socialement puisqu'il est confié aux seul·es médecins qui acceptent de le réaliser, soit principalement des dominé·es du champ médical, médecins généralistes ou parfois jeunes gynécologues médicales, non hospitalièr·es, vacataires. On peut y voir un début de spécialisation médicale – informelle et dépourvue d'existence institutionnelle – de la part de médecins dédiant tout ou partie de leur activité au travail d'avortement, redéfinissant leur identité professionnelle autour de cette activité, développant des compétences techniques spécifiques et s'organisant dans des associations professionnelles (l'ANCIC est créée en 1979). Dans les premières années qui suivent la dépénalisation de l'avortement, certains des liens tissés dans la clandestinité de l'avant-loi-Veil entre féminisme ou engagement d'extrême gauche et pratique de l'avortement se maintiennent, et certains des centres d'IVG sont pensés par les médecins critiques qui y travaillent comme des lieux de mise en pratique d'une contre-

culture médicale et d'une application libérale de la loi Veil, obérant le travail de contrôle et de dissuasion que leur confie la loi³⁸. L'institutionnalisation du travail d'avortement par son intégration à la gynécologie interrompt ce début de spécialisation et va normaliser la pratique de l'IVG.

II. L'institutionnalisation du travail d'avortement

Si le gouvernement décrète la médicalisation de l'avortement en 1975, il faut des années voire des décennies – selon les situations locales – avant que celui-ci ne s'institutionnalise au sein du champ médical. Ce processus est le résultat, d'une part, de la volonté de contrôler une activité hospitalière laissée aux mains de médecins critiques, et, d'autre part, de la levée progressive des oppositions des gynécologues au droit à l'IVG. Il s'accompagne d'une différenciation verticale et horizontale de l'espace professionnel. Verticale car celles et ceux qui le réalisent n'occupent plus seulement les positions dominées dans les hiérarchies médicales ; horizontale, parce que les modes et lieux d'activité où se déroule le travail d'avortement se multiplient.

A. La mise au pas des militant·es

La hiérarchie médicale, notamment gynécologique, constate qu'elle a fait une erreur en refusant la prise en charge du travail d'avortement et en la laissant aux médecins militant·es. Une mise sous contrôle de cette activité ou des médecins qui l'effectuent s'opère alors, progressivement ou plus brutalement selon les hôpitaux.

Progressivement dans le CIVG 1, où les chefs de service de gynécologie successifs réduisent peu à peu l'autonomie et les moyens du centre. En 1979, Didier, le fondateur et responsable du centre, est convoqué à une réunion spéciale de la commission médicale d'établissement, regroupant des chefs de service et membres de la direction de l'hôpital. Au cours de cette réunion, le chef de gynécologie lui reproche, je cite Didier, de « n'en faire qu'à [s]a tête », de faire acheter des appareils et développer des activités sans l'accord de son service et en concurrence avec lui, d'organiser des congrès sans son accord, de ne pas se rendre aux déjeuners hebdomadaires qu'il organise avec toutes les gynécologues-obstétricien·nes de l'hôpital. Finalement, il est décidé de retirer dix vacations médicales au centre, qui sont récupérées par le service de gynécologie. En 1981, le chef de service décide

³⁸ Certains des centres d'IVG refusent de mettre en place l'entretien avec la conseillère. Voir par exemple le témoignage de Jacqueline Saintin, infirmière au centre d'IVG de l'hôpital Louis Mourier en 1975, dans *L'Écho de l'ANCIC* de juillet 2012.

que seul·es des gynécologues (médicales ou obstétricien·nes) pourront travailler dans l'équipe médicale du centre d'IVG³⁹. Selon Didier et Monique, le mariage du chef de service avec une des gynécologues médicales du centre interrompt le mouvement de réduction et de restriction des pratiques du centre d'IVG, jusqu'à son remplacement et le déménagement de la maternité dans un autre hôpital en 1987. À cette occasion, le centre d'IVG est déplacé au rez-de-chaussée et au sous-sol de l'hôpital, soumis à des inondations. Une partie des locaux, pourtant déjà plus exigus, est réquisitionnée pour des consultations d'obstétrique, le nombre de vacations est à nouveau diminué, les médecins du service sont rappelé·es au respect strict de la loi, en particulier concernant le contrôle des autorisations parentales pour les mineures. Paule se souvient avec amertume : « On était dans un... un peu de façon caricaturale, dans un îlot de socialisme. [...] Et là on rentrait dans l'ordre quand même ». Didier et Monique font le même constat :

« Donc quand on a vu que, bon, ben, la période des rapports de force militants en notre faveur ne pouvait pas continuer, on s'est dit maintenant il faudrait arriver à s'en sortir, quoi. »

Didier tente d'obtenir, en contrepartie de la perte d'autonomie du centre d'IVG qu'il continuerait à diriger, la reprise d'une activité d'obstétrique plus classique, ce que ses collègues lui refusent en raison du fait qu'après 12 ans à ne faire que de l'orthogénie et de la gynécologie médicale, il serait un « gynécologie incomplet », manquant d'expérience chirurgicale. Lui et Monique ne voient alors comme seule solution pour obtenir une « carrière honorable » (Didier) que de quitter le centre qu'il et elle ont fondé. En 1989, il et elle deviennent praticien·nes hospitalier·e (PH), puis chef·fes de service de gynécologie-obstétrique et de psychiatrie dans deux centres hospitaliers de bien plus petite taille. Au cours des douze années qui suivent, les différent·es médecins ayant rejoint le service dans ses premières années, partent, puis à partir de 2001, la direction du centre est confiée à des PH de gynécologie-obstétrique qui s'y succèdent : cette tâche leur est présentée comme un « deal » (Gilles, 54 ans gynécologue-obstétricien, chef de service) permettant d'accéder à un poste de titulaire à l'hôpital. En 2003, à la renaissance de la formation de gynécologie-médicale (le CES avait été supprimé en 1984), désormais spécialité d'internat, les nouvelles internes doivent effectuer un stage au CIVG 1. À partir de 2008 et jusqu'à nos jours, la direction du centre est confiée à une assistante de gynécologie médicale en poste pour deux ans. Le nombre de médecins vacataires occupant des postes dans le centre d'IVG sur le long terme diminue progressivement, remplacé·es d'abord par des PH d'obstétrique, puis internes et assistantes de gynécologie-médicale présentes pour une durée limitée (deux ans pour les PH et

³⁹ Cette décision n'est appliquée que pendant quelques années. À partir des années 1990, ce sont surtout des médecins généralistes qui rejoignent l'équipe de vacataires.

assistantes, six mois pour les internes). Anasse (67 ans), un des médecins généralistes vacataires, travaillant dans le centre depuis 1987, commente cette évolution : « Ils [les chefs de gynécologie] ont pas de pouvoir sur nous, les attaché·es⁴⁰. Les internes, ils doivent être lèches-culs. »

La subordination des médecins pratiquant les IVG à la gynécologie hospitalière s'opère plus brutalement dans le CIVG 3. En 1981, pour protester contre l'imposition au service d'une nouvelle surveillante⁴¹, l'équipe du centre est en grève et ne réalise plus que les IVG proches du terme limite. Le P^r. Bélier, Pierre Calame et la direction de l'hôpital profitent de l'occasion : l'électricité du centre est coupée et les avortantes orientées vers le service de gynécologie où Pierre Calame, à la demande du P^r. Bélier, prend la direction d'un nouveau centre désormais intégré dans les locaux de la gynécologie. Il raconte :

« J'ai accepté de m'occuper du centre d'IVG et d'en être le responsable, en ne demandant qu'une chose, le respect de la loi à la lettre, et qu'on me reconnaisse la compétence technique. Je suis quand même professeur de gynéco-obstétrique, je connais le sujet. Par exemple ils voulaient mettre des stérilets le jour de l'intervention, il y avait des complications infectieuses⁴²... Et les problèmes de délai, bah il y a un délai, il y a un délai. La loi elle dit ça, on la respecte. On a fait des protocoles. *On a mis un peu d'ordre dans le centre d'IVG* (je souligne). » (Archives privées)

Il s'agira désormais de respecter et la loi et l'autorité des gynécologues. Les médecins – généralistes – sont tou·tes remercié·es à l'exception de Dominique qui travaille aussi dans le service de gynécologie : « Il fallait repartir sur de bonnes bases », explique la cadre infirmière du service, en fonction entre 1978 et 1981. Une nouvelle équipe est formée avec, aux côtés de généralistes vacataires, les gynécologues médicales en formation de CES à qui Pierre Calame, prenant la suite du P^r. Bélier à la chefferie de service en 1982, impose de participer au travail d'avortement durant une année chacune. Gérard (généraliste dans le centre d'IVG de 1982 à 2013) raconte :

« Calame leur faisait un deal : "Je vous prends dans mon service mais vous allez en orthogénie". C'était que des femmes, hein. Elles travaillaient en orthogénie de gré ou de force. Ça permettait d'avoir son CES. Ça c'était des gens qui étaient pas motivées vraiment et qui ont arrêté une fois qu'elles ont eu leur CES. » (Entretien du 17 juin 2022)

Le désormais *professeur* Calame illustre l'évolution de l'élite obstétricale vis-à-vis de l'avortement. Catholique pratiquant, il s'est d'abord fermement opposé à la loi Veil, niant dans un texte publié en 1977 que l'avortement puisse relever d'un choix, défendant le rôle dissuasif des médecins et affirmant que l'avortement résulte des déséquilibres économiques

⁴⁰ Statut succédant à celui de vacataire.

⁴¹ Une surveillante est une infirmière ou sage-femme chargée d'un travail d'encadrement.

⁴² C'est pourtant une pratique qui est depuis considérée comme sûre. Elle est généralisée dans les trois centres d'IVG où j'ai fait mon travail ethnographique.

de la société qui « pousse les pauvres à tuer leurs petits de peur de ne pouvoir les nourrir ». Quatre ans plus tard, sa position semble avoir évolué et il estime que la loi doit être respectée, le service public assuré et les avortements faits dans de bonnes conditions. Quand un « commando anti-IVG » se cadennasse à la porte du bloc opératoire en novembre 1993, empêchant son utilisation pendant cinq heures, il se joint à l'intégralité de l'équipe (un médecin et une infirmière à part), à deux avortantes et à la direction du CHU pour porter plainte pour entrave à l'IVG⁴³. Il ne participe pas lui-même activement au travail d'IVG, ni aucun·e des gynécologues-obstétricien·nes jusqu'à aujourd'hui encore, mais exige un compte-rendu des réunions hebdomadaires du service. Les IVG pour des femmes qui ont « un délai un peu limite », c'est-à-dire pour lesquelles les 12 SA sont dépassées de quelques jours, doivent désormais être acceptées au cas par cas par le chef de service : « Il fallait un peu aller pleurer, dire “cette pauvre dame”, et il disait “allez faites-le” » (Gérard). Au-delà de cela, il intervient peu dans le travail d'avortement et, comme avant le rattachement à la gynécologie, les médecins généralistes du service se succèdent à tour de rôle en tant que responsables médicaux et médicales du service.

B. La gynécologisation du travail d'avortement

L'avortement devient à la fois un travail réalisé sous la responsabilité des gynécologues-obstétricien·nes – ce dont témoigne le rattachement spatial et administratif des centres, services et unités d'IVG aux services de gynécologie-obstétrique – mais aussi, de plus en plus, un travail réalisé *par* les gynécologues.

Le processus d'intégration aux services de gynécologie-obstétrique est progressif et encore en cours. L'étude des différents centres en laisse voir les chronologies variées. Le CIVG 1 est rattaché officiellement à la gynécologie dès son ouverture en 1975, le CIVG 3 en 1981 lors du licenciement de l'équipe du précédent service, et le CIVG 2 en 2005 à l'occasion d'un renouvellement de l'équipe de gynécologie-obstétrique qui, sans accueillir l'activité d'IVG dans ses locaux pour autant, en accepte la responsabilité administrative et la pratique, pour les IVG instrumentales, lorsque Jacqueline (l'« avorteuse » du Buissonnois) est en vacances. La loi du 4 juillet 2001 fait obligation aux chef·fes de service de gynécologie-obstétrique, quelles que soient leurs convictions, d'organiser la pratique des IVG, ce qui accélère la mise sous tutelle gynécologique des centres d'IVG. Alors que 54 % des hôpitaux publics qui prennent en charge les IVG le font dans les services de gynécologie en 1981, ils

⁴³ En application de la loi Neiertz, les membres du commando sont condamné·es à trois et six mois de prison avec sursis.

sont plus de 80 % à le faire en 2007 (Vilain, 2009 ; Collet, 2011)⁴⁴. L'IVG, à l'hôpital, devient un travail majoritairement réalisé sous le contrôle plus ou moins distant des gynécologues-obstétricien·nes, quoiqu'une petite minorité de centres d'IVG autonomes se maintienne, dont une large part concentrée dans Paris et sa banlieue.

L'intégration de l'activité d'IVG aux services de gynécologie n'implique pas forcément la participation des équipes, comme dans le cas des CIVG 1 ou 3 : les centres sont rattachés au service administrativement et géographiquement, mais ce sont, dans un premier temps, des médecins vacataires avec des postes dédiés qui continuent de pratiquer les IVG, aux côtés de gynécologues médicales en formation. Dans les hôpitaux qui n'ont pas d'équipe ou de bloc opératoire dédiés en revanche (soit par manque de moyens pour les petits hôpitaux, soit par manque de volonté des chef·fes de service de les y allouer pour les plus gros), ce sont les professionnel·les du service de gynécologie qui les prennent en charge, intégralement ou uniquement pour la réalisation du bloc opératoire pour les IVG instrumentales. C'est le cas dans un CHU réalisant plus de 3 000 accouchements par an, mais seulement une soixantaine d'IVG par an, toutes par voie instrumentale, dont j'ai interrogé le chef de service de gynécologie-obstétrique. Celui-ci le justifie en entretien par le fait que « c'est pas l'orientation de l'hôpital », préférant développer les compétences de son service en médecine fœtale. C'est le cas également d'un centre hospitalier intercommunal qui réalisait 150 IVG par an (pour 3 500 naissances), toutes instrumentales aussi, jusqu'en 2019 où, du fait de pressions de l'Agence régionale de santé (ARS) et sous l'insistance d'une sage-femme du service formée en orthogénie, le chef de service accepte d'ouvrir un unique poste (de sage-femme), à mi-temps, dédié aux consultations d'IVG. Dans les hôpitaux sans équipe dédiée, les IVG sont réalisées par les sages-femmes (pour les consultations) et les gynécologues-obstétricien·nes (pour les interventions au bloc opératoire) à tour de rôle, en marge du reste de leur activité. Dans le CIVG 2, quand Jacqueline prend sa retraite en 2012, c'est une PH de gynécologie-médicale de la maternité qui récupère son poste, puis quand elle part à son tour, une sage-femme, tandis que les IVG instrumentales sont, elles, réalisées à tour de rôle par les gynécologues-obstétricien·nes de la maternité qui n'utilisent pas la « clause de conscience ». Estelle (36 ans), la cheffe de service, s'impose de faire les IVG par devoir d'organiser l'accès aux soins alors qu'elle y éprouve une répugnance très forte : « Moi je trouve que l'IVG c'est pas moral. C'est pas bien. Mais en attendant, il faut le faire [...] Je les fais, mais je les fais quand même avec dégoût et écœurement ». C'est le cas également du CIVG 1 où, quand le

⁴⁴ Je ne dispose pas de chiffres plus récents mais la tendance s'est sans doute encore accentuée depuis, comme peuvent le laisser penser les entretiens réalisés avec des médecins d'autres centres d'IVG que les CIVG 1, 2, et 3. Le centre où travaille une enquêtée a par exemple déménagé dans les locaux de la maternité en 2004 avant d'être rattaché administrativement à la gynécologie-obstétrique en 2016.

délai légal de l'IVG passe de 14 à 16 SA en mars 2022, les généralistes et gynécologues-médicales attachées, internes ou assistantes ne sont pas jugées compétentes pour les pratiquer et où c'est Gilles, professeur de chirurgie gynécologique, officiellement en charge du centre d'IVG, qui réalise ces IVG « tardives » dans un premier temps, puis le reste de l'équipe médicale de gynécologie-obstétrique qui prend son relais.

Le travail d'avortement, et avec lui une partie du pouvoir médical (celui de s'organiser, de répartir les moyens alloués à l'IVG), n'est donc plus purement et simplement délaissé par la gynécologie-obstétrique. L'orthogénie est désormais une branche d'activité de la gynécologie (médicale et obstétrique). Les internes y sont formé·es et une commission « orthogénie-contraception » est créée au sein du CNGOF et publie ses premières recommandations pour la pratique clinique en décembre 2016. Le travail d'avortement est cependant délégué, quand c'est possible, à des médecins généralistes et parfois à des gynécologues médicales et des sages-femmes occupant des postes dédiés (de vacataires ou, dans de rares cas, de PH, pour les médecins) sous la tutelle du service de gynécologie-obstétrique, ou aux plus dominé·es des spécialités de gynécologie, internes et médecins étranger·es faisant fonction d'interne (FFI) de gynécologie-obstétrique, internes et assistantes de gynécologie médicale. Ou bien les deux à la fois, comme c'est le cas dans les trois centres étudiés⁴⁵.

De ce processus inachevé de gynécologisation du travail d'avortement résulte une différenciation verticale de l'espace professionnel. Initialement, les IVG étaient prises en charge par des médecins généralistes et gynécologues médicales vacataires ou étudiantes, à l'exception de rares gynécologues-obstétricien·nes militant·es souvent en tout début de carrière et politisé·es à l'extrême gauche comme François ou Didier. En découlait une relative horizontalité des rapports de pouvoir liée au partage de positions dominées dans le champ médical et à la volonté des médecins critiques de subvertir certaines des hiérarchies hospitalières et de mettre en place un fonctionnement plus démocratique. Lorsque l'IVG devient, aussi, un travail de gynécologues-obstétricien·nes, internes mais également, parfois, PH, chef·fes de service, professeur·es, l'espace professionnel de l'avortement devient non seulement plus hétérogène mais aussi plus inégalitaire. D'autant que l'IVG n'est plus seulement le travail de médecins qui le choisissent et dont une partie est critique des institutions médicales. Il devient aussi celui de médecins qui adhèrent à l'*illusio* du champ médical, qui font un peu d'IVG, en marge de leur activité de gynécologie et d'obstétrique,

⁴⁵ Depuis 2022, le service de gynécologie-obstétrique auquel le CIVG 2 est rattaché se voit doté d'internes pour la première fois dans l'histoire de l'hôpital, ce qui permet à Estelle et son équipe de leur déléguer l'intégralité de la pratique des IVG instrumentales.

certes, sans le refuser ouvertement mais sans le choisir non plus, simplement parce que cela fait désormais partie du travail d'un·e gynécologue, en tout cas à certains moments de sa carrière. Les avortements sont de moins en moins réalisés par des médecins qui se spécialisent en orthogénie.

Aux États-Unis, une dé gynécologisation de l'avortement

La gynécologisation n'est pas un phénomène mécanique mais le résultat de l'interaction des différents champs – notamment politique et médical. Elle n'a pas d'effet politique univoque. Cela ressort de la comparaison avec l'évolution symétriquement opposée de la prise en charge de l'avortement aux États-Unis. Dans les premières années qui suivent l'arrêt *Roe v. Wade* (1973), les services de gynécologie-obstétrique des hôpitaux publics étatsuniens sont des lieux centraux du travail d'avortement, avant que le travail d'avortement ne se marginalise, sortant des hôpitaux publics, des espaces d'enseignement et recherche médicale, pour se cantonner aux « *abortion clinics* » (Joffe, 1996 ; Freedman, 2010 ; Freedman *et al.*, 2010). En 1976, aux États-Unis, un tiers des avortements sont réalisés en hôpital. En 2005, ces derniers n'accueillent plus que 5 % des avortements. Les soins sont de qualité dans les cliniques, mais, isolées, elles sont des cibles faciles pour les militant·es anti-avortement violent·es, et pour les lois restrictives qui les ciblent spécifiquement en imposant des contraintes administratives étouffantes. La pratique des avortements implique alors un isolement professionnel et, pour beaucoup, l'abandon de la pratique de la gynécologie-obstétrique. Pour certain·es militant·es étatsunien·nes de l'avortement (dit « intégrationnistes »), la réintégration de l'avortement au cœur des services de gynécologie est un réel enjeu, là où les orthogénistes français·es plaident à l'inverse pour le maintien de structures spécialisées.

C. La marginalisation des oppositions médicales

Parmi la totalité des 88 médecins rencontré·es entre septembre 2020 et octobre 2022 dans l'enquête par entretiens ou par observation, quatre seulement refusaient ouvertement de pratiquer les IVG, et une seule exprimait une opposition de principe au droit à l'IVG. Le contraste avec les premières années de la dépénalisation de l'avortement est saisissant. Une norme professionnelle de soutien au droit à l'avortement s'est développée avec le processus de gynécologisation, dont elle est sans doute à la fois une cause et une conséquence. Cette norme est visible à deux endroits : dans la place qui lui est donnée dans la constitution de l'identité professionnelle des gynécologues, par les médecins elles et eux-mêmes ; dans le contrôle social et la stigmatisation dont font l'objet celles et ceux qui la transgressent et refusent, pour des raisons morales, de la mettre en pratique et de participer au travail d'avortement.

1. L'émergence d'un droit-totem et le coût des oppositions à l'avortement

« Oui, une espèce de banalisation, finalement, y compris les gynécologues-obstétriciens le font – beaucoup quand même à contrecœur, hein – enfin ils affichent moins leur répulsion à

pratiquer des interruptions de grossesse, ils ont bien compris qu'il y avait quelque chose qui allait pas, que c'était pas en recul. Qu'ils ne devenaient pas des héros parce qu'ils refusaient une interruption de grossesse pour des raisons éthiques mises en avant. » (François, 80 ans, gynécologue-obstétricien retraité, entretien du 10 juillet 2022)

Jusqu'en 1975, il est commun d'exprimer sa condamnation du recours à l'avortement et de sa pratique (Cahen, 2016) et il est alors malvenu pour un·e gynécologue d'afficher ouvertement son soutien en leur faveur⁴⁶. À partir du vote de la loi, progressivement, la situation s'inverse. La reconnaissance de la légitimité d'un droit à l'avortement devient majoritaire puis, aujourd'hui, quasi-unanime chez les médecins, tandis que l'opposition ouverte devient quant à elle rare et coûteuse sur les plans politique et professionnel.

Dans le cas des trois centres d'IVG enquêtés, l'anticipation des bénéfices ou des sanctions politiques a amené les chefs de gynécologie ou les directions d'hôpital à passer outre leurs réticences à (laisser) appliquer la loi. Ainsi les menaces et barrières qu'oppose son chef de service à François, évoqué plus haut, cessent quand une manifestation populaire locale est organisée en son soutien, avec l'appui des élu·es socialistes de la mairie. « Ça a suffi à calmer les choses. Il a tout fait pour s'y opposer. Il a senti que c'était pas possible, qu'il risquait de tomber s'il insistait ». Décrit comme « opportuniste », le médecin en question revoit ses positions un ou deux ans après la loi et, sans faire lui-même les IVG, cesse de s'opposer ouvertement à son application. D'ici la fin des années 1980, cinq gynécologues rejoignent l'équipe, dont trois pratiquent les IVG aux côtés de François. Quand le chef de service part à la retraite en 2000, François lui succède.

Les oppositions médicales formulées dans le registre de la morale exposent de plus en plus à une hostilité publique. Faire barrière à l'IVG devient un risque, pour trois raisons. D'abord, parce que cela devient illégal. La loi interdisant aux établissements de santé de prendre en charge une activité d'avortement supérieure au quart de leur activité d'obstétrique ou de chirurgie sous peine de fermeture (article L. 178-1) a été abrogée, et l'ARS considère aujourd'hui un volume d'activité d'IVG inférieur à 20 % de l'activité obstétricale comme étant insuffisant (ARS Île-de-France, 2015 : 16). Le décret du 18 janvier 1988 puis la loi de 2001 (Loi n° 2001- 588, article L. 2212-8 CSP) instaurent l'obligation pour les établissements de santé publics d'organiser l'activité d'IVG. La loi et les institutions publiques de santé interdisent donc non plus de faire trop d'IVG, mais d'en faire trop peu. La loi Neiertz de 1993 fait de l'entrave à l'IVG un délit et des militant·es participant aux « commandos anti-IVG »

⁴⁶ Le manifeste des 331 médecins-avorteur·ses correspond à ce titre à un acte de retournement du stigmate, au même titre que celui des 343 avortantes.

sont condamné·es⁴⁷. La deuxième raison de la marginalisation des oppositions médicales est la diffusion du soutien au droit à l'avortement dans la population générale⁴⁸. L'opposition au droit à l'avortement devient une position minoritaire et même déviante. En témoigne le tollé médiatique déclenché par l'interview de Bertrand de Rochambeau, ou le haro de la Délégation parlementaire aux droits des femmes lorsqu'une représentante des médecins déclare, en commission, que l'avortement est un « acte à part »⁴⁹. Gilles, chef de service de la maternité 1, décrit l'IVG comme la « corde sensible » sur laquelle jouer pour obtenir des financements ou des postes et pour Mathilde, gynécologue-obstétricienne de 36 ans activement engagée pour l'accès à l'IVG, la crainte des réactions publiques retient les administrations d'hôpital de faire des économies sur l'IVG.

« **Mathilde** : Dès que tu mets en avant le droit des femmes à l'administration, pour le coup ça leur fait assez peur. Tu peux pas retirer... Même s'ils font pas de bénéfice avec, ils sont obligés d'assurer un minimum...

Raphaël : C'est-à-dire ça leur fait peur ?

Mathilde : Ça leur fait peur d'avoir des associations militantes, de passer à la télé, ça peut aller assez vite ce genre de choses. (*Silence*) Je sais que nous on avait eu le problème, on avait eu des plages horaires qui avaient été supprimées, le chef de service a fait une petite lettre en disant vous êtes en train de limiter un droit des femmes qui a été voté il y a bien longtemps, vous pouvez pas jouer sur ce terrain-là. Et c'est vrai que l'administration n'avait rien dit, ils avaient rouvert des plages assez rapidement. » (Entretien du 2 novembre 2020)

Enfin, l'opposition au droit à l'avortement devient une position déviante *au sein de la profession* en particulier. Une norme de soutien au droit à l'avortement s'y développe au point que le refus de participer au travail d'avortement et a fortiori l'opposition au droit à l'IVG deviennent une transgression des normes professionnelles.

⁴⁷ À Valenciennes, un directeur d'hôpital ayant participé à un commando contre son propre établissement est condamné à une peine particulièrement lourde en janvier 1996 : 18 mois de prison dont neuf ferme.

⁴⁸ D'après un sondage IFOP de 2014 sur « Les Français et l'interruption volontaire de grossesse », <https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-linterruption-volontaire-de-grossesse/>. En septembre 1974 et en février 2014, on pose la même question à un échantillon représentatif de la population française selon la méthode des quotas (selon le sexe, l'âge, et la profession) composé de 1016 personnes de plus de 18 ans : « Entre ces différentes situations, quelle est celle qui vous paraît la mieux adaptée à notre époque ? ». 48 % répondent « Autoriser l'interruption de grossesse effectuée par un médecin lorsque la femme le demande parce qu'elle estime que ses conditions matérielles ou morales d'existence ne lui permettent pas d'avoir un enfant » en 1974 contre 75 % en 2014 ; 25 % répondent « N'autoriser l'interruption de grossesse que dans certains cas limités et précis » en 1974 contre 19 % en 2014 ; 24 % répondent « N'autoriser l'interruption de grossesse que dans un seul cas, lorsque la vie de la femme est en danger » contre 6 % en 2014 ; 3 % ne se prononcent pas en 1974 et aucun·e en 2014. Si la formulation des questions laisse planer beaucoup d'incertitudes, l'évolution massive vers un soutien plus important et une conception plus libérale du droit à l'avortement est indéniable. Plus récemment encore, un sondage IFOP de juin-juillet 2022 portant sur un échantillon de 1009 personnes, construit de manière similaire, mesure que 81 % des personnes interrogées sont favorables à l'inscription de l'accès à l'IVG dans la Constitution française.

⁴⁹ Comme me le raconte Catherine (63 ans, gynécologue-obstétricienne, PH), qui a assisté à cette réunion de commission.

2. Le travail d'avortement, un élément constitutif de l'identité professionnelle des gynécologues

« Il y a des gens ouvertement anti-IVG [dans le monde], ce qui pour nous, Français, ça nous paraît un peu bizarre, quoi. Mais il y a des gens qui se battent et qui militent contre ! Alors que nous c'est bon c'est acté. Enfin la loi de 1975 maintenant c'est comme... voilà, Simone Veil, Robert Badinter, voilà. » (Vincent, 45 ans, gynécologue-obstétricien, PH, entretien du 9 janvier 2021)

Ce gynécologue-obstétricien, représentant du Syndicat des gynécologues et obstétriciens de France (SYNGOF), peine à concevoir que le droit à l'IVG – qu'il place sur le même plan que l'abolition de la peine de mort – puisse encore susciter une réelle opposition et présente comme relevant de l'évidence son acceptation par les médecins français·es. Le soutien au droit à l'avortement est fréquemment affirmé en entretien, dans sa version de 1975 du moins⁵⁰. Il s'agit d'un préalable incontournable à l'éventuelle expression de réticences à la participation au travail d'avortement (« Je déteste faire ça. Moi la première, alors que je suis vraiment très pro-avortement », me confie Julie, assistante de gynécologie-obstétrique de 31 ans) ou à la critique des projets de libéralisation de l'accès à l'avortement, comme celui alors en discussion d'allongement du délai légal d'IVG de 14 à 16 SA. C'est par là que Catherine (63 ans, gynécologue-obstétricienne, PH), qui y est farouchement opposée, débute l'entretien :

« En préalable c'est d'abord : pas l'ombre du débat d'une opposition, d'une attaque de la loi Veil. Parce qu'on est tellement malmenés un peu dans tous les sens dès qu'on dit quelque chose. Donc il y a aucune hostilité à la loi Veil c'est très simple. » (Entretien du 28 septembre 2020)

Elle évoquera ensuite « la grande crainte [des gynécologues] d'être pris pour des anti-IVG rétrogrades. »

Au-delà de l'adhésion unanime à un droit à l'avortement, la participation au travail d'avortement apparaît aussi comme étant un des éléments de l'identité professionnelle en gynécologie. « Quand on fait ce métier, on est là pour la liberté et le droit des femmes et ça comporte aussi des IVG », déclarait le président du Collège national des gynécologues-obstétriciens de France (CNGOF), la société savante de la profession, en octobre 2020⁵¹. Se positionnant comme des acteurs et actrices de premier plan dans « l'espace de la cause des femmes » (Bereni, 2012), les professionnel·les de la gynécologie tendent à définir leur identité professionnelle par référence à celles-ci et à leur santé. Dès les années 1990, les

⁵⁰ L'accès à l'avortement, dans le droit, s'est largement libéralisé en 50 ans. En comparaison à la loi actuelle, la loi Veil est restrictive.

⁵¹ Il s'agit d'Israël Nisand, dans une interview du 14 octobre 2020 où il s'oppose à l'allongement du délai de 14 à 16 SA alors discutée au Parlement. « IVG tardive : la société en demande-t-elle trop aux gynécos? », *egora.fr*.

gynécologues médicales ont lutté – avec succès – pour la renaissance de leur spécialité supprimée par la réforme de l'internat de 1984, en la présentant comme une profession de femmes pour les femmes (Koechlin, 2021). Au cours des entretiens réalisés, les gynécologues-obstétricien·nes comme les sages-femmes ont décrit une évolution dans la manière de se considérer, de spécialistes de la naissance à spécialistes des femmes. La confrontation de Pauline (36 ans), sage-femme en centre d'IVG, avec une médecin allergologue témoigne de cette évolution dans la définition de sa profession :

« C'est une anecdote comme ça mais il y a pas longtemps je suis allée voir une allergologue pour un truc perso et elle m'a demandé ce que je faisais dans la vie. "Sage-femme". "Ah très bien, vous êtes dans quel service ?" Et je lui ai dit que je faisais des consultations d'IVG. Et là je vois qu'elle bloque un peu, elle me dit "bah c'est un peu bizarre pour une sage-femme de faire des IVG". Et je lui ai dit "bah non la sage-femme elle est là pour s'occuper de la santé des femmes dans leur globalité". Elle a trouvé ça un peu bizarre. Il y a des mentalités un peu obtuses. » (Entretien du 2 novembre 2020)

Parmi les motivations de leur choix d'orientation en gynécologie les internes et assistantes évoquent, aussi fréquemment que l'attrait pour le « côté complètement fou d'être là pour des accouchements » (Marion, 35 ans, gynécologue-obstétricienne, PH), celui de leur patientèle. « J'aime bien me dire que je suis au service de la santé des femmes », me dit Sarah (25 ans, gynécologue-obstétricienne, interne), femmes qu'il s'agit de suivre « de A à Z » (Samia, 31 ans, gynécologie-obstétrique, interne), tout au long de leur vie : sexualité, contraception, avortement, procréation médicalement assistée, grossesse, ménopause, cancer, etc. Ces « médecins de la femme » (Daniel, 40 ans, gynécologue-obstétricien, PH) valorisent une forme particulière de « l'*ethos* de service public » des médecins hospitalier·es (Gelly et Spire, 2022) défini comme le sentiment d'être investi, avec ses collègues, d'une mission d'intérêt général, ici tournée vers les femmes. La participation ponctuelle au travail d'avortement relèverait de cette « mission » – un mot fréquemment utilisé qui revient 29 fois dans un entretien d'une heure trente avec Daniel, qui évoque également son « sacerdoce » à trois reprises :

« Ça t'aide à faire des IVG, d'ailleurs. Quand tu en fais, tu te dis, ben ouais, je rends service. C'est mieux qu'il naisse pas, peut-être, ce bébé, dans ce cadre-là... Donc ça t'aide aussi à te dire, bon bah voilà, c'est une mission qui est noble, tout de même. [...] On est là pour une mission. C'est comme les militaires, hein. Je suis pas sûr que tous les militaires ont envie de tuer du monde quand ils s'engagent dans l'armée. Simplement, bah, voilà, par moment la mission l'exige, on le fait. » (Entretien du 17 septembre 2020)

Parmi les médecins interrogé·es, dix sont ou ont été chef·fes d'un service hospitalier de gynécologie-obstétrique. Leurs positions contrastent avec celles des patrons de 1975 évoquées précédemment. Il ne s'agit plus de garder à tout prix l'avortement hors des murs du

service, mais d'en assurer l'accès au même titre que tout soin gynécologique, par devoir professionnel, « dans un esprit de service public » comme me le dit André (chef de service de gynécologie-obstétrique). Il a débuté son internat en 1981 alors que la gynécologisation était bien entamée et que le bien fondé du droit à l'IVG était déjà établi – du moins le dit-il quarante ans après :

« Je fais partie de la génération pour qui l'IVG c'est naturel. Avant, il y avait deux camps. Nous c'était "plus jamais ça". On faisait des IVG pour sauver des vies ».

Sept ans après être devenu chef de service d'un CHU, il crée un service d'orthogénie dédié (les IVG étaient jusque-là réalisées en marge de l'activité de gynécologie). Cette évolution des positions des chef·fes de service est décrite par Michèle, gynécologue-obstétricienne de 74 ans, militante féministe qui a été une pionnière de l'IVG médicamenteuse :

« Ça a été compliqué, la mise en place de la loi Veil a été particulièrement longue et pénible. Parce que vous aviez une opposition des gynécologues-obstétriciens qui était très... Les gynécologues-obstétriciens ils étaient opposés à l'avortement, ils étaient supposés donner la vie. En plus ils sont tout-puissants. [...] Or, vous avez maintenant chez les gynécologues-obstétriciens, en particulier chefs de service, des gens qui sont beaucoup plus progressistes. Des gens qui ont la cinquantaine aussi. (*Elle énumère des noms de chef·fes de service*). Vous voyez c'est des chefs de service, en province parfois, qui ont la cinquantaine, et qui, clairement, ont des positions... C'est pas automatiquement des militants, mais ils sont clairs sur l'IVG et sur l'importance dans leur service de faire des IVG dans de bonnes conditions. C'est totalement une autre génération. Et ils sont chefs de service quand même, c'est pas... » (Entretien du 8 juin 2021)

Souvent invitée aux congrès de gynécologie et aux commissions du CNGOF en raison de son expérience en matière d'avortement, elle constate l'évolution de la manière dont « l'establishment de la gynécologie » la considère, et avec elle le travail d'avortement. Si ces chef·fes de service n'y participent pas activement, ils et elles laissent faire, *a minima*. C'est le cas de Guillaume qui est, depuis 2019, le chef du service de gynécologie auquel est rattaché administrativement le CIVG 3 :

« **Raphaël** : Quels sont tes liens avec le service d'orthogénie ?

Guillaume : On a la responsabilité administrative. Je pense que ça fait un tout. Notre profession, la gynécologie, couvre tout. Ça reste logique. Peut-être qu'il y a des endroits où les services sont séparés, moi je trouve que c'est pas bien. Il faut l'accepter et il faut l'encadrer. On peut pas aller contre, l'objectif c'est pas d'aller contre les équipes. Si j'acceptais pas entre guillemets que ça se produise je serais pas chef de service, je demanderais qu'on sépare les services. En pratique c'est ce qui arrive, il y a une responsable d'unité fonctionnelle et dans le fonctionnement pratique j'interfère le moins possible. [...] Je pense que c'est la même position que M. Calame, qui était à la fois opposé sur le fond de l'IVG et particulièrement respectueux de la loi. On est en France, on est en République, et il le respectait malgré le fait que l'IVG c'était pas sa tasse de thé. [...]

Raphaël : Tu es croyant ?

Guillaume : Oui. Catholique pratiquant. Ce qui explique peut-être pourquoi aussi on assume mais on s’y investit pas. C’est pour ça que moi aussi je laisse à Lise le pouvoir de décision sur certaines choses. Je pourrais dire “non, dans mon service ça ne se fera pas”. Mais je pense qu’aujourd’hui ça ne se fait plus du tout comme ça. Ils partiraient tous ou je me ferais renverser. Aujourd’hui il faut des chefs de services conciliants. Mais M. Faure [son prédécesseur] n’était pas croyant et il ne s’y est pas plus investi que moi ! Donc on a toujours fonctionné sur ce mode-là, on investit quelqu’un des responsabilités. Lise a eu la possibilité de choisir quasiment tout le monde dans son équipe. Moi je suis pas là pour mettre de la discorde. » (Entretien du 21 juin 2022)

Il ne faut cependant pas sous-estimer la diversité des situations locales : nous avons vu que dans les services dont les chefs préfèrent allouer leurs ressources humaines et matérielles à des activités plus valorisées que l’IVG, en l’absence d’une volonté forte d’orthogénistes qui prennent le relais, l’accès à l’avortement reste sous-développé.

L’organisation de la prise en charge – ou *a minima* la non-obstruction – pour les chef·fes de service, et la participation ponctuelle en cas de besoin au travail d’avortement pour les autres, relèvent donc désormais du devoir professionnel découlant d’un *ethos* de service des femmes.

3. L’opposition à l’avortement, une déviance professionnelle

L’avortement lui-même devient un geste important dans la définition de l’identité de la profession, au point que l’on conteste l’appartenance au groupe professionnel de celles et ceux qui ne voudraient pas les pratiquer.

a. La « clause de conscience » : un pouvoir professionnel à défendre mais à ne pas utiliser

En 2018, les médias se sont fait le relais de la difficulté à avorter pour les habitantes de la Sarthe : neuf mois durant, l’activité d’IVG s’est interrompue dans l’hôpital du Bailleul où trois des quatre gynécologues refusaient de pratiquer les IVG. L’hôpital orientait ses patientes vers le Mans ou Angers, à 50 km. Cette situation est mise en regard de celle de l’Italie où, à la différence de la France, le refus de pratiquer les IVG est quantifié : d’après un rapport du Ministère de la Santé en 2011, 70 % des gynécologues et 49 % des anesthésistes déclarent recourir à ce qui est communément désigné comme une « clause de conscience » (De Zordo, 2015). En France, la loi Veil autorise les médecins ou sages-femmes à ne pas pratiquer d’IVG dès lors qu’ils et elles orientent les femmes en demande vers des collègues qui les réalisent. Cette disposition est superfétatoire puisque qu’elle ne fait que répéter la possibilité, inscrite

dans le Code de la santé publique (article R4127-47), laissée à tou·tes professionnel·les de santé de refuser leurs soins, pour tout acte, pour des raisons professionnelles ou personnelles, hors cas d'urgence vitale. Ce doublon, parfois désigné comme la « double clause de conscience » n'existe que pour l'avortement, la stérilisation volontaire et les recherches sur embryons humains. L'expression « clause de conscience » et l'auto-désignation des médecins refusant la pratique des IVG comme « objecteurs » et « objectrices » relève d'une tentative d'ennoblissement du refus de soin, en inscrivant celui-ci dans la lignée du refus pacifiste de porter les armes. Pourtant, le refus de pratiquer des IVG a des conséquences préjudiciables pour les femmes en demande d'avortement. D'une part, par l'obstacle que cela représente et le retardement de l'accès aux soins⁵², d'autre part, par la stigmatisation que cela fait porter à la patiente et à l'avortement. Carolyn McLeod, qui étudie le refus des pharmacienn·es de délivrer une contraception d'urgence aux États-Unis en se demandant si cela nuit aux femmes ou ne leur cause qu'un simple dérangement (le titre de son article : « *Harm or mere inconvenience?...* »), montre que ces refus portent atteinte à l'identité morale, l'autonomie reproductive, le sentiment de sécurité de ces femmes (McLeod, 2010). Pour ces raisons, le gynécologue Christian Fiala et la militante pro-choix Joyce Arthur proposent de substituer à l'expression d'« objection de conscience » celle de « désobéissance déshonorante » (« *dishonourable disobedience* ») (Fiala et Arthur, 2014). La Suède, la Finlande et l'Islande ont interdit purement et simplement le refus de soin aux gynécologues confronté·es à une demande d'IVG (Fiala *et al.*, 2016).

Dans mon enquête de Master 2 réalisée en 2020, « La clause qui cache la forêt. Enquête sur les réticences des gynécologues face à l'IVG », j'avais souligné les limites d'une analyse des barrières à l'accès à l'avortement en France qui se concentrerait sur le recours à la « clause de conscience » : elle est difficile à objectiver (il n'y a pas de déclaration formelle, il est possible de refuser certaines demandes et d'en accepter d'autres), le refus assumé et total de participer au travail d'avortement est rare, et surtout il n'épuise pas l'ensemble des stratégies de retrait, des pratiques d'évitement permettant de ne réaliser aucune ou peu d'IVG sans endosser une identité d'anti-IVG, comme je le montrerai au chapitre suivant. À la différence de l'Italie, le recours à la « clause de conscience » est doublement marginal. Il l'est numériquement : dans l'enquête statistique menée auprès d'internes en gynécologie-obstétrique et médicale dans le cadre de mon mémoire de M2, quatre internes sur 169 déclaraient avoir une « objection de conscience » à pratiquer les IVG, ce que confirment les

⁵² Si les différents risques médicaux liés au recours à l'avortement sont très faibles, ils s'accroissent avec la durée de la grossesse. Le site <http://www.conscientious-objection.info/category/victims-of-co/> répertorie à l'échelle mondiale des histoires de femmes qui meurent suite à un refus de prise en charge pour un avortement, pourtant légal.

entretiens menés, peu de médecins interrogé·es ayant rencontré des collègues utilisant la « clause de conscience ». Il l'est aussi normativement : refuser ouvertement de participer au travail d'avortement est une forme de transgression d'une norme professionnelle. Sophie, une assistante de gynécologie médicale de 33 ans, l'exprime :

« Quand on est gynéco, globalement on est là pour aider les femmes. Et du coup c'est énervant de voir... enfin c'est énervant... les autres médecins qui sont pas gynécos c'est autre chose, mais quand on est gynéco, l'orthogénie pour moi ça fait partie de la gynéco, c'est une part non dissociable de la gynécologie. Vouloir faire de l'écho[graphie] sans vouloir pratiquer cette partie-là... » (Entretien du 6 octobre 2022)

La norme professionnelle de soutien au droit à l'IVG apparaît également dans le poids du contrôle social et la stigmatisation de sa transgression. Assumer une opposition au droit à l'avortement ou refuser explicitement de participer au travail d'avortement, c'est risquer d'endosser une identité professionnelle déviante. « Les gens se cachent, ils le disent pas ouvertement, hein, les [médecins] anti-IVG », me dit Carole (50 ans), généraliste en libéral très investie dans l'IVG et membre du conseil départemental de l'Ordre des médecins, qui n'en a jamais rencontré. Christine (66 ans), cheffe de service de gynécologie-obstétrique, tout en regrettant le manque d'engagement de ses collègues pour l'avortement, souligne le poids de cette norme professionnelle : « Jamais. Il y a pas. Il y a pas (insiste) *un* médecin qui se permet de dire : [j'exerce] “la clause de conscience”. Sauf de Rochambeau, mais il a quand même (insiste) *dérapé*⁵³ ». Les réactions des médecins interrogé·es sur la prise de position du président du SYNGOF varient d'un agacement face à la mauvaise image que cela donne de la profession (c'est « une sortie de piste de communicant », dit Catherine, membre de son syndicat), à la franche hostilité suscitée par sa position morale (« Cet espèce de connard là, du syndicat des gynécologues », comme me le désigne Michèle). Refuser la pratique des IVG, c'est bien transgresser une norme professionnelle *morale*, qui expose à ce que son appartenance au groupe professionnel soit remise en cause. Les réticences envers l'IVG sont montrées comme l'apanage des médecins étrangers musulmans ou des vieux catholiques conservateurs, deux catégories de médecins mis au banc de la modernité médicale. C'est aussi transgresser une norme professionnelle *organisationnelle*, par la perturbation de la répartition du travail médical que cela entraîne. Certain·es s'irritent du manque de « collégialité » de celles et ceux qui « font retomber le sale boulot sur les collègues » (Estelle, 36 ans, gynécologue-obstétricienne, cheffe de service), ou décrivent la présence d'un·e médecin qui ne veut pas participer au travail d'avortement comme « un grain de sable dans l'organisation bien huilée d'un service » (Emmanuelle, 49 ans, gynécologue-obstétricienne, PH).

⁵³ Pour rappel, il s'agit du président du SYNGOF qui avait déclaré au micro de *Quotidien* en septembre 2018 n'être « pas devenu médecin pour retirer des vies », déclenchant un tollé médiatique.

Refuser ouvertement de pratiquer les IVG a donc un coût pour les médecins, qui varie selon les contextes de travail et la position occupée dans le champ, et qu'il ne faut ni surestimer – il n'empêche pas une carrière en gynécologie – ni nier. Quatre médecins interrogé·es invoquent la « clause de conscience », et témoignent des embarras bien réels que cela leur crée, tels que l'« angoisse de [s]e faire engueuler » au moment de révéler son refus de participer au travail d'avortement, les conséquences réputationnelles et la réduction des possibles professionnels. Il leur est plus difficile d'obtenir un poste dans un service qui réalise de nombreuses interruptions (médicales ou volontaires) de grossesse⁵⁴. Emmanuelle en témoigne :

« Ça oblige à penser le lieu où on va travailler en fonction de ça aussi. Ne participant pas aux interruptions médicales de grossesse, je vais pas aller travailler dans un service où c'est l'actualité essentielle du service, par exemple, comme à Necker. Forcément c'est pas compatible, c'est pas cohérent et c'est pas... c'est pas logique de ma part et ce serait pas... Ce serait pas tenable, ni pour moi, ni pour les collègues, ni pour les patientes. » (Entretien du 9 juin 2021)

Malgré cette précaution, elle décrit les pressions et réprimandes subies pendant son internat puis dans le cadre de son activité en maternité privée d'intérêt collectif où sont effectuées des IMG :

« **Emmanuelle** : Je suis restée sur ma ligne, qui est pas toujours évidente puisque pas toujours comprise, complètement à contre-courant de ce que font tous les autres. Donc pas comprise et... un peu... entre guillemets montrée du doigt pour ça. Enfin, montrée du doigt c'est peut-être un peu fort, mais il y a quand même un côté différent des autres. À contre-courant.

Raphaël : Ça, vous l'avez senti ?

Emmanuelle : C'est difficile de faire autrement : on se fait engueuler, on se fait... il y a eu pas mal de rebondissements. [...] On m'a dit "t'es une erreur de casting".

Raphaël : Qui vous a dit ça ?

Emmanuelle : Mon chef de service. [...] Il y a eu quelques tensions. Disons qu'il y a eu des moments où il fallait que je sois bien arrimée à mes convictions parce qu'il y avait des pressions. »

Son refus de pratiquer les IMG, pourtant annoncé en amont de son recrutement, a entraîné des « discussions un peu vives » avec son chef de service, avec « des mots extrêmement choquants prononcés », qui se sont, par deux fois, résolues devant la direction de l'hôpital. Violette (25 ans), interne de gynécologie médicale, me raconte que malgré la « clause », elle a été enjointe par l'assistante de son premier stage à assister aux blocs d'IVG

⁵⁴ Par exemple, l'obtention d'un poste d'assistant chef de clinique en gynécologie médicale, incontournable pour poursuivre une carrière hospitalière ou pour exercer en secteur 2 après l'internat, suppose presque toujours de participer à l'organisation de l'activité d'IVG du service.

et à lui passer les instruments pendant les interventions, à l'occasion desquelles une des infirmières de bloc remettait en cause son choix de spécialité.

De nombreux travaux ont montré l'existence d'un « stigmatisme de l'avorteur » et des répercussions négatives de la pratique des avortements sur la carrière médicale dans d'autres contextes nationaux – Australie (Ripper, 2001), États-Unis (Ball, 1967 ; Joffe, 1996 ; Freedman, 2010), Espagne et Italie (De Zordo, 2015)⁵⁵. Dans son ouvrage questionnant le rapport des gynécologues-obstétricien·nes étatsunien·nes à l'avortement, Lori Freedman montre la stigmatisation des médecins qui pratiquent les avortements par le reste de leur patientèle et par leurs collègues médecins. Elle écrit : « Si tu es le seul à dire que ça ne te dérange pas de les faire [les avortements], tout le monde va te montrer du doigt » (2010 : 105 ; je traduis). La situation des médecins français·es est tout autre : c'est à l'inverse le refus de pratiquer les avortements qui peut faire l'objet d'un jugement négatif au sein de la profession médicale, et celles et ceux qui le mettent en avant qui sont singularisé·es.

Cependant, si l'usage de la « clause de conscience » est mal vu, son existence est vivement défendue par les médecins et leurs représentant·es. Plusieurs enquêté·es qui n'ont jamais eu besoin d'y recourir sont ainsi attaché·es à son existence :

« C'est la femme qui décide, mais c'est pas un geste comme un autre. J'ai jamais opposé la clause de conscience, mais je trouve que c'est normal qu'elle reste. C'est un peu un refus d'être instrumentalisée. » (Catherine, 63 ans, PH de gynécologie-obstétrique, entretien du 28 septembre 2020)

La « clause de conscience » est un gage d'autonomie professionnelle. C'est une carte dans la manche des médecins, empêchant la patiente d'avoir l'ascendant sur elles et eux, d'imposer absolument sa décision. Dans son existence même, à l'état de possibilité, de menace, elle apparaît donc ici comme un élément du pouvoir médical. Vincent, par exemple, quoiqu'il n'ait jamais eu à invoquer la « clause », apprécie que les médecins puissent « refuser certaines activités » contrairement à un commerçant « obligé de vendre » dans son magasin. Christophe, un chef de service de 68 ans, lui, l'élève au statut de droit « sacré » des médecins. Il déclare :

« Pour moi la clause de conscience c'est sacré ! Et je le dis aux jeunes quand ils arrivent dans nos services, je leur dis “il n'y a rien de plus noble en vous que votre clause de conscience, respectez-la”. [...] C'est l'honneur de notre profession que d'avoir une clause de conscience. Et d'ailleurs vous même si vous me demandiez de vous couper le bras, je ne le couperais pas. Je ne le couperai que s'il y a un cancer dessus. Donc la clause de conscience... Moi, j'ai une partie de ma famille qui a été dézinguée par des gens qui ne faisaient qu'obéir aux ordres,

⁵⁵ Pour Margie Ripper, par une double évolution du discours des militant·es féministes et des militant·es anti-avortement, l'Australie a connu une évolution d'un « stigmatisme de l'avortée » à un « stigmatisme de l'avorteur » (2001).

donc pour moi la clause de conscience c'est fondamental, et vouloir même l'égratigner un tout petit peu, ce qu'a fait le dernier projet de loi, ça réveille chez les médecins quelque chose de terrible. Vous n'aimeriez pas avoir affaire à un médecin qui ne fait pas les choses en conscience » (Entretien du 14 janvier 2021).

Il tente, par deux fois dans cet extrait d'entretien, de légitimer l'existence de la « clause » en justifiant son utilisation dans des situations qui ont peu à voir avec le travail d'avortement : l'analogie avec un·e Juste ou un·e soldat·e allemand·e refusant les ordres pendant la Seconde Guerre mondiale, et avec une situation où je lui demanderais une intervention chirurgicale non indiquée (me couper le bras sans raison). Il laisse ainsi de côté le fait que le refus de l'IVG, lui, cause un préjudice à l'avortante, et semble oublier qu'il n'a nul besoin d'une « clause de conscience » pour refuser de pratiquer un acte contre-indiqué. Dans un article qui lui est consacré dans l'hebdomadaire *La Croix*, une gynécologue membre du CNGOF désigne la « clause de conscience » comme un « pilier fondateur de la profession »⁵⁶. L'article présente celle-ci en mentionnant à peine l'IVG, alors même que c'est le geste qui fait l'objet de l'écrasante majorité des recours⁵⁷, et la « double clause de conscience » n'est pas évoquée. La « clause de conscience » est présentée de manière idéalisée, comme la contrepartie indispensable de la responsabilité médicale, dans un discours très général proche de celui de Christophe. Afin d'être légitimée, elle est laïcisée – son usage largement lié à des convictions religieuses, comme nous allons tout de suite le voir, est explicitement nié⁵⁸.

b. Les « objecteurs » et « objectrices de conscience »

Étienne (49 ans) et Emmanuelle (49 ans), Violette (25 ans) et Nadjiba (27 ans), les quatre enquêtées qui endossent l'identité professionnelle marginale d'« objecteur » ou « objectrice de conscience » ont des statuts différents. Les deux premières sont PH de gynécologie-obstétrique dont un, Étienne, est un ancien médecin étranger faisant fonction d'interne (FFI). Les deux autres sont internes, Violette de gynécologie médicale, Nadjiba

⁵⁶ Cheyrou, Fanny, « Médecin, quand puis-je faire jouer la clause de conscience ? », *La Croix hebdomadaire*, n°53, 16 octobre 2020.

⁵⁷ Dans une étude portant sur « l'objection de conscience » réalisée auprès d'étudiant·es en médecine brésilien·nes, l'avortement est l'acte qui fait le plus l'objet d'un refus (Darzé et Barroso, 2018). Je signale cette étude à titre indicatif, il faut évidemment tenir compte des contextes nationaux. L'avortement, dans cette étude, ne désigne pas l'IVG, mais l'avortement en cas de viol, de malformation fœtale grave ou de danger pour la mère.

⁵⁸ Un article similaire de Damien Le Guay, un philosophe enseignant à l'espace éthique de l'APHP et contributeur régulier des tribunes du *Figaro*, justifie l'existence de la « clause » en l'inscrivant dans la lignée des objections de Thomas More et d'Antigone face à Henry VIII et Créon, et en la définissant comme rien de moins que l'un des droits qui fondent la démocratie. L'article ne mentionne pas les effets délétères potentiels de « l'objection » sur l'offre de soins, et ne considère que le point de vue des praticien·nes : « La loi offre une niche où poser sa conscience. La conscience en retrait respecte la loi, comme la loi respecte la conscience qui s'abstient. » Le Guay, Damien, « IVG : “S'en prendre à la clause de conscience est liberticide” », *Le Figaro* (en ligne) <https://www.lefigaro.fr/vox/société/ivg-s-en-prendre-a-la-clause-de-conscience-est-liberticide-20201014>, 14 octobre 2020.

d'obstétrique. Il et elles sont tou·tes croyant·es et pratiquant·es – respectivement : orthodoxe, catholique, juive, musulmane – et mobilisent des références et ressources extérieures à l'hôpital qui les aident à supporter les coûts de la transgression des normes professionnelles. Violette témoigne de l'homogénéité familiale et du soutien de ses proches, sa famille nucléaire étant intégralement composée de médecins opposé·es à la pratique des IVG (conjoint, parents, frères et sœurs et leurs conjoint·es) :

« Aucun de nous ne la pratiquera. On a parlé rapidement de l'IMG [pour détresse psychosociale] qui passait jusqu'au terme et de l'IVG qui passe à 16 semaines, on est tous un peu outrés. Mais non on ne discute pas beaucoup de ça, non. Mais aucun de nous ne fera ça. Ma mère a refusé d'évaluer les patientes, en tant que psychiatre, pour l'IMG pour détresse psychosociale. Ça va contre nos principes. On comprend pas, c'est antinomique être obstétricienne et avoir le dada de pratiquer l'IMG au terme. » (Entretien du 26 octobre 2020)

Nadjiba, elle, s'appuie sur son père qui est anesthésiste et invoque lui aussi une « clause de conscience » pour refuser de participer aux IVG sous anesthésie générale. Le mari d'Emmanuelle, chef d'entreprise et militant « pro-life » comme elle, lui apporte « beaucoup de soutien, notamment dans les périodes où il y a des tensions professionnelles à ce sujet ».

Pour ces quatre médecins, la religion est au cœur de la décision de ne pas participer au travail d'avortement. Au moment de choisir sa spécialité d'internat, Violette demande conseil à un rabbin qui la conforte dans sa volonté de ne pas pratiquer les IVG et la rassure sur le fait que la loi l'autorisera à refuser. Nadjiba est catégorique quant au fait que la religion musulmane lui interdit de pratiquer les IVG. Elle se réfère plusieurs fois au fait que le Coran, dont elle lit quelques sourates en entretien, condamnerait l'avortement et déclare :

« En fait, dans la religion musulmane, on n'a pas le droit de tuer. Comme toutes les religions monothéistes. Tuer c'est interdit. Et tuer une vie, en fait on estime que la vie humaine, elle commence dès le départ, comme je l'ai dit tout à l'heure, dès la fécondation en fait. [...] Moi j'obéis à ce... à cette façon de voir les trucs quoi. Parce que moi je crois à la vie après la mort, et je sais que, après ma mort, je serai jugée, par rapport à ça. Donc je préfère pas le faire. » (Entretien du 4 octobre 2020)

Pour autant, comme les trois autres, elle conteste l'hétéronomie de sa position sur l'avortement. Il s'agit pour elle d'une conviction morale liée à sa « conscience personnelle », « conscience éthique », ou encore « philosophique », qui coïncide heureusement avec le commandement religieux. Pour Violette, c'est « [s]on principe » qui l'en empêche :

« **Raphaël** : Tu me dis que c'est interdit dans ta religion, ça rentre en compte ?

Violette : Même si ça avait été autorisé je l'aurais pas fait. [...] C'est pas tant la religion etc. c'est plutôt contre mon principe. »

Elle en veut pour preuve le fait qu'elle a réalisé une unique IVG, pendant son externat – chose assez exceptionnelle – qui a été un « électrochoc ». Ravie que l'interne qui

l'encadre lui propose de participer à un geste lors de sa quatrième année de médecine, elle saisit la canule d'aspiration qu'il lui tend.

« J'arrivais pas à prendre conscience de ce que je faisais, et c'est que après que je me suis dit "mais putain qu'est-ce que j'ai fait ? Qu'est-ce que j'ai fait ?" [...] Tu vois le avant/après, et je sais pas, ça te frappe. Et du coup, après, quand c'était fini, je repose la sonde d'écho et je réfléchis, je me dis qu'est-ce que j'ai fait, là, en fait j'ai aspiré ce petit truc tout mignon qui battait tout à l'heure, ça a fait un bruit dégueulasse, j'ai aspiré le sang, il y avait un bébé avant, il y en a plus maintenant, c'est moi qui l'ai tué. Ça a fait court-circuit dans ma tête. Sur le moment je m'en suis pas rendu compte, j'étais contente de faire quelque chose, mais après c'était absolument contre mes principes et mes convictions, ça a été clair et net, je n'en ferai plus. (*Silence*) [...] J'ai été claire avec moi-même, en plus de ça c'est interdit dans ma religion de le faire. En plus de ça. »

Pour elle, le hiatus entre l'enthousiasme initial (« j'étais hyper contente ») et le remords qui a suivi atteste l'autonomie et la spontanéité de son jugement moral. Présenter son refus de la pratique de l'IVG comme le fruit de principes éthiques qui recourent par bonheur et hasard les interdits religieux et les convictions familiales comme le font Violette et Nadjiba, c'est tenter de le légitimer en mettant en avant une origine interne, laïque et irréprouvable, plutôt qu'hétéronome, religieuse et dont l'adhésion ferait l'objet d'un choix. Pourtant, les schèmes de pensée et de perception du monde, de représentations de la vie et du rôle médical sont bien un produit des socialisations familiale et religieuse, entre autres instances socialisatrices. L'analyse sociologique des conditions sociales du refus de la pratique des IVG, par l'identification de *dispositions à l'indisposition* (comme nous le verrons au chapitre suivant), désenchante la conception individuelle et psychologisante du recours à la « clause » comme cas de conscience singulier ou liberté absolue du médecin.

Preuve supplémentaire de l'existence de la norme de soutien au droit à l'avortement, ces médecins, à l'exception d'Emmanuelle qui milite dans une association « pro-vie », affirment leur attachement à ce que l'avortement soit accessible. Pour Étienne, « des IVG il y en aura tout le temps. Il y en a toujours eu. Heureusement en France qu'on peut le faire. » Illustrant le processus de « laïcisation de la morale médicale » (Garcia, 2011) qui relègue au domaine de l'opinion privée l'éthique religieuse des médecins, Nadjiba affirme :

« J'ai aucun jugement de ceux qui la pratiquent et ceux qui la subissent. Vraiment. C'est pas parce que je la fais pas que je suis pas consciente des problèmes de chacun. Et aussi je suis quand même contente de vivre dans un pays où il y a cette liberté de le faire, mais aussi de ne pas le faire. »

Leur refus de pratiquer des IVG est pensé comme le symétrique de sa prise en charge. C'est-à-dire que Nadjiba, Violette et Étienne demandent le même respect pour leur position

qu'il et elles montrent pour celle de leurs collègues qui n'utilisent pas la clause de conscience. « Ils les pratiquent tant mieux, je les pratique pas, c'est mon affaire », déclare Violette.

Si le rapport des médecins à l'avortement a radicalement changé en l'espace de 50 ans, il s'agit cependant moins d'une quasi-disparition des oppositions médicales à l'avortement que de leur recomposition. Comme nous le verrons dans le chapitre suivant, celles-ci ne portent plus sur le principe de l'IVG (pour ou contre) – les médecins actuel·les sont très loin d'être « anti-IVG », quoique cette catégorie soit de nos jours peu opérante – mais sur ses modalités : où, quand, jusqu'à quand, comment et par qui. Elles ne s'expriment plus sous la forme d'un refus frontal et moral mais sous celle de l'indisposition physique (dégoût) et de stratégies plus discrètes d'évitement.

D. La différenciation horizontale de l'espace

À la différenciation verticale de l'espace professionnel – des professionnel·les de statuts et positions hiérarchiques hétérogènes pratiquent les avortements –, liée à l'acceptation progressive du travail d'avortement par les gynécologues, s'ajoute une différenciation horizontale liée aux évolutions technologiques et légales qui entraînent une diversification des lieux, modes d'activité et professionnel·les autorisé·es à pratiquer les avortements.

1. Évolutions technologiques et (dé)médicalisation de l'avortement : mifépristone et échographie

La médicalisation n'est pas une variable binaire – l'avortement, la grossesse (Cahen, 2014), l'échec scolaire (Morel, 2018), l'existence (Weber, 2020), etc. étant *ou non* médicalisée – mais un processus : ils et elles sont *plus ou moins* médicalisé·es. On peut dès lors imaginer une intensification de la médicalisation (la prise en charge est de plus en plus dense, chargée en actes et en technologies médicales) distincte de son extension (l'offre de soins s'accroît)⁵⁹.

À mesure que l'avortement se gynécologise, l'IVG sous anesthésie locale (ou sans anesthésie) cède la place à l'anesthésie générale et, l'avortement n'échappant pas à la « colonisation par le risque » (Rothstein, 2006), les examens préopératoires se systématisent – notamment l'échographie à mesure qu'elle se développe. Inventée en 1957, celle-ci ne se généralise dans les maternités et dans les centres d'IVG qu'au cours des années 1980 et 1990,

⁵⁹ Cette distinction est faite par Mona Claro lors d'une communication à la journée d'études « Genre et gynécologie » du 23 juin 2023 à Liège.

et se substitue à la datation de la grossesse obtenue par la combinaison de la date des dernières règles et de l'examen clinique. Ce dernier consistait en un toucher vaginal permettant de jauger la taille du contenu de l'utérus en se référant à la « gamme des agrumes » : on estimait le terme selon que l'utérus avait la taille d'une mandarine, d'une petite ou d'une grosse orange, d'un pamplemousse. Pour certain·es orthogénistes militant·es enquêté·es, l'échographie systématique est une aberration : Monique « en tombe le cul par terre », sidérée du recul de l'examen au profit de la « technicisation », considérant, avec Didier, que c'est une manière d'humaniser le fœtus (« Avec la photo du petit sur le graphique ») qui porte préjudice aux femmes⁶⁰. Paule partage leur avis : « C'est une objectivation. C'est pas pareil un fœtus de 10 semaines et une grossesse ». Cette position, uniquement partagée par certain·es des plus vieux et vieilles enquêté·es, critique le fait que la banalisation de l'échographie impose l'existence matérielle du fœtus.

Mais l'évolution technologique majeure dans la prise en charge de l'avortement, c'est l'invention de la mifépristone (Beaulieu et Fourest, 2013). Elle est accessible dans les hôpitaux à partir de 1989, puis la loi de 2001 (appliquée à partir de 2004) permet aux gynécologues ou aux généralistes justifiant d'une expérience professionnelle et conventionné·es par un hôpital de réaliser les avortements médicamenteux jusqu'à 7 SA en cabinet⁶¹. Depuis, la proportion d'IVG médicamenteuses n'a cessé d'augmenter. En 2019, ce sont 70 % des IVG qui sont réalisées ainsi, 59 % parmi les IVG faites à l'hôpital (Vilain, 2020). La diffusion de la méthode médicamenteuse a donc été l'occasion d'une sortie de l'avortement et du travail médical d'avortement de l'hôpital : les avortantes peuvent être prises en charge « en ville », et elles peuvent désormais expulser le fœtus chez elles. Une majorité d'avortantes ne sont plus hospitalisées ni anesthésiées. L'arrivée de la mifépristone a fait l'objet de débats parmi les professionnel·les spécialisé·es dans l'avortement, que m'évoquent des membres de l'ANCIC. Le « cachou magique » a un « double tranchant » (Christine, 66 ans, cheffe de service de gynécologie-obstétrique), ouvrant une perspective d'« appropriation par les femmes de la question de l'avortement et de façon parfaitement sécurisée en termes de santé » tout en permettant aux médecins de se désengager d'une pratique qui répugne à beaucoup par la délégation du travail d'avortement aux avortantes (Schnegg, 2007), ce qui risquerait d'entraîner une disparition progressive de l'accès à

⁶⁰ Ayant quitté le CIVG 1 depuis 1989, ces deux médecins imaginent que l'image échographique est montrée aux avortantes comme dans le cadre d'un suivi de grossesse, ce que je n'ai pourtant observé dans aucun centre d'IVG. Par ailleurs, il et elle ne considèrent pas qu'il puisse y avoir un intérêt à remplacer l'examen par une technologie ne nécessitant pas de pénétration vaginale.

⁶¹ Une socio-histoire détaillée de la mifépristone n'a pas encore été faite à ma connaissance. Pour un compte-rendu des différentes étapes ayant mené à sa commercialisation, on peut se référer aux pages 242 à 245 de la thèse d'Aurore Koechlin (2021).

l'avortement instrumental. Dans les faits, l'« appropriation » de l'avortement par les avortantes est toute relative. Quoique la mifépristone leur offre, quand la loi est respectée par les professionnel·les de santé, un choix de certaines des modalités de l'avortement, un cadre médical contraignant se maintient (avec quatre consultations dans le cadre de la procédure d'IVG médicamenteuse, en théorie). L'invention de la mifépristone n'a donc pas entraîné de démedicalisation de l'avortement quoiqu'elle en ait permis une relative désintensification⁶². Elle a surtout eu pour conséquence la poursuite de la fragmentation de l'espace professionnel de l'avortement.

2. Déspécialisation et fragmentation de l'espace professionnel

La pratique de l'avortement médicamenteux est permise aux médecins libérales·aux par le décret de 2004, aux centres de santé et aux CPEF par celui de 2009, aux sages-femmes par une loi votée en 2016. En 2016, l'IVG instrumentale sous anesthésie locale devient possible dans les centres de santé et en 2022, elle est autorisée aux sages-femmes. Les contextes dans lesquels il est possible de recourir à l'avortement sont désormais nombreux : en clinique, en centre de santé ou en CPEF, en libéral auprès d'un·e gynécologue spécialiste, d'un·e médecin généraliste ou d'une sage-femme, et à l'hôpital dans trois configurations – soit dans un centre d'IVG autonome, soit dans une unité fonctionnelle intégrée à un service de gynécologie (avec des professionnel·les, un secrétariat et des locaux dédiés), soit dans un service de gynécologie de manière indifférenciée du reste de l'activité. La fragmentation de l'espace professionnel de l'avortement reflète en partie celle de l'espace de la gynécologie : l'accès des sages-femmes à la pratique des IVG s'inscrit dans la continuité de leur élargissement de compétences en gynécologie (Borel, 2023)⁶³, et la réalisation des IVG en ville reflète le mouvement plus large d'un intérêt croissant des généralistes libérales·aux pour la prise en charge des soins gynécologiques (Douguet et Vilbrod, 2021).

Ce mouvement de différenciation horizontale prolonge le processus de déspecialisation du travail d'avortement, initiée par sa gynécologisation, par celle des lieux dans lesquels il se déroule. La pratique des IVG n'est plus seulement mêlée au reste de

⁶² On peut cependant imaginer que la mifépristone puisse être le support d'un allègement accru de l'encadrement médical à l'avenir, comme peuvent le laisser penser l'exemple de Women on Webs, association livrant des médicaments abortifs par la poste notamment – mais pas seulement – dans les pays où l'accès à l'avortement est difficile ou interdit, ou celui de l'avortement par téléconsultation (qui suppose que les avortantes récupèrent les médicaments abortifs directement en pharmacie), qui s'est timidement développé pendant la crise du COVID.

⁶³ Depuis 2009, les sages-femmes peuvent réaliser des consultations de contraception, de suivi gynécologique et de prévention.

l'activité des gynécologues hospitalier·es, mais également à celle de certain·es médecins et sages-femmes salariées en ville ou libérales.

Conclusion de chapitre

« Eh bien, dites-moi, vos collègues ont bien changé », glisse Simone Veil à l'oreille d'un représentant des gynécologues-obstétricien·nes⁶⁴, suite à l'ovation reçue devant une assemblée de gynécologues, vingt ans après le vote de la loi Veil. En l'espace de quelques décennies, les oppositions d'une large part de l'élite de la spécialité à l'interruption de grossesse à la demande des femmes se sont considérablement affaiblies et le travail d'avortement a quitté les marges spatiales et sociales du champ médical : il n'est plus l'apanage de médecins critiques en centres autonomes, mais devient *aussi* une pratique à part entière des gynécologues spécialistes – en particulier des plus dominé·es d'entre elles et eux – ainsi que de certain·es médecins en libéral et de sages-femmes, sous la tutelle de la gynécologie hospitalière. Progressivement, un espace professionnel s'est formé, dont la fragmentation résulte des tensions qui ont accompagné l'institutionnalisation du travail d'avortement : le refus initial des gynécologues hospitalier·es de participer à la prise en charge des IVG et le développement de centres dédiés par des médecins critiques se spécialisant en orthogénie, puis la prise en main partielle de l'avortement par les services de gynécologie. Les travailleurs et travailleuses de l'avortement apparaissent ainsi comme une « entité professionnelle problématique »⁶⁵, socialement hétérogène, sans identité professionnelle unifiée, organisation qui les réunisse ni formation commune ; ses pratiques, normes, valeurs, cultures et intérêts professionnel·les diffèrent. L'analyse conduit ainsi à déshomogénéiser la profession médicale, à en identifier les segments pour en montrer les conflits, les coalitions et leurs effets sur l'accès aux soins (Bucher et Strauss, 1961), à creuser le lien entre les positions dans l'espace professionnel – en particulier profession, statut, détention d'un poste dédié ou pratique ponctuelle – et les dispositions, prises de position et pratiques médicales autour de l'avortement. On n'interrompt pas une grossesse de la même manière auprès d'un généraliste du Planning Familial qu'auprès d'une sage-femme en maternité : nous y reviendrons.

L'espace professionnel de l'avortement occupe une position hybride entre deux des sous-champs médicaux identifiés par Patrice Pinell : celui de la médecine clinique – et notamment son sous-espace dominant, l'hôpital, puisque le travail d'avortement y a lieu

⁶⁴ Avec lequel je réalise un entretien le 14 janvier 2021.

⁶⁵ Ainsi que Jacques Ion et Jean-Paul Tricart désignent le groupe professionnel socialement et culturellement hétérogène des « travailleurs sociaux » (1985).

d'emblée malgré l'opposition du Conseil de l'Ordre –, où sont produits les « biens de santé » relatifs au soin, et celui de la médecine sociale, où sont produits les « biens de santé » relatifs à l'administration des populations⁶⁶ (Pinell, 2009, 2012). En matière d'avortement, le rôle confié par l'État aux professionnel·les de santé répond autant à des logiques sanitaires que de maintien de l'ordre social, du moins initialement. De son appartenance au sous-champ de la médecine sociale soumis à un relatif contrôle du champ politique, l'espace professionnel de l'avortement tire une certaine hétéronomie. La médicalisation de l'avortement sous la forme du droit à l'IVG, à rebours des positions d'une large part du corps médical, en est l'acte originel, et son institutionnalisation, que j'ai retracée, est ponctuée d'ingérences des administrations hospitalières, mairies et ministères dans l'organisation médicale. Si la profession médicale est souvent considérée comme un archétype d'autonomie professionnelle (Freidson, 1970b), le cas de la médicalisation de l'avortement montre que les médecins échouent aussi parfois à contrôler les frontières de leur activité (Pinell, 2008 ; Hardy, 2013 ; Bergeron et Castel, 2015) et, nous le verrons plus loin, que ce contrôle est d'autant plus difficile qu'il fait l'objet de dissensions au sein de la profession.

Lucile Ruault identifiait l'année 1975, qui voit le monopole de la pratique de l'avortement confié aux médecins et sa confiscation aux profanes, comme le moment de son institutionnalisation et, partant, de sa dépolitisation (Ruault, 2017a, 2023). La poursuite de l'enquête empirique au-delà de la période qu'elle a étudiée amène à prolonger et nuancer son analyse. Elle la prolonge, d'abord, en soulignant que la médicalisation n'est, en réalité, que la première étape de l'institutionnalisation de l'avortement qui se poursuit par l'intégration progressive à la gynécologie hospitalière. Celle-ci interrompt le processus de spécialisation informelle du travail d'avortement, plaçant sous le contrôle des dominant·es du champ médical un espace professionnel initialement constitué de manière relativement autonome et conduisant à un encadrement plus strict des pratiques. Cependant, là où Lucile Ruault fait le constat de la normalisation des modalités abortives et d'une euphémisation des postures subversives des hiérarchies médicales, je montrerai dans ce qui suit l'hétérogénéité des pratiques et des prises de position, parfois encore critiques, des acteurs et actrices de l'espace professionnel de l'avortement.

Après avoir étudié la genèse de l'espace professionnel, c'est donc à la division du travail d'avortement et aux luttes professionnelles entre les différents segments de cet espace que sera consacré le prochain chapitre.

⁶⁶ Pinell donne les exemples de l'hygiène, de la médecine légale et de l'aliénisme.

Chapitre 3 : La fabrique du sale boulot : avortement, pouvoir et luttes professionnelles en gynécologie

Le chef de service en a donné l'autorisation : Mme D. sera prise en charge pour une IVG instrumentale en délai tout juste dépassé, 14 semaines d'aménorrhée (SA) et un jour. Les médecins considérant lui faire une faveur en la recevant à ce terme, ils et elles s'accordent un contrôle total sur les modalités de l'avortement. Il aura lieu sous anesthésie générale, non pas dans le « petit bloc » du CIVG 1, mais à l'étage, dans le service de gynécologie où ont parfois lieu les IVG instrumentales « tardives » ou celles réalisées pour les femmes dont l'état de santé laisse craindre une opération délicate. Le jour de l'opération, Mme D. a rendez-vous au centre d'IVG à 7h45. Elle est installée en chambre, habillée, perfusée. À 9h30, elle est transférée dans le service de gynécologie où elle attend, à jeun, toujours sous perfusion et en culotte et chemise de bloc, assise sur la chaise d'une salle d'attente vide. Personne ne lui parle, ni pour la rassurer sur la procédure, ni pour l'informer du temps d'attente – elle a été convoquée prématurément, le bloc est occupé par une ponction ovarienne pour une femme en procédure d'assistance médicale à la procréation (AMP). À 11h, une infirmière la conduit au bloc et l'installe sur la table d'opération. Sans que personne ne parle ni ne se présente à Mme D., l'anesthésiste lui injecte des sédatifs, qui tardent à faire effet, ce qu'elle commente à mon intention : « elles sont toutes stressées quand elles viennent ici. Le trajet, le bloc... en bas [au centre d'IVG] elles s'endorment plus vite ». Une fois Mme D. inconsciente, elle quitte la salle, nous laissant moi, un interne de gynécologie-obstétrique de huitième semestre, deux infirmières de bloc opératoire, une infirmière anesthésiste, un étudiant infirmier anesthésiste ainsi que deux externes en observation. L'interne stérilise et dilate le col, puis insère la canule dans l'utérus et débute l'aspiration. Une praticienne hospitalière (PH) de gynécologie-obstétrique entre dans le bloc quelques instants après. Elle s'adresse à l'interne : « 14 semaines ? C'est atroce tu vas voir ! » Elle se place en retrait, je me présente, elle m'explique : « Ici, on en fait pas beaucoup des IVG. Moi j'en fais presque jamais ». Réagissant aux bruits de succion qui s'échappent de la canule, une infirmière lâche une exclamation écoeurée, déclenchant une remarque réprobatrice de l'interne : « Pas de bruit s'il vous plaît ». L'aspiration se prolonge, la canule est obstruée par des morceaux solides. L'interne ôte la sonde, saisit une pince, retire des fragments de fœtus et de placenta qu'il laisse tomber dans une poubelle à ses pieds, grimace, et s'écrie : « Fait chier fait chier fait chier... Regardez pas ceux qui veulent pas regarder ! » Sa cheffe s'approche : « Je prends le relais ». S'installant entre les jambes de Mme D. elle s'adresse à l'une des infirmières et lui exprime sa répugnance :

— Claire ?

— Oui ?

— Je déteste ça.

Au bout de quelques minutes, elle troque la pince contre la canule et ironise sur le « doux bruit » de l'aspiration. L'intervention terminée, elle se lève, recule d'un pas et commente :

— Quel carnage. J'ai pas fait ça propre, Claire, je sens ton regard.

— Si tu avais pu faire autrement tu aurais fait autrement.

— Si j'avais pu faire autrement, j'aurais surtout pas été là. La prochaine fois il faudra qu'un médecin du centre d'IVG vienne.

L'interne prend la parole à son tour : « Elle a attendu le dernier moment quand même ». Claire renchérit : « Ah ouais, 14 semaines l'IVG, elle a bien réfléchi ». Mme D. quitte la

salle après être restée près d'une heure sur la table du bloc opératoire. (Maternité 1, septembre 2021)

Le récit de cette IVG instrumentale réalisée par les gynécologues-obstétricien·nes contraste avec celui, placé en exergue du chapitre 1, de l'IVG pratiquée par la médecin généraliste du CIVG 3. L'inexpérience de gynécologues spécialistes qui, de leur aveu, ne font « presque jamais » et « déteste[nt] » pratiquer les IVG est la cause d'une intervention beaucoup plus longue que dans les centres d'IVG, plus lourde (Mme D. perd une quantité importante de sang), et qui ne laisse pas à l'avortante le choix de la méthode puisque les gynécologues-obstétricien·nes de cette maternité refusent de pratiquer des IVG sous anesthésie locale comme tou·tes celles et ceux rencontré·es qui ne se spécialisent pas dans le travail d'avortement. Surtout – ce qui nous intéressera dans ce chapitre – les deux gynécologues et les infirmières du service de gynécologie expriment à maintes reprises leur rejet physique de ce travail présenté comme une corvée ingrate et dégoûtante, que la médecin diplômée délègue dans un premier temps à l'interne, puis, jurant-mais-un-peu-tard-qu'on-ne-l'y-prendrait-plus, aux médecins du service d'orthogénie à qui elle promet les prochaines IVG. C'est un résultat dont sont saturées les observations et les entretiens menés auprès des gynécologues-obstétricien·nes mais pas seulement : le travail d'avortement répugne à beaucoup de professionnel·les de la gynécologie qui le réalisent ou tentent de le déléguer.

La prégnance et la permanence d'un dégoût médical face à la pratique des avortements a d'abord été une énigme dans les premiers mois de ce travail de recherche : comment comprendre les réticences que continue de susciter la réalisation des avortements alors que le principe du droit à l'avortement est largement reconnu et que sa pratique joue désormais un rôle structurant dans l'espace gynécologique ? Comment comprendre ces réticences là où d'autres gestes médicaux, y compris très proches tels que l'aspiration d'une fausse couche, n'entraînent pas la même répulsion ?

Objet de dégoût et de stratégies d'évitement ou de délégation, le travail d'avortement semble être un cas idéaltypique de « sale boulot » (Hughes, 2010 [1962]), concept que je mobiliserai à nouveaux frais. Le « sale boulot » défini par Hughes renvoie aux tâches « physiquement dégoûtantes ou symbolisant quelque chose de dégradant et d'humiliant », ainsi qu'« à ce qui va à l'encontre de nos conceptions morales les plus héroïques » (Hughes, 1996b [1971] : 81). Tout métier comprend sa part de « sale boulot » que les individus tentent, dans l'analyse qu'en fait Hughes, de déléguer à d'autres professions quand leur faisceau de tâches s'accroît afin de redéfinir une identité professionnelle centrée sur les tâches les plus valorisantes (*ibid.* : 71). Il y a une ambiguïté dans la définition que donne Hughes du « sale boulot ». Il le décrit principalement comme étant formé de tâches objectivement dégoûtantes

et dégradantes, mais quelques passages de ses travaux en laissent voir la dimension relationnelle¹ : il donne l'exemple du concierge dont la partie répugnante du travail (gérer les détritiques) ne le dérange autant que parce qu'elle symbolise sa position au service des locataires (*ibid.* : 81, 82) ; il évoque le fait que certains métiers « intègrent [le sale boulot] dans une définition du rôle satisfaisante et source de prestige » (*ibid.* : 83). On retrouve cette double dimension, sous une forme clarifiée, dans l'analyse que propose Anne-Marie Arborio du travail des aides-soignantes. D'une part, elle insiste sur la « dimension relative du *dirty work* » qui « se définit non par la nature [des] tâches mais par leur moindre prestige *relatif* » (2012 [2001] : 122). Elle montre ainsi, à partir de l'étude de la délégation de la toilette des malades des infirmières aux aides-soignantes, qu'un travail considéré comme dégradant et pénible par les unes peut-être au cœur de la légitimation et de la professionnalisation de leur métier par les autres (Arborio, 1995, 2009). D'autre part, elle décrit une forme « absolue » de « sale boulot » :

« Il semble donc nécessaire de prendre en compte l'existence de tâches socialement dévalorisées, “universellement” reconnues comme dégradantes, laissées aux catégories sociales les plus basses. Cette particularité rapproche l'activité de l'aide-soignante d'autres métiers, d'autres services domestiques, comme celui de concierge par exemple (Gold, 1952). [...] Que les jugements des personnels et des malades convergent pour trouver indignes certaines tâches permet d'ajouter à la dimension relative du *dirty work*, utile pour analyser le processus de division et d'attribution, une notion *absolue* – même si elle est valable à une époque et pour une société données – pour qualifier une partie des tâches des aides-soignantes, notamment toutes celles qui ont trait aux déchets, aux déjections du corps. » (2012 [2001] : 123, 124)

C'est dans cette seconde perspective « absolue » – je dirai substantialiste – que le travail d'avortement est parfois désigné comme un « sale boulot » par des enquêté·es mais aussi par des travaux de sciences sociales. Il serait, en raison de propriétés intrinsèques, peu technique, peu porteur professionnellement, peu rentable, physiquement dégoûtant voire immoral. Ce chapitre ambitionne d'élaborer un usage fort du concept d'Everett Hughes, et ceci de deux manières. D'une part, en réaffirmant, à la suite de la première définition qu'en donne Anne-Marie Arborio, sa dimension relative. Un même boulot n'est pas sale pour tou·tes : le dégoût, la dégradation, l'ennui, le rejet moral, sont liés aux positions occupées dans les hiérarchies professionnelles qui déterminent l'intérêt que les professionnel·les ont à les prendre en charge, comme aux dispositions acquises dans et hors du travail qui façonnent la perception qu'ils et elles en ont. Ce ne sont donc pas, ou pas seulement, ses caractéristiques propres qui en font un « sale boulot ».

¹ Un mode de pensée relationnel caractérise tout élément par les relations qui l'unissent aux autres en un système, dont il tire son sens et sa fonction (Bourdieu, 1980).

La seconde proposition de lecture du concept de « sale boulot », complémentaire mais plus originale, consistera à en faire une lecture résolument relationnelle, non plus seulement sous l'angle de sa délégation dans la « division morale du travail » (Hughes, 2010 [1962]), mais de sa production symbolique (Bourdieu, 1977), comme enjeu de distinction. En complétant l'approche de Hughes et d'Arborio par l'approche plus agonistique des relations professionnelles que permet la théorie des champs, et avec le travail d'avortement comme objet empirique, je montrerai que la dimension dévalorisante ou dégoûtante du « sale boulot » n'est non pas le point de départ, le moteur des luttes professionnelles (déléguer un travail dégradant) mais l'outil et le produit de ces luttes (dégrader un travail délégué). Je montrerai que la constitution de la pratique des avortements comme *boulot sale* par l'expression du désintérêt et du dégoût face au travail est une pratique de pouvoir professionnel dans le cadre des luttes juridictionnelles (Abbott, 1988) en gynécologie.

Ce chapitre consistera donc, en analysant le travail d'avortement comme « sale boulot » au sens ainsi défini, à questionner le lien entre les positions occupées, les intérêts et dispositions différenciées – y compris dans leur expression affective, les goûts et dégoûts – à pratiquer les IVG, et les pratiques de pouvoir qui entourent la répartition et la valorisation/dévalorisation du travail d'avortement au sein de l'espace professionnel. Il permettra ainsi de poursuivre la description de cet espace entamée au chapitre précédent.

L'analyse se fera en deux temps. D'abord, en partant du résultat du chapitre précédent de l'existence d'un espace professionnel de l'avortement fragmenté, il s'agira de mettre en lumière les enjeux différenciés de la pratique des IVG selon la position occupée dans cet espace (I.). Ensuite, ce chapitre identifiera une corrélation entre les variations du dégoût exprimé face au travail d'avortement et les positions occupées dans l'espace professionnel, qui seront expliquées non seulement par les variations dispositionnelles des professionnel·les de l'espace de l'avortement, mais aussi par les luttes qui traversent l'espace professionnel. En envisageant le dégoût comme une pratique, non pas réflexe mais aussi réflexive et stratégique, par laquelle les gynécologues obstétricien·nes, dominant·es du champ, participent à *salir le boulot* des dominé·es, il montrera que l'avortement est un enjeu central des luttes professionnelles pour le contrôle de la division du travail et l'acquisition de capital symbolique en gynécologie (II.).

Dans ce chapitre, je mobilise avant tout l'enquête par entretiens dont le corpus, je le rappelle, a principalement été constitué en dehors des terrains d'observation, avec un objectif de diversification des spécialités/professions, statuts et degrés d'avancement dans la carrière, intensité de la participation au travail d'avortement, répartition géographique. Je mobilise également, plus ponctuellement, les observations réalisées.

I. De qui l'avortement est-il le (sale) boulot ? Des intérêts différenciés selon la position dans l'espace professionnel

Comme le processus historique retracé l'a laissé apercevoir, le travail d'avortement a été institutionnalisé à l'intersection des « territoires professionnels » (Abbott, 1988) des différentes spécialités médicales (puis des sages-femmes) du sous-champ de la gynécologie (Douguet et Vilbrod, 2021). Du fait de la diversité des positions professionnelles, des investissements dans le travail d'avortement, des contextes de travail, et de l'absence d'existence institutionnelle d'un groupe professionnel d'« avorteurs » et « avorteuses », il s'agit bien d'une entité professionnelle – les professionnel·les de l'avortement – aux contours flous, dont l'objectivation relève d'une démarche constructiviste. En conséquence, les données statistiques disponibles sont rares et parcellaires et c'est à la qualification plutôt qu'à la quantification de l'espace que je consacre cette partie².

Des gynécologues-obstétricien·nes, gynécologues médicales, médecins généralistes et sages-femmes pratiquent les IVG aujourd'hui. L'interruption de grossesse fait partie de l'ensemble de gestes auxquels les gynécologues spécialistes sont – en théorie – formé·es, et tou·tes les gynécologues sont susceptibles d'être enjoint·es à en faire, au moins pendant leur internat. Ce n'est pas le cas des médecins généralistes ni des sages-femmes, qui doivent faire le choix actif de s'y former pour pouvoir prescrire les IVG médicamenteuses ou pratiquer les IVG instrumentales. Certains de ces professionnel·les, principalement médecins généralistes, occupent des postes dédiés à la pratique des avortements, à temps plein ou partiel. Leurs trajectoires sociales et les modalités de leur spécialisation informelle dans le travail d'avortement seront détaillées au chapitre suivant. Il ne s'agit pas ici de faire l'histoire et la sociologie de ces différents groupes professionnels du sous-champ de la gynécologie – on peut pour cela s'appuyer sur les travaux déjà menés sur les médecins généralistes (Baszanger, 1981 ; Muel-Dreyfus, 1984 ; Broclain, 1994 ; Bloy et Schweyer, 2010 ; Bloy et Rigal, 2012 ; Bujon *et al.*, 2014 ; Bloy *et al.*, 2021 ; Garcia *et al.*, à paraître), la gynécologie médicale (Koechlin, 2021), la gynécologie-obstétrique (Knibiehler et Fouquet, 1983 ; Schlumbohm, 2002 ; Hardy, 2015 ; De Ganck, 2016 ; Topçu, 2021)³, la maïeutique (Schweyer, 1996 ; Charrier 2007 ; Olivier, 2015, 2017 ; Knibiehler, 2016 ; Borel, 2023) – mais plutôt de proposer une lecture relationnelle du champ afin de comprendre comment la position occupée détermine en partie le fait de prendre en charge le travail d'avortement. J'analyse la

² D'autres sociologues de la médecine ont déjà souligné la difficulté à dénombrer une entité médicale en l'absence d'une barrière nette à l'entrée et d'une existence institutionnelle (Baszanger, 1990 ; Sarzier, 2023).

³ En dépit de l'existence de ces travaux et de ceux, nombreux, analysant l'obstétrique à partir de la question des violences gynécologiques et obstétricales, une sociologie générale et une histoire récente de la gynécologie-obstétrique reste à faire.

structuration hiérarchique de l'espace avant d'aborder les intérêts différenciés à pratiquer les IVG qu'elle détermine.

Tableau 4 : Quelques éléments de démographie du sous-champ de la gynécologie

		Gynécologue-obstétricien-ne	Gynécologue médicale	Médecin généraliste	Sage-femme
Sexe	Femme	3 384 (59 %)	1 473 (76 %)	50 702 (51 %)	23 678 (97 %)
	Homme	2 389 (41 %)	463 (24 %)	48 754 (49 %)	676 (3 %)
Mode d'exercice	Libéral exclusif	2 167 (38 %)	993 (51 %)	56 738 (57 %)	6 219 (26 %)
	Exercice mixte	1 191 (21 %)	361 (19 %)	8 567 (9 %)	2 475 (10 %)
	Salarié hospitalier	2 184 (38 %)	386 (20 %)	18 556 (19 %)	13 776 (57 %)
	Autre salarié	231 (4 %)	196 (10 %)	15 596 (16 %)	1 884 (8 %)
Âge moyen		48	58	51	41
Nombre		5 773	1 936	99 457	24 354

Champ : France entière.

Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1er janvier 2023.

Lecture : 59 % des gynécologues-obstétricien·nes en exercice sont des femmes en 2023.

A. Un espace matériellement et symboliquement hiérarchisé

L'espace professionnel de l'avortement est un espace hiérarchisé de positions de pouvoir, conférant des bénéfices matériels et symboliques supérieurs aux plus dominant·es, ainsi qu'un contrôle différencié du travail, de sa division, des normes professionnelles.

1. Dominé·es et dominant·es de l'espace de l'avortement

Ces hiérarchies sont largement tributaires des processus de spécialisation (Pinell, 2005). Historiquement, les institutions du champ médical consacraient la supériorité de la gynécologie-obstétrique, spécialité d'internat, sur la gynécologie médicale (compétence, attestée par le CES) et sur la médecine générale qui souffrait de la perte de prestige du médecin libéral (Herzlich *et al.*, 1993), de la domination de la médecine hospitalière, et qui

était caractérisée par une « position hiérarchiquement dévalorisée » (Baszanger et Bungener, 2002 ; Hardy, 2013). La réforme de 2004 des études médicales réévalue la médecine générale en la constituant en spécialité, accessible sur concours (les « épreuves classantes nationales » (ECN) remplaçant le concours de l'internat) et supposant la validation de stages obligatoires à l'hôpital et en cabinet (Bloy, 2011). Mais l'intégration au système des spécialités ne met pas un terme à la « disqualification au sein du monde médical » (Bloy et Schweyer, 2010 : 190), la distinction symbolique survivant à la séparation institutionnelle : « C'est la lie de la médecine [...] quand t'es médecin généraliste, c'est parce que vraiment t'es en bas de la liste des gagnants », me dit Christine (66 ans), cheffe de service de gynécologie-obstétrique. La médecine générale est une spécialité peu demandée par les étudiant·es les mieux classé·es des ECN (à la différence de la gynécologie-obstétrique qui, sans être dans le peloton de tête des spécialités les plus disputées, est bien positionnée), et les médecins généralistes occupent rarement des postes de titulaires des hôpitaux, d'universitaires ou de chef·fes de service. Intégré·es au système des spécialités médicales, ils et elles en sont, à bien des égards, des dominé·es.

L'intériorisation des positions de pouvoir dans le champ opère *via* plusieurs mécanismes conjoints. D'abord lors des études de médecine. Les études médicales visent autant à former des médecins qu'à les séparer, des profanes (Hardy, 2013) comme les un·es des autres. Elles institutionnalisent une frontière et inculquent à la fois aux dominé·es la conscience de leur infériorité et aux dominant·es celle de leur supériorité. D'une part, par le pouvoir instituant du concours qui objective et fige le classement et qui consacre la noblesse hospitalière au même titre que la noblesse d'État (Bourdieu, 1989). D'autre part, par des pratiques répétées, explicites ou latentes, d'inculcation des différences et des hiérarchies. Lors des cours délivrés pendant les études, en stage, dans les interactions avec les autres étudiant·es, la médecine générale est moquée, présentée comme un repoussoir (« Tu vas finir en med'-gé' ! »), un choix par défaut, une pratique inférieure de la médecine⁴. Gaëlle (42 ans, médecin généraliste, PH) en témoigne :

« Quand t'es étudiant en médecine, toutes tes études, tu les passes à l'hôpital et t'entends critiquer les généralistes en permanence, qu'ils ont fait n'importe quoi. Beaucoup quoi. Énormément. Parce qu'à l'hôpital ils voient souvent plus ce qui s'est mal passé que ce qui s'est bien passé, y a un biais comme ça de... Donc généraliste, c'est pas quelque chose qui est très valorisé. » (Entretien du 12 juillet 2021)

Les généralistes, travaillant principalement en libéral, sont présenté·es périodiquement comme incompetent·es par les enseignant·es et médecins diplômé·es hospitalier·es. J'en fais

⁴ De manière similaire, quoiqu'à un degré moindre, que la médecine du travail, déconsidérée comme une « sous-médecine » (Targowla, 1976).

l'expérience lors des observations réalisées au CIVG 1. Une femme se rend au centre d'IVG sur indication de son médecin de ville après un échec supposé d'une IVG médicamenteuse, alors que la gynécologue médicale du service, Laurence, considère que le taux d'hormones de grossesse (B-HCG) indique au contraire le succès de la méthode. Au secrétariat, celle-ci est hors d'elle :

« **Laurence** : Elle a un HCG à 15 !! Mais vous voulez que je me suicide avant Noël ??? Qui a fait ça ? Qui nous l'adresse ? Docteur X c'est qui ?

Laetitia (secrétaire) : Un médecin généraliste.

Laurence : Médecin généraliste bah reste médecin généraliste alors ! Après on doit rattraper ses conneries. Qu'est-ce qu'il va lui dire "échec RU [médicament abortif]" ! » (Notes de terrain, décembre 2021)

Olivia et Delphine, respectivement internes de gynécologie médicale et de médecine générale du CIVG 1, ne sont pas traitées également alors qu'elles découvrent pourtant toutes les deux le travail d'avortement, qu'elles n'ont jamais fait de chirurgie et qu'elles commencent leur stage au même moment. Elles sont formées par un compagnonnage sélectif, la première suivant les gynécologues médicales ou la médecin généraliste en consultation quand la seconde n'assiste qu'aux consultations de la médecin généraliste. On enseigne à la première à pratiquer les IVG instrumentales mais jamais à la seconde – alors que rien n'y destine l'une plutôt que l'autre *a priori* –, ce que Laurence, la gynécologue médicale du service, explique par l'incompétence et les mauvaises dispositions des internes de médecine générale à la chirurgie :

« Les med-gé' soit ils font pas [d'IVG instrumentale], soit ils font à fond de manière décomplexée. Ils pensent qu'ils savent tout et ils foncent. Les internes de gynécologie médicale, ici, elles veulent apprendre à bien faire, elles prennent le temps d'apprendre plutôt que penser qu'elles savent déjà faire ».

Delphine est en colère contre cet apprentissage à deux vitesses et la manière dont elle est déconsidérée par la gynécologue médicale. La médecin généraliste diplômée attachée au service, Amélie, tente de la reconforter : « Tu l'ignores, ou tu lui dis ta gueule. Elle est nulle, tu sais faire plus de choses qu'elle. Elle sait pas poser un implant. » Delphine cesse alors définitivement de parler à Laurence ou de la saluer. Ça n'est pas un cas isolé, et Coraline, assistante de gynécologie médicale responsable d'un autre centre d'IVG, à l'arrivée de nouvelles internes tous les six mois, ne forme que l'interne de gynécologie médicale qui a ensuite la charge de former les internes de médecine générale (quelle que soit l'année d'internat des différentes étudiantes). La différence statutaire, liée à la signification symbolique du concours, entraîne un traitement différencié de ses lauréat·es en formation, qui se traduit par des différences dans les compétences techniques acquises, qui servent, en retour,

de justification aux différences sociales. C'est parce qu'Olivia est gynécologue médicale et Delphine généraliste qu'on enseigne à la première un geste chirurgical et pas à l'autre. La compétence chirurgicale est ensuite invoquée comme un critère de légitimation des hiérarchies entre médecins généralistes et gynécologues médicales (et *a fortiori* obstétricien·nes). Les deux principaux critères internes au champ de légitimation des hiérarchies entre médecins, le capital scolaire et le capital technico-scientifique, sont liés. On retrouve ici un mécanisme décrit par Bourdieu :

« La reproduction des compétences techniques exigées par la division technique du travail, contribue, pour une part sans cesse croissante, à la reproduction des compétences sociales, c'est-à-dire des capacités légalement reconnues d'exercer des pouvoirs, qui sont indispensables à la permanence dans le temps de la division sociale du travail » (Bourdieu, 1989 : 163)⁵.

Je déjeune un jour avec Olivia, Delphine, et une co-interne gynécologue médicale. Les trois amies se plaignent du manque de considération dont elles font l'objet en raison de leur spécialité, en comparaison des obstétricien·nes pour les gynécologues médicales, dans l'absolu pour Delphine. Celle-ci commente à mon intention : « Tu le sais sans doute pas mais il y a de la hiérarchie en médecine et à l'hôpital. Un interne de chir' ne va pas parler à un interne de med'-gé'. » Elle évoque son grand-père, qui la « rabaisse » en affirmant qu'elle est la seule de ses amies à ne « pas avoir eu de spécialité ». Elle met en avant le fait qu'en 2021 la première classée aux ECN a pourtant choisi la médecine générale, et les deux internes de gynécologie médicale abondent : au vu de leur classement, elles-mêmes auraient pu choisir la gynécologie-obstétrique dans certaines villes mais ont préféré faire le choix d'une spécialité permettant un exercice libéral et aux conditions de travail plus favorables. De même qu'Amélie contestait la domination de Laurence au nom de son manque de compétence technique (elle pose mal les implants) – l'une des instances de légitimation des hiérarchies médicales – les trois internes s'indignent contre l'injustice de la domination subie au regard de ses logiques de justification les plus officielles (le classement d'internat). En contestant la cohérence de son application, elles reconnaissent la validité du principe⁶.

⁵ Si je n'ai observé que des stages d'internat réalisés en centre d'IVG, le travail de Florence Douguet et Alain Vilbrod laisse voir des logiques similaires lors des stages réalisés par les internes de médecine générale en service de gynécologie-obstétrique. Leur enquête par entretiens met en évidence le « sentiment d'autorité [...] et de supériorité des gynécologues à l'égard des médecins généralistes » autant que le souvenir du mépris et du dénigrement de leurs compétences en gynécologie subi par les internes en médecine générale lors de leur stage d'internat (2021 : 174).

⁶ D'autant plus que le fait que la majeure du concours choisisse la médecine générale est un événement exceptionnel, certes significatif d'une progression symbolique de la médecine générale, mais qui ne remet pas en cause à elle seule l'association entre popularité d'une spécialité aux ECN et position de domination de ses membres.

L'intériorisation des positions de pouvoir continue après les études, par des rappels répétés à l'ordre médical. Gaëlle, PH de médecine générale, raconte que les gynécologues spécialistes et les anesthésistes lui font fréquemment sentir que sa compétence médicale est limitée. Son travail est scruté :

« Il faut tout le temps montrer qu'on fait très bien notre travail vis-à-vis de la mater' [...]. La mater' a la critique facile parce qu'on est que des med'-gé' et qu'on fait que des IVG. Le moindre truc qui peut être vu comme mal fait est montré comme de l'incompétence. » (Entretien du 12 juillet 2021)

Un jour où elle appelle une gynécologue-obstétricienne pour l'assister alors que la réalisation d'une IVG instrumentale entraîne des saignements particulièrement importants, celle-ci commente : « Ah, c'est dangereux une IVG sous anesthésie locale jusqu'à 14 SA... ». Ce que Gaëlle a considéré comme une marque publique de réprobation et de mépris, « devant la patiente », pourtant injustifiée puisque l'anesthésie locale n'entraîne pas un risque accru d'hémorragie. L'orthogéniste ajoute : « Aujourd'hui, ils seraient du genre à me dire "Mais Gaëlle, tu vas pas faire *toi* un avortement à 16 SA !" ».

Lise (52 ans) et Jeanne (52 ans), deux généralistes enquêtées, l'une PH, responsable du CIVG 3, l'autre responsable de la formation des médecins réalisant des IVG médicamenteuses en ville au sein d'un hôpital qui doit les conventionner, s'entendent dire par leurs collègues gynécologues-obstétricien·nes hospitalier·es qu'ils et elles ne les aideront pas en cas de difficulté. Jeanne décrit ainsi comment les chef·fes de service de gynécologie acceptent « de mauvais cœur » de conventionner des généralistes :

« "On le fait parce que c'est obligatoire, okay ? Vous allez le faire, faudra pas vous plaindre s'il y a des problèmes." [...] Je l'avais entendu aussi sur les autres centres hospitaliers généraux du sud de [département], où on disait, "Mais on comprend pas, c'est un généraliste, il y aura jamais de gynéco à sa formation, faut pas rêver. On n'a pas d'infos à recevoir et encore moins de formations à recevoir d'un généraliste". [...] Il y en avait un qui nous a pourri la vie, oui, avec ce discours "Au moindre écart, à la moindre connerie...", comme si on allait faire des conneries... C'est des termes employés, hein. Voilà, c'est "Moi je serai pas là pour récupérer vos conneries..." voilà "À chaque fois qu'il aura une complication...", "On n'est pas votre service après-vente" et *cetera, et cetera*. Alors que c'est l'esprit même du réseau. » (Entretien du 11 septembre 2021).

Ces menaces en l'air – je n'ai jamais eu vent de gynécologues obstétricien·nes refusant d'intervenir en cas de complication – relèvent avant tout d'une pratique, discursive, de domination symbolique. Il s'agit de rappeler aux généralistes qui pratiquent une partie des activités de la gynécologie, travaillent à l'hôpital ou, pire, accèdent au bloc opératoire, qu'ils et elles ne sont pas vraiment à leur place. Amélie, médecin généraliste qui exerce principalement en libéral, explicite la division du travail et le devoir d'humilité des

généralistes qui se risquent à la pratique de la gynécologie : « Les obst' veulent pas faire de suivi gynéco, et les gynéco méd' sont pas assez nombreux, donc tout le monde est ok pour qu'on le fasse. Il faut juste savoir rester à sa place et passer la main quand il faut ». Ce sentiment d'illégitimité, plusieurs des médecins enquêtés l'ont intériorisé et l'expriment, notamment par la peur de réaliser des IVG au « grand » bloc, celui du service de gynécologie, avec les professionnel·les qui y travaillent (infirmières de bloc, anesthésistes, etc.), au point, pour deux des médecins du centre d'IVG, de ne pas réussir à dormir les veilles d'IVG au bloc de gynécologie.

Le symétrique de l'intériorisation de l'infériorité des dominé·es atteint·es de leur « complexe de généralistes » (Gaëlle), c'est l'intériorisation de leur supériorité par les dominant·es. En témoigne les propos d'Olivia qui, alors qu'elle entame son troisième semestre d'internat de gynécologie médicale, distingue clairement les « vrais gynécologues » des médecins généralistes qui font de la gynécologie :

« Ça induit en erreur. Alors qu'il faut voir un vrai gynéco une fois tous les deux-trois ans. Un med'-gé' avec DU [diplôme universitaire de gynécologie] il fait un cours par semaine pendant un an, plus 40 jours chez un praticien. Rien à voir avec les quatre à six ans du gynéco. Le med'-gé' il sait pas faire d'écho par exemple. [...] Entre quatre ans d'internat de gynécologie médicale ou six de gynécologie-obstétrique, et six mois pour les médecins généralistes... C'est sûr que les gynécos ils sont plus forts. Après Amélie elle est med'-gé' mais elle est super. Elle est aussi forte que n'importe qui ici. Si le med'-gé' il fait le DU de gynéco, qu'il se forme tout ça, c'est bien. Tant qu'ils savent leurs limites et réfèrent à des vrais gynécos. Tu as beaucoup de med'-gé' qui ont le DU et qui disent même pas aux patientes qu'ils sont pas de vrais gynécos. Et ils disent pas aux patientes d'aller tous les trois-quatre ans voir un vrai gynéco. » (Notes de terrain, décembre 2021)

Si elle oppose les gynécologues de spécialité d'internat aux médecins généralistes formés en gynécologie, la gynécologie médicale n'occupe cependant pas la position dominante de la gynécologie-obstétrique. Décrite comme une profession dominée dans les travaux portant sur le XXe siècle (Sanseigne, 2019 ; Koechlin, 2021)⁷, quoiqu'elle ait gagné en légitimité depuis sa recreation comme spécialité médicale à part entière, elle reste inféodée à l'obstétrique⁸. Juliette, l'assistante de gynécologie médicale du CIVG 1, me confie que le chef de gynécologie-obstétrique a peu de considération pour sa spécialité et que les possibilités de carrière hospitalière sont très rares. Olivia me fait part du discrédit dont sa spécialité fait les frais auprès des obstétricien·nes :

⁷ Les enquêtés de la thèse d'Aurore Koechlin racontent qu'elles sont encore qualifiées de manière péjorative de « mères aux frotis » par les obstétricien·nes au tournant des années 2000 (2021 : 279).

⁸ Sur la page consacrée à la gynécologie médicale du site « Futur interne », deux des points négatifs listés de ce choix d'internat sont le « sentiment de sous-spécialité » et l'absence de postes hospitaliers. Ce site est le premier résultat d'une recherche Google intitulée « internat gynécologie-obstétrique/gynécologie médicale/médecine générale ». <http://www.futur-interne.com/guide/gynecologie-medicale/>.

« Les gynéco-obst' ils sont tous sûrs d'être meilleurs que les gynéco méd'. Dans la grossesse et la chirurgie c'est sûr, mais dans le reste, c'est une idée reçue. Un gynéco-obst' il va jamais demander un avis à une gynéco méd'. »

Si Delphine affirmait qu'un interne de chirurgie ne fréquente pas une interne de médecine générale, l'amitié qui la lie à Olivia qu'elle ne connaissait pas avant leur stage au centre d'IVG laisse apercevoir certains points communs aux deux spécialités : dominées par rapport à la gynécologie-obstétrique, elles mettent l'accent sur une écoute et une proximité avec les patientes plus importantes que la spécialité chirurgicale.

La socialisation médicale suppose donc l'intériorisation des schèmes de pensée et de perception des différences au sein du champ médical. Elle permet l'apprentissage de sa place et de celle des autres, amenant les professionnel·les plus dominé·es comme les plus dominant·es à reconnaître la légitimité de la domination qu'ils et elles subissent ou exercent⁹. Il y a d'autres critères de classement que la spécialité d'internat au sein du champ, même si elle reste particulièrement structurante : le nombre d'années d'études (invoqué par exemple pour attester de la supériorité des médecins sur les sages-femmes), le secteur d'activité (avec une supériorité symbolique de l'hôpital), le type de contrat et de poste occupé (contractuel, PH, chef de service), les concours passés (agrégation) et la carrière universitaire, la centralité du lieu d'études et de travail (Paris vs. province, CHU vs. CH, etc.). Mais les positions de domination ne sont pas figées, elles évoluent dans le temps. Les dominé·es du champ professionnel le sont de moins en moins, tandis que les dominant·es voient leur légitimité contestée.

2. De l'institutionnalisation de la cause des femmes dans le champ médical à la lutte des médecins pour le capital féministe

Par bien des aspects, le champ médical semble être devenu l'un des pôles de « l'espace de la cause des femmes » (Bereni, 2012). Par ce concept, Laure Bereni désigne la multiplicité des sphères sociales dans lesquelles se déploient des luttes pour la cause des femmes. Il englobe aussi bien les associations formant le « mouvement des femmes », que des « univers institutionnalisés et professionnalisés » (*ibid.* : 31) qui luttent « *au nom* des femmes (les femmes, comme catégorie distincte du monde social, constituent le référent de la lutte) et

⁹ Ça ne veut pas dire qu'il n'existe pas de contestation de la hiérarchie médicale. La socialisation professionnelle atypique d'« avorteur » ou « avorteuse » spécialiste, que je détaille au chapitre suivant, peut amener à développer une critique acerbe des gynécologues de spécialité d'internat.

pour les femmes (l'objectif est d'améliorer leur "condition", leur "statut", d'atteindre "l'égalité" » (*ibid.* : 35)¹⁰.

Il ne s'agit pas, ici, de considérer ce que l'analyse du champ médical et en particulier de la spécialisation d'avorteur·se apporte à l'étude de l'espace de la cause des femmes – ou à son sous-espace, celui de la cause de l'IVG (Borel, 2023 : 32). Je propose, à l'inverse, de comprendre les évolutions du champ médical grâce au concept d'espace de la cause des femmes, en le considérant comme l'un de ses pôles.

Soline Blanchard *et al.* décrivent le phénomène d'institutionnalisation de la cause des femmes, comme « l'intégration de la cause des femmes dans les pratiques et les discours d'institutions », processus ayant plusieurs dimensions : la professionnalisation du militantisme ; la captation des revendications par l'institution (dans le cas qu'elles et il étudient, par l'État) ; la création de services dédiés dans les structures institutionnelles (2018 : 5, 6). Il n'est le reflet mécanique ni d'un succès des revendications féministes, ni de leur « récupération », mais ses conséquences doivent être analysées au cas par cas.

Il y a eu une institutionnalisation de la cause des femmes dans le champ médical. Plusieurs éléments exposés au chapitre précédent l'ont montré, tels que la professionnalisation-médicalisation de la pratique de l'avortement, la redéfinition de l'identité professionnelle de la gynécologie autour d'un *ethos* de service des femmes, le développement d'une norme médicale de soutien au droit à l'avortement et la marginalisation des oppositions médicales frontales et explicites, et l'on peut également penser à la création de Maisons des femmes en contexte hospitalier, au développement de la prise en charge médicale des violences sexuelles, ou à la promotion de traitements médicaux destinés aux femmes – parfois non sans danger pour elles, comme dans le cas des pilules dites de troisième génération ou des traitements hormonaux de la ménopause (Löwy et Gaudillière, 2006). Une forme de capital dont la distribution est en partie tributaire de logiques extérieures au champ se développe et prend une importance croissante au sein de l'espace de la gynécologie, un capital symbolique lié à la reconnaissance d'une mise au service désintéressée des femmes, que je qualifierai de « capital féministe ».

Ce capital est valorisable à l'échelle individuelle, comme le laisse voir la trajectoire de certaines enquêtées qui en sont particulièrement dotées et en gagnent une valorisation professionnelle, à l'instar d'Astrid (31 ans), assistante de gynécologie médicale que d'autres

¹⁰ Laure Bereni évoque les mouvements sociaux, politiques, mais aussi les « professions d'élite (avocats, universitaires, dirigeants d'entreprise) » qui appartiennent à cet espace. Elle en décrit les pôles partisan, académique, étatique, syndical, ecclésial, mouvementiste, tout en prévenant qu'il s'agit là d'une liste ouverte et non exhaustive (*ibid.* : 37). Elle a élaboré le concept d'espace de la cause des femmes à partir de l'analyse des luttes pour la parité politique au cours des années 1990 (2007, 2009).

enquêté·es me désignent comme « une collègue très féministe », « militante pour l'orthogénie » et à qui la professeure d'obstétrique de la maternité 1 a déjà prévu de confier un poste de PH comme coordinatrice d'une Maison des femmes rattachée à l'hôpital. C'est également le cas de Justine (35 ans), PH de gynécologie-obstétrique, qui retire une gratification symbolique du fait que ses collègues et son chef de service valorisent comme une expertise son engagement féministe et ses connaissances qui en découlent (elle a publié un livre féministe de santé sexuelle).

Le développement et la répartition de ce nouveau capital découlant de l'institutionnalisation médicale de la cause des femmes affectent surtout les dynamiques collectives de la profession. Un enjeu, pour les médecins, est d'apparaître non pas seulement comme des expert·es, mais comme des professionnel·les désintéressé·es et, pour les gynécologues spécifiquement, au service des femmes. Or la domination médicale étant aujourd'hui moins charismatique et personnalisée qu'institutionnalisée, le pouvoir symbolique des médecins ne repose pas sur la possession effective de vertus exceptionnelles par un·e individu·e, mais sur leur possession supposée du fait de son appartenance à la profession. L'expertise comme le désintéressement sont, dans le cas de la médecine, d'abord des propriétés collectives. Autrement dit, le capital symbolique des médecins est d'abord une ressource qu'ils et elles accumulent et entretiennent collectivement, et à l'accumulation de laquelle ils et elles ont solidairement intérêt. C'est la définition même du « corps » selon Bourdieu :

« il y a corps lorsque un ensemble d'individus est relativement homogène, du point de vue des principes de différenciation dominants dans l'univers social considéré, et uni par une solidarité fondée sur la participation en commun au même capital symbolique » (1999 : 11).

Quand les pratiques ou les prises de position d'un·e médecin font scandale, c'est le capital symbolique collectif de la profession qui en prend un coup. C'est le cas lorsqu'un·e médecin est accusé·e d'agression sexuelle, d'arnaque financière, ou, pour prendre un exemple développé dans cette thèse, quand un porte-parole de la profession exprime une opposition au droit à l'avortement. D'où l'insistance des médecins enquêté·es, en entretien, pour désavouer Bertrand de Rochambeau en résumant la sortie médiatisée du président du SYNGOF (« Nous ne sommes pas là pour retirer des vies ») à une opinion personnelle qui n'engage pas la profession, « en le réduisant au statut de simple particulier, privé de raison au point de vouloir imposer sa raison privée » (Bourdieu, 1980 : 187). Le rôle des instances représentatives et scientifiques de la profession est notamment d'entretenir le capital symbolique collectif. À titre d'exemple, le communiqué publié par le CNGOF, repris dans une tribune cosignée par sa présidente, ses vice-président·es et ses secrétaires généraux, suite au dépôt de deux plaintes

pour viol contre une médecin accusée d'avoir réalisé des examens vaginaux sans consentement. Ces représentant·es des gynécologues-obstétricien·nes appellent à une requalification juridique de la notion de viol afin qu'elle ne puisse plus désigner un acte médical, évitant ainsi la « grande confusion » que produirait aujourd'hui l'utilisation du terme¹¹.

Mais l'espace de la gynécologie, comme plus largement le champ médical, est un espace de concurrence. Dès lors, l'accumulation collective de capital symbolique entre en conflit avec un autre enjeu : améliorer sa position au sein du champ¹². Il ne s'agit pas seulement d'apparaître comme des expert·es désintéressé·es, mais comme plus expert·es et plus désintéressé·es que les autres. Les dominé·es du champ – les sages-femmes, les médecins généralistes pratiquant la gynécologie, dans une moindre mesure les gynécologues médicales, mais aussi les jeunes par rapport aux vieux et vieilles, et dans une certaine mesure les femmes par rapport aux hommes – sont moins doté·es en capitaux scolaires et scientifiques dont le cours est régulé par les instances officielles de consécration du champ. Le développement du capital féministe entraîne une extension du domaine de la lutte professionnelle, en fournissant à ces professionnel·les dominé·es une source de légitimité professionnelle concurrente, d'autant plus valorisante que les dominant·es en sont démunies. Là où l'intérêt des gynécologues-obstétricien·nes s'identifie à celui, global, du champ et qu'en tant que dominant·es ils et elles ont intérêt à la stabilité de celui-ci, les dominé·es peuvent trouver un intérêt à la dénonciation des « maltraitances » et des « violences » des gynécologues, voire à l'alimenter, en s'en distinguant afin d'acquérir une position relative dans le champ plus valorisante. Concrètement, la crise symbolique dont la gynécologie fait les frais depuis quelques années touche le plus vivement ceux et celles qui l'incarnent le plus – les gynécologues-obstétricien·nes, puis les gynécologues médicales – et permet une valorisation symbolique (aux conséquences matérielles : accéder à une patientèle) aux professionnel·les qui parviennent à s'en distinguer. C'est ainsi que les professionnel·les dominé·es, pour qui la compétence technique représente rarement un critère possible de distinction au sein de la profession, peuvent avoir intérêt à promouvoir et à investir dans leurs pratiques ce qu'elles estiment être une gynécologie bienveillante (une désinflation du nombre d'actes, un allongement de la durée des consultations, une pratique des gestes plus attentive au consentement et au respect de l'intimité, etc.). Le développement d'un capital féministe

¹¹ CNGOF, « Communiqué de presse », 23 juin 2022 ; Belaisch-Allart, Joëlle, « Examens médicaux et viols, attention à la grande confusion », *Le Journal du dimanche*, 25 juin 2022.

¹² Dans un autre paradigme que la théorie des champs, Patrick Castel a montré que la concurrence entre les médecins fragilise leur position de pouvoir dans la relation thérapeutique à partir de l'étude de l'opposition entre chirurgien·nes et cancérologues (2005).

fournit aux dominé·es et aux nouveaux et nouvelles entrant·es (les jeunes médecins) un moyen de contestation de la domination des dominant·es et de leur monopole dans la définition de l'activité. En bref, l'institutionnalisation de la cause des femmes dans le champ médical a entraîné une (petite) révolution symbolique (Bourdieu, 1992) qui altère la distribution des capitaux définissant les valeurs relatives des positions de l'espace professionnel, sans pour autant inverser les hiérarchies (elle ne fait que les affaiblir) ni remettre en cause le fonctionnement du champ. Le mouvement de dénonciation des violences gynécologiques et obstétricales ainsi que celui de dénonciation des agressions sexuelles subies par les étudiantes en médecine¹³ en sont à la fois un produit et une cause.

La position occupée dans ces hiérarchies détermine l'intérêt à prendre en charge les IVG autant que la capacité à les déléguer.

B. Les gynécologues-obstétricien·nes et le désintérêt du travail d'avortement

Les gynécologues-obstétricien·nes hospitalier·es, sauf les très rares qui occupent des postes dédiés à l'IVG, ne participent au travail d'avortement que ponctuellement, en marge du reste de leur activité, et/ou de manière circonscrite dans le temps – généralement pendant l'internat et l'assistantat, sans l'avoir spécifiquement choisi. Ces médecins ont peu d'intérêt professionnel à pratiquer les IVG, ne le font généralement que par obligation ou tentent, par des stratégies diverses, de l'éviter.

« Personne ne trouve que c'est un geste intéressant », me dit Margaux (33 ans), assistante de gynécologie-obstétrique. Comme elle, ses collègues enquêté·es expriment un fort désintérêt pour la pratique des IVG, présentée comme ennuyeuse, répétitive, trop simple techniquement, et n'ouvrant pas la voie vers de prestigieuses carrières de professeur·e de chirurgie gynécologique ou d'obstétrique. Fréquemment décrite comme « chiante » ou « *boring* » voire de « suicide intellectuel » lors des entretiens, l'IVG est mise en regard d'autres actes considérés comme « plus sympa », « plus beau[x] », « plus noble[s] », qui ont un « intérêt chirurgical » tels que la césarienne, l'opération d'un cancer, la coelioscopie¹⁴ ou l'hystérectomie¹⁵. Considéré comme un gaspillage de temps de gynécologue-obstétricien·ne, l'IVG se prête par ailleurs peu à l'esthétisation du travail médical et à l'héroïsation de soi comme médecin thaumaturge propre à l'*ethos* des chirurgien·nes (Cassell, 1991) : « J'ai fait cinq IVG, j'ai été sortir les dames, voilà, super », me dit Daniel (40 ans), PH de gynécologie-

¹³ Notamment dans le cadre du tumblr « Paye ta blouse » lancé en janvier 2017.

¹⁴ Technique permettant d'opérer dans la cavité abdominale ou pelvienne.

¹⁵ Ablation de l'utérus.

obstétrique avant d'ajouter que « C'est pas un joli geste, aspirer une IVG : tu guéris pas vraiment ».

Bien souvent, les gynécologues-obstétricien·nes, diplômé·es ou internes, ne réalisent que l'intervention au bloc opératoire, presque systématiquement sous anesthésie générale (AG), et ne rencontrent l'avortante que quelques instants avant qu'elle ne soit endormie. Pour elles et eux, le travail d'avortement est réduit à un geste technique dépourvu de sa dimension relationnelle, pourtant l'un des éléments principaux de la valorisation du travail par les professionnel·les occupant des postes dédiés. Certain·es internes enquêté·es, comme Raphaëlle et Laura en troisième année d'internat, réalisent des aspirations toutes les semaines mais n'ont en effet encore jamais fait de consultation d'IVG.

Surtout, pour les gynécologues-obstétricien·nes, l'IVG n'est pas une activité particulièrement profitable pour leur carrière : elle crée peu d'opportunités d'obtention de postes hospitaliers, d'activités de recherche et de valorisation universitaire. Les internes peuvent difficilement trouver un·e encadrant·e de thèse spécialisé·e en orthogénie qui soit gynécologue-obstétricien·ne, comme le regrette Samia (31 ans), qui termine sa dernière année d'internat, très attachée à participer au travail d'avortement mais attentive à ne pas être étiquetée comme « Madame IVG » pour ne pas se voir déléguer une trop grande part du travail d'avortement : « C'est difficile de faire carrière dans l'orthogénie. Tu as pas de professeur d'orthogénie, ou d'IVG. Tu as des professeurs de chirurgie-cancéro mais voilà ».

L'IVG apparaît donc comme une activité de second plan pour les gynécologues-obstétricien·nes. Les gynécologues-obstétricien·nes qui le peuvent mettent en place des stratégies d'évitement permettant, sans les refuser ouvertement et risquer de passer pour un·e anti-IVG – identité professionnelle aujourd'hui stigmatisée –, de ne pas avoir à faire les IVG, ou d'en faire le moins possible. J'identifie trois stratégies d'évitement du travail d'avortement par les gynécologues-obstétricien·nes.

La première, c'est *la mise en scène de l'incapacité*. Elle consiste à refuser la participation au travail d'avortement ou aux avortements « tardifs » en particulier, au nom d'un manque de compétence, de matériel (le service n'ayant pas de canules d'aspiration de diamètre assez grand pour pratiquer les IVG entre 14 et 16 SA) ou de l'absence d'autorisation administrative (un·e médecin voulant pratiquer des IVG médicamenteuses en libéral doit signer une convention avec un hôpital). Elle donne lieu à l'orientation de la femme en demande d'avortement vers un·e collègue ou un centre qui pratique les IVG ou le type d'IVG demandée (par exemple entre 12 et 16 SA). Je parle de « mise en scène » – sans présumer de l'insincérité –, car les médecins qui utilisent cet argument présentent l'incapacité comme rédhibitoire et incontournable. Les conventions avec les hôpitaux sont pourtant relativement

simples à établir pour des gynécologues spécialistes, le matériel manquant peut être commandé, les compétences peuvent être acquises. En entretien, avançant l'absence de compétence et de formation des gynécologues français·es en matière d'avortements « tardifs » pour justifier leur opposition à l'allongement du délai d'IVG, certain·es médecins enquêté·es en sont venu·es à faire l'hypothèse que les médecins hollandais·es, espagnol·es, anglais·es et suédois·es (et, maintenant, argentin·es et colombien·nes), qui pratiquent l'avortement à ces termes, seraient plus compétent·es que les médecins français·es. La pratique de l'IVG est paradoxalement présentée à la fois comme étant trop simple pour être intéressante et trop compliquée pour être pratiquée à des termes plus avancés.

La deuxième stratégie, c'est *la délégation du travail à l'avortante*, par l'imposition de la méthode médicamenteuse. Alors que les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) prévoient que les avortantes aient le choix de la méthode avant 9 SA et que l'avortement ne puisse être fait que par voie instrumentale au-delà, dans certains centres d'IVG, les médecins imposent la méthode médicamenteuse avant 9 SA (ou incitent très fortement à la choisir), quand d'autres l'imposent spécifiquement pour les IVG considérées comme « tardives ». Vincent (45 ans), un PH de gynécologie-obstétrique et membre du Syndicat des gynécologues et obstétriciens de France (SYNGOF), me raconte ainsi la prise en charge de l'IVG dans un hôpital où il a travaillé pendant des années :

« **Vincent** : C'est au choix de la patiente. Enfin au choix de la patiente... On fait des médicamenteuses classiques, où elle expulse, jusqu'à neuf semaines [d'aménorrhée]. Et sinon entre 12 et 14 semaines, le choix qui a été fait depuis tout le temps, depuis le départ [depuis la loi de 2001 allongeant le délai à 14 SA], c'est de faire expulser le fœtus, une fois que le fœtus a été expulsé on endort la patiente et on va lui faire un curetage où on va nettoyer la cavité du placenta qui reste. Alors c'est pas du tout consensuel et il y a pas beaucoup de centres qui font ça hein, globalement. [...]

Raphaël : Les patientes peuvent pas choisir ?

Vincent : Entre 12 et 14 [SA], non. » (Entretien du 9 janvier 2021)

Ce protocole particulièrement long et douloureux imposé aux avortantes et contraire aux recommandations des autorités de santé a pour but de déléguer aux femmes la responsabilité morale de l'acte – ce sont elles qui expulsent le fœtus et non le ou la médecin qui l'aspirent – et de réaliser le geste d'aspiration alors qu'il n'y a plus le fœtus dans l'utérus. La méthode médicamenteuse apparaît alors comme une manière pour les médecins de « garde[r] les mains propres » (Schnegg, 2007), au sens littéral comme figuré.

La troisième stratégie d'évitement est *la délégation du travail à des professionnel·les de la gynécologie* occupant une position plus dominée dans le champ médical. Il s'agit, d'une part, des généralistes, sages-femmes et gynécologues médicales qui occupent des postes dédiés à la pratique des IVG. Cela permet une délégation quasi-totale, nécessitant une

supervision minimale – voire nulle – de la part des gynécologues-obstétricien·nes. Elle présente toutefois l'inconvénient d'accroître les compétences revendiquées par ces groupes professionnels concurrents et de déléguer le pouvoir avec le « sale boulot » comme nous le verrons plus bas. Surtout, elle suppose d'y consacrer des moyens (recrutement de praticien·nes attaché·es ou de PH). D'autre part, ce sont aux internes, assistant·es et faisant fonction d'internes (FFI) de gynécologie-obstétrique que le travail est confié. L'opération étant jugée peu technique, la délégation du travail d'avortement à des médecins peu expérimenté·es et, une fois les premières IVG réalisées, non supervisé·es est une pratique extrêmement courante¹⁶. D'après une enquête par questionnaire menée en 2015 auprès de 420 internes en gynécologie, 84 % des internes en obstétrique et 70 % des internes en gynécologie médicale interrogé·es ont déjà pris en charge une IVG instrumentale¹⁷ (Vigoureux *et al.*, 2015). C'est souvent le premier geste appris au bloc opératoire et c'est aussi le premier réalisé en autonomie. Mais cette répartition du travail s'explique moins par les enjeux de formation que par la hiérarchie interne à la spécialité, qui distingue celles et ceux qui peuvent déléguer le travail d'avortement de celles et ceux qui ne peuvent ni le déléguer, ni le refuser sans coût du fait de leur position dans les rapports de pouvoir.

Dans *Boys in white*, Becker, Geer, Hughes et Strauss définissent la « *perspective* » des étudiant·es en médecine qui, amené·es à composer avec les mêmes injonctions contradictoires, développent des stratégies et comportements communs (1997 [1961]). La contradiction principale à laquelle ils et elles sont soumis·es, c'est la grande quantité de choses à apprendre et le temps limité dont ils et elles disposent. La solution qu'ils et elles y apportent consiste à concentrer leurs efforts sur ce qui touche à la responsabilité médicale et fournit de l'expérience clinique, au détriment d'autres éléments valorisés par la faculté (comme le savoir scientifique ou la curiosité intellectuelle). Il s'agit d'une perspective de court-terme, centrée sur la validation des stages pratiques. Cependant l'acquisition d'expérience clinique et l'avancée dans des degrés plus importants de responsabilité médicale que recherchent les étudiant·es se trouvent en butte à la lenteur de leur progression dans la hiérarchie des tâches (Becker et Geer, 1958). Les étudiant·es distinguent et valorisent les patient·es et les tâches selon le degré d'intérêt pour leur formation et cherchent à éviter le « *busy work* », les tâches répétitives et jugées peu intéressantes qui interfèrent avec leur

¹⁶ Ces pratiques de délégation du « sale boulot » dépassent le cas de l'IVG. Laura, une interne de 26 ans, me raconte que les patientes dont les médecins diplômé·es ne veulent pas – souvent les patientes âgées – sont concentrées sur une demi-journée nommée « consultations poubelles », confiée aux internes. Jean Peneff constate le même phénomène aux urgences : les médecins urgentistes délèguent les cas jugés peu intéressants aux internes, et confient, quand c'est possible, la supervision des internes à des médecins vacataires (2005b [1992] : 152).

¹⁷ Sachant qu'un tiers de l'échantillon est en première ou deuxième année d'internat, ce chiffre serait encore plus important si l'on ne considérait que les gynécologues à la fin de leurs études.

poursuite d'expérience clinique et de responsabilité médicale (comme le fait de faire les analyses de routine au laboratoire). Leur perspective est donc une perspective de formation avant d'en être une de soin, prenant en compte leur intérêt d'étudiant·e autant que (voire avant) celui des patient·es. La pratique des IVG apparaît clairement comme un « *busy work* » des internes de gynécologie-obstétrique. Passés les premiers mois de l'internat, lorsque le geste de l'IVG instrumentale n'est plus nouveau et que l'interne le réalise en autonomie, la perspective de gain d'expérience ou de responsabilité médicale est très faible, alors que l'intervention est chronophage. La pratique de l'aspiration se fait au détriment d'autres gestes à apprendre, d'autres blocs, considérés comme plus intéressants et formateurs. Christophe (68 ans, gynécologue-obstétricien, chef de service) me confie, gêné (« Je devrais pas vous le raconter »), qu'interne, quelques années après le vote de la loi Veil, il participait à une « compétition » entre étudiant·es pour convaincre les patientes en demande d'IVG d'accepter une opération de stérilisation.

« Et le matin au staff on venait et, fier comme Artaban, on disait : “- Hier, j'ai admis cinq IVG, il y en a trois qui acceptent une ligature de trompes !”, “- Ah bien joué !”. »

Cette compétition dont le succès est applaudi des collègues de Christian témoigne de l'instrumentalisation, par les internes, des avortantes et de leur culpabilité vis-à-vis d'un acte alors particulièrement stigmatisé :

« On évite la récurrence comme on appelait ça à l'époque, et les femmes, culpabilisées de leur demande – on est en 1975 – acceptaient cette mutilation-là. Et pour les internes c'était vachement bien parce qu'on faisait pas seulement une IVG on faisait aussi une cœlioscopie avec ligature de trompes. » (Entretien du 14 janvier 2021)

Le geste peu intéressant et méprisé de l'IVG est transmué en une « chirurgie noble » au bénéfice de l'interne.

Pour les internes, aujourd'hui, le refus explicite du travail d'avortement a un coût réputationnel, et la possibilité réelle d'utiliser la « clause de conscience » dépend de la bonne volonté des chef·fes de service, certain·es m'affirmant ne pas la tolérer et imposer aux internes qui refusent de faire des IVG de « sortir du programme opératoire », c'est-à-dire ne pas faire et donc ne pas apprendre la chirurgie, pourtant au cœur du métier de gynécologue-obstétricien·ne (« pas d'IVG, pas d'hystérectomie »). D'autres se montrent plus souples, et Violette (25 ans), interne de gynécologie médicale qui refuse de faire les IVG, raconte que « les chefs sont très compréhensifs », malgré une mauvaise expérience de stage dans un service d'obstétrique où on lui imposait non pas de réaliser les IVG mais d'y assister et de passer les instruments à la médecin diplômée.

Les médecins étranger·es FFI en gynécologie, à qui les médecins titulaires délèguent aussi le travail d'avortement, risquent de se voir refuser un poste ou le renouvellement de leur contrat de six mois s'ils et elles refusent de participer au travail d'avortement. Les deux seuls enquêtés (ex-)FFI de mon enquête, maintenant praticiens hospitaliers titulaires, en ont fait l'expérience. Étienne (49 ans, gynécologue-obstétricien, PH, maternité 2), originaire de Roumanie, me dit avoir été « forcé par le chef de service » à prendre en charge les IVG alors même qu'il souhaitait invoquer la « clause de conscience », par un chantage à l'emploi rendu possible par sa position précaire de médecin étranger sans poste. Il en va de même pour Adjilé (49 ans, gynécologue-obstétricien, PH, maternité 2), un médecin béninois :

« Au début, quand je suis venu en France, je savais pas comment dire non parce que dans le service tout le monde partageait... enfin... plutôt, c'est les FFI qui faisaient ça. Je pouvais pas dire non. Quand tu es en bas de la hiérarchie tu peux pas dire non. Ça peut être un motif de non-renouvellement. Je crois pas que j'exagère. Si tu es PH tu peux dire non. FFI tu peux pas. C'est une question de pouvoir. C'est difficile pour un jeune étranger de dire non je veux pas faire. Des fois quand tu cherches un poste on te demande ouvertement si tu fais ça. » (Entretien du 5 mai 2022)

Les nouveaux et nouvelles entrant·es du champ de la gynécologie intériorisent, en même temps que la norme de soutien au droit à l'IVG, leur place de subordonné·es dans la division du travail médical. Cette double socialisation se fait à la fois par des pratiques d'explicitation de la norme (« dans cette maternité, tout le monde fai[t] les gestes ») et par des mécanismes plus tacites liés aux structures du champ et à l'organisation du travail médical : l'avortement fait partie du travail routinier, parfois quotidien ou hebdomadaire, des gynécologues – en tout cas des plus dominé·es d'entre elles et eux. Le « sale boulot » leur est ainsi délégué, en particulier le travail abortif dès lors que l'hôpital où ils et elles travaillent ne dispose pas d'un·e professionnel·le occupant un poste dédié à la pratique des IVG.

Pour les gynécologues-obstétricien·nes diplômé·es, pas besoin, donc, d'invoquer une « clause de conscience » pour faire très peu, voire plus du tout, d'IVG. Adhérant à la norme professionnelle de soutien de principe au droit à l'IVG, ces gynécologues, réservé·es par rapport à une pratique qui les intéresse peu et souvent les rebute, prennent une position de réservistes, affirmant que si la situation l'exigeait, ils et elles pratiqueraient les IVG :

« T'en as surtout plein le cul (*rire*). Voilà, c'est surtout euh... là, tu me demanderais d'en faire, je te dirais c'est bon j'ai passé l'âge, quoi. Mais non pas que ça me fasse plus mal maintenant, j'en ai rien à faire. Mais c'est juste que ça m'intéresse pas. C'est fait, je sais le faire, c'est très important de le faire, mais maintenant mon métier est différent... Mais ça fait quand même partie de ma mission, donc voilà j'ai été appelé l'autre jour sur une IVG que l'interne n'arrivait pas à faire, je la fais, je me dis pas (*prend une voix criarde*) “oh la la ça fait très longtemps, j'ai vraiment pas envie”. Non, je la fais. » (Daniel, 40 ans, gynécologue-obstétricien, PH, entretien du 16 septembre 2020)

Comme Daniel, qui n'a réalisé qu'une IVG en plusieurs mois, ils et elles peuvent ainsi se distinguer (au double sens bourdieusien de différenciation et de hiérarchisation) des « objecteurs » et des « objectrices », sans avoir à pratiquer l'IVG (ou très ponctuellement) ni à refuser explicitement, endossant à peu de frais une identité professionnelle considérée comme « progressiste » (comme le dit un enquêté). Cette position a pourtant des conséquences importantes sur l'accès aux soins, et notamment sur le choix de la méthode d'IVG. La question de l'accès à l'IVG en France ne peut donc pas s'envisager à partir du seul refus total, explicite et assumé de participer au travail d'avortement – la « clause » cache la forêt – mais se doit d'inclure l'examen du continuum des réticences, notamment ordinaires et latentes.

C. Un boulot pas si sale ? Les bénéfiques professionnels de la prise en charge de l'avortement pour les dominé·es du champ

Le travail d'avortement est aussi réalisé par des généralistes, gynécologues médicales et depuis quelques années sages-femmes, cette fois non pas à la marge du reste de leur activité mais dans le cadre de postes d'attaché·es, d'assistant·es, de PH ou de stages d'internat, dédiés à l'orthogénie. À la différence des gynécologues-obstétricien·nes, ils et elles peuvent avoir un réel intérêt professionnel – matériel et symbolique – à prendre en charge les IVG.

1. Une étape (quasi-)incontournable dans la carrière des gynécologues médicales

Quand la loi Veil est votée, la spécialité de gynécologue est scindée en deux : l'internat de gynécologie-obstétrique, masculinisé et prestigieux, formant à une pratique chirurgicale, et le certificat d'études spécialisées (CES) de gynécologie médicale, féminisé, préparant d'abord à une pratique de gynécologie de ville. Pour celles qui ont passé le CES, mis à part dans les rares services parisiens consacrés à la gynécologie médicale, les vacations en centre d'IVG sont alors l'un des seuls moyens d'exercer une activité à l'hôpital et en équipe. Le CES est supprimé lors de la réforme de l'internat en 1984, puis renaît, cette fois comme spécialité d'internat, en 2003 à la suite d'une mobilisation conjointes de professionnel·les et de profanes. « Petite » spécialité, le nombre de places ouvertes au concours de l'internat augmente progressivement¹⁸. Cette histoire de la spécialité, la disparition de son cursus de formation et la lutte pour sa renaissance, retracée par Aurore Koechlin (2021), permet de comprendre que je n'aie rencontré que deux profils de gynécologues médicales sur mon terrain : les unes, proches de la retraite, occupant un poste

¹⁸ Dix places en 2007, 87 en 2022 contre 222 pour la gynécologie-obstétrique en 2022.

d'attachée ou, rarement, de PH en centre d'IVG, les autres, internes ou jeunes diplômées amenées à prendre en charge les IVG dans le cadre de leur stage ou d'un poste d'assistante.

Pour les médecins diplômé·es, avoir eu un poste d'assistant·e est une condition impérative pour pouvoir continuer une carrière médicale hospitalière ou universitaire, ou pour réaliser des consultations en secteur 2 en libéral, avec dépassements d'honoraires donc plus lucratives. Or, du fait d'une quasi-absence de services de gynécologie médicale, les postes d'assistantes de gynécologie médicale sont rares. Ils sont généralement constitués d'un mélange au dosage variable de trois activités distinctes : consultations de pathologie ou d'urgence gynécologique, d'orthogénie, d'assistance médicale à la procréation (AMP)¹⁹. Dans le cadre de mon enquête, j'ai réalisé des entretiens avec six assistantes de gynécologie médicale. Deux ont une activité mêlant vacations d'orthogénie et vacations de pathologie-urgence gynécologique, tandis que pour les quatre autres s'y ajoute une activité d'AMP. La participation à l'activité d'IVG et, pour quatre d'entre elles, l'organisation du service d'orthogénie (comme au CIVG 1), est la condition que pose le chef de service de gynécologie à l'accès à un poste d'assistante et à l'activité qui les intéresse (AMP ou pathologie gynécologique) : « Tu fais des IVG mais du coup tu as le droit de faire de la PMA », résume l'une d'elle (Sophie, 33 ans, gynécologue médicale, assistante). La participation à l'activité d'IVG n'est qu'une étape, nécessaire mais ponctuelle, dans leur carrière de gynécologue.

2. Le centre d'IVG comme lieu de formation à la gynécologie

Les internes de médecine générale et de gynécologie médicale ont tout intérêt à réaliser des stages dans un centre d'IVG où ils et elles peuvent apprendre des pratiques communes en médecine « de ville », à laquelle la plupart de ces internes se destinent. Dans cette perspective, ces stages sont décrits comme plus formateurs que ceux réalisés en service de chirurgie. Alison, l'interne de médecine générale du CIVG 3, se réjouit d'avoir obtenu ce stage qui a la réputation parmi les étudiant·es du CHU d'être à la fois utile et agréable. Tou·tes les co-internes de sa connaissance souhaiteraient le faire, mais seul un petit nombre parmi les mieux classé·es au concours de l'internat, comme elle, y ont accès puisqu'il n'y a que quatre places (quatre stages de trois mois) pour 100 internes de médecine générale par

¹⁹ L'AMP fait l'objet d'une lutte de juridiction entre gynécologie médicale et gynécologie-obstétrique dans laquelle se joue l'institutionnalisation de la première comme spécialité hospitalière. Bien que la course au développement des techniques d'AMP ait plutôt été remportée par des équipes de gynécologie-obstétrique (Koechlin, 2021) l'AMP reste l'un des principaux débouchés, particulièrement prisés, de la nouvelle génération de gynécologues médicales. Ainsi Olivia, interne en troisième semestre du CIVG 1, souhaite que son activité future soit consacrée à l'AMP quoiqu'elle n'ait encore jamais fait de stage qui l'ait amenée à en voir ou en faire lors de ses études.

promotion. Bien moins nombreuses, les internes de gynécologie médicale y ont un accès presque garanti, comme dans le CIVG 1 où toutes passent l'une après l'autre en stage dans le service, sans qu'aucune n'ait encore jamais refusé.

Ce ne sont pas tant les consultations et blocs d'IVG qui attirent ces étudiant·es, que tout ce qu'il y a autour : contraception, traitement des infections sexuellement transmissibles, examen gynécologique et frottis, échographie et, dans le CIVG 1, ponctuellement, hystéroscopie²⁰. Comme les internes de gynécologie-obstétrique, leur « *perspective* » (Becker *et al.*, 1997 [1961]) d'étudiant·es les conduit à favoriser les activités qui leur semblent les plus formatrices. Elles tentent de substituer ces activités aux consultations d'IVG, comme le font aussi des médecins diplômé·es et sages-femmes profitant de leur poste en centre d'IVG pour acquérir d'autres compétences valorisables : « contraception difficile » (Jérôme, PH de médecine générale du CIVG 3), retrait d'implant peu accessible (Sandrine, sage-femme du CIVG 1 et Jérôme), hystéroscopie (Juliette, assistante de gynécologie médicale du CIVG 1), sexologie (Lise, PH de médecine générale du CIVG 3), contraception masculine (Charlotte, PH de médecine générale du CIVG 3), etc. Cette recherche de diversification de l'activité se fait parfois au détriment de l'accès à l'IVG, comme l'affirment les infirmières du CIVG 1. « C'est un centre d'orthogénie ici, c'est la priorité ! », peste Armelle (infirmière, CIVG 1, 55 ans), lorsque le délai d'attente pour un rendez-vous pré-IVG s'allonge et qu'elle constate que les emplois du temps de la sage-femme et de l'assistante de gynécologie médicale sont chargés de consultations de contraception ou de suivi gynécologique ordinaire. Un jour que j'assiste aux consultations pré-IVG dans le CIVG 1, Laurence (65 ans, gynécologue médicale, praticienne-attachée) reçoit une femme en demande d'avortement dont il s'avère, à l'échographie, qu'elle a dépassé le délai depuis six semaines. Laurence part immédiatement à la recherche d'Olivia, l'interne en gynécologie médicale, qui observait un professeur de gynécologie réaliser des hystéroscopies. Invoquant son absence de formation officielle en échographie, Laurence enjoint à l'interne de refaire une estimation de l'âge gestationnel et, au passage, de finir la prise en charge – en somme, elle lui confie la tâche jugée désagréable de gestion émotionnelle d'un refus d'IVG. Olivia m'exprime sa frustration de passer à côté de consultations intéressantes pour gérer une banale demande d'avortement, confirme la mesure échographique et, désolée, annonce à la femme qu'elle ne pourra pas avoir d'IVG. Elle l'invite à se rendre dans la partie de la maternité dédiée aux consultations d'obstétrique pour entamer immédiatement son suivi de grossesse puis tente d'expliquer à la femme en larmes l'itinéraire à suivre dans les couloirs labyrinthiques de l'hôpital. Je propose de l'y accompagner – j'en profiterai pour mentionner la possibilité de se rapprocher du Planning

²⁰ Examen permettant de visualiser l'intérieur de la cavité utérine.

Familial et d'avorter en Espagne puisque les deux médecins ne l'ont pas fait – et Olivia, soulagée, me remercie avant de partir en courant vers la salle d'hystérocopie. Je retrouve Olivia un peu plus tard qui me dit être « dég'[oùtée] » : le professeur avait fini ses consultations d'hystérocopie quand elle l'a rejoint.

3. L'IVG comme moyen de promotion professionnelle pour les généralistes et les sages-femmes

Pour les professionnel·les plus dominé·es du sous-champ de la gynécologie que sont les généralistes et les sages-femmes, la prise en charge de l'IVG peut représenter le moyen d'une véritable promotion professionnelle : elle permet d'enrichir les tâches réalisées et d'accéder à des postes matériellement et symboliquement valorisés.

Au-delà de l'accès à la gynécologie, la pratique de l'IVG peut représenter une promotion technique, donnant accès au bloc opératoire et à des gestes considérés comme relevant de la chirurgie à des professionnel·les qui en réalisent rarement, ainsi que, de manière plus générale, à une activité hospitalière et collective, ce qui est plutôt rare pour les généralistes (au-delà de l'IVG, les généralistes peuvent trouver des postes hospitaliers aux urgences). Pour Mathieu (60 ans), généraliste attaché au CIVG 3, son poste est une réelle opportunité professionnelle :

« En med-gé', pouvoir travailler en équipe et en hôpital, c'est rare ! C'est génial. Le bloc, c'est un univers qui m'était interdit. » (Entretien du 7 juin 2022)

Sa collègue Charlotte (40 ans), PH de médecine générale, est fière de sa maîtrise du geste de l'IVG instrumentale, qui lui confère la reconnaissance de son chef de service et une place au sein de l'équipe des gynécologues-obstétricien·nes lors de son premier poste en maternité, avant qu'elle ne rejoigne le CIVG 3 :

« J'ai tout de suite été contente qu'on me fasse confiance sur un geste chirurgical. Et lui [le chef de service] qui a beaucoup de taf, dès qu'il a pu il s'est déchargé de ce travail sur moi. J'étais fière de pouvoir faire les IVG ». Elle aime travailler au bloc opératoire, ce qui n'arrive, pour elle, que pour les IVG : « J'aime le contact avec l'infirmière, l'aide-soignante, la patiente. C'est hyper gratifiant. Elles sont reconnaissantes. » (Entretien du 10 juin 2022)

L'acquisition de compétences techniques et de connaissances scientifiques procure des bénéfices symboliques pouvant aller jusqu'à l'invitation à siéger à la commission orthogénie du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), l'obtention de charges d'enseignement en faculté de médecine ou en école d'infirmière, l'invitation aux congrès de gynécologie-obstétrique nationaux et internationaux.

L'IVG permet tout autant un enrichissement des tâches pour les sages-femmes, rapprochant dans les centres d'IVG leur activité de celle des médecins. Pour Sandrine, sage-femme qui avait initialement rejoint le CIVG 1 pour les horaires de travail suite à son divorce et à l'obtention de la garde de ses deux enfants (« j'en avais marre de faire des gardes », « pour avoir des horaires de jour »), la possibilité de réaliser les consultations d'IVG a transformé sa place au sein du service, de l'équipe paramédicale vers l'équipe médicale. À son arrivée dans le centre en 2011, Sandrine rejoint le « roulement » des infirmières : installation des avortantes en chambre, prises de sang, prise du médicament abortif, programmation des interventions, à quoi s'ajoutaient deux demi-journées de consultation de contraception ou de suivi gynécologique. Quand la loi a permis aux sages-femmes de prescrire l'avortement médicamenteux, l'assistante de gynécologie d'alors – dont la mère est sage-femme – a insisté pour que Sandrine s'y forme. Pendant trois jours, elle a suivi les médecins en consultation, « comme un interne » précise-t-elle, puis est sortie du roulement des infirmières pour rejoindre celui des médecins : « Je fais la même chose qu'eux », dit-elle non sans fierté. Au sortir d'une de ses consultations à laquelle j'assiste, elle me raconte que, si « les médecins [la] considèrent comme eux », les infirmières, elles, n'ont pas apprécié cette promotion :

« Hiérarchiquement je suis au-dessus d'elles. Je me suis tapé l'obstétrique, tout ça. C'est comme la différence entre aide-soignante et infirmière. Bon ça a pris le temps de faire ma place. Mais d'un point de vue professionnel y'avait rien à dire, je suis impeccable. Elles ont des retours des patientes. Parce qu'il y en avait qui m'attendaient au tournant ! J'avais une responsabilité sur mes épaules comme si je représentais toutes les sages-femmes. » (Notes de terrain, novembre 2021)

C'est dans cette même perspective de promotion professionnelle qu'elle aimerait pouvoir pratiquer les IVG instrumentales.

Le centre d'IVG, un refuge pour les professionnelles paramédicales

La charge de travail limitée et les horaires avantageux sont les motivations les plus souvent invoquées par les aides-soignantes et les infirmières rencontrées pour justifier leur choix de travailler en centre d'IVG. Elles soulignent en particulier la compatibilité avec l'investissement dans le travail parental, comme le remarquait Laurine Thizy dans son article sur les « mères de famille au chevet des avortantes » (2023a). Virginie, comme ses quatre collègues infirmières du CIVG 1, l'affirme : « initialement on vient ici pour les horaires », « les week-ends et finir à quatre heures ». Pour Mireille, l'aide-soignante, c'est la seule raison pour laquelle elle ne demande pas de mutation alors que son travail en centre d'IVG lui pèse depuis deux ans et qu'elle regrette le contact avec les patient·es qu'elle avait dans son précédent poste en gériatrie : « Je voulais trouver autre chose mais ça me permet de voir ma fille le matin et le soir ». Au-delà des horaires, la moins grande intensité du travail est appréciée. Yéléna, infirmière, souligne la différence avec ses postes précédents en chirurgie traumatique et en chirurgie gynécologique : « La charge de travail est pas la même. Là-haut [en salle de naissance] parfois j'étais seule pendant huit heures, sans aide-soignante des fois. J'avais pas le temps d'aller aux toilettes ».

Certain·es médecins, parfois dès la fin de leurs études, obtiennent des postes de PH, de responsable d'unité d'IVG voire de chef·fe de service, « grâce » à l'IVG, ce que peu d'autres activités permettent à des généralistes. Cela vaut aussi pour ceux et celles qui ont suivi la filière dominée des études de gynécologie-obstétrique, à l'époque où le CES était distinct de l'internat. C'est le cas de Sylvie (66 ans), gynécologue-obstétricienne très investie dans les organisations professionnelles liées au travail d'avortement, qui explique qu'elle a été recrutée sur un poste de PH dans un hôpital réputé grâce à sa renommée en orthogénie (« j'avais l'étiquette d'avorteuse »), ce qui lui a permis de « sortir de la voie de garage du CES ». Sur les 38 enquêté·es occupant des postes dédiés à l'avortement, 19 ont un poste de PH titulaire – une enquêtée parle de « PH d'orthogénie » – dont sept médecins généralistes.

Il y a donc des rétributions de l'engagement professionnel autour de l'IVG, qu'il ne faut pas pour autant surestimer : les postes de PH, charges d'enseignement, directions d'unité, ne sont occupés que par une minorité des médecins qui occupent des postes dédiés au travail d'avortement – surreprésenté·es parmi mes enquêté·es, les autres occupant des postes de praticien·nes contractuel·les ou attaché·es moins rémunérés et valorisés. Ces possibilités de faire carrière, ajoutées au fait que les postes en centre d'IVG sont souvent occupés pendant de très longues durées voire pendant toute la carrière médicale, et qu'ils sont parfois disputés, confirme l'idée que le travail d'avortement est un « boulot pas si sale »²¹.

D. Le travail d'avortement aux pièces : ce que l'IVG (ne) doit (pas) à son mode de financement

Qu'en est-il de l'intérêt financier à prendre en charge l'IVG ? Si, il y a vingt ans, Jean Peneff reprochait à ses collègues sociologues de négliger l'aspect économique de l'activité médicale pour se concentrer trop exclusivement sur la relation médecin-patient·e (2005a), aujourd'hui, c'est peut-être le travers inverse qui domine dans le discours sur l'accès à l'avortement : le lien entre la non-rentabilité supposée de l'IVG et une offre de soins jugée trop faible est fréquemment affirmé, présenté comme une évidence ou justifié par des enquêtes antérieures aux revalorisations des tarifs de l'IVG (telles que Aubin *et al.*, 2009 ; Betala Belinga, 2010 ; Collet, 2011), y compris dans des travaux de sociologie, de démographie ou de droit par ailleurs d'excellente qualité (Marguet, 2014 : 26 ; Chaput *et al.*, 2022 : 3 ; Borel, 2023 : 160 ; Thizy, 2023a : 145). L'argument est aussi repris et diffusé

²¹ C'est ainsi que Camille François désigne le bureau des expulsions de l'administration préfectorale (2023 : 121). La réputation de « sale boulot » de ce travail jure avec l'attachement des employé·es à leur poste.

par des rapports publics. Ainsi le rapport d'information parlementaire déposé par la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes le 16 septembre 2020, ayant abouti à la loi du 2 mars 2022, affirme que l'IVG est « une activité insuffisamment rémunérée » à partir de trois arguments : un rapport de 2009 montrant l'insuffisance des tarifs (sans prendre en compte les revalorisations de 2008, 2009, 2013 et 2016) ; un témoignage d'une médecin affirmant que l'activité d'IVG instrumentale se pratique à perte pour les services hospitaliers ; le fait que le forfait de l'IVG médicamenteuse soit basé sur le prix du médicament en métropole et soit moins rémunérateur dans les départements et régions d'outre-mer où le médicament est plus cher (argument tout à fait juste mais qui ne s'applique qu'à une partie du territoire français). Les autrices du rapport concluent que « l'IVG est une activité réalisée à perte », ce qui « porte ainsi indirectement une atteinte à son accès » et explique « les délais d'attente notoirement trop longs pour obtenir un rendez-vous d'IVG en milieu hospitalier »²². Les données de mon enquête conduisent à plus de prudence sur cette question : non seulement l'avortement peut s'avérer rentable pour des prescripteurs et prescriptrices selon leur position dans l'espace professionnel et pour des hôpitaux selon leur taille, mais l'effet négatif de la non-rentabilité – le cas échéant – sur l'offre de soins est loin d'être mécanique.

1. En libéral : une activité lucrative pour les généralistes et les sages-femmes

L'intérêt financier à pratiquer des IVG en libéral varie selon la profession et la spécialité. La tarification de l'IVG est fixée réglementairement par décret. Elle a connu des revalorisations successives entre 1991 et 2016. Elle dépend de la méthode et des actes réalisés, qui sont entièrement gratuits pour les avortantes depuis 2016. Depuis la revalorisation de 2016, l'IVG médicamenteuse non hospitalisée et les actes réalisés dans le cadre de sa prise en charge rapportent 282 € à l'hôpital, l'IVG instrumentale sous anesthésie locale, 463,25 €, l'IVG instrumentale sous anesthésie générale, 603,59 €. En libéral, une fois retranché le prix du médicament, elle rapporte 100 € au ou à la médecin ou sage-femme.

²² L'argumentaire de l'effet de la trop faible rémunération de l'IVG sur l'offre de soins est d'ailleurs instrumentalisé par le Syndicat des gynécologues et obstétriciens de France (SYNGOF), s'opposant à l'allongement du délai d'IVG et à l'extension des prérogatives des sages-femmes au motif que la « cause racine » des difficultés d'accès à l'IVG serait le manque de ressources financières et humaines. Cet argument apparaît dans un communiqué en date du 6 octobre 2020 : « [Le rapport de la DREES] met aussi en évidence des territoires en tension où les modalités légales de l'IVG ne sont pas réalisables : un parcours de soins disponible et de qualité et le choix de la méthode par la femme elle-même. La cause racine de cet accès limité à un droit reconnu depuis 45 ans n'est pas dans le délai limite pour réaliser cette interruption, il est dans l'insuffisance en ressources humaines et financières pour réaliser en toute sécurité et sérénité ces gestes, qui quand ils sont réalisés dans de mauvaises conditions, ont des conséquences qui peuvent être dramatiques pour la femme. »

En libéral, la rentabilité de l'IVG ne peut pas être calculée comme à l'hôpital en comparant son tarif à son coût (car quel serait alors le coût ?). Elle n'a de sens que relativement aux revenus qu'un·e professionnel·le sait pouvoir tirer de son activité, qui varient selon la profession/spécialité et le secteur d'activité. Le forfait IVG est de 183,57 € (le prix du médicament payé par le/la professionnel·le est de 83,57 €), avec interdiction de dépassement d'honoraires, auquel s'ajoute le prix d'une éventuelle échographie. Le forfait rémunère, théoriquement, quatre consultations, chacune à hauteur de 25 € : la consultation de prise de contact, la consultation pré-IVG, la consultation de prise du médicament, la consultation post-IVG. Dans les faits, les professionnel·les interrogé·es réalisent une ou deux consultations, plus rarement trois, jamais quatre. Pour un·e professionnel·le conventionné·e en secteur 1, sage-femme, généraliste ou gynécologue touchant respectivement 23, 25 et 30 € pour une consultation classique, la rémunération de l'IVG peut être avantageuse. Pour un·e gynécologue spécialiste de secteur 2 réalisant des consultations pour 50, 70 € ou parfois plus, elle l'est moins. Or en 2020, 68 % des gynécologues spécialistes sont conventionné·es en secteur 2, pour 3,6 % des généralistes²³. Jeanne, médecin généraliste de 52 ans très engagée autour de l'accès à l'avortement, exerce exclusivement en libéral, conventionnée en secteur 1. Elle me dit réaliser autour de 150 IVG par an et me déclare un revenu net mensuel de 7000 € soit un revenu proche de la moyenne nationale des généralistes²⁴. Tou·tes les généralistes, et surtout les sages-femmes enquêtée·es réalisant des IVG en libéral en reconnaissent le caractère relativement lucratif. Si le nombre de sages-femmes pratiquant les IVG en libéral augmente si vite, ce n'est pas (uniquement) en raison de leur socialisation professionnelle ou politique, mais (aussi) parce que c'est une pratique *beaucoup* plus intéressante financièrement pour elles que pour les médecins, en particulier que les gynécologues spécialistes.

2. L'IVG surcotée : tricher pour rendre le travail d'avortement plus rentable

Certain·es pratiques permettent par ailleurs d'accroître les recettes générées par les IVG ou les revenus des médecins les pratiquant à l'hôpital. Les médecins libéraux et libérales en ville ou en clinique peuvent contourner l'interdiction de dépassement d'honoraires en ajoutant des actes ne faisant pas partie du forfait IVG, rendant l'activité lucrative, y compris pour des gynécologues spécialistes. Au chapitre 2, j'ai évoqué la trajectoire de Jacques, un gynécologue-obstétricien qui s'est vu fermer les portes d'une carrière hospitalière en raison de son engagement précoce pour l'avortement, avant la loi Veil. Il m'assure que, dans l'onéreuse

²³ Données de l'Assurance maladie.

²⁴ D'après la DRESS, le revenu d'activité moyen des médecins généralistes ayant une activité en libéral était de 7600 € par mois en 2017 (Dixte et Vergier, 2022).

clinique parisienne où il a travaillé, on trouve le moyen de « rendre l'IVG rentable », quoiqu'il se montre secret sur les manières de contourner la loi :

« **Raphaël** : Il me semble avoir entendu dire que pour l'IVG il y a une interdiction de dépassement d'honoraires.

Jacques : Oui, oui, il y a une interdiction de dépassement, après on l'applique, on l'applique pas...

Raphaël : Ah oui ? Comment on peut ne pas l'appliquer ?

Jacques : C'est un débat dans lequel je n'ai pas envie d'entrer.

Raphaël : D'accord... Vous, vous pratiquez des dépassements d'honoraires pour les IVG ?

Jacques : Pour les consultations, oui. [...]

Je reviens sur la question à la fin de l'entretien :

Raphaël : C'est rentable pour un médecin libéral de faire des IVG ?

Jacques : Ah oui !

Raphaël : Parce que j'ai entendu tout et son contraire sur le sujet.

Jacques : Si on applique strictement les honoraires, c'est pas rentable, ça c'est clair. On peut la rendre rentable parce que c'est tous les artifices de la médecine et de la cotation. Si vous cotez une échographie avant l'interruption de grossesse, une échographie après l'interruption de grossesse et pourquoi pas une échographie pendant l'interruption pour vérifier que tout va bien, vous faites payer à la sécurité sociale trois échographies. Alors qu'il y a besoin de zéro. On multiplie les gestes. Mais ça c'est pour tout. » (Entretien du 13 septembre 2021)

Dans une même logique, Dora (61 ans), une PH de gynécologie-obstétrique engagée pour l'accès à l'avortement, évoque des collègues obstétriciens qui ne se sont mis à pratiquer les IVG qu'une fois qu'ils avaient quitté l'hôpital public pour une clinique privée ou une activité libérale :

« J'étais la seule à en faire et quand ils se sont installés en libéral ils se sont mis à en faire parce que c'est un geste qui, quand même, reste un peu gratifiant financièrement, donc là, ils avaient plus trop trop d'états d'âme éthiques. » (Entretien du 1^{er} juin 2021)

Par ailleurs, à l'hôpital, il n'est pas rare de coder les IVG médicamenteuses à domicile comme étant des IVG médicamenteuses hospitalisées, dont le tarif est plus élevé. C'est une pratique systématique du CIVG 2.

Enfin, une pratique répandue visant à rendre le travail d'avortement à l'hôpital plus attractif pour les praticien·nes attaché·es, consiste à payer deux vacations (CIVG 3) voire trois (CIVG 1) pour le prix d'une, afin de rapprocher la rémunération en centre d'IVG de celle d'une activité libérale ou des médecins hospitalier·es titulaires²⁵. Cet arrangement n'est pas propre aux centres d'IVG, il existe dans d'autres marges du champ médical où les postes pérennes sont rares (peu ou pas de PH) et le recrutement difficile, à l'instar des services d'urgence ou les PASS (Geeraert, 2017). Quand le chef de service de gynécologie responsable

²⁵ Le revenu des vacataires est inférieur à celui des PH, et n'augmente que pendant huit ans et non tout au long de la carrière.

du CIVG 1 a décidé en 2018, après 20 ans de surpaiement des vacations, de revenir à une rémunération réglementaire, les trois médecins généralistes attaché·es ont démissionné. Laurence, gynécologue médicale attachée, étant la seule à ne pas avoir d'activité libérale à côté sur laquelle se rabattre, elle a été l'unique médecin à rester au centre d'IVG. Elle a tout de même négocié d'avoir son vendredi après-midi non travaillé quoique payé, et me dit gagner actuellement 5000 € bruts par mois.

3. L'avortement sous pression ? Des enjeux différenciés selon les hôpitaux

L'activité d'IVG représente-t-elle un enjeu financier pour les hôpitaux ? J'ai eu accès aux données comptables en matière d'IVG de huit grands hôpitaux de région parisienne. En 2019, ils réalisaient chacun entre 66 et 1100 IVG, et l'activité d'IVG représentait en moyenne 0,14 % de leur budget total. Une IVG et les actes afférents, en moyenne, était tarifée 446 €, avec des disparités entre les hôpitaux, de 373 à 596 € selon la répartition des méthodes utilisées²⁶. En termes de rentabilité, donc en comparant la recette au coût, on constate que l'activité d'IVG pour ces huit CHU est soit déficitaire, soit à l'équilibre. Prenons l'hôpital U, qui réalise 1100 IVG en 2019, pour une recette moyenne par IVG de 373 € (soit 410 300 € de recettes IVG totales). L'hôpital U dégage un bénéfice de 29 000 € (chaque IVG fait gagner 26 € à l'hôpital). Un second hôpital, l'hôpital H, réalise 679 IVG, pour une recette moyenne par IVG proche (376 €) – donc une répartition des méthodes d'IVG utilisées probablement similaire. Dans cet hôpital, l'activité d'IVG génère un déficit de 183 000 €, ce qui est à la fois important relativement aux recettes de l'IVG (chaque IVG fait perdre 270 € à l'hôpital) et très peu en regard du budget annuel total de l'hôpital H (0, 06 % du budget de près de 300 millions d'euros)²⁷. Un entretien réalisé avec le directeur financier de l'hôpital H permet raisonnablement d'écarter l'idée qu'il existerait une tentation à réaliser des économies en influençant l'activité d'IVG (en la réduisant ou en valorisant telle ou telle méthode) :

²⁶ On devine par exemple que l'hôpital avec 596 € pour tarif moyen d'IVG ne réalise peu ou prou que des IVG instrumentales sous anesthésie générale, ce que m'a confirmé un entretien mené avec le chef de service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital en question.

²⁷ Je n'ai malheureusement pas assez d'information sur ces hôpitaux pour tenter d'expliquer les différences de rentabilité par des différences organisationnelles. La comparaison des hôpitaux H et U laisse toutefois apparaître l'absence de lien mécanique entre méthodes d'IVG privilégiées et rentabilité. Les IVG y présentent un tarif moyen quasi-égal, suggérant une répartition des méthodes d'IVG proches (majorité d'IVG médicamenteuses) mais une rentabilité pourtant très différente. Il n'y a donc pas de lien mécanique entre type de méthode privilégié par un service et rentabilité. L'idée que tel service ne pratiquerait presque que des IVG médicamenteuses pour des raisons financières, fréquemment invoquée en entretien par des médecins militant·es dénonçant les pratiques de médecins qui le sont moins, me semble donc peu convaincante. Notons par ailleurs que, bien souvent, les services d'orthogénie ne sont pas uniquement financés par l'hôpital auquel ils sont rattachés mais aussi par le conseil départemental.

« On peut toujours avoir ce fantasme qu'il y a un critère économique qui va entrer en compte. Mais j'ai envie de vous dire on n'est pas aussi bons que ça. La question se pose quand les enjeux financiers sont gros, ce qui n'est pas le cas de l'IVG. C'est pas le fait de faire plus ou moins d'IVG qui va révolutionner nos marges. [...] Même si c'est déficitaire de quelques milliers d'euros, ça va pas attirer beaucoup d'enjeux médico-économiques, et de dialogue de gestion, et de cible contractualisée, et d'affrontements des médecins avec la direction qui va dire "Il faut plus ou moins d'activité", "Bah il faut donner plus de moyens !" etc. [...] Je ne l'ai jamais vu dans le cadre de ces réunions qu'on peut avoir avec les chefs de service où on négocie des cibles d'activité en disant ben voilà il faut que vous fassiez tant de telle activité si on veut boucler notre budget, j'ai jamais vu le moindre objectif contractualisé autour de l'IVG. » (Entretien du 7 juin 2021)

Pour un CHU, l'enjeu financier que représente l'IVG est faible en regard du risque politique que représenterait une tentative d'en contraindre l'activité. Preuve supplémentaire que les recettes des IVG ne font pas l'objet de stratégies financières de l'hôpital, ce directeur financier ne connaît pas la nature du financement de l'IVG (enveloppe budgétaire, T2A...) et, en se renseignant, réalise que personne à la direction des finances ne le sait. Je précise que cet enquêté est particulièrement disposé à m'aider dans ma recherche, et qu'il me semble peu enclin à me dissimuler des informations : jeune (35 ans), de gauche, l'un de ses amis est chercheur en sociologie, il me recommande par ailleurs le visionnage d'un documentaire ARTE dénonçant les violences obstétricales. Il est très transparent sur ses données comptables. Ses propos sont confirmés par les quatre responsables d'unité d'IVG à qui j'ai posé la question, qui me disent n'avoir jamais subi de pressions de leur direction liées au volume d'activité ou aux méthodes d'IVG employées.

Les enjeux financiers ne semblent donc pas un déterminant majeur de l'activité d'IVG dans les grands hôpitaux. La situation est différente pour les hôpitaux de plus petite taille. Dans le département du Buissonnois où se trouve le CIVG 2, une des cinq maternités a fermé il y a trois ans faute d'activité. Sur les quatre maternités restantes, une est menacée de fermeture et deux autres de fusion. Attester de leur utilité, à défaut de leur rentabilité, en maintenant un niveau d'activité suffisant, est un enjeu de survie. Dans ce contexte, elles ne peuvent pas se permettre de refuser d'organiser l'accès à l'IVG, et sont mêmes réticentes à déléguer cette activité. Plusieurs des généralistes et sages-femmes libérales du département ayant souhaité pratiquer les IVG en cabinet se sont plaintes en entretien de la difficulté à obtenir le conventionnement²⁸ leur permettant de le faire. Anna (39 ans), une des deux généralistes libérales du Buissonnois pratiquant les IVG, évoque la concurrence avec la maternité :

²⁸ Pour rappel, il s'agit de l'autorisation administrative permettant aux professionnels libéraux de s'orienter une avortante vers un hôpital proche en cas de complication.

« C’est pas une super ambiance avec l’hôpital. Ils nous ont laissé nous conventionner parce qu’ils ont pas le choix mais s’ils pouvaient garder toutes les IVG médicamenteuses ils le feraient. [...] Ils ont besoin de toute l’activité gynéco du territoire. » (Entretien du 13 mai 2022)

Dans le département du CIVG 3, Lise, médecin généraliste et responsable du centre, se rend une demi-journée par semaine pour pratiquer des IVG dans un petit hôpital d’une ville périphérique, menacé de fermeture du fait d’un manque d’activité : « Quand j’arrive, je suis attendue comme le Messie. Parce que ça va faire de l’activité », me dit-elle.

L’enquête menée amène à nuancer l’idée que la faible rentabilité supposée de l’IVG entraînerait un désengagement des médecins et des hôpitaux publics, et à poursuivre l’analyse des déterminants financiers de l’offre d’IVG. Elle montre l’intérêt financier des généralistes et sages-femmes libérales – et des gynécologues spécialistes lorsqu’ils et elles ajoutent quelques actes à la prise en charge – à pratiquer les IVG, la faiblesse des enjeux en regard du risque politique ou médiatique pour les grands hôpitaux pour lesquels l’IVG n’est qu’une goutte d’eau dans l’océan budgétaire, l’intérêt des petits hôpitaux, en concurrence avec les professionnel·les libéraux et libérales, à développer l’activité d’IVG. L’accès à l’avortement, comme la répartition des méthodes d’IVG, n’est pas qu’une question de moyens économiques, et cette recherche doctorale propose d’autres explications aux limites d’accès, telles que les choix d’allocation des ressources au sein du service (notamment les places au bloc opératoire), la faiblesse de la démographie médicale ou les préférences et réticences des médecins.

À rebours d’une image du travail d’avortement comme étant peu porteur professionnellement, mal payé, mal vu, les intérêts dans le travail diffèrent donc selon la position occupée dans le champ médical, et avec eux l’intensité de la participation au travail d’avortement. D’après un comptage réalisé par Sophie Gaudu, gynécologue-obstétricienne de l’Assistance publique des hôpitaux de Paris, 48 des 81 postes parisiens de praticien·nes en unité d’IVG étaient occupés par des généralistes, 19 par des gynécologues médicales ou obstétricien·nes, 14 par des sages-femmes en 2020²⁹. Or l’enquête qualitative menée dans cette thèse laisse voir que les professionnel·les qui occupent des postes dédiés à l’IVG – principalement des généralistes, donc – réalisent entre quelques centaines et plus d’un millier d’IVG par an, là où les gynécologues-obstétricien·nes sans poste dédié enquêtés en font tout

²⁹ Intervention au colloque « Parachever la loi Veil 46 ans après » du 8 décembre 2020, organisé par le Laboratoire d’idées Santé autonomie.

au plus quelques-unes dans l'année³⁰. C'est là un résultat important : celles et ceux qui réalisent le gros du travail d'avortement sont d'abord celles et ceux qui y ont intérêt. À ces variations de l'intérêt professionnel s'articulent celles de l'intérêt subjectif – des goûts et des dégoûts – exprimé, comme il s'agit maintenant de le montrer.

II. La production symbolique du sale boulot

Comme je l'ai rappelé en introduction, le « sale boulot » selon Hughes renvoie à des tâches peu valorisantes que les professionnel·les tentent de déléguer à des professions subordonnées. Leur faible valeur est liée à leur technicité limitée, mais aussi à leur caractère physiquement répugnant, dégradant, ou au fait qu'elles soulèvent des réticences d'ordre moral. Autrement dit, le « sale boulot » est avant tout un *boulot sale*.

Si l'intérêt à participer au travail d'avortement varie selon la position occupée dans l'espace professionnel, il en va de même pour les dispositions et indispositions à pratiquer les IVG. Le dégoût de la pratique des avortements est situé dans l'espace professionnel. Il s'agira ici d'en comprendre la prégnance dans les matériaux récoltés et de nuancer une vision par trop substantialiste en adoptant une approche dispositionnaliste et constructiviste des affects : si le dégoût médical du travail d'avortement a bien un substrat matériel (le « corps » fœtal), il est avant tout le reflet de normes contradictoires intériorisées par les médecins – différemment selon leurs socialisations à la fois professionnelles et non professionnelles. Surtout, l'expression du dégoût apparaît comme une pratique symbolique par laquelle les médecins et les sages-femmes prennent position publiquement sur l'avortement, et se positionnent dans un espace professionnel hiérarchisé : le boulot sale est avant tout le boulot des autres.

A. Malaise dans l'aspiration : quand le travail répugne aux médecins

Dans un premier temps du terrain, j'ai été frappé par l'intensité et la fréquence de l'expression du dégoût par les médecins. Cela s'explique en partie par le fait que la pratique

³⁰ Un mémoire de santé publique qui recensait tou·tes les médecins réalisant des IVG dans le secteur public en Bretagne en 2001 confirme ce résultat en indiquant que si les trois-quarts étaient gynécologues-obstétricien·nes, la moitié du volume d'IVG était réalisé par des généralistes ou des gynécologues médicales (Argaud, 2001). Le raisonnement est le même pour les praticien·nes en libéral : les chiffres de la DREES, qui montrent une proportion bien supérieure de gynécologues de spécialité pratiquant l'IVG en libéral par rapport aux généralistes (832 gynécologues spécialistes soit 10,6 % des gynécologues en activité, pour 662 généralistes soit 0,7 % des généralistes en activité, en 2019) (Vilain *et al.*, 2020), ne rendent pas compte du fait que les généralistes, qui ont dû réaliser une formation spécifique à l'IVG contrairement aux gynécologues spécialiste, y donnent une place plus importante dans leur activité. Si les chiffres du système national des données de santé sur lesquels la DREES s'appuie ne permettent pas de distinguer les IVG réalisées par les différentes spécialités médicales, elles montrent cependant que les sages-femmes réalisent près d'un tiers des IVG médicamenteuses en ville en 2021, et que leur nombre est en très forte augmentation chaque année (Breton *et al.*, 2022).

de l'avortement cristallise les contradictions entre deux principes normatifs fondamentaux de la gynécologie contemporaine. D'une part, le principe qui valorise le service des femmes et leur autonomie procréative, faisant du soutien au droit à l'IVG une quasi-obligation professionnelle comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent. D'autre part, celui qui valorise et humanise le fœtus, constitué comme un patient dans une large part de l'activité professionnelle des gynécologues, et vise, précisément, à « faire exister » le fœtus comme personne à la fois objectivement (en s'assurant de son développement) et subjectivement (aux yeux de la femme enceinte et de son éventuel conjoint) (Boulet, 2020). L'avortement apparaît comme un acte moralement ambigu – à différents degrés – aux yeux d'une large partie des enquêtées qui, sans remettre la légitimité de l'acte en cause pour autant, le décrivent avec le lexique du meurtre : « tuer », « trucider », « démembrer », « boucherie », « massacre », « décapiter », « j'ai l'impression de tuer quelqu'un en faisant une IVG », « on le tue, il faut dire ce qui est », etc. Pour ne citer qu'un exemple, représentatif de bon nombre des entretiens menés, Daniel, PH de gynécologie-obstétrique de 40 ans, athée, favorable au droit à l'avortement, qui a pratiqué des IVG pendant son internat, m'explique pourquoi, aujourd'hui qu'il est en mesure de déléguer ce travail, il ne le fait plus :

« Il faut que tu comprennes éthiquement ce qui se passe : t'as une grosse tête euh... t'as un gros corps euh... t'as une grosse aspi[ration], et t'aspirez ça par morceaux. Donc euh... donc euh... souvent on déconne parce qu'il faut déconner parce que moi, aspirer des bébés par morceaux, c'est pas ce que j'aime faire dans la vie. Parfois ça te fait réfléchir à la portée de tes gestes. Voilà, souvent je... tu... je dis bah j'irai pas au paradis tu vois euh... pour rigoler. Parce que euh... voilà, souvent tu comptes le nombre de morts et le nombre de vivants, tu vois, tu peux euh... ça c'est juste pour la blague, mais c'est juste pour te raconter ce qu'il peut y avoir intellectuellement. Voilà, quand tu fais cinq IVG tu as un déficit de moins cinq, tu vas pas au paradis, faut faire cinq accouchements pour rétablir. Donc euh... c'est sous forme de blague, mais c'est juste pour que tu comprennes aussi le boulot des gens qui font de l'orthogénie. »

Les agent·es évoluant dans un champ tendent à en intérioriser les structures et les règles. Cette tension normative qui traverse le champ gynécologique – au point qu'une enquêtée qualifie sa profession de « schizophrénique » dès lors qu'elle regroupe encadrement des avortements et des naissances – traverse aussi le corps des médecins, en s'exprimant sous la forme corporelle d'affects. Les réticences morales prennent une forme particulièrement prégnante dans l'enquête : l'expression d'un dégoût de la pratique des IVG instrumentales, en particulier à mesure que le terme de la grossesse se rapproche du délai légal. Le dégoût est exprimé dans la quasi-totalité des entretiens réalisés avec des gynécologues-obstétricien·nes et dans une partie de ceux réalisés avec des gynécologues médicales, médecins généralistes ou sages-femmes (« immonde », « ignoble », « glauque », « gore », « dégueu », « dégueulasse »,

« horrible », « hardcore », « trash », « digne de films d’horreur », « ça me dégoûte », « il faut avoir le cœur bien accroché », etc.) ou dans les grimaces et exclamations que j’observe parfois au bloc opératoire (comme dans la situation rapportée en exergue du chapitre). Les réticences les plus fortes sont exprimées au sujet des situations qui confrontent les médecins à la matérialité du fœtus : quand celui-ci est identifiable, qu’il atteint une certaine taille, que des organes s’ébauchent de telle sorte que les professionnel·les puissent plus facilement voir dans le produit d’aspiration un membre de l’espèce plutôt qu’un amas de cellule, quand la canule d’aspiration se bouche et qu’il faut utiliser une pince pour sortir les fragments de l’utérus, etc. En bref, pour reprendre la distinction faite par Dominique Memmi, les professionnel·les de la gynécologie sont plus « pro-body » que « pro-life » (2014 : 259). Pour autant, les aspirations de fausses couches (ou « grossesses arrêtées »), geste techniquement identique à celui de l’aspiration d’une « grossesse évolutive », ne provoquent pas la même répulsion, ni le même inconfort moral. Si le malaise s’ancre dans la matérialité des tissus, c’est bien le sens donné au geste qui fait du produit d’aspiration un « corps » embarrassant.

Le dégoût de la pratique de l’IVG s’exprime de manière particulièrement violente chez quelques médecins à l’habitus particulièrement « clivé » (Bourdieu et Sayad, 1964)³¹ entre la valorisation du fœtus et celle du droit des femmes à avorter, amené·es par leur position dans l’espace professionnel à réaliser des IVG. Au point que le travail d’avortement puisse être une réelle source de mal-être professionnel. C’est le cas de quelques médecins enquêté·es.

Estelle, à 36 ans, est cheffe de service de gynécologie-obstétrique dans la maternité 2, dans une préfecture en milieu rural. Elle est catholique pratiquante, se décrit comme féministe, me raconte les avortements clandestins de sa mère et de sa grand-tante dont celle-ci a failli mourir, et se dit très attachée au droit à l’avortement. Elle décrit la pratique des avortements comme la « partie noire de [s]on travail » dont elle n’est « pas très fière », immorale et nécessaire à la fois. De cette tension professionnelle découle une intense souffrance psychique qui ne l’a pas quittée depuis sa première IVG « tardive » pendant son internat :

« Donc je faisais mon geste, il y avait une musique qui passait et je peux plus l’écouter sans y penser. Ça me traumatise. Bon la canule se bloque, je tire, et ça sort d’un coup dans le vagin, le fœtus en entier, tout formé, de cette taille (*geste des mains*) avec ses p’tits yeux, ses p’tits bras, ses orteils. Le choc. Je suis restée sidérée. Avec ma canule. J’ai arrêté. Et j’ai vraiment compris ce que ça impliquait d’interrompre à ce stade. Le médecin il a vu que j’étais mal, il m’a dit de sortir. Je suis restée là, en dehors du bloc, les yeux grands ouverts, choquée, sidérée. Il est venu me voir après et j’ai fondu en larmes. Je me suis effondrée. Il m’a pris

³¹ « On observe ainsi qu’à des positions contradictoires, propres à exercer sur leurs occupants des “doubles contraintes” structurales, correspondent souvent des habitus déchirés, livrés à la contradiction et à la division contre soi-même, génératrice de souffrances » (Bourdieu, 2003 [1997] : 230).

dans ses bras – c’était quelqu’un de très doux, de très gentil – et il m’a dit quelque chose que j’ai retenu toute ma vie. Il m’a pas dit “C’est rien”. Il m’a dit “Tu t’y habitueras”. [...] J’ai passé le weekend à pleurer, à remettre en cause mon choix de faire gynécologie-obstétrique. J’ai appelé mon copain, mes parents, j’ai dit je peux pas faire ce métier, je suis devenue gynécologue pour donner la vie... Bon j’ai continué. » (Entretien du 29 avril 2022)

Elle me raconte ensuite son mariage, plus tard pendant ses études d’internat. Le lendemain de la fête, elle reprend le travail :

« On m’avait collée aux IVG. [...] J’ai passé la matinée à faire des IVG toute seule dans ma salle. Et j’ai pleuré toute la journée. Bon y’a l’après mariage, mais c’était vraiment la punition. Je rentrais, tout le monde me dis “Tu t’es mariée !”, je montre les photos, j’étais encore avec les étoiles (*rire*), les petits papillons, et là j’étais dans cette salle à faire les IVG. C’était horrible. C’est horrible. Tu vois (*rire*), c’est vraiment la sale partie de notre boulot. »

Des années et d’autres IVG « traumatiques » qu’elle a « occultées » plus tard, alors qu’elle est enceinte, elle se met à faire le même cauchemar toutes les nuits : « Je rêvais que j’accouchais et qu’on démembrait mon bébé. Qu’on l’arrachait. » Les cauchemars n’ont cessé qu’après qu’elle a eu consulté un psychiatre et rapproché ces songes de sa pratique professionnelle de l’avortement. Bien qu’elle occupe une position dominante dans le champ, Estelle ne peut pas mettre en place les stratégies d’évitement du travail d’avortement en l’absence d’interne – jusqu’à tout récemment, il n’y en avait pas dans son service – ou d’un autre hôpital à qui le déléguer. Chez certain·es enquêté·es, la valorisation du fœtus est incorporée dans l’habitus au point de se manifester la nuit, en rêve, comme une pensée réflexe et incontrôlée, y compris lorsque, dans la pensée consciente, l’attachement au droit à l’avortement et à la participation au travail d’avortement est fort. Ses dispositions sont en décalage avec sa position (qui lui impose de réaliser les IVG) et s’imposent à elle jusque dans son inconscient (Lahire, 2021).

Au cours de mon terrain, la souffrance de certain·es enquêté·es se traduisait par un désir de parler et leur forte implication dans l’entretien. Estelle, visiblement soulagée de parler pendant trois heures avec moi, en oublie son planning de consultation au point de prendre plus d’une heure de retard. Florence (54 ans), gynécologue-obstétricienne, me raconte les difficultés qu’elle a eues à réaliser les IVG après la loi de 2001 (allongeant le délai d’IVG de 12 à 14 SA) et le fait qu’elle-même ne pourrait pas avorter car elle ne pourrait pas « tuer [s]on enfant ». Elle préfère reporter une réunion professionnelle pour ne pas interrompre notre rencontre qui dure plus longtemps qu’elle ne l’avait d’abord prévu. Elle me raccompagne à la porte de l’hôpital et me dit les yeux humides d’émotion qu’elle ne regrette pas d’avoir accepté la demande d’entretien. La stigmatisation qui entoure non pas (seulement) l’avortement mais (aussi) l’opposition médicale à l’avortement, donne une portée cathartique à l’entretien anonymisé.

Ce n'est qu'une fois la thèse bien entamée que j'ai pu saisir deux aspects essentiels à la compréhension de la prégnance du dégoût : ses variations tendanciennes selon la position occupée dans l'espace professionnel ; la dimension pratique et stratégique de son expression. Une enquête menée par l'Association nationale des centres d'IVG et de contraception (ANCIC) dans trois centres d'IVG sur le thème « Plaisir et déplaisir dans la pratique des IVG et la planification » souligne, comme premier résultat, le fait que « la notion de PLAISIR existe et est assumée, voire, revendiquée par les personnes qui ont fait le choix d'exercer au sein d'une équipe d'un CIVG/CPEF »³². Ces propos font écho à un entretien réalisé par Carole Joffe, sociologue américaine spécialisée sur les enjeux de santé reproductive. Dans « The Struggle to Save Abortion Care », elle demande à des travailleurs et travailleuses d'*abortion clinic* pourquoi ils et elles continuent à pratiquer des avortements malgré les obstacles, les TRAP laws³³ et les menaces de mort de militant·es anti-avortements. L'un de ses interlocuteurs lui répond : « *Carole, there's joy in this work* » (Joffe, 2018). À deux reprises, Lise (52 ans), médecin généraliste responsable du CIVG 3, me dit : « Je suis une avorteuse heureuse ».

Dans l'enquête par entretiens comme dans les observations en centre d'IVG, le dégoût est davantage exprimé par les gynécologues de spécialité d'internat *a fortiori* obstétricien·nes que par les médecins généralistes – que j'ai plutôt interrogé·es dans un second temps de la recherche. Plus précisément, c'est la spécialisation objective et subjective dans le travail d'avortement – qui est le fait, bien plus fréquemment, de ces dernier·es que de gynécologues de spécialité d'internat – qui détermine le plus fortement le goût pour cette pratique. Ils et elles refusent l'humanisation du fœtus, préférant les termes « fœtus », « amas de cellule », « produit de grossesse » là où leurs collègues parlent de « bébé » et d'« enfant » en entretien. Lise, elle, se dit émerveillée à la vue des débris de fœtus : « C'est merveilleux de voir ce que le corps de la femme peut former. [...] Ça ne me dérange pas ». Plus tard, elle dira que voir « le fœtus dans la cuvette », c'est comme voir un sein avec un cancer qu'on enlève, qu'il s'agit d'un « fragment d'anapath' [anatomopathologie] ». Si les gynécologues-obstétricien·nes, les gynécologues médicales et les médecins généralistes ont une socialisation professionnelle à l'humanisation et à la valorisation du fœtus, son intensité varie. Elle s'opère non seulement par la formation mais par la pratique quotidienne pour les gynécologues spécialistes, elle est restreinte pour les généralistes au stage en gynécologie faisant désormais

³² *L'Écho de l'ANCIC*, janvier 2013.

³³ Lorsque l'interdiction pure et simple de l'avortement n'était pas permise du fait de *Roe v. Wade*, certains États ont mis en place des lois ciblant spécifiquement les *abortion clinics*, imposant de respecter des critères réglementaires et administratifs stricts, visant à rendre coûteuse, laborieuse et chronophage l'organisation des avortements. Ces lois sont désignées par leurs opposant·es sous le nom de TRAP (Targeted Regulation of Abortion Providers) laws, *trap* signifiant également « piège » en anglais.

partie du cursus de l'internat et lors d'éventuelles formations complémentaires en gynécologie ou de l'accompagnement ponctuel des femmes enceintes ou voulant l'être.

Le gore de l'enquête ? Observer l'avortement sans en être dégoûté

« Je suis désolé c'est *gore* hein mais en même temps tu travailles sur un sujet *gore* », s'excuse une enquêtrice après une description particulièrement graphique de son travail. Illustrons cette analyse des variations des goûts et dégoûts face au travail d'avortement par quelques mots sur mon expérience en tant qu'observateur. J'ai d'abord réalisé une unique observation d'IVG instrumentale dans le cadre de mon mémoire de Master 2. Il s'agissait d'une IVG sous anesthésie générale dans les grands blocs blancs des services de gynécologie-obstétrique (et non les petites salles de certains centres d'IVG). Une infirmière me demande si j'ai déjà été dans un bloc opératoire – non, je n'avais d'ailleurs que rarement été dans un hôpital avant cela – et installe un petit tabouret dans un coin, sait-on jamais, « ça fait souvent un choc la première fois ». Déjà, les lumières blafardes, les objets et instruments – compresses, dilateurs, pinces et tuyaux – l'avortante inerte et ses cuisses jaunes de désinfectant badigeonné me font un drôle d'effet vacillant. La vue du sang sur les dilateurs et, dès les premières secondes de l'aspiration, sur les parois de la canule achèvent de me faire tourner de l'œil. Au bord du malaise vagal, je m'assois sur mon tabouret attitré et, la tête entre les mains, je respire longuement pour ne pas m'évanouir, j'attends doucement que ça passe. Je ne suis l'IVG que de très loin.

Plus que l'avortement c'est le contexte du bloc qui m'a fait cet effet : je n'ai pas vu le moindre fragment fœtal, et mon malaise a débuté avant même l'opération³⁴. Par la suite, lors du terrain de thèse, je verrai une cinquantaine d'IVG instrumentales, jusqu'à 16 SA, sans jamais plus ressentir la moindre gêne, sans être heurté par l'extraction parfois bien visible du fœtus. Mathieu, au CIVG 3, dans une perspective pédagogique, m'invite à réaliser un « contrôle macro[scopique] » avec lui, c'est-à-dire, après la réalisation de l'IVG, à filtrer le contenu aspiré à travers un tamis et à le rincer afin de pouvoir en distinguer les différents morceaux. J'assiste également à un « fœticide » – le geste consistant à interrompre l'activité cardiaque du fœtus – dans le cadre d'une IMG pour détresse psychosociale. Loin du geste « sale » auquel je m'attendais au vu de l'horreur avec laquelle beaucoup d'enquêtées me le décrivaient, il m'a semblé, au contraire, particulièrement aseptisé : la recherche échographique du cordon ombilical (les formes étant peu lisibles pour un profane), une piqûre dans le ventre et l'injection d'un produit. Mon absence de dégoût, le trouble de ma première expérience au bloc mise à part, est peut-être un indice supplémentaire pour en comprendre les variations : je suis un homme, athée, politisé à gauche et favorable aux luttes féministes, sans socialisation obstétricale ni parentale à la valorisation du fœtus et tout à fait favorable à l'allongement du délai légal d'IVG, bref, je suis particulièrement disposé à ne pas être trop gêné par l'aspiration d'un fœtus – et ce d'autant plus que j'y ai plutôt intérêt pour mener à bien mes observations.

L'indisposition à pratiquer les IVG varie donc selon la position occupée dans l'espace professionnel. Il ne faut pas considérer les affects comme des réactions spontanées, irrépressibles et préréflexives, mais comme des pratiques telles que les définit Bourdieu : les affects reposent sur un équilibre entre conscience et mécanisme, réflexe et volonté, pouvant faire l'objet d'un travail émotionnel (Hochschild, 2017) ou d'une expression stratégique (Traïni, 2010).

³⁴ J'avais d'ailleurs eu une réaction similaire peu de temps auparavant lors d'une formation de la Croix-Rouge à la vue d'une fausse plaie sanguinolente particulièrement réaliste.

B. Au-delà de la (ré)pulsion : l'expression stratégique du dégoût

L'expression du dégoût a un rôle instrumental dans les luttes professionnelles qui traversent l'espace de l'avortement. Je précise que j'emploie les termes « instrumental » ou « stratégique » dans le sens où les mobilise la sociologie bourdieusienne. Ils désignent des actions qui, par la relation inconsciente entre un habitus et un champ, sont « objectivement orientées par rapport à des fins qui peuvent n'être pas les fins subjectivement poursuivies » (Bourdieu, 2002 : 119). Bien qu'elles concourent à faire advenir l'intérêt de l'individu, elles ne supposent donc pas le calcul cynique ni même l'intention délibérée (sans les exclure non plus).

Le dégoût étant, tout autant que le goût, un « terrain par excellence de la dénégation du social » (Bourdieu, 1979 : 9), il apparaît, en matière d'avortement, comme une forme particulièrement autorisée d'expression de réticences en ce qu'il permet leur naturalisation et leur universalisation. Réaction apparemment spontanée, préréflexive et impérative, elle permet aux individus qui l'expriment, en l'originant dans leur corps, de nier leur agentivité (c'est plus fort qu'elles et eux), la sociogenèse des affects étant moins visible que celle des normes morales ou religieuses. L'expression du dégoût substitue la répulsion physique aux réticences morales, la difficulté pratique (je ne *peux* pas) à l'opposition de principe à l'avortement et sa prise en charge (je ne *veux* pas) en réfutant l'existence d'un lien entre les deux (je *voudrais pouvoir*). Gage de bonne foi, elle est le signe qu'un·e médecin adhère à l'*ethos* de service des femmes jusqu'à s'en faire souffrir et permet de légitimer une faible implication dans le travail d'avortement, un refus des avortements « tardifs », une opposition à l'allongement du délai car, à la différence de l'opposition de principe ou du refus absolu de participer au travail d'avortement (la « clause de conscience »), elle n'implique pas d'endosser une identité anti-IVG jugée « rétrograde ». Autrement dit, le dégoût est la conséquence à la fois corporelle et rhétorique de la recomposition des réticences médicales face à l'avortement. Ainsi Catherine (63 ans, gynécologue-obstétricienne, PH) justifie son opposition et celle de son syndicat (le Syndicat des gynécologues et obstétriciens de France (SYNGOF)) à l'allongement du délai par le dégoût du geste qui ne relèverait pas, selon elle, de la morale :

« Rien dans l'opposition, c'est pas moral, c'est pas... voilà, mais c'est un peu difficile. [...] Pas du tout par réticence sur le principe de l'IVG, mais pour des raisons pratiques et pour des raisons de bah faut quand même avoir le cœur bien accroché quoi. »

L'expression du dégoût permet par ailleurs de légitimer les réticences en les présentant comme universelles. La tendance à l'essentialisation du vécu de l'avortement comme étant « toujours un drame » fait écho à une essentialisation du vécu du travail

d'avortement : l'existence de variations du dégoût est niée – sauf chez d'éventuel·les médecins militant·es « mithridatisé·es » (Christophe, 68 ans, gynécologue-obstétricien, chef de service) – et l'idée que « les politiques », « le législateur », « Albane Gaillot »³⁵, les « militantes hurlantes » du Planning Familial, le sociologue (« Vous n'avez jamais fait d'IVG, vous ! », « Je vous invite à venir voir, vous aurez du mal à rester dans le bloc opératoire »), devraient « avoir le courage » d'assister en personne à une IVG et en seraient nécessairement écœuré·es. En présentant la pratique des avortements comme intrinsèquement et donc universellement dégoûtante, ces professionnel·les font de leur position particulière une vérité générale (Bourdieu, 2012). Le fait de réaliser un « sale boulot » nécessaire au fonctionnement de la société fonde l'affirmation d'une connaissance supérieure de ses enjeux et la revendication d'une liberté dans la manière de le prendre en charge. Hughes en rend compte dans « Good people and dirty work » lorsqu'il évoque le travail du gardien de prison :

« le petit gardien de prison, se justifiant ainsi fièrement de certaines de ses pratiques les plus douteuses, dit : “Si ces réformateurs et ces gros bonnets là-haut devaient vivre avec ces oiseaux comme je le fais, ils réviseraient bientôt leurs idées stupides sur la direction des prisons.” » (2010 [1962] : 29).

Ce double effet du dégoût (naturalisation et universalisation) permet de se dédouaner ainsi du jugement porté – en niant qu'il en soit un – tout en revendiquant une connaissance de l'avortement qui serait uniquement accessible par l'expérience intime et affective, non pas de son recours mais de sa pratique, et qui fonde leur légitimité à prendre position politiquement sur les modalités possibles de l'IVG. Invoquer le dégoût ressenti par les autres permet, en outre, de suggérer le caractère problématique de l'avortement, ou de certaines de ses modalités, sans s'engager personnellement (puisque ce sont les autres qui ressentent) : on évoque la sage-femme qui vomit dans un bac, les panseuses qui pleurent, la jeune collègue enceinte qui ne supporte pas d'assister aux IVG, etc.

Si les différentes manifestations du malaise sont donc aussi prégnantes dans les discours des médecins autour du travail d'avortement, au-delà d'une socialisation professionnelle qui les y dispose, c'est bien parce que les affects, dans les jugements et dilemmes moraux, ont une fonction disculpatoire (Caveng *et al.*, 2018). L'expression des émotions peut ainsi faire l'objet d'une stratégie (Traïni, 2010), consciente ou non. En empruntant cette idée à la sociologie du militantisme afin d'éclairer celle des professions, on peut montrer que le dégoût – non pas le fait de le ressentir, mais de le publiciser – est une pratique de pouvoir symbolique. Si les gynécologues-obstétricien·nes sont aussi massivement

³⁵ Députée porteuse du projet de loi d'allongement du délai d'IVG.

opposé·es à l'allongement du délai d'IVG³⁶ c'est parce que, en plus d'être un acte moralement trouble, l'IVG présente particulièrement peu d'intérêt pour elles et eux et les place dans une position de prestataires de service qu'ils et elles n'apprécient pas, comme on l'a vu. Dans son communiqué d'opposition à l'allongement du délai légal d'IVG, le CNGOF, institution savante de la profession, écrit :

« À 16 SA, la longueur de l'embryon est de 120 mm (85 mm à 14 SA), et la tête fœtale est ossifiée. Pour réaliser ces IVG tardives, il est nécessaire de dilater plus encore le col utérin au risque de créer des lésions définitives, responsables d'accouchements prématurés. Les gestes de dilacération fœtale nécessaires au-delà de 14 SA peuvent être source de complications maternelles. La profession a décidé de communiquer très ouvertement, sans euphémisation, sur les gestes qui lui seront demandés de manière à faire comprendre sa position au grand public et aux parlementaires ».

Afin de justifier leur prise de position (c'est-à-dire leur opposition), les représentant·es du CNGOF n'utilisent pas un vocabulaire ouvertement moral invoquant, comme avant 1974, l'intérêt fœtal. Ils et elles font le choix de la description transparente (« sans euphémisation ») du corps fœtal (sa taille, l'existence d'une tête) brutalisé (« dilacération »), au risque ou dans le but de susciter la répulsion chez les lecteur·ices.

L'expression fréquente et intense du dégoût en entretien a pu avoir la même fonction instrumentale : légitimer son opposition à l'allongement du délai à partir d'arguments qui ne sont pas explicitement moraux, gagner le sociologue à sa cause en le dégoûtant de la pratique de l'IVG, et se présenter sous un jour valorisant, non pas comme un·e médecin qui fait en sorte de ne plus ou presque plus faire d'IVG, mais pour quelqu'un qui accepte le sacrifice d'en faire ponctuellement ou d'en avoir fait. Les médecins interrogé·es ont pu se sentir d'autant plus autorisé·es à me tenir ce discours qu'ils et elles pouvaient reprendre les éléments de langage que leur Collège, leur syndicat, ou que quelques gynécologues renommé·es tenaient dans la presse.

Cette pratique de dégoût prosélyte est condamnée par les plus militant·es des médecins interrogé·es, dont plusieurs critiquent le communiqué du Collège. C'est le cas de Marion, (35 ans, PH), gynécologue-obstétricienne et militante féministe :

« Tu as lu l'article du CNGOF ? “Dilacération fœtale” et tout ça ? [...] C'est très choquant. Qu'une société savante en gynécologie obstétrique écrive ça, c'était vraiment hallucinant, c'était un discours anti-avortement. [...] C'était limite on envoie aux députés des photos de fœtus mort à 13 semaines pour choquer l'opinion publique. » (Entretien du 9 octobre 2020)

³⁶ Dans un sondage du Collège national des gynécologues et obstétriciens de France d'octobre 2020, 72 % des 783 gynécologues-obstétricien·nes interrogé·es se disent défavorables à l'allongement du délai. Par ailleurs, l'Ordre des médecins, l'Académie de médecine et le Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France ont chacun publié un communiqué s'opposant à ce projet de loi.

Gaëlle (42 ans, médecin généraliste, PH), responsable d'un centre d'IVG, alors qu'elle-même reconnaît ressentir un certain malaise lors de la pratique des IVG « tardives » (qui ne l'empêche pas d'occuper un poste de responsable de centre d'IVG et d'en pratiquer plusieurs chaque semaine), réproouve le fait de rendre public le dégoût qu'ont des médecins de l'IVG car elle craint que cela ne conforte la position des opposant·es au droit à l'avortement :

« Au moment où c'était discuté à l'Assemblée ou au Sénat, les journalistes nous appellent en disant... il y en a une qui m'a dit une fois, avec un air complètement... mais elle avait l'air mal : "C'est vrai ce qu'il a dit, Monsieur Nisand [le président du CNGOF à l'époque] ? Il m'a dit que on arrachait les bras". Et elle-même elle était perturbée parce que le type lui avait fait peur avec des horreurs, quoi. Mais c'est vrai que c'est une réalité, en fait, moi la première fois que je l'ai fait pour une grossesse tardive – 14 semaines, hein, un truc normal – bah j'étais un peu étonnée parce que j'avais pas réfléchi au truc à l'avance, je m'étais pas dit... Je vois passer un bras, une jambe coupée du reste du corps ou parfois tu peux avoir aussi le fœtus qui commence à... t'es obligé de tirer un peu dessus, ça coupe en deux, tu vois. C'est sûr que t'es pas là en train de te marrer en faisant ça, tu te dis pas, c'est cool, et puis tu le racontes pas. [...] Moi je fais en sorte de choquer personne parce que... Parce que voilà, j'ai envie que ça reste possible quoi. » (Entretien du 12 juillet 2021)

Pour des médecins spécialistes de l'IVG, comme Gaëlle, l'expression d'un éventuel dégoût doit se faire en coulisses, et non publiquement, dans la salle de bloc ou dans les médias. Exprimer ou taire son malaise participe à façonner les représentations de l'avortement, mais aussi celles des professionnel·les qui le pratiquent. Les positions occupées dans l'espace professionnel ne participent pas seulement à déterminer des dispositions (à être plus ou moins, ou pas du tout, dégoûté·e) mais aussi des intérêts différents à dire son dégoût ou au contraire à l'euphémiser, voire à mettre en avant l'attrait du travail d'avortement.

C. Salir le boulot des autres

Les travaux portant sur l'analyse sociologique et anthropologique du dégoût ont montré qu'il était avant tout un dégoût (du goût) de l'autre, l'expression d'une distance sociale (Bourdieu, 1979 ; François, 2014 ; Lignier et Pagis, 2014). Pour les professionnel·les dont le métier les place au contact des individus les plus socialement dominé·es tel·les que le personnel paramédical, les travailleuses et travailleurs sociaux ou les pompiè·res, elle est une émotion « mixophobe » traduisant l'urgence à se séparer, à maintenir la distance symbolique par une barrière matérielle – par exemple des masques et des gants – (Memmi *et al.*, 2016). Mais le dégoût exprimé dans le cadre d'un travail ne se comprend pas seulement par rapport à l'objet du dégoût en lui-même (ici, le geste d'aspiration du contenu utérin dans le cadre d'une grossesse évolutive), mais par rapport aux autres professionnel·les chargé·es de réaliser ce travail. La constitution du travail d'avortement comme un « sale boulot » résulte aussi des

rapports matériels et symboliques de pouvoir qui traversent l'espace professionnel et d'un processus actif de dévalorisation du travail par les professionnel·les dont il ne représente pas le cœur de l'activité.

On peut analyser le champ gynécologique comme une « écologie » au sens où l'emploie Andrew Abbott (1988). L'écologie (gynécologique) comprend des professions (maïeutique, médecine générale, gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique), des territoires juridictionnels (l'orthogénie, le suivi gynécologique, le suivi de grossesse, la chirurgie, l'obstétrique pathologique, l'obstétrique physiologique) qui recoupent des territoires spatiaux (bloc opératoire, hôpital, cabinet, centre d'IVG...). Dans ce territoire, la chirurgie est la « place forte » (*heartland*) des gynécologues-obstétricien·nes. Ils et elles sont réticent·es à laisser accéder les autres professions au bloc opératoire et à leur reconnaître une compétence chirurgicale, et celles et ceux-ci n'en revendiquent pas la juridiction car elle est trop peu accessible pour être objet de luttes (comme l'écrit Goethe : « Les étoiles, on ne les désire pas »)³⁷. À l'inverse, la pratique de l'IVG appartient aux « zones frontalières » (*boundary territories*) accessibles aux différents segments, qui en revendiquent la maîtrise et en font les lieux privilégiés des « guerres des territoires » (*turf war*) et « conflits de juridiction ». C'est parce que le travail d'avortement a été construit à la portée – c'est-à-dire à la frontière – des différents segments qu'il occupe une place disproportionnée dans les luttes professionnelles au regard de son importance symbolique (par rapport à la chirurgie ou à l'obstétrique, par exemple)³⁸. Le travail d'avortement n'est pas seulement un travail partagé par les différent·es professionnel·les de la gynécologie à l'intersection de leurs juridictions professionnelles, il est aussi ce par quoi (ou l'un des éléments par lesquels) ceux et celles qui le pratiquent accèdent au territoire.

La pratique de la gynécologie des généralistes et des sages-femmes est aujourd'hui bien ancrée. La suppression du CES de gynécologie médicale en 1984 a en effet ouvert la porte à un transfert de compétences vers les généralistes, autorisé·es à pratiquer des actes relevant de la gynécologie et de l'obstétrique. Depuis 2017, les internes de médecine générale doivent réaliser un stage en gynécologie ou en pédiatrie. D'après une revue de la littérature médicale citée par Florence Douguet et Alain Vilbrod, 8 à 23 % des suivis gynécologiques des femmes sont assurés par des médecins généralistes (Guyomard, 2018). Quant aux sages-femmes, l'extension de leurs compétences au-delà de la grossesse est initiée par la loi n°

³⁷ Une manière de promouvoir l'accès des sages-femmes à l'IVG instrumentale a notamment été de minimiser son caractère « chirurgical » (en préférant le terme « instrumental », par exemple).

³⁸ Ce phénomène – le poids des interactions qui se déroulent aux frontières des juridictions dans les dynamiques professionnelles – a été identifié par Abbott qui invite à concentrer l'attention sur les « choses-des-frontières » plutôt que sur les entités (les « frontières des choses ») (Abbott, 1995a : 553-555 ; Jouvenet, 2022).

2009-879 du 21 juillet 2009 qui les autorise à conduire des consultations de contraception et de suivi gynécologique, prescrire des contraceptifs hormonaux, poser des dispositifs contraceptifs sous-cutanés et intra-utérins et, sous réserve de suivi de formation, pratiquer des échographies gynécologiques (Borel, 2023 : 308). Pour autant, leur statut de professionnel·les autonomes de la gynécologie est moins assuré que celui des gynécologues-obstétricien·nes et médicales, car leur spécialisation en gynécologie n'est pas consacrée par le concours de l'internat. Pour les sages-femmes comme pour les généralistes, le travail d'avortement est une activité supplémentaire par laquelle exercer la gynécologie et endosser une identité valorisée de gynécologue. En entretien auprès de médecins généralistes ou de sages-femmes ayant une part d'exercice en libéral, une des principales motivations mentionnées au fait de commencer à pratiquer les IVG est que cela permet d'attirer des patientes, venues initialement pour une IVG puis restées pour l'ensemble de leur « carrière gynécologique » (Koechlin, 2021). Jérôme, PH de médecine générale en centre d'IVG a même l'espoir, grâce à son investissement pratique et scientifique en orthogénie – par des publications ou des encadrements de thèse –, d'obtenir un poste de professeur d'université en gynécologie médicale³⁹. Cette entrée dans la gynécologie par la poterne (diplôme universitaire de gynécologie et travail en centre d'IVG) est surveillée par les gynécologues de spécialité d'internat. Ainsi, le fait qu'une médecin généraliste ayant une vacation au CIVG 1 se désigne comme gynécologue sur la plaque de son cabinet libéral soulève les critiques de ses collègues gynécologues médicales qui considèrent qu'elle usurpe ce titre médical. Si les médecins qui se spécialisent dans l'avortement subissent parfois les marques de mépris de leurs confrères et consœurs gynécologues de spécialité d'internat, c'est moins parce qu'ils et elles font des avortements que parce qu'ils et elles sont par ailleurs des dominé·es du champ (généralistes) qui se frottent – spatialement et symboliquement – aux dominant·es, en investissant non seulement l'activité gynécologique mais les services hospitaliers et parfois les charges d'enseignement universitaire ou les revues scientifiques, plutôt qu'en en restant isolé·es dans les cabinets et la médecine de ville.

Dès lors, la délégation et, symétriquement, le fait de se saisir du travail d'avortement sont au cœur du « travail des frontières » (Abbott, 1995a) en gynécologie. En évitant le travail d'avortement pour se concentrer sur des tâches plus prestigieuses et qui n'entraînent pas la contradiction des deux normes professionnelles identifiées (intérêt des femmes – valorisation des fœtus) comme la PMA, la médecine fœtale ou l'obstétrique, les gynécologues-obstétricien·nes créent un appel d'air pour d'autres acteurs et actrices du territoire de la gynécologie. Comme on l'a vu au chapitre précédent, dans les années qui ont suivi la

³⁹ Ce qui, à ma connaissance, ne s'est encore jamais vu pour un médecin généraliste.

légalisation de l'avortement, le refus initial de nombreux chefs de service de gynécologie-obstétrique d'organiser l'activité a conduit les directions d'hôpitaux à la confier à des médecins généralistes souvent issu·es des MLAC et politisé·es à l'extrême gauche. Profitant de la relative autonomie que le retrait des gynécologues hospitaliers leur conférait, des médecins militant·es ont développé une réelle contre-culture médicale dans les centres d'IVG, subvertissant certaines normes et hiérarchies hospitalières au sein même de l'hôpital. Réalisant leur erreur, les gynécologues de spécialité qui s'y refusaient ont peu à peu intégré ces centres à leur service, prenant le contrôle du travail, « monopolisant le monopole » médical de l'avortement (Bourdieu, 1993), et substituant une délégation contrôlée du travail à l'abandon pur et simple du territoire professionnel. Cette intégration du travail d'avortement à la gynécologie leur permet de contrôler les pratiques et protocoles, le choix des professionnel·les auquel·les le travail est délégué, et de revendiquer l'expertise en matière d'avortement. Elle leur impose en contrepartie de pratiquer les avortements quand il n'y a personne à qui les déléguer. Intégré, même à la marge, à l'activité du gynécologue spécialiste, le travail d'avortement n'est plus stigmatisant⁴⁰, et peut devenir un moyen de promotion professionnelle pour les plus dominé·es qui le réalisent.

La reproduction de la domination des gynécologues-obstétricien·nes sur le champ professionnel est dès lors prise dans des injonctions contradictoires. Ils et elles doivent renforcer la « place forte » de leur territoire professionnel (la chirurgie et l'obstétrique pathologique) par une accumulation importante de capital technique qui les distingue des autres segments professionnels. Cela requiert l'acquisition et l'entretien de compétences de plus en plus poussées et spécifiques, la pratique d'actes de plus en plus complexes, ce qui suppose d'y consacrer un temps de formation et de travail important. Pour maintenir ou développer leur maîtrise des actes les plus complexes dans un contexte de baisse de la démographie médicale, ils et elles doivent déléguer une partie du travail de gynécologie en dehors de leur spécialité. Ce faisant, ils et elles donnent la clé du champ aux segments concurrents, déléguant une partie du pouvoir avec le travail. Pour revendiquer l'appartenance de l'avortement au territoire des gynécologues (pour le contrôler) et le déléguer (pour ne pas avoir à le faire) sans pour autant faire des égaux et égales de ceux et celles à qui on le confie, il faut le dévaloriser, en faire de la sous-gynécologie. D'où la propension des gynécologues-obstétricien·nes qui ne font pas, peu, plus ou temporairement (pour les internes) les IVG, à *salir* le travail d'avortement. Cela passe par la négation d'un savoir expert spécifique et de toute compétence technique nécessaire, d'une part, et, d'autre part, par l'affirmation publique

⁴⁰ À l'inverse, on l'a montré, c'est son refus affiché qui l'est.

de son caractère répugnant : de même que le dégoût des autres est une manière de signifier une distance sociale, le dégoût de leur travail impose une distance professionnelle.

« Un chimpanzé peut le faire », me dit Julie, assistante de gynécologie-obstétrique de 31 ans, quand je l'interroge sur l'extension de la prérogative aux sages-femmes. La plupart des enquêté·es de gynécologie-obstétrique posent comme une évidence l'absence de technicité du geste de l'IVG instrumentale. Il ne s'agit que de réussir à interrompre la grossesse et non d'être capable de le faire vite, avec peu de saignements, en minimisant la douleur et les risques de complications, en rassurant l'avortante et en maîtrisant les différentes méthodes possibles pour lui en laisser le choix. L'IVG ne nécessitant pas – ou très peu – de compétences, elle ne peut pas être bien ou mal faite, et peut donc être confiée à des internes de gynécologie-obstétrique en premier semestre d'internat qui ne le feront pas plus mal qu'un·e autre.

Cette idée est largement battue en brèche par les observations réalisées. Comme je le détaillerai dans le chapitre suivant, il existe bien des avortements mieux réalisés que d'autres, des professionnel·les plus compétent·es que d'autres : les internes de gynécologie-obstétrique, comme d'ailleurs leurs chef·fes qui ne réalisent des IVG que ponctuellement, le sont très souvent bien moins que les généralistes occupant des postes dédiés. En niant la compétence requise, les gynécologues-obstétriciennes ne reconnaissent pas le capital technique, et plus spécifiquement les compétences chirurgicales, acquis par les généralistes, sages-femmes ou gynécologues médicales *via* le travail d'avortement. De même, en niant l'existence d'une expertise spécifique, les gynécologues-obstétricien·nes et leurs institutions savantes et représentatives peuvent revendiquer le monopole de la parole publique sur la question au nom de leur maîtrise de la gynécologie : des gynécologues qui ne pratiquent que ponctuellement des IVG seraient ainsi plus légitimes à prendre position dans les débats qui entourent l'allongement du délai que des médecins généralistes spécialisé·es dans l'avortement.

Cette perspective éclaire sous un autre angle la relative homologie entre position (dans l'espace professionnel) et (in)disposition face au travail d'avortement. Les professionnel·les tendent à rendre valorisant ce qu'ils et elles valorisent c'est-à-dire, par adéquation des positions et des dispositions, ce qui est au cœur de leur activité professionnelle et dont la valorisation les valorise en retour. Autrement dit, le travail d'avortement est montré comme technique et plaisant ou à l'inverse, rudimentaire, dépourvu d'intérêt et dégoûtant, selon qu'il occupe une place centrale ou non dans l'activité du locuteur ou de la locutrice. Ainsi ceux et celles, principalement généralistes, qui se spécialisent dans le travail d'avortement et y dédient une large part de leur activité professionnelle, tentent de subvertir les représentations négatives de leur travail en affirmant avec force son attrait. Face au malaise de leurs

collègues, ils et elles font de leur aisance autant que de la technicité du geste de l'IVG, en particulier « tardive », un signe d'expertise et un élément de distinction professionnelle. À rebours de gynécologues-obstétricien·nes qui participent ponctuellement au travail d'avortement (comme Daniel, PH de 40 ans, qui considère qu'« aspirer une vie c'est pas quelque chose d'excitant, quoi. Sauf si t'es psychopathe »), ils et elles décrivent leur plaisir à tenir la canule et requalifient les aspirations d'IVG à des termes avancés comme intéressantes plutôt que répugnantes. C'est le cas de Mathieu (60 ans), généraliste attaché au CIVG 3 :

« **Raphaël** : Ça te gêne pas de faire les IVG entre 14 et 16 ?

Mathieu : C'est pas que ça me gêne pas, c'est que j'adore ça ! L'autre jour il y a Guillaume [chef de service] qui en parlait avec Charlotte, qui ne voulait pas la croire qu'elle aimait faire ça. Non non, j'ai aucun état d'âme.

Raphaël : Au niveau du geste...

Mathieu : Non. Ça t'amène à plus de qualité technique. Moi je suis manuel, un peu bourrin. J'adore suturer, enlever des implants, les petits actes chirurgicaux. J'enlève un truc, bah ici c'est pas un appendice enflammé, mais c'est pareil, il y a un truc, tu l'enlèves, la patiente va mieux. Même état d'âme. » (Entretien du 7 juin 2022)

Charlotte (40 ans), sa collègue PH de médecine générale, y est tout aussi disposée et en tire une grande fierté :

« J'ai tout fait toute seule. J'étais fière. J'étais contente d'en faire une, avec la loi qui passait, à l'ANCIC tout le monde en parlait : "T'en as fait ? T'en as fait ?" Ça s'est super bien passé. Il y a pas de différence avec les 14 semaines. »

Ce qui est un « sale boulot » pour les dominant·es du champ, ces spécialistes de l'avortement, qui en font leur métier, en proposent une lecture valorisante en mettant en avant le service des femmes ou la compétence que cela requiert et se ménagent ainsi une place à part entière dans l'espace professionnel de la gynécologie.

À l'inverse, les professionnel·les de la gynécologie pour lesquels le travail d'avortement n'occupe qu'une place marginale dans leur activité – principalement les gynécologues-obstétricien·nes – vont tenter de limiter la promotion symbolique que sa prise en charge confère aux groupes professionnels concurrents. En dévalorisant techniquement, moralement et, quelque part, esthétiquement le travail délégué par leur expression visible de désintérêt et de dégoût, ils et elles ajoutent la domination symbolique à la domination matérielle et professionnelle. Les professionnel·les qui considèrent et diffusent la représentation de la pratique de l'avortement comme un travail sale, inintéressant ou immoral, sont celles et ceux qui peuvent se le permettre, c'est-à-dire celles et ceux qui ont d'autres manières de valoriser leur activité au sein de laquelle la pratique des avortements n'occupe pas ou peu de place. Par la dévalorisation du travail, ils et elles montrent que celui-ci ne les

définit pas⁴¹. À ce titre, les internes de gynécologie-obstétrique, dominé·es futur·es dominant·es, intègrent les structures du champ dans lequel ils et elles occuperont une position de domination. Quoiqu'ils et elles ne puissent que difficilement échapper à la pratique des IVG qui leur est déléguée pendant leur internat, la socialisation anticipatrice dans leur groupe de référence (Merton *et al.*, 1957) les amène à dévaloriser de concert avec les obstétricien·nes diplômé·es un travail qu'ils et elles n'auront plus à faire à l'avenir.

Une autre manifestation du rôle symbolique du dégoût dans la division morale du travail en gynécologie est le décalage, parmi les médecins les plus favorables à l'avortement, entre la valorisation active du travail qui est généralement le fait de médecins généralistes, et la réticence à le présenter comme intéressant ou plaisant par les gynécologues-obstétricien·nes. Ces dernier·es condamnent le conservatisme de leurs confrères et consœurs d'internat, sans participer à la promotion symbolique du travail d'avortement pour autant : ce n'est pas dans cette pratique qu'ils et elles fondent leur valeur professionnelle, attestée à la fois par leur spécialité d'internat, et par le reste de leur activité réalisée dans les secteurs les plus valorisés du champ gynécologique (chirurgie, obstétrique). C'est le cas de Marion (35 ans, PH), gynécologue-obstétricienne et militante féministe. Spécialisée en médecine fœtale, sa position dans la division du travail médical l'amène à ne plus jamais faire d'avortements. Elle critique les réticences morales de ses collègues et banalise le geste de l'avortement sans le valoriser. Elle le compare à un autre geste médical particulièrement « dégoûtant » : le retrait à la main d'un fécalome⁴².

J'ai montré qu'une des dimensions de la socialisation médicale était l'intériorisation par chacun·e de sa position dans le champ médical et des hiérarchies entre les positions. Elle consiste également en une incorporation de dispositions affectives envers les différentes tâches professionnelles. La socialisation professionnelle émotionnelle des étudiant·es en médecine les amène à contrôler ou à supprimer certaines réactions émotionnelles dont l'expression est jugée comme contraire au professionnalisme – par exemple face à la nudité, face à un cadavre, face à la mort, face aux fluides corporels, etc. (Fox, 1979 ; Hafferty, 1988, 1991) et pour apparaître comme « solides » plutôt que « vulnérables » (Crowe et Brugh, 2018)⁴³. Les internes en gynécologie-obstétrique n'apprennent pas à taire leur dégoût du travail d'avortement, encore moins à aimer cette partie de leur travail, mais sont au contraire

⁴¹ Dans une logique comparable, l'ethnographie des urgences réalisée par Jean Peneff laisse voir que la manipulation des corps sales s'accompagne de l'expression visible de dégoût pour celles et ceux dont ça n'est qu'une part marginale du travail. Il prend l'exemple du dégoût exprimé par un kinésithérapeute faisant expectorer un patient (2005b [1992] : 68).

⁴² Accumulation de matière fécale sèche dans le rectum.

⁴³ Cette idée est particulièrement développée par Kelly Underman dans son analyse de l'apprentissage du toucher vaginal par les étudiant·es étatsunien·nes (2022).

exposé·es au rejet exprimé par leurs chef·fes, à la différence des internes de médecine générale formé·es en centre d'IVG auprès de professionnel·les volontaires et spécialisé·es dont certain·es voient d'un mauvais œil les démonstrations d'écœurement. Les médecins, notamment pendant leur internat, apprennent quelles activités apprécier et quelles activités mépriser. De la même manière que les membres des classes supérieures apprennent à aimer le champagne et à dédaigner le mousseux, les gynécologues-obstétricien·nes apprennent à trouver peu intéressant et plutôt dégoûtant le travail d'avortement. Faire les IVG par devoir, tout en les dédaignant, est un rapport au travail d'avortement qu'on pourrait qualifier d'aristocratique. Le goût et le dégoût des différentes activités médicales classent, et classent – dans les hiérarchies professionnelles – le médecin qui classe⁴⁴.

L'expression du dégoût est donc à la fois le reflet des structures du champ et une pratique de pouvoir à part entière, d'autant plus efficace que celui ou celle qui l'exprime est doté·e en capital symbolique. Les gynécologues spécialistes bénéficient d'une reconnaissance de légitimité sur la question et d'un accès à la parole publique qui n'est pas lié à leur compétence technique et scientifique en matière d'avortement mais à leur position dominante dans le champ médical (Bourdieu, 2001). Preuve de ce pouvoir d'imposition de leur vision du travail d'avortement, les rapports publics et les travaux de sciences sociales participent parfois à diffuser l'idée que le travail d'avortement aurait, *dans l'absolu*, peu de valeur professionnelle, prenant les discours des dominant·es pour la réalité. Cette perspective tombe dans un double écueil : d'abord, en adoptant un point de vue trop domino-centré (plutôt que *relatif* comme y invite Anne-Marie Arborio) qui passe sous silence d'autres intérêts et visions du travail d'avortement résultant de positions différentes – moins dominantes – dans le champ. Ensuite, en adoptant une perspective substantialiste (plutôt que relationnelle) du « sale boulot », c'est-à-dire en considérant que c'est parce qu'il serait intrinsèquement un *boulot sale*, soit, ici, dégoûtant, peu technique, peu intéressant, professionnellement peu porteur ou mal payé, qu'il serait délégué. Le fait que l'expression de « sale boulot » ait un usage émique, par des professionnel·les enquêté·es donnant sens au travail d'avortement, à sa délégation et à leur propre position dans les hiérarchies professionnelles, doit d'ailleurs inciter à la prudence dans son utilisation analytique. C'est une catégorie indigène, mobilisée dans le cadre d'une « lutte de classement » (Bourdieu, 1979). Il faut l'utiliser dans une approche relationnelle (conflictuelle) et dynamique (évolutive et historicisée) des pratiques de travail et de classement du travail, ainsi que je l'ai redéfinie en introduction et mobilisée ici, au risque, sinon, de réifier le social, d'essentialiser les hiérarchies et les divisions du travail, d'en faire un obstacle plutôt qu'un outil d'analyse. Le sens donné au travail d'avortement n'est pas le

⁴⁴ Pour paraphraser Bourdieu : « le goût classe, et classe celui qui classe » (1979).

même selon la position occupée dans l'espace professionnel, mais aussi selon le contexte national, et selon l'époque. La démonstration menée ici laisse voir que ces caractéristiques négatives supposées du travail d'avortement ne sont pas seulement la cause mais aussi le produit de la délégation et des pratiques de distinction professionnelle qui l'accompagnent. Les professionnel·les de la gynécologie se distinguent donc autant par ce que chacun·e – selon sa position dans le champ – fait ou peut faire que par la manière dont il ou elle le fait. Les luttes professionnelles autour du travail d'avortement sont autant techniques que symboliques. Elles ne se réduisent pas à la délégation d'un travail dégradant mais aussi, et peut-être davantage, à la dégradation d'un travail délégué.

D. Contrôler la délégation : l'opposition des gynécologues à l'accroissement des compétences des sages-femmes

Un enjeu corollaire de contrôle du territoire professionnel, au-delà de la valorisation et dévalorisation du travail, c'est la délimitation des prérogatives de chacun·e. Lors de mon enquête, l'accroissement des compétences des sages-femmes en matière d'IVG a été discuté à l'Assemblée puis, le 2 mars 2022, voté, malgré l'opposition d'une large frange des gynécologues et de leurs institutions représentatives.

Profession médicale à responsabilité limitée depuis 1948, la maïeutique est une profession dominée à l'hôpital (Schweyer, 1996), les sages-femmes perdant leur autonomie et étant mises sous la tutelle des obstétricien·nes dans la seconde moitié du XXe siècle (Douguet et Vilbrod, 2021). Elles ne peuvent prescrire des soins ou médicaments que dans le domaine « eutocique », c'est-à-dire celui de la physiologie par opposition à la pathologie, réservée aux médecins (Borel, 2023). Les médecins des trois spécialités enquêtées sont aujourd'hui majoritairement opposé·es à l'accroissement des compétences gynécologiques des sages-femmes, avec un effet d'âge, les plus jeunes médecins étant plus ouvert·es à la collaboration (Douguet et Vilbrod, 2021).

Dans la continuité de leur élargissement de compétences en gynécologie, les sages-femmes sont autorisées en 2016 à pratiquer les IVG médicamenteuses, puis, en 2022, instrumentales. Les sages-femmes orthogénistes rencontrées avant le vote de la loi y étaient très favorables. Si le projet de loi met en avant l'intérêt que cela représenterait pour les femmes, accroissant l'offre d'IVG et répondant en partie au problème des déserts médicaux en matière d'avortement, les sages-femmes enquêtées y voient aussi, ou surtout, un intérêt de diversification de leur activité et d'expansion de leur territoire professionnel. Alors que pour les médecins généralistes qui s'investissent dans le travail d'avortement, la reconnaissance de

leurs compétences est un enjeu individuel, ou à l'échelle du groupe des orthogénistes, plutôt que de leur spécialité médicale d'internat, il s'agit bien, pour les sages-femmes, d'un réel enjeu corporatiste de reconnaissance et d'autonomisation de la profession. Floriane (39 ans), sage-femme travaillant en centre d'IVG, très favorable au vote du projet de loi, m'explique les différentes raisons qui motivent cette position :

« Il y a des sages-femmes qui sont motivées pour faire de l'IVG instrumentale parce que ça a du sens pour les femmes, qu'elles comprennent l'intérêt pour les femmes de développer l'offre de soins par rapport à l'IVG, pour avoir accès à l'IVG. Il y en a d'autres qui veulent faire l'IVG instrumentale pas trop par militantisme – mais j'ai envie de dire c'est pas grave du moment qu'on prenne en charge bien les femmes – mais plus parce que du coup, d'un coup on devient chirurgien. Alors que bon, on sera pas chirurgien, mais c'est... comme c'est l'IVG chirurgicale il y a un petit côté... C'est bien de dire, je vais au bloc. Enfin, tu vois même si c'est pas vraiment... enfin on incise pas, et puis on fait déjà des actes de chirurgie hein, les sages-femmes, on fait des épisiotomies, qu'on recoud, on fait des délivrances artificielles, révision utérine, tu sais quand le placenta ne vient pas à l'accouchement, bah on va chercher le placenta dans l'utérus... Donc on fait déjà des gestes intra-utérins. On fait déjà des petits gestes chirurgicaux, pour retirer un implant par exemple il faut inciser. Bon c'est des p'tits gestes chirurgicaux qu'on fait déjà. Mais là, c'est quand même un truc de “On passe au bloc”, quoi. La sage-femme passe au bloc. Sur des interventions (*insiste*) *programmées* avec des femmes (*insiste*) *endormies*. Tu vois, c'est quand même un truc. C'est d'ailleurs pour ça que certains médecins disent... Bah ils disent non, quoi. Parce que ça les embête de voir que les sages-femmes peuvent prendre un peu... » (Entretien du 7 juillet 2021)

L'accès à l'IVG instrumentale, plus que l'IVG médicamenteuse, représente une promotion symbolique pour les sages-femmes en en faisant des opératrices au bloc opératoire. D'où les résistances des gynécologues-obstétricien·nes qui voient dans l'accroissement de compétences des sages-femmes – *a fortiori* dans l'accès au bloc – une invasion de leur juridiction, une agression professionnelle (« Les sages-femmes, on leur donne la main elles prennent le bras », me dit une obstétricienne représentante syndicale), en plus de craindre leur départ des salles de naissance déjà sous-dotées en personnel. Ce résultat confirme l'analyse présentée dans cette section : la pratique des IVG est un enjeu de pouvoir, et il ne s'agit pas, pour les dominant·es du champ, de déléguer le travail n'importe comment et à n'importe qui, sauf à perdre une partie du contrôle sur les règles, les droits d'entrée, la délimitation des prérogatives au sein du territoire gynécologique. « Je préfère encore que ça soit une médecin généraliste qu'une sage-femme qui fasse les IVG », s'est entendu dire Magali (52 ans), une généraliste qui pratique les IVG dans un centre de planification, par une gynécologue-obstétricienne hospitalière. Alors même que la plupart des gynécologues-obstétricien·nes souhaitent éviter d'avoir à pratiquer des IVG, l'accroissement des compétences des sages-femmes divise. Les propos tenus en entretien par Vincent (45 ans), représentant du SYNGOF, sont éclairants :

« Ça veut dire que les sages-femmes elles-mêmes vont se retrouver prescriptrices vis-à-vis des anesthésistes qui vont endormir les patientes. Ou en tout cas être là en... Enfin voilà autour d'elles il faut quelqu'un pour les encadrer, si ça se passe mal et qu'il y a besoin d'un recours. Et on a l'impression que... comment dire... En fait c'est vrai qu'on les imagine pas trop au bloc opératoire. En train de faire leurs trucs. Toutes seules. Et avec les gynécologues qui vont être obligés de rattraper des choses un peu compliquées pour des dossiers qui ont été gérés du début à la fin par des sages-femmes. [...] Il y a des glissements de tâches. Après il s'agit de savoir qui fait quoi, on est des professions réglementées, c'est-à-dire qu'on a des diplômes qui sont parfois un peu embêtants à passer, que ce soit sages-femmes ou non, on a des obligations [...], mais on a aussi une protection. C'est-à-dire que ce qu'on est autorisé à faire... tout est cadré, quoi. Chaque profession doit faire ça, ça, ça. Et donc, voilà, avec les sages-femmes parfois sur les bords ça peut être un peu compliqué, et quand on arrive sur l'orthogénie, les savoir au bloc opératoire... Bon j'avoue que ça a un côté pratique aussi, parce que les IVG, aux termes où elles seraient autorisées, avant 12 semaines par curetage, à beaucoup d'endroits quand même j'avoue que c'est... bah c'est les internes qui font. À défaut on va dire que c'est les gens qui sont pas gynécologues-obstétriciens, et sinon c'est les gynécologues-obstétriciens quand les autres sont pas là. Il faut savoir que c'est un geste qui est extrêmement répétitif. Il faut... Voilà c'est... Et puis ça a un côté un peu ingrat. [...] Donc c'est vrai que ça aurait un côté pratique si les sages-femmes pouvaient le faire, là, j'avoue. Mais vu le contexte, vu l'opposition pour le moment entre... au niveau syndical entre les deux professions je pense que c'est compliqué de leur lâcher ça quoi. » (Entretien du 9 janvier 2021)

Un membre influent du CNGOF me résume : « Si elles veulent être médecin, elles n'ont qu'à faire médecine ». Valorisant la sélection scolaire et sociale que les médecins doivent traverser, il clôt le sujet en affirmant que « l'apprentissage d'un geste chirurgical ça ne fait pas partie de l'épuration d'une sage-femme ». Ce rappel à l'ordre symbolique et professionnel repose sur une tentative pour transfigurer un rapport de force en rapport de sens afin de le légitimer : si les sages-femmes ne doivent pas faire d'IVG instrumentales c'est, de manière tautologique, parce qu'elles ne sont pas faites pour ça (et non parce que les médecins veilleraient jalousement sur leurs prérogatives). Il s'agit que chacun·e « reste dans son cœur de métier, c'est-à-dire [pour les sages-femmes] la naissance » comme se voit répondre Pauline (36 ans), sage-femme orthogéniste, par son chef de service quand elle demande à faire les IVG instrumentales, autrement dit, que chacun·e reste à sa place. L'Académie de médecine, le CNGOF, le SYNGOF, dans leurs communiqués, s'opposent ainsi à l'accès des sages-femmes à l'IVG instrumentale⁴⁵.

Cette opposition des médecins et en particulier des gynécologues-obstétricien·nes n'est qu'un épisode de plus de la lutte pour/contre l'évolution de la profession de sage-femme. L'Ordre des médecins, le SYNGOF et le CNGOF ont en effet activement, publiquement et continuellement pris position contre les nouvelles compétences des sages-femmes, ainsi que

⁴⁵ Communiqués du 10 octobre 2020 de l'Académie de médecine, du 2 octobre 2020 du CNGOF, du 6 octobre 2020 du SYNGOF.

contre l'expérimentation des maisons de naissance centrées autour d'elle (Douguet et Vilbrod, 2021 : 186)⁴⁶. Alors que le ministère de la santé lance le 22 juin 2016 une campagne intitulée « 6 bonnes raisons de consulter une sage-femme », dans la semaine qui suit, six organisations représentant les gynécologues, dont le CNGOF et le SYNGOF, publient un communiqué commun dénonçant « une campagne qui suggère que consulter une sage-femme est identique en termes d'accès aux soins à consulter un médecin, alors que le niveau de formation et de compétences sont loin d'être les mêmes » et niant le fait que l'extension de leurs compétences puisse combler les déserts médicaux. Le président de l'Ordre des médecins réagit personnellement dans une lettre ouverte, opposant l'expertise des généralistes, gynécologues médicales et obstétricien·nes à celle des sages-femmes⁴⁷. Un an auparavant, le président du SYNGOF publiait un article : « Une sage-femme n'est pas un gynécologue »⁴⁸. Floriane s'en souvient. Evoquant la levée de bouclier des médecins quand « on a eu le droit de faire de la gynéco », elle déclare :

« Tu as les médecins qui... il y a plein de médecins qui ont dit mais parce qu'on du coup il y a un côté on marche sur leurs plates-bandes enfin tu vois et d'un coup on était vraiment... c'était n'importe quoi, on allait tuer les femmes ! (*rire*). » (Entretien du 7 juillet 2021)

Les oppositions médicales ne sont pas homogènes, et les généralistes sont, en moyenne, plus favorables à l'accroissement de compétence des sages-femmes que les gynécologues de spécialité. Dans le volet médecin de l'enquête Fécond réalisée en 2010, 68 % des généralistes enquêté·es sont favorables à ce que les sages-femmes puissent prescrire la pilule contraceptive pour 42 % des gynécologies spécialistes⁴⁹. Les résultats de l'enquête qualitative permettent d'étendre ce constat à la pratique des avortements. En entretien, si l'opposition des gynécologues était parfois tempérée par l'opportunité de délégation du travail d'avortement qu'ouvre l'accroissement des compétences des sages-femmes, c'est la reconnaissance d'une égale compétence et une solidarité de dominé·es du champ que certain·es médecins orthogénistes mettent en avant pour justifier leur soutien. C'est ainsi que Mathieu, généraliste du CIVG 3, explique sa position :

« **Raphaël** : Qu'est-ce que tu penses du fait de permettre aux sages-femmes de faire des aspirations ?

⁴⁶ Rappelons que la création de l'Ordre en 1940 fait notamment suite à une longue demande des syndicats de médecins libéraux d'une instance centralisée pour lutter contre la concurrence et la « pléthore » médicale (Muel-Dreyfus, 1996).

⁴⁷ Lettre du Docteur Patrick Bouet, Président de l'Ordre national des médecins à Madame Marisol Touraine, en date du 21 juillet 2016, www.conseil-national.medecin.fr. Cité par Douguet et Vilbrod (2021 : 188).

⁴⁸ Rochambeau Bertrand de, « Une sage-femme n'est pas un gynécologue », SYNGOF, n° 13, 2015, p. 10.

⁴⁹ Un test du khi-deux permet de rejeter l'hypothèse d'indépendance ($p < 0,001$). L'enquête Fécond a eu lieu au moment où les sages-femmes ont été autorisées à prescrire des contraceptifs.

Mathieu : Je suis très content. J'oublie pas qu'on a permis aux généralistes de le faire alors que ç'aurait pu être chasse gardée des spécialistes. Les chir' ils hurlent parce qu'on piétine leurs plates-bandes, mais c'est des plates-bandes qu'ils ne foulent pas eux-mêmes. Je suis très confraternel avec les sages-femmes, elles sont plus proches de moi que nos gynécos. » (Entretien du 06 juin 2022)

Gaëlle (42 ans, médecin généraliste, PH), elle, souligne même l'égal niveau de compétence en la matière entre généralistes et sages-femmes :

« C'est pas l'avis de tout le monde, mais je vois pas comment je serais pas favorable moi, en tant que généraliste qui ne pratique pas de médecine générale mais qui fait des actes euh... c'est pas de la chirurgie l'aspiration mais voilà, je vois pas comment je pourrais dire qu'une sage-femme serait pas à même de le faire, qu'elle serait pas à sa place et pas compétente. Parce que les sages-femmes sont capables complètement de faire au moins autant qu'un généraliste. » (Entretien du 12 juillet 2021)

L'accroissement des compétences des sages-femmes contre l'avis des institutions représentatives médicales et d'une large part de la profession, en particulier des gynécologues-obstétricien·nes, montre les limites du contrôle qu'ont les dominant·es sur le champ. Le champ médical, et en particulier l'espace professionnel de l'avortement, est soumis à des décisions politiques faisant ingérence dans la régulation du champ par les gynécologues-obstétricien·nes hospitalier·es.

Au-delà de la loi votée en elle-même, un épisode concernant son application est, à ce titre, éclairant. Il m'est raconté par une médecin généraliste responsable d'un centre d'IVG particulièrement engagée pour l'application de la loi et l'accès à l'IVG. Dans ce centre, en vertu de la loi votée le 2 mars 2022, deux sages-femmes sont en cours de formation à la pratique de l'IVG instrumentale. L'une d'elles a réalisé 115 IVG sous anesthésie locale entre 5 et 15 SA et est, aux dires de la responsable, plus agile que les médecins du centre quand ils et elles ont pu commencer à pratiquer les IVG en autonomie. Considérant cependant que la formation octroyée par les médecins généralistes du centre d'IVG n'est pas fiable, les gynécologues-obstétricien·nes de la maternité à laquelle est rattaché le centre refusent que cette sage-femme ait une vacation d'IVG en autonomie tant qu'elle n'aura pas réalisé 10 IVG instrumentales supplémentaires sous la supervision d'un·e gynécologue-obstétricien·ne. Or la gynécologue qui s'est proposée pour la supervision est en congé maternité pour quatre mois, ce qui bloque la situation. La responsable du centre d'IVG sollicite l'Agence régionale de santé (ARS), *contre* ses collègues gynécologues. Une responsable de la Direction de la Santé Publique de l'ARS écrit alors au chef de service de gynécologie-obstétrique, cite les textes réglementaires (qui n'impliquent pas que des IVG soient réalisées sous la supervision de gynécologues-obstétricien·nes) et l'enjoint à ne pas retarder davantage la mise en œuvre effective de la pratique des IVG instrumentales par les sages-femmes en formation.

Cette situation est révélatrice, d'abord, de la hiérarchie entre les différents segments professionnels et de la négation de la compétence des médecins qui se spécialisent dans l'avortement, déjà évoquée. Ensuite, de la relative dépendance du champ médical au champ politique et de la possibilité, pour les dominé·es, de recourir à l'État contre la profession, de bousculer les rapports de pouvoir professionnel avec le soutien d'acteurs ou actrices de l'administration territoriale. Les conflits de territoires et les revendications juridictionnelles se jouent devant différents « auditoires » (Abbott, 1988) : le lieu de travail (où sont maître·ses les gynécologues-obstétricien·nes qui peuvent interdire aux sages-femmes du centre d'IVG de pratiquer les IVG instrumentales), les pouvoirs politiques (mobilisation de l'ARS), et la sphère publique, *via* le recours aux médias, quoique la situation décrite ici ne soit pas allée jusque-là⁵⁰. Une revendication juridictionnelle ne se joue pas uniquement auprès de l'auditoire professionnel, mais l'emporte en trouvant des allié·es dans les autres auditoires et écologies, en faisant échos à des conflits qui s'y jouent aussi (Abbott, 2005). Les luttes qui ont lieu dans l'espace professionnel de l'avortement doivent ainsi être saisies dans une économie inter-champs plus générale.

Enfin notons que, si l'État intervient contre la volonté des dominant·es du champ médical, il en respecte les structures et hiérarchies. Les conditions différenciées d'accès au travail d'avortement reflètent les variations de capital technique reconnu de manière statutaire aux différentes professions et spécialités. Ainsi les sages-femmes voulant pratiquer des IVG instrumentales en autonomie doivent au préalable observer 30 fois l'opération, puis la pratiquer 30 fois sous la supervision d'un·e médecin, là où la loi n'impose aucune contrainte de la sorte aux médecins qu'ils et elles aient ou non déjà réalisé des IVG (dans les centres observés, les internes réalisent le geste au bout de quelques jours). Pour l'IVG médicamenteuse en ville, les sages-femmes et les médecins généralistes doivent suivre une formation préalable de deux jours là où les gynécologues de spécialité s'en passent, qu'ils et elles aient eu ou non une formation théorique et pratique à l'IVG. C'est donc aussi par le travail d'avortement que se joue l'intériorisation des positions dans l'espace professionnel et de leurs valeurs respectives.

Conclusion de chapitre

Dans ce chapitre, j'ai tenté de poursuivre l'exposé des structures de l'espace professionnel étudié avec, pour fil directeur, l'interrogation sur la prégnance du dégoût du

⁵⁰ J'avais évoqué au chapitre précédent la menace faite à la direction d'un hôpital fermant des créneaux de bloc d'IVG de rendre publique la décision, et le rétropédalage consécutif de la direction.

travail d'avortement parmi celles et ceux qui y participent. La première étape a été d'entrer dans le détail des différentes positions de l'espace et de souligner les intérêts différenciés à le prendre en charge : le travail d'avortement peut représenter une réelle opportunité pour les plus dominé·es, alors qu'il a principalement un coût d'opportunité pour les plus dominant·es.

La deuxième étape a consisté à montrer l'homologie entre la position occupée dans l'espace professionnel et le rapport des médecins à l'avortement et à sa prise en charge, en approfondissant la dimension symbolique des luttes que recouvre la division du travail. « Pour comprendre les systèmes symboliques, il faut comprendre les systèmes d'agents qui luttent à propos des systèmes symboliques » (Bourdieu, 2012 : 296) : si la représentation du travail d'avortement comme dégoûtant et rébarbatif domine, c'est parce qu'elle est avant tout celle des dominant·es. Ainsi le dégoût apparaît autant comme le signe d'une incorporation puissante des règles sociales qui entourent la pratique des avortements – et notamment la contradiction entre valorisation du droit des femmes et humanisation du fœtus – que comme un moyen de les affirmer. Il est l'une des manières par lesquelles se reproduit, en pratique(s), l'ordre social, ou, plus précisément ici, l'ordre gynécologique : il distingue les bons et les mauvais comportements reproductifs en légitimant l'expression de réticences ; il est un outil de pouvoir des gynécologues-obstétricien·nes sur le champ professionnel.

L'analyse m'a amené à proposer une définition et une utilisation forte du concept de « sale boulot » en tirant le fil de l'approche relationnelle et dynamique que les textes de Hughes ne faisaient qu'esquisser. Le schème conceptuel aujourd'hui classique de la « délégation du sale boulot » peut faire plus de tort que de bien à l'analyse quand son utilisation conduit à naturaliser comme telles les tâches désignées comme « sale boulot » et à invisibiliser les pratiques de dévalorisation, autrement dit à ne voir le pouvoir qu'à moitié, celui qui permet la délégation mais pas la production symbolique des valeurs différenciées du travail, qu'il faudrait pourtant considérer conjointement. Je suis le premier à être tombé dans ce piège – lors de mon mémoire de Master 2 – d'un usage rapide du concept qui arrête l'analyse à un stade précoce plutôt qu'il ne donne les moyens d'aller plus loin dans la dénaturalisation des rapports sociaux. C'est l'avancée de l'enquête par entretiens et de l'observation au cours de la thèse, m'amenant à échanger avec des médecins qui se spécialisent dans le travail d'avortement et expriment leur plaisir à pratiquer les IVG, qui m'ont permis de m'éloigner d'une vision domino-centrée du travail d'avortement comme travail sale et sans intérêt. En évitant l'écueil d'une vision réifiée des hiérarchies des tâches, cette approche invite à analyser empiriquement les formes de violence symbolique dans les luttes professionnelles qui s'exercent sur ceux et celles qui occupent une position dominée dans le champ ou, plus largement, dans les rapports de pouvoir qui le dépassent – dans le

prolongement, par exemple, des travaux d'Anne-Marie Arborio (2009) et de Christelle Avril (2019) sur la dévalorisation des tâches spécifiquement confiées aux femmes.

J'ai employé conjointement des concepts centraux de différentes traditions sociologiques : l'étude des luttes professionnelles gagne à combiner plutôt qu'opposer l'analyse que fait Everett Hughes des relations professionnelles avec une approche abbottienne des territoires et de leurs frontières et avec la théorie des champs et des luttes symboliques de Pierre Bourdieu. Quand Andrew Abbott affirme que la pérennité sociale d'une profession repose sur « l'entretien [*maintenance*] continu des bordures et différences »⁵¹, que décrit-il d'autre que les logiques de distinction qui sont au cœur de la division du travail ? Les luttes juridictionnelles sont aussi des luttes de classement et la production symbolique du « sale boulot » est un élément central du « travail des frontières ».

Dernière étape de l'analyse des logiques et structures de l'espace professionnel de l'avortement, le chapitre suivant sera consacré à la sociologie des médecins qui se spécialisent dans la pratique des avortements. Celles et ceux qui, pour la plupart, n'en sont pas dégoûté·es, voire même l'apprécient. Si certains éléments ont été posés dès ce chapitre – la majorité de médecins généralistes, l'intérêt professionnel et subjectif qu'ils et elles y trouvent – il s'agira, en retraçant leur trajectoire sociale, de faire une analyse processuelle de l'engagement des « avorteurs » et des « avorteuses ».

⁵¹ Cité dans Jouvenet, 2022.

Chapitre 4 : Profession ? Avorteur·se. Sociologie des spécialistes de l'avortement

« PROFIL DE L'AVORTEUR, par J. H. Soutoul

“Nous avons rencontré peu de médecins avorteurs heureux !” M. F. Borrel, Thèse de Médecine, Lyon, 1976.

L'acte habituel et répété de l'avortement peut être motivé à notre avis par :

- La générosité
- Le militantisme
- L'opportunisme
- Le lucre
- La perversion mentale.

Il est bien entendu que ces incitations peuvent être intriquées, ce qui rend sympathiques certains de nos confrères “engagés” à qui nous reconnaissons très souvent de grandes qualités humaines et professionnelles.

Une deuxième constatation de pratique courante est que l'avorteur habituel (par opposition à l'occasionnel) n'est pas à l'aise. Il est rarement provoquant, parfois exhibitionniste, le plus souvent triste et replié mais jamais “bien dans sa peau”.

S'il est classique de dire que la femme ne se suicide jamais à cause d'une grossesse non désirée, mais parfois à la suite d'un avortement (2 % de la mortalité générale), on connaît des “autodestructions” d'avorteurs et jamais d'opposants à la libéralisation de l'avortement !

Il nous paraît essentiel de bien connaître la personnalité de l'avorteur pour comprendre les modalités d'application d'une loi, dont les effets sont influencés par les comportements des praticiens responsables » (J.-H. Soutoul, *Conséquences d'une loi. Avortement an II*, 1977, p. 147-148).

Cet ouvrage co-signé en 1977 par plusieurs professeurs de gynécologie-obstétrique et par Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé (fondatrice du Mouvement français pour le planning familial) se veut une analyse rigoureuse et sans concession des « conséquences » de la loi Veil. Dans le chapitre dont la première page est retranscrite ici, le professeur d'obstétrique Jean Henri Soutoul caractérise le profil de l'avorteur. Parmi les motivations qu'il identifie, il laisse bien vite de côté « la générosité », qui ne concerne que l'avorteur « occasionnel » : ceux et celles qui se dédient à la pratique des IVG seraient, le plus souvent, des psychopathes pervers·es qui se consomment dans leur pratique – nous apprenons plus loin qu'ils et elles « recherch[ent] un défoulement phallique misogyne ou sadique, dont l'acte de pénétration du vagin et de la matrice constitue un symbole idéal, de même que la destruction d'un œuf, fruit

d'un amour hétérosexuel normal ». Si l'on peut d'emblée laisser de côté les conclusions grotesques auxquelles il parvient, guidé par une approche psychologique instinctive et par son opposition virulente au droit à l'IVG, sa démarche, dans l'idée, est après tout heureuse : comprendre les médecins pour comprendre les modalités d'accès aux soins.

Il n'y a pas de réponse rapide et univoque à la question « qui sont les professionnel·les de l'avortement ? ». L'espace professionnel identifié dans les chapitres précédents est, nous l'avons vu, fragmenté en de multiples positions, définies notamment par la spécialité et l'avancement dans les études et la carrière médicale. Soutoul distingue « l'avorteur habituel » de « l'occasionnel », à raison : ils et elles n'ont pas la même trajectoire sociale, n'occupent pas la même position dans l'espace professionnel, ne donnent pas la même signification à leur participation au travail d'avortement à laquelle ils et elles sont plus ou moins bien disposé·es. Dessiner l'anatomie de cet espace suppose de combiner l'analyse des différentes positions des professionnel·les participant au travail d'avortement, à des degrés d'implication variables, avec l'étude plus approfondie des carrières et trajectoires de celles et ceux qui s'engagent et se professionnalisent dans le travail d'avortement au point de revendiquer, souvent fièrement, le titre d'« avorteur » ou d'« avorteuse »¹. La première partie de ce programme a été traitée au chapitre précédent. Par conséquent, c'est la sociologie des spécialistes de l'avortement qu'il s'agit de réaliser ici.

Ce chapitre suivra trois mouvements. Il éclairera la sociogenèse des dispositions à se spécialiser dans le travail d'avortement (I.) avant d'aborder les caractéristiques de cette spécialisation médicale informelle (II.). Il détaillera ensuite la sociologie des CIVG 1, 2 et 3 enquêtés (III.).

Il s'appuiera principalement sur l'étude d'un sous-corpus au sein de l'enquête par entretiens, constitué uniquement des professionnel·les occupant un poste dédié à l'avortement à temps plein ou à temps partiel, ou réalisant des IVG dans le cadre de leur activité libérale, soit 38 médecins (internes et assistantes mises à part). Ce sont 28 femmes et 10 hommes qui ont entre 31 et 80 ans. 22 sont généralistes, 11 sont gynécologues-obstétricien·nes, six sont gynécologues médicales, une est psychiatre. Quatre ont une activité intégralement libérale, deux ont une activité mixte libérale-centre de planification et d'éducation familiale (CPEF) (avec l'association le Planning Familial), un seul exerce en clinique, les autres ont une activité intégralement hospitalière, ou mixte hospitalière-libérale, ou mixte hospitalière-salariée en centre de santé. Le reste de l'enquête par entretiens – les professionnel·les n'occupant pas un poste dédié au travail d'avortement – sera mobilisé ponctuellement à titre de comparaison. Si « j'arme » l'analyse qualitative par les statistiques (Weber, 1995) en les mettant en regard des

¹ Par commodité, j'utiliserai le terme sans guillemet dans la suite de la thèse.

données de la DREES ou du volet médecin de l'enquête Fécond, ou qu'à l'inverse, à d'autres moments, j'apporte des explications à des constats statistiques que ces enquêtes établissent, il ne s'agit pas de prétendre que mon corpus d'entretiens soit statistiquement représentatif des médecins, ni du segment qui se spécialise dans l'avortement.

Ce chapitre a un intérêt descriptif : il poursuit l'analyse des divisions qui parcourent l'espace professionnel et sera nécessaire pour comprendre la diversité des pratiques et des rapports professionnels à l'avortement. Il ouvre également des perspectives théoriques. Il permet d'étoffer l'analyse des processus de spécialisation professionnelle, médicale en particulier, au-delà des cas d'école portant généralement sur le « travail de spécialisation » (Sarzier, 2023) quand il réussit et sur les spécialités émergentes quand elles se formalisent et s'institutionnalisent : la spécialisation d'avorteur·se reste informelle et partielle. Il poursuit l'analyse du travail féministe au-delà de son volet associatif et militant (Romerio, 2022 ; Quéré, 2023) en interrogeant la relation entre travail médical et engagement, en éclairant l'intersection de l'espace professionnel de l'avortement et de l'« espace de la cause des femmes » (Bereni, 2012) à partir de l'analyse des prises de position des médecins autour de la proposition de loi allongeant le délai d'IVG de 14 à 16 semaines d'aménorrhée (SA). Ce chapitre permet également d'approfondir la réflexion autour de l'expertise médicale en montrant l'inégale répartition des connaissances et compétences en matière d'avortement parmi les médecins. Enfin, il participe à complexifier une représentation par trop homogène du champ médical, posant les jalons d'une discussion avec la sociologie de la socialisation que la suite de la thèse poursuivra. La pluralité des rapports au travail d'avortement et l'orientation professionnelle atypique des avorteurs et avorteuses spécialistes laissera voir, en effet, qu'il n'existe pas une unique instance cohérente de socialisation médicale.

I. Qui devient avorteur·se ? Dispositions au travail d'avortement et trajectoires professionnelles

Les seules positions occupées dans le champ médical, qui certes dessinent des possibles et des intérêts différenciés à participer ou à se désengager du travail d'avortement, ne permettent pas de comprendre pourquoi, à position égale, certain·es le font et d'autres non. L'analyse positionnelle de l'espace doit être complétée par une analyse dispositionnelle du devenir avorteur·se. Cela suppose de s'intéresser en détail aux trajectoires des médecins qui occupent des postes dédiés à la pratique de l'IVG (ou qui réalisent des IVG dans le cadre de leur activité libérale), ainsi qu'aux socialisations, professionnelles et non professionnelles, qui conduisent à des formes d'engagement objectif et subjectif plus poussées dans le travail

d'avortement. Dans la perspective processuelle que dessinent certaines sociologies de l'engagement militant (Filleule, 2001 ; Champy et Israël, 2009 ; Mathieu, 2010), je tenterai d'identifier les prédispositions – le fait de considérer l'avortement comme une cause méritant d'être défendue ; la distance sociale et subjective au milieu médical – à un rapport engagé à la prise en charge de l'IVG, puis j'aborderai les points d'entrée professionnelle dans le travail d'avortement.

A. Voir l'avortement comme une cause

Le soutien au droit à l'IVG est quasi unanime dans le milieu médical. Si la défense du droit à l'avortement, son application et la poursuite de sa libéralisation apparaissent aujourd'hui comme des causes politiques légitimes pour un·e médecin, ça n'a pas toujours été le cas, et tous et toutes n'ont pas la même volonté de s'y investir. Deux éléments jouent un rôle déterminant : l'expérience profane de l'avortement (notamment clandestin) et de ses complications, et la socialisation politique et féministe préalable.

1. L'expérience profane de l'avortement

L'expérience profane de l'avortement conduit certain·es médecins à constituer l'accès à l'avortement comme une cause méritant d'être défendue. Aucun élément de l'enquête par entretiens ni de l'enquête Fécond ne permet de dire que les médecins qui ont avorté participent plus souvent au travail d'avortement : ces enquêtes ne montrent un effet « que » sur les prises de position en faveur de la libéralisation de l'accès à l'avortement et sur les pratiques concrètes de travail d'avortement (ce que je détaillerai dans la suite de la thèse). En revanche, le fait d'assister aux conséquences dramatiques d'avortements clandestins ou de s'en voir transmettre le récit relèvent bien d'un « traumatisme biographique » (Dauvin et Siméant, 2002), disposant certain·es enquêté·es à participer à sa prise en charge.

C'est le cas de gynécologues-obstétricien·nes qui réalisent leur internat avant la légalisation de l'avortement et qui sont confronté·es aux séquelles voire à la mort de femmes se rendant aux urgences suite aux complications d'un avortement clandestin. Jacques (80 ans), gynécologue-obstétricien travaillant aujourd'hui en clinique, évoque cette expérience comme un déclencheur de sa participation aux Mouvements pour la liberté de l'avortement et de la contraception (MLAC) :

« **Raphaël** : Il vous vient d'où cet engagement autour de l'IVG ?

Jacques : Il me vient du début de mon internat. J'ai été confronté à des femmes qui perdaient leur fertilité ou même qui mourraient et je trouvais ça intolérable. » (Entretien du 13 septembre 2021)

Il en va de même pour Jacqueline, Marie-Pierre, Didier ou François, pour qui l'expérience de la mort des femmes a joué un rôle déterminant dans leur engagement. François (80 ans) raconte :

« Pendant mon internat j'ai connu des femmes qui sont mortes d'infections graves. [...] J'ai vu mourir, j'ai fait des gardes de réanimation à l'Hôtel-Dieu où on recevait ces femmes qui étaient en anurie c'est-à-dire que le rein ne fonctionnait plus en raison de... c'était une des complications les plus graves de ces infections. Bah il y en avait quelques-unes qui mouraient malgré tout, hein. [...] Sur le plan des idées, j'étais pas porté non plus, comme je te l'ai dit, par l'idée qu'il fallait pratiquer absolument des avortements médicaux. Mais je mûris, je vois ce qui se passe, je comprends que ça peut pas durer, ça. C'est une situation invraisemblable. Voilà, c'était pas tellement du côté de la liberté des femmes de décider de leur vie et de leur corps, c'était plus sur le plan médical strict. J'étais pas encore un féministe convaincu. Disons que, voilà, ça m'a aidé à l'être. » (Entretien du 10 juillet 2021)

Certain·es n'y sont pas (seulement) confronté·es dans le cadre de leurs études, mais (aussi) *via* des proches qui décèdent ou frôlent la mort suite à un avortement clandestin. Nous avons vu dans le chapitre précédent que Jacqueline, la seule et unique avorteuse du département du Buissonnois jusqu'en 1987, gynécologue médicale venant d'un milieu bourgeois, bien à l'écart des mouvements féministes et d'extrême gauche, explique qu'il lui tient à cœur de permettre l'application de la loi par le fait que « toutes les femmes de [s]a famille en ont subi au moins un », que sa mère a failli en mourir et que sa voisine de 17 ans en est morte, à la suite d'une septicémie. Coline, sage-femme de 56 ans, explique aussi son attachement à sa récente pratique des IVG en libéral par son histoire familiale. Son arrière-grand-mère est morte des suites d'un avortement après avoir donné naissance à 14 enfants. À son tour, sa grand-mère, à 24 ans, s'avorte seule à l'aide d'une aiguille à tricoter et décède alors que son père avait 18 mois et sa tante trois ans :

« **Raphaël** : Depuis quand on vous en parle ?

Coline : Depuis tout le temps. (*Elle pleure*) Depuis que je suis en âge de comprendre. » (Entretien du 3 mai 2022)

Son grand-père a sombré dans l'alcoolisme après la perte de sa femme et lui a tout raconté quand elle avait 11 ans. Elle a souvent vu son père pleurer en disant que sa mère à lui l'avait abandonné. Quand les sages-femmes ont été autorisées à pratiquer les IVG, Coline n'a pas hésité. Les membres de sa famille en sont « super contents », « très fier[s] », l'ont félicitée.

Pour Christine, une cheffe de service de gynécologie-obstétrique de 66 ans et une actrice de premier plan de l'engagement médical pour l'accès à l'avortement, son

« militantisme de tripes », comme elle l'appelle, s'ancre dans l'épreuve de la mort d'une de ses proches quand elle-même avait 14 ans, suite au refus de sa médecin traitante de l'assister :

« À l'époque où je devais avoir 14-15 ans. Mon frère avait une petite amie. Mais sa petite amie était plus proche de moi en termes d'âge, donc c'était une jeune femme qui devait avoir 20 ans, moi j'en avais 14-15. On est dans les années 1969, 1970, avant la loi Veil. Et il se trouve que la petite amie de mon frère se retrouve enceinte. Et donc on est dans les problématiques de comment trouver quelqu'un pour arrêter cette grossesse. Il n'y avait pas de loi, c'était interdit, puni par la loi. [...] J'étais très attachée à Paulette, on était très proches, comme deux copines avec quelques années de différence. Et un jour, je rentre du collège et je la vois toute grise sur le canapé de la maison familiale. Et ensuite le SAMU arrive, je passe sur les détails, peu importe, ils l'emmènent à l'hôpital et le lendemain, Paulette était morte d'une septicémie. Parce qu'effectivement elle était enceinte de mon frère. Notre médecin traitant, enfin c'est du grand classique de l'époque, lui a dit "jamais, surtout, je ne veux... je n'ai rien entendu, ne m'en parlez pas, je ne peux pas vous aider. Sortez de mon cabinet". [...] Je l'ai vue la veille, le lendemain elle n'était plus là et je... Et ça a été quelque chose... une terrible violence. [...] Je ne savais pas pourquoi Paulette était morte et... mais je sais la tristesse et... Enfin, comment j'ai ressenti ça et comment je me suis retrouvée là, plus ou moins, dans une solitude, puisque c'était quand même quelqu'un avec qui je partageais beaucoup de choses de... de... Et c'est des années après que j'ai fini par faire un lien entre cette mort et la tentative d'avortement clandestin [...]. Donc quand je parle d'un... d'un militantisme de tripes, c'est-à-dire, c'est pas... j'ai pas découvert à l'hôpital que les IVG ça existait. » (Entretien du 30 septembre 2021)

L'expérience dramatique de la mort peut jouer un rôle dans les orientations atypiques en médecine. De même qu'elle apparaît, selon Michel Castra et Florent Schepens, comme un élément central des justifications d'une réorientation professionnelle en médecine palliative (Castra et Schepens, 2015), il semblerait qu'elle participe à expliquer que des généralistes, sages-femmes ou gynécologues spécialistes choisissent de s'investir dans le travail d'avortement – bien qu'il faille rester attentif à un effet d'illusion biographique tendant à construire une cohérence *a posteriori* aux trajectoires (Bourdieu, 1986).

2. Socialisation politique et dispositions féministes préalables

La socialisation politique et féministe rend plus probable une spécialisation professionnelle dans la prise en charge de l'avortement. Sur les 36 médecins avorteurs et avorteuses spécialistes enquêtés dont je connais le positionnement politique, 29 se revendiquent de gauche ou d'extrême gauche², parmi lesquels cinq disent voter Mélenchon, cinq s'identifient au Parti socialiste (sans en être adhérent·es), deux au Parti communiste

² À l'exception de deux entretiens sur les 38, si le sujet n'a pas été abordé spontanément auparavant, je demande systématiquement à la fin : « politiquement, tu te situes comment ? » Les deux enquêtées pour lesquelles je n'ai pas l'information, d'après leurs caractéristiques et trajectoires sociales, sont très probablement aussi « de gauche ».

français, une se dit « très à gauche » et adhère par ailleurs au Syndicat de la médecine générale³, deux se disent « écolo de gauche », les quatorze autres se disent « de gauche » (dont sept ont adhéré à des groupes ou partis trotskystes ou maoïstes pendant leur jeunesse, et dont quatre au moins ont voté pour Emmanuel Macron en 2022⁴). Quatre autres enquêtées ont voté pour Emmanuel Macron au premier tour des présidentielles de 2022 et se revendiquent centristes. Une enquêtée se dit « de droite » et évoque le militantisme de son mari au Rassemblement pour la République (RPR)⁵. Deux, enfin, se disent apolitiques. Ce positionnement politique massif (80 % de mon corpus) à la gauche voire pour une part non négligeable à l'extrême gauche de l'échiquier politique contraste avec l'apolitisme, le sentiment d'incompétence politique (« Moi, je suis une brêle atomique en politique », me dit une assistante de gynécologie-médicale) ou le positionnement au centre-droit qui caractérise une majorité des médecins enquêtés qui ne sont pas avorteurs et avorteuses spécialistes. Sur les 41 gynécologues ou généralistes enquêtés qui n'occupent pas un poste dédié à l'avortement, 11 se positionnent du centre-gauche à La France Insoumise (un seul), 19 de La République En Marche à Les Républicains (une seule), cinq se disent non politisés⁶. La spécialisation médicale dans le travail d'avortement, c'est de gauche – du moins sur mon terrain.

C'est l'effet de sélection qui s'avère ici déterminant, quoique le travail d'avortement puisse constituer en lui-même une instance de socialisation politique. Le positionnement politique minoritaire à gauche ou à l'extrême gauche peut conduire les futur·es avorteurs et avorteuses spécialistes à considérer l'IVG comme une cause politique dans laquelle s'investir et à valoriser sa pratique. Jacques (80 ans), gynécologues-obstétricien en clinique, retrace ainsi son « parcours de contestation » :

« Au départ ce militantisme, il est venu... on militait plutôt pour... proche de la LCR [Ligue communiste révolutionnaire]. En tant que médecins on se réunissait aussi pour aider les Palestiniens pendant le conflit israélo-palestinien. C'était une problématique à laquelle je croyais beaucoup. Et puis l'interruption de grossesse ça a été une nouvelle étape dans notre parcours de contestation. » (Entretien du 13 septembre 2021)

Bibia Pavard et Sandrine Garcia ont souligné le rôle déterminant des « engagements préalables » des médecins dans leur implication pour la libéralisation de la contraception, en

³ Syndicat de gauche et critique de l'Ordre des médecins, fondé par d'anciens membres du Groupe information santé (GIS) (Pitti et Marichalar, 2013).

⁴ Ces quatre enquêtées sont gênées de leur vote, une d'entre elles et eux le cache aux collègues de son centre d'IVG.

⁵ Parti gaulliste.

⁶ Il me manque l'information pour six d'entre elles et eux. Un sondage Stathos Exafield pour *Le Quotidien du médecin* réalisé peu avant la présidentielles de 2022 indiquait que 20 % des médecins s'apprêtaient à voter Modem ou En Marche !, et 49 % pour Les Républicains. Notons que les médecins hospitalier·es qui forment la grande majorité de mon corpus d'entretien sont moins à droite que les médecins exerçant en libéral.

particulier la participation à la résistance lors de la Seconde Guerre mondiale (Garcia, 2011 ; Pavard, 2012b). Pour nombre de médecins militant au GIS ou au MLAC, comme Jacques, la lutte pour la dépénalisation de l'avortement s'inscrit dans la continuité d'engagements anti-capitalistes, anti-impérialistes, pacifistes ou féministes. François (80 ans, gynécologue-obstétricien retraité) a grandi dans un milieu populaire rural avec une famille catholique de centre-droit. Avec un frère et trois oncles prêtres et une sœur religieuse, il « baignait dans l'eau bénite », dit-il. Il cesse de croire en Dieu en se politisant, notamment *via* la lutte pacifiste et anticoloniale lors de la guerre d'Algérie et celle du Vietnam et *via* son engouement lors des manifestations de Mai 68, « événement socialisateur » (Pagis, 2014) par excellence qui joue un rôle de déclencheur d'un engagement social ou féministe, y compris chez une partie des jeunes médecins et étudiant·es en médecine (Mariette et Pitti, 2016). François rejoint alors le Parti communiste et, s'il ne réalise pas d'avortements clandestins alors qu'il est interne en obstétrique, prend en charge l'activité d'IVG une fois la loi Veil votée et ses études terminées, malgré l'obstruction de son chef de service. Notons que parmi les 38 médecins enquêté·es qui occupent un poste dédié à la pratique des IVG, seulement trois se disent pratiquant·es d'une religion (deux catholiques, une protestante). S'il n'y a pas un lien mécanique entre religion et opposition à la pratique de l'avortement, j'ai bien montré l'importance des références religieuses dans les positions des quatre médecins enquêté·es qui utilisent la « clause de conscience » (voir chapitre 2), et de nombreuses études quantitatives menées dans différents contextes nationaux confirment le très fort effet de la religion sur l'opinion et la pratique de l'IVG⁷. Plusieurs enquêtées ayant participé au travail d'avortement avant ou dans les années qui suivent la loi Veil ont aussi milité dans des groupes féministes : au Mouvement de Libération des Femmes (MLF) ou au Planning Familial.

⁷ Par exemple, une enquête quantitative a été menée auprès de 120 étudiant·es en médecine à Bahia, au Brésil montre que le fait d'avoir une religiosité importante et de fréquenter des lieux de culte sont corrélés positivement et de manière significative avec le fait de s'opposer à l'avortement (et dans une moindre mesure avec l'opposition à la contraception d'urgence et à des conseils contraceptifs sans autorisation parentale) (Darzé et Barroso, 2018). Une étude menée auprès de 733 étudiant·es en médecine de quatre universités anglaises montre que les étudiant·es musulman·es déclarent davantage d'« objection de conscience » à la pratique de l'avortement que les chrétien·nes qui en déclarent davantage que les athées (Strickland, 2012). Des études qui ne portent pas spécifiquement sur l'avortement donnent aussi des indications sur le lien entre religion et positionnements moraux. Dans l'espace socio-moral que construisent Rémy Caveng *et al.*, on note la proximité entre l'importance accordée à la religion et l'importance donnée aux « principes », à une conception prédéfinie du bien et du mal ; tandis que l'absence d'importance accordée à la religion est spatialement proche de l'attention aux conséquences des actions et décisions (2018). Les auteurs et autrices parlent d'une approche « déontologique » opposée à une approche « conséquentialiste ». Par ailleurs, les données Euronice d'une enquête sur les rapports à la vie de professionnel·les de santé (1400 médecins et 3400 infirmier·es) confronté·es à la réanimation néonatale dans 10 pays européens, récoltées à la fin des années 1990, montrent que le fait d'avoir des parents croyant·es ou de considérer la religion comme quelque chose d'important est corrélé positivement – pour la religion catholique – et négativement – pour les protestant·es – avec le fait de favoriser la « vie avant tout » plutôt que la « qualité de vie » (Rebagliato *et al.*, 2000).

Les plus vieux et vieilles médecins enquêté·es ont entamé leurs études dans une « configuration favorable à l'engagement » (Juhem, 2001) marquée par le dynamisme du militantisme politique autour du Parti Communiste, de mai 68 et des luttes pour la libéralisation de la contraception puis de l'avortement à laquelle s'ajoute, pour certain·es, l'expérience des conséquences de l'avortement clandestin à l'origine d'un « militantisme de tripes » (Christine). Ils et elles prolongent leur militantisme politique – souvent partisan – par le travail d'avortement dans lequel ils et elles reconvertissent leurs dispositions contestataires. Les avorteur·ses de plus de soixante ans regrettent souvent la perte supposée d'engagement des plus jeunes, et expriment leur inquiétude d'un non-renouvellement générationnel des avorteurs et avorteuses. Ainsi de Marie-Laure Brival, cheffe de service de la maternité des Lilas déclarant au micro de France Culture que les jeunes médecins ne veulent plus faire d'IVG⁸, ou de Dora (61 ans, gynécologue-obstétricienne, praticienne hospitalière (PH)) :

« On a beaucoup perdu dans la militance pour l'IVG, c'est-à-dire que les jeunes qui arrivent aujourd'hui, faire les IVG, ça fait partie des trucs chiants qu'il faut se farcir si on veut être accepté par la communauté. » (Entretien du 1^{er} juin 2021)

Mais cette affirmation mesure la participation des avorteurs et avorteuses ponctuel·les – principalement les internes et jeunes gynécologues de spécialité – à l'aune de l'engagement des avorteurs et avorteuses spécialisé·es, et notamment, pour Marie-Laure Brival et Dora, de leur engagement à elles⁹. Or les avorteurs et avorteuses occasionnel·les sont en réalité plus nombreux et nombreuses (du fait de la poursuite du processus de gynécologisation du travail d'avortement) et moins réticent·es qu'avant à pratiquer des IVG. Surtout, plusieurs indicateurs semblent montrer qu'il y a plus de jeunes médecins intéressé·es que de postes de spécialistes disponibles en centre d'IVG : il faut souvent attendre, parfois des années, avant qu'un poste en centre d'IVG ne se libère (« Tout un filon de médecins généralistes rêverait d'avoir un pied en centre d'orthogénie », affirme Lise, responsable du CIVG 3), des médecins et sages-femmes se disputent le temps de travail au sein de certains centres, les effectifs du diplôme universitaire (DU) de Régulation des naissances et de Perfectionnement en orthogénie de l'Université Paris 5 ne cessent d'augmenter (« on a la queue pour le DU », me dit une des responsables). Le discours alarmiste d'avorteurs et avorteuses plus âgé·es révèle davantage des identifications générationnelles différentes qu'un vrai risque de pénurie d'avorteur·ses dans les maternités et les centres d'IVG.

⁸ « Avortement, le pouvoir du médecin » de *La Série documentaire*, 10 mars 2020.

⁹ C'est un biais de la même nature que celui qui conduit des enseignant·es à s'alarmer de la baisse du niveau scolaire. D'une part, ils et elles comparent le niveau moyen des étudiant·es avec leur propre niveau au même âge – or ce sont d'ancien·nes bon·nes élèves. D'autre part, ils et elles ne voient pas l'augmentation globale du niveau d'instruction mais la baisse du niveau moyen à un grade scolaire donné qui se démocratise (Baudelot et Establet, 1989).

Les enquêté·es qui terminent leurs études après le début des années 2000 se considèrent presque tou·tes féministes sans retenue. Deux d’entre elles militent à Pour une MEUF (médecine engagée, unie et féministe), une association créée en 2017 qui regroupe des professionnel·les de santé cherchant à lutte contre le sexisme dans le milieu médical (Collectif, 2023). Parmi leurs aîné·es, la question « tu penses quoi du féminisme ? » – volontairement vague – que je pose systématiquement en entretien suscite des réactions plus nuancées, et parfois une franche opposition. Certain·es prennent leurs distances avec un féminisme qu’elles jugent trop radical et anti-hommes, à l’instar de Carole (50 ans), généraliste en libéral, ancienne responsable de centre d’IVG qui ne se dit « pas du tout féministe » et ajoute : « moi j’aime les hommes et les femmes. Mais Simone Veil disait pareil, hein ! »

S’il me semble faux d’affirmer que l’engagement des médecins qui se spécialisent dans l’IVG s’est affaibli d’une génération à l’autre, il s’est cependant transformé. À l’échelle de mon enquête, l’évolution générationnelle de l’engagement des avorteurs et avorteuses reflète la perte de popularité du militantisme partisan, des mouvements gauchistes et des partis ouvriers, mais également une popularisation du féminisme décorrélé du militantisme anticapitaliste.

Avorteur·se de père en fille : une socialisation politique particulière

La famille joue un rôle central dans la transmission d’opinions et de représentations politiques propices – ou non – à la participation active au travail d’avortement. Il est un cas de mon corpus d’entretien où ce rôle socialisateur est particulièrement visible. Jeanne a 52 ans au moment de notre entretien, le 11 septembre 2021. Sa mère est psychiatre et son père, François, que j’ai aussi interrogé quelques mois avant sa fille, est un gynécologue-obstétricien qui a lutté contre son chef de service pour prendre en charge les IVG quand il était jeune médecin diplômé et qui a participé à fonder l’Association nationale des centres d’IVG et de contraception (ANCIC).

Si dans un premier temps Jeanne, qui est médecin généraliste, ne travaille pas en centre d’IVG – elle souhaite ne pas partager l’activité de son père –, elle se saisit de la possibilité de réaliser les IVG en ville dès que la loi le permet, en 2004. Elle est la première médecin libérale à les pratiquer dans son département où elle crée le réseau ville-hôpital d’IVG et, mandatée par le centre hospitalier, dirige la formation des médecins de ville à l’IVG. Dans le cadre de son activité libérale, qui est désormais entièrement centrée sur la gynécologie et l’avortement, elle réalise entre 150 et 200 IVG (médicamenteuses) par an.

Son père et les amies avorteuses de son père participent à sa socialisation politique et professionnelle, façonnant non seulement sa familiarité avec la prise en charge des femmes (« la maternité, je la connais depuis que je suis bébé, quoi »), mais également ses dispositions au militantisme – féministe et d’extrême gauche – et à l’investissement dans le travail d’avortement :

« J’avais aussi ce côté, je pense que je tiens de mes parents, en tout cas de mon père, et de Sylvie... toutes ces personnes qui m’ont élevée, on va dire, où on travaille pour les femmes. [...] On a baigné dans ce milieu-là. [L’avortement,] ça fait partie de notre culture familiale. Moi je me sens un peu comme Obélix, hein tu sais, je suis tombée dedans [...] Je

suis née dans un... Enfin, par exemple, le 8 mars, chez moi, c'est férié. »

Elle a grandi dans le milieu des avorteurs et avorteuses : « je suis née à l'ANCIC », l'entends-je dire à une de ses amies sages-femmes lors du congrès de l'association, et Sylvie, qu'elle évoque comme l'une des personnes qui l'ont élevée, est une des figures de proue des avorteurs et avorteuses spécialistes. Elle a non seulement le féminisme en héritage (Masclat, 2015) mais également l'engagement professionnel et militant pour l'avortement : au-delà du fait qu'elle soit une pionnière de l'avortement médicamenteux en libéral, qu'elle consacre une part importante de son activité à sa pratique ou à la formation d'autres médecins, elle « milite internationalement pour que toutes les femmes puissent avoir accès à cette technique » : par son adhésion au Mouvement français pour le planning familial (MFPF) mais surtout par sa participation pendant plusieurs années à Women on webs¹⁰ en tant que conseillère médicale. Elle décrit l'avortement comme sa « passion » et se montre très enthousiaste à l'idée de participer à ma recherche : après un entretien de près de quatre heures, elle me rappelle spontanément pour me donner des informations supplémentaires, m'envoie par la poste un livre portant sur la pratique des avortements puis, pendant les deux jours d'ethnographie d'un congrès de l'ANCIC, se propose de me servir de guide et de me présenter aux membres encore inconnus.

L'expérience profane des complications de l'avortement clandestin, comme la politisation à gauche ou à l'extrême gauche ou l'engagement féministe, disposent les médecins à valoriser l'engagement pour l'avortement et à s'orienter vers la participation active à la pratique des IVG.

B. De la distance sociale à la déviation médicale

Parmi les avorteurs et avorteuses spécialistes enquêtés, la plupart présentent des caractéristiques sociales minoritaires sinon marginales dans leur milieu professionnel. La socialisation politique de gauche, d'extrême gauche ou féministe évoquée plus haut en est une. Certains évoquent par ailleurs leur origine sociale modeste comme un élément déterminant de leur orientation professionnelle, et je questionnerai également l'effet de la position de genre sur cette orientation professionnelle atypique vers le travail d'avortement.

1. Le rôle de l'origine sociale

Pour plusieurs enquêtés pour qui les études de médecine représentent une ascension sociale, la distance avec leur groupe de pairs est décrite comme un élément rendant difficile, voire impossible, leur intégration. C'est le cas de Justine, gynécologue-obstétricienne de 35 ans, fille unique d'un ouvrier italien immigré en France et d'une secrétaire médicale :

¹⁰ Association livrant des médicaments abortifs par la poste notamment – mais pas seulement – dans les pays où l'accès à l'avortement est difficile ou interdit.

« Enfin j'avais vraiment l'impression que j'étais dans un truc qui ne me convenait pas du tout. Dans mes premières années de médecine, avant l'internat, j'ai été complètement... je comprenais pas ce que je faisais là, vraiment je me disais mais ces études sont nases, enfin ça m'intéresse pas. [...] La médecine, ce qui me plaisait... enfin j'en avais une vision complètement fantasmée. J'avais pas de gens médecins autour de moi, donc j'avais une vision complètement fantasmée, aller sauver la veuve et l'orphelin, hein, tu vois. En mode on va aller faire de l'humanitaire. [...] Et en fait, du coup je me suis heurtée à la réalité. La réalité des études de médecine, c'est de la reproduction sociale à balles, c'est tous mes potes qui sont enfants de médecin, enfants de chef de service de la cardio, de toute la... il y a une clinique au-dessus de l'hôpital où il y a tous les gens qui sont pas universitaires globalement, qui bossent là-bas, qui se gagnent 10000, 15000 balles par mois, ils ont tous une maison avec piscine et toi t'es là à habiter avec tes parents, qui ont un mini trois pièces dans le centre de [ville], dans un quartier qui maintenant est devenu cool, qui s'est méga gentrifié mais qui à l'époque était loin d'être cool. Donc je me reconnaissais pas là-dedans. Je trouvais que les gens étaient pas intéressants, ils avaient rien à dire à part les trucs de la médecine. Ça a été une immense déception. » (Entretien du 4 juin 2021)

Justine explique son sentiment de rejet des études de médecine par son origine populaire et par la reproduction et la fermeture du milieu médical. Pierrette, gynécologue médicale de 70 ans, ne se « retrouve pas du tout » à la fac de médecine, elle non plus. Elle invoque son origine sociale – elle est boursière, sa mère possède une petite parfumerie en Bretagne élevant seule quatre enfants – mais aussi son sexe, les femmes étant largement minoritaires au moment de ses études de médecine, dans les années 1970 :

« À l'époque, la fac de médecine dans les années 1970, c'était pas franchement très top. Enfin, moi je m'y retrouvais pas du tout. Il y avait 10 % de filles, 90 % de garçons, donc. Et puis sociologiquement parlant, c'était beaucoup moins mixte que ça peut l'être maintenant, hein. Donc moi j'avais un peu de mal à la faculté de médecine, j'étais dans les 10 % de filles et dans les 10 % de boursiers. Alors donc ça devenait un peu compliqué, quoi. » (Entretien du 15 septembre 2021)

Pierrette rencontre des étudiant·es plus proches d'elle socialement – de gauche, d'origine plus modeste, des femmes – parmi la dizaine d'étudiant·es gauchistes du Comité action santé de son université et rejoint, avec elles et eux, la lutte pour la libéralisation de l'avortement.

Parmi les 36 avorteurs et avorteuses spécialistes dont je connais la profession des parents, 17 ont un père appartenant aux cadres et professions intellectuelles supérieures (dont deux pères médecins généralistes, deux pères médecins spécialistes, un pharmacien, quatre enseignants au lycée ou à l'université), sept aux professions intermédiaires (dont trois instituteurs), quatre petits indépendants, cinq employés ou ouvriers, deux agriculteurs (dont un viticulteur aisé) et trois ont un père absent et une mère employée ou ouvrière élevant seule

ses enfants¹¹. Si l'origine sociale plus modeste est invoquée comme la cause d'un décalage avec le reste de la profession, à l'échelle du groupe des avorteurs et avorteuses enquêtées, l'origine sociale ne détonne pas avec celle des médecins, c'est-à-dire qu'elle est caractérisée par une forte reproduction sociale (Herzlich *et al.*, 1993 ; Hardy, 2013) : 47 % de pères cadres ou professions intellectuelles supérieures (pour 45 % en moyenne parmi les médecins), 19 % occupant une profession intermédiaire (pour 17 % en moyenne), 22 % d'ouvriers ou employés (pour 19 % en moyenne) – dont deux au moins sont boursier et boursière (Breuil-Genier et Sicart, 2006)¹².

2. Un travail de femmes ? L'effet du genre sur l'orientation vers le travail d'avortement

La prise en charge des IVG est, globalement, « un travail de femmes » (Mathieu et Thizy, 2023 : 54)¹³ : ce sont en grande majorité des femmes qui encadrent les avortantes, *a fortiori* si l'on considère aussi les professions non médicales – secrétaires, infirmières, aides-soignantes, conseillères et psychologues – quasi intégralement féminisées. Parmi les équipes médicales des centres d'IVG où se sont déroulées les observations, seuls deux médecins sont des hommes. Il n'est pas anodin que les deux travaillent dans le CIVG 3, service de Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) et renommé pour être « à la pointe » en matière d'IVG, et que l'un occupe un poste de PH. De même que les hommes sages-femmes ont un accès facilité aux postes de représentation et de responsabilité (Charrier, 2007 ; Olivier, 2018), les rares avorteurs professionnels occupent sans doute plus souvent des postes matériellement ou symboliquement valorisés.

Pourtant il ne faut pas voir dans cette féminisation la conséquence d'une spécificité intrinsèque de l'avortement, d'une propension plus grande des professionnelles à le prendre en charge et d'un désintérêt ciblé des hommes. C'est, plus simplement, le reflet de la féminisation des professions du soin, en particulier en maternité. Pour preuve, on constate plutôt une légère surreprésentation des hommes impliqués dans le travail d'avortement au regard de la proportion de femmes dans les spécialités médicales concernées. Ainsi en 2007, si 58 % des généralistes, gynécologues spécialistes ou sages-femmes impliqués (dans des proportions variables) dans la prise en charge de l'IVG sont des femmes, la part de femmes

¹¹ Je prends temporairement comme indicateur la profession du père afin de pouvoir comparer mon corpus avec les données disponibles sur l'origine sociale des médecins à l'échelle nationale, qui prennent le père pour référence.

¹² On peut en revanche noter l'importante part d'enfants d'enseignant·es : neuf enquêtés ont un ou deux parents instituteur·ices, enseignant·es du secondaire ou du supérieur.

¹³ Ou, dans une formulation critique, une « police des femmes par les femmes » (Mathieu et Ruault, 2016).

impliquées, pour chaque profession, est légèrement inférieure (pour les gynécologues-obstétricien·nes) ou égale (pour les autres) à la part de femmes dans la profession (Vilain, 2009) : l'effet du sexe des professionnel·les n'apparaît pas très déterminant de la participation au travail d'avortement.

L'analyse des réponses aux questionnaires du volet médecin de l'enquête Fécond (menée en 2010) est, elle aussi, éclairante. Je m'intéresse aux réponses que donnent des médecins généralistes, gynécologues médicales et gynécologues-obstétricien·nes aux questions : « Êtes-vous d'accord avec l'affirmation suivante : L'IVG devrait être autorisée jusqu'au 2^{ème} trimestre de grossesse comme dans d'autres pays ». En construisant un modèle de régression logistique cherchant à isoler les déterminants de cette opinion, je trouve un effet propre significatif du sexe, effet, certes, modéré (il est par exemple plus de trois fois moins fort que l'effet de la spécialité médicale). Toutes choses – prises en comptes par le modèle – égales par ailleurs, le fait d'être une femme rend moins probable d'être favorable à l'allongement du seuil d'IVG ($p < 0,05$) (Tableau 5)¹⁴ :

Tableau 5 : Les facteurs déterminants de l'opinion concernant l'extension du seuil d'IVG jusqu'au deuxième trimestre (régression logistique)

		Coefficient (logit)	95 % int. conf.	p-value
Sexe	Homme	ref		
	Femme	-0.39	-0.75, -0.04	0.028
Âge	< 55 ans	ref		
	> 55 ans	0.26	-0.07, 0.58	0.12
Couple	Célibataire	ref		
	En couple	-0.07	-0.54, 0.42	0.8
Enfant	Non	ref		
	Oui	-0.51	-1.0, 0.04	0.06
Recours à l'IVG	Non	ref		
	Oui	0.60	0.24, 1.0	<0.001
Taille de la ville d'exercice	Patientèle en ville > 100 000 hab.	ref		
	Patientèle en ville < 100 000 hab.	-0.42	-0.79, -0.05	0.028
	Patientèle en milieu rural	-0.18	-0.58, 0.21	0.4
Avoir enseigné à l'université dans les 10 dernières	Non	ref		
	Oui	-0.07	-0.59, 0.42	0.8

¹⁴ Les autres variables seront commentées plus loin dans le chapitre.

années				
Secteur	Secteur 1	ref		
	Secteur 2 ou hors convention	-0.04	-0.45, 0.36	0.8
Exercer seul	Exercice collectif	ref		
	Exercice solitaire	0.22	-0.11, 0.54	0.2
Spécialité	Gynécologue-obstétricien·nes	ref		
	Gynécologue médical·e	0.61	-0.02, 1.3	0.06
	Médecin généraliste	1.5	0.94, 2.0	<0.001

Champ : Médecins généralistes et gynécologues pratiquant en cabinet en France métropolitaine.
Source : Enquête Fécond 2010-2011, volet « médecins », INSERM-INED.

Si ce résultat peut surprendre, il ne fait pourtant que prolonger les conclusions de l'enquête de Maud Gelly (2006) portant sur le rapport des étudiant·es en médecine à la contraception et l'avortement, selon laquelle les femmes médecins tendent à être moins sensibles que leurs confrères aux enjeux de contraception et d'avortement et à faire preuve d'une moindre tolérance envers les avortantes. Or, en population générale, il semblerait que les hommes et les femmes aient des opinions proches en matière de droit à l'avortement. Comment expliquer ce qui paraît être un effet du genre spécifique au milieu médical ? Je propose quelques hypothèses explicatives.

Une première hypothèse résiderait dans la nécessité pour ces femmes médecins de tenir à distance ce qui peut les assigner à leur groupe social de sexe, au profit de leur appartenance professionnelle. En effet, bien qu'en cours de féminisation (Bessière, 2005 ; Lapeyre et Feuvre, 2009 ; Lapeyre et Robelet, 2010), la profession médicale reste dominée par une élite masculine et un *ethos* viriliste (Zolesio, 2012 ; Bercot, 2015), et les femmes médecins peuvent devoir fournir des efforts supplémentaires pour s'y intégrer, avec pour conséquence éventuelle une atténuation de leur solidarité envers les autres femmes. Les ethnographies de consultations gynécologiques comme celles de Laurence Guyard (2008) ou d'Aurore Koechlin (2021) décrivent les femmes gynécologues enquêtées comme étant plus injonctives et promptes au jugement que leurs collègues masculins, et l'encadrement féminisé de l'avortement n'apparaît pas comme le gage d'une prise en charge plus compréhensive (Mathieu et Ruault, 2016).

Une seconde hypothèse explicative serait la discipline contraceptive à laquelle s'astreignent les professionnelles. Autrement dit, les femmes médecins jugeraient d'autant plus l'échec contraceptif évitable qu'elles-mêmes l'évitent, et seraient d'autant plus sévères envers celles qui transgressent les normes contraceptives et procréatives qu'elles-mêmes en sont les bonnes élèves – la maîtrise de soi autorisant la maîtrise des autres¹⁵. Bénéficiant du « profit symbolique de la normalité » (Bourdieu, 1994a : 141) et de l'expression d'une féminité « respectable » (Skeggs, 2015) qui repose également sur la maternité – les femmes médecins ont plus d'enfants en moyenne que les autres femmes de niveau d'étude équivalent (Hardy, 2013 : 121, 122) –, elles gagneraient à imposer la norme sans poser la question des conditions sociales de son suivi. Or 18,9 % des femmes médecins de l'enquête Fécond déclarent avoir avorté, alors qu'on estime que 33 % des femmes françaises avortent au cours de leur vie (Mazuy *et al.*, 2014). Sachant que les répondant·es de l'enquête sont particulièrement âgées (et ont donc dépassé ou s'approchent de la fin de la période de leur vie où elles peuvent avoir recours à l'avortement), on peut conclure soit que les femmes gynécologues et généralistes ont une compétence contraceptive supérieure à la moyenne (elles ont moins de grossesses non prévues), soit qu'elles font moins souvent le choix d'avorter en cas de grossesse non prévue, soit que les médecins interrogées dans Fécond sous-déclarent plus que les autres enquêtées leur recours à l'IVG. Ces différentes possibilités ne sont pas exclusives les unes des autres.

Cette seconde hypothèse est confortée par les entretiens réalisés, qui attestent de l'importance du respect des normes procréative et contraceptive par les médecins. Quand je leur demande en entretien si elles ont déjà eu recours à l'IVG, Clélie, interne de gynécologie-obstétrique, répond sur le ton de l'évidence « Non, parce que je suis gynécologue. Je sais gérer les trucs ! », et Catherine (63 ans), PH de gynécologie-obstétrique comme son mari : « Ah non non, on s'en voudrait quand même ! Ça aurait été difficile de plaider l'accident ». Estelle (36 ans), cheffe de service, justifie n'avoir pas eu recours à l'IVG du fait de sa rigueur contraceptive – elle décrit le parcours contraceptif modal de la « norme contraceptive française » (Bajos et Ferrand, 2004 ; Le Guen *et al.*, 2017 ; Roux, 2021) :

« **Raphaël** : Et toi, tu as déjà avorté ?

Estelle : Non, j'ai toujours fait attention. J'ai toujours fait hyper gaffe à la contraception.

Raphaël : Tu as utilisé quoi ?

Estelle : Beaucoup la pilule, le préservatif contre les IST [infections sexuellement transmissibles]. Et après, dès que j'ai eu des enfants : stérilet. Et puis après, oui, la pilule tu as des effets indésirables... après chaque femme le vit différemment. Mais c'est tellement

¹⁵ Ces deux hypothèses rejoignent un constat fait par Peneff sur le rapport de classe : les agent·es hospitalier·es d'origine populaire jugent plus mal que leurs collègues les patient·es de classes populaires qui négligent leur hygiène (2005b [1992]).

important pour éviter les grossesses indésirées, à un moment il faut pas... » (Entretien du 29 avril 2022)

Ce constat ne se restreint pas aux médecins. À cette même question, la sage-femme et une infirmière du CIVG 1 me répondent avoir eu une grossesse non prévue et non désirée mais qu'étant en couple stable, avec déjà un ou deux enfants et un emploi fixe – les bonnes conditions pour enfanter selon la norme procréative (Bajos et Ferrand, 2011) –, elles ont chacune décidé de ne pas avorter. Les professionnel·les de santé apparaissent, globalement, du « bon » côté de la barricade de l'ordre reproductif : elles ont d'autant plus un intérêt symbolique à affirmer et à valoriser les normes procréatives qu'elles-mêmes s'y conforment.

Parmi les professionnel·les de la gynécologie, les femmes ne sont donc pas particulièrement disposées en raison d'une socialisation de genre à la prise en charge des IVG, ni à la poursuite de sa libéralisation. Cependant, si le raisonnement toutes choses égales par ailleurs a son intérêt, il reste une fiction logique (Passeron, 1991 ; Biland *et al.*, 2008) : quoiqu'elles semblent y être un peu moins enclines *ceteris paribus*, ce sont bien des femmes qui réalisent majoritairement le travail d'avortement, et le font de plus en plus étant donné la féminisation croissante de la profession médicale et l'ouverture de la pratique de l'IVG aux sages-femmes.

Que le sexe des médecins n'ait pas un effet surdéterminant de l'engagement dans le travail d'avortement ne signifie pas que des logiques de genre ne sont pas à l'œuvre dans cette orientation médicale atypique. En effet, un autre élément qui accroît la distance des (futur·es) avorteurs et avorteuses à leur groupe professionnel est l'expérience, dans le cadre des études ou du début de la carrière médicale, d'une position dominée dans les rapports de genre. Pour certaines femmes enquêtées, l'expérience du sexisme de leurs collègues et le rejet de la violence, notamment de genre, des pratiques médicales est à l'origine d'un sentiment de décalage avec leur milieu professionnel. C'est le cas de Gaëlle, généraliste de 42 ans, aujourd'hui responsable de centre d'IVG. Elle est fille d'une mère au foyer et d'un cadre d'une entreprise d'informatique, athée comme ses parents. Elle n'est ni politisée ni féministe à l'époque de ses études de médecine, qu'elle vit très mal :

« **Raphaël** : Et tu savais pas que tu voulais faire de la planification avant de faire ce stage d'internat ?

Gaëlle : Non, pas du tout, j'étais un peu... Je vais pas raconter ma vie, mais j'étais pas très heureuse dans mes études. J'avais démarré mes études de médecine avec une idée, je sais pas d'où elle me sortait, de faire de la chirurgie parce que j'avais l'impression que c'était ça qui me plairait, que j'allais sauver des vies. Très, très vite, j'ai détesté en fait tout l'environnement. Ça s'est pas très bien passé, on va dire dans mes stages où on se retrouvait... Bah comme tous les étudiants en médecine, on est très vite à l'hôpital et j'étais très déçue de ce que j'y ai trouvé. Avec très très peu d'humanité. Je suis peut-être mal

tombée, hein, mais on est quand même très jeunes confrontés quotidiennement à la maladie, à la souffrance, à la misère et avec en face des professionnels qui, voilà, on s'attendait à rencontrer des gens fantastiques, des modèles un peu (*sourire*) et puis moi j'ai pas rencontré ça, quoi, j'étais très déçue [...] Sans parler de toute la partie carabin des études, où on se retrouve très jeunes dans des salles de garde, avec des fresques de partouze au mur, avec des règles à respecter parce que sinon on risque de se retrouver obligé... J'aurais jamais fait ça, mais on n'a pas envie que tout le monde nous hurle dessus pour que vous montriez vos fesses ou vos seins parce que vous avez fait une erreur en salle de garde. Enfin, pour moi, c'était (*insiste*) *hyper* violent comme environnement, *hyper* violent, j'ai (*insiste*) *détesté*, je me suis sentie pas du tout à ma place. J'ai pas trouvé des gens qui comme moi... qui réagissaient comme moi. Peut-être qu'il y en avait plein d'autres en fait, mais moi, ma réaction, ça a été un peu de me renfermer sur moi même genre "Oh là là, qu'est-ce que c'est que ce cauchemar ?" Donc j'ai pas... j'ai pas passé des bons moments. Et puis du coup j'avais un peu l'idée de raser les murs jusqu'à ce que j'aie fini mes études. J'étais pas hyper jouasse. Voilà, je me demandais ce que je faisais là, j'avais l'impression de pas être à ma place. » (Entretien du 12 juin 2021)

Gaëlle raconte avoir souffert tout au long de ses études de médecine du harcèlement sexiste, du manque d'humanité de ses camarades et supérieur·es envers les étudiant·es en médecine comme envers les patient·es, ainsi que du sentiment d'être isolée dans son indignation. Gaëlle prend une année sabbatique, songe à interrompre définitivement ses études, se force à les terminer en « ras[ant] les murs ». Jusqu'à rencontrer les avorteur·ses et le travail d'avortement lors de son dernier stage d'internat (j'y reviens plus bas).

La position de genre semble également jouer un rôle dans la trajectoire de quelques hommes enquêtés que la distance aux normes de la masculinité hégémonique (Connell, 2014) isole au sein du groupe dominant. C'est le cas notamment de Jean. Il est né en 1964. Ses parents et grands-parents sont médecins. Sa mère, généraliste ayant une activité de gynécologie, « donnait des adresses » aux femmes pour qu'elles puissent avorter avant la loi Veil. Ses parents athées, qui votent « à gauche », l'ont élevé dans beaucoup de liberté, dit-il. Etudiant en médecine, il s'oriente vers la gynécologie-obstétrique en découvrant « le miracle de la naissance » lors de son dernier stage d'externat (« la première fois que j'ai vu une césarienne, le bébé qui sort du ventre, j'ai trouvé ça sublime »). Homosexuel, il évoque sa marginalité dans un milieu médical hétéronormatif – et en particulier dans le sous-champ de la chirurgie (Zolesio, 2012) :

« Parce que de toute façon moi j'ai une vie marginale, pour tout te dire moi je suis gay, donc je me sens... Le fait aussi d'avoir cette... c'est pas une particularité, j'aime pas dire ça, mais quand même, dans un milieu... enfin voilà t'es gay dans le *show business* c'est pas pareil que t'es gay chez les chirurgiens, qui est quand même un milieu très hétéronormé, assez sexiste etc. Donc du coup tu as forcément une sensibilité différente. Je pense que si j'avais pas été gay, doublement je serais pas dans la même situation qu'aujourd'hui. » (Entretien du 8 janvier 2021)

Homosexuel parmi les médecins, il reste un médecin parmi les homosexuels, et s'il « essaie », dit-il, de militer au sein d'associations d'homosexuel·les contre le SIDA, sa position professionnelle attire la méfiance. Les mobilisations se sont en effet construites en marge du champ médical et, dans une certaine mesure, en opposition avec lui, affirmant les droits des patient·es face aux médecins et défendant le développement d'une expertise profane et l'appropriation de certaines pratiques médicales (Gaudillière, 2002 ; Pinell et Broqua, 2002 ; Dodier, 2003 ; Gelly et Pavard, 2016). Il reporte ses « dispositions contestataires » (Mathieu, 2012) dans son travail en faisant de la prise en charge des femmes séropositives son sujet d'expertise. Il pratique alors, ponctuellement, des avortements dans le cadre de son activité de gynécologue-obstétricien, sans difficulté ni intérêt particulier, la « fibre sociale » qu'il dit avoir toujours eue étant alors tout entière accaparée par son engagement de l'époque. S'appuyant sur les données d'une enquête médicale anglaise encore peu connue, il défend l'idée qu'il faut permettre aux femmes séropositives d'accoucher par césarienne pour diminuer le risque de transmission du VIH au bébé. Devant l'opposition de sa cheffe de service, dans un éclat de colère, il démissionne, se retrouvant sans travail. Une amie lui présente Michèle, gynécologue responsable de centre d'IVG, qui lui propose des vacances. Il accepte par nécessité : « j'avais besoin de croûter. Les IVG, moi je sais les faire, c'est pas très difficile, c'était pas trop mal payé ». Il trouve alors dans l'IVG une nouvelle cause dans laquelle investir ses dispositions scientifiques et militantes développées autour du SIDA : il lit les travaux de sciences sociales autour de l'avortement et les théoriciennes féministes, rencontre la sociologue Nathalie Bajos, augmente son temps en centre d'IVG jusqu'à obtenir un poste de PH de responsable d'unité IVG d'un CHU. Il y réalise autour de 350 IVG par an et joue un rôle de référence scientifique en matière d'avortement, participant à mener ou à diffuser les études françaises ou étrangères, à établir les protocoles en matière d'IVG au sein de la communauté médicale. Son expertise est reconnue au sein du segment des avorteurs et avorteuses mais aussi celui des gynécologues-obstétricien·nes. Marginal dans les espaces dominants de la gynécologie, en se spécialisant dans le travail d'avortement il devient dominant dans un secteur dominé.

Ces différentes trajectoires permettent de voir que les caractéristiques sociales disposant à l'orientation vers le travail d'avortement se croisent et se cumulent. Jean, par exemple, n'incarne pas seulement une masculinité subordonnée, pour reprendre la typologie de Raewynn Connell (2014), mais a aussi une mère médecin soutien de la lutte pour l'avortement libre et un engagement préalable pour l'accès aux soins des minorités sexuelles. Quand il découvre l'IVG, il est déstabilisé dans sa jeune carrière professionnelle et, venant

d'abandonner son poste, se trouve dans une position précaire : l'investissement dans le travail d'avortement lui rend possible la poursuite d'une carrière médicale.

L'analyse de ces trajectoires révèle aussi qu'il faut considérer ensemble position et disposition. J'ai montré au chapitre précédent que médecins et sages-femmes ont un intérêt matériel et symbolique à participer au travail d'avortement variable selon la position occupée dans le champ médical. Plus ils et elles occupent une position dominante dans le champ, moins ils et elles ont intérêt à se spécialiser dans l'avortement, et plus les instances de socialisation prédisposant à la participation active au travail d'avortement jouent un rôle important. J'ai rencontré des généralistes qui ne sont ni d'extrême gauche, ni particulièrement féministes, n'ayant pas une origine sociale particulièrement populaire, ni des expériences liées à une position dominée de genre qui les y disposent, mais qui se spécialisent dans le travail d'avortement parce qu'ils ou elles en ont l'opportunité à un moment de leur trajectoire professionnelle. En revanche, ça n'est le cas d'aucun·e gynécologue-obstétricien·ne de mon corpus. Renoncer à une carrière d'obstétricien·ne pour une carrière d'avorteur ou d'avorteuse est un choix exceptionnel qui suppose un engagement politique fort ou une marginalité sociale préalable au sein du milieu professionnel, ou les deux.

Mon approche est bien dispositionnaliste et non causaliste. Les différents critères évoqués jusque-ici – socialisation politique, expérience profane de l'avortement, origine sociale, position de genre dominée (ou dominée au sein du groupe des hommes) – participent à disposer les médecins et sages-femmes à l'engagement dans la pratique des IVG : soit qu'ils les conduisent à considérer davantage que leurs collègues le travail d'avortement comme une cause méritant d'être soutenue, soit qu'ils créent une distance objective et subjective avec le milieu médical propice au fait d'emprunter des chemins professionnels atypiques. Par ailleurs, les médecins ne sont pas disposé·es *ou non* mais le sont *plus ou moins*.

Une autre caractéristique minoritaire dans le milieu médical est le fait d'être racisé·e. C'est le cas de trois avorteurs ou avorteuses spécialistes enquêté·es, né·es en Martinique, au Liban et en Syrie. À la différence de l'origine sociale ou de la socialisation de genre des médecins, je n'ai pas pensé à questionner en entretien l'effet de la position dans le rapport de race sur la trajectoire sociale des médecins, sans doute du fait de ma propre position dominante. Il n'a pas non plus été évoqué spontanément par les enquêté·es : je n'ai donc pas d'élément d'analyse à proposer¹⁶.

¹⁶ En revanche, j'ai donné une place importante à l'analyse du rapport de race dans l'interaction avec les avortantes, ce que je détaillerai dans un chapitre ultérieur.

C. Le travail d'avortement, ou la découverte d'une solution à la crise vocationnelle

Dans le numéro anniversaire de *Sciences sociales et santé* de 2022, Maud Gelly évoque son parcours de « médecin et sociologue ». Elle évoque le « sentiment de désajustement profond » qu'elle connaît pendant ses études de médecine, et la décision de n'exercer la médecine qu'en tant qu'avorteuse, décision qu'elle décrit comme « tout à fait honorable et politiquement cohérent[e] » avec sa socialisation féministe et marxiste (ce qui conforte mon analyse : la construction de l'avortement comme cause politique prédispose grandement à la spécialisation d'avorteur·se)¹⁷. Cela ressort des extraits d'entretien retranscrits jusqu'ici : nombreux et nombreuses sont les avorteur·ses enquêtés·es qui décrivent un tel sentiment de décalage avec l'univers scolaire et professionnel dans lequel ils et elles évoluaient initialement. Le contenu des études et du travail ou la sociabilité médicale leur déplait à des degrés variables et certain·es décrivent une situation d'anomie, une crise vocationnelle – c'est-à-dire dispositionnelle (Lahire, 1998 : 56 ; Zolesio, 2009) – parfois accompagnée de dépression, envisageant d'arrêter la médecine...

Mais le désajustement subjectif au milieu professionnel ne suffit pas à expliquer la spécialisation. Les dispositions au travail d'avortement peuvent rester inactivées en l'absence d'un contexte permettant de participer au travail d'avortement et de s'y investir : la découverte et l'expérience positive du travail en centre d'IVG lors d'un stage d'internat, la rencontre d'un·e avorteur·se spécialiste jouant un rôle de modèle, l'obtention d'un poste. Il faut donc considérer non seulement les dispositions mais aussi le rôle des événements et des contextes qui viennent les actualiser (Lahire, 2012).

J'ai laissé en suspens le récit de la trajectoire de Gaëlle, dont on se souvient de la détestation pour les études de médecine et les pratiques de harcèlement sexuel qui y sont monnaie courante. En dernière année d'internat, elle réalise un stage de six mois en gynécologie. Quoique mise en difficulté – elle est « abandonnée aux urgences » et forcée d'apprendre à se « démerder » – elle découvre une médecine qui lui a « vachement plu » : celle de l'accompagnement de « la vie » – la grossesse notamment – et non de la maladie et de la mort. Voulant réaliser son dernier stage d'internat dans un autre service de gynécologie, on lui donne le contact d'Arlette, responsable d'un centre de planification.

« C'est un personnage, et à l'époque elle était médecin responsable de toute la planification familiale du département. Je suis allée en stage avec elle et le premier jour elle m'a dit, "bon bah tu viens consulter avec moi, tu t'assoies avec moi, puis à la fin tu me dis si tu veux continuer le stage ou pas, parce que ça passe pas forcément". Et là, si tu veux, j'ai... J'ai fait

¹⁷ Patrice Pinell, lui aussi médecin de formation, décrit ce même sentiment de décalage qui l'a conduit vers la sociologie (2021).

la rencontre, quoi. J'étais à côté d'elle et j'ai dit "ok, c'est toi que je cherche depuis neuf ans" (*sourire*) et... voilà, une manière de faire qui avait rien à voir avec ce que j'ai connu jusqu'ici. Aucun paternalisme, aucune... Une espèce de manière très très naturelle d'être et de pas être déguisée en docteur qui explique la vie aux autres. Qui est vraiment quelqu'un d'action, de terrain. Vraiment quelque chose que je cherchais depuis le début, sans savoir, sans savoir où trouver. Et du coup, ça m'a complètement redonné le goût pour ce boulot. Donc après ça j'ai décidé que, dès que je pourrai, donc dès que je serai thésée – elle a été ma directrice de thèse – dès que je serai thésée, je ferai du planning. J'ai quand même encore fait un peu de remplacements, mais je me suis rendue compte rapidement que je voulais pas du tout continuer, ni la médecine générale, ni le libéral. Ce qui me convenait bien, c'était le planning. » (Entretien du 12 juillet 2021)

Gaëlle a travaillé dans trois centres de planification ou d'IVG différents avant de passer le concours de PH et de prendre la direction du centre où elle travaille actuellement.

La découverte du travail d'avortement est souvent présentée par les enquêté·es comme relevant d'une contingence, l'exemple modal étant celui du stage d'internat ou d'externat d'abord non souhaité, en gynécologie ou directement en orthogénie. Amandine, médecin généraliste de 36 ans aujourd'hui responsable d'un centre d'IVG, raconte sa découverte de l'IVG « par hasard ou par erreur (*rire*). Pas volontairement en tout cas. » Voulant réaliser son dernier stage d'internat en gynécologie, pensant être mal classée parmi les autres internes en concurrence pour l'attribution des lieux de stage, elle demande « n'importe quoi tant qu'il y a de la gynécologie » :

« J'ai eu connaissance du stage qui m'était attribué : il était en centre d'IVG. Et ce jour-là, je me suis rendu compte que j'étais très bien positionnée dans mes choix de stage, ma première réaction ça a été "oh mince, le centre d'IVG ça va être dur ou glauque, si j'avais su que j'étais bien positionnée j'aurais plus fait des demandes de gynécologie". Donc j'y suis arrivée comme ça dans ce stage. Et là, ça a été le coup de cœur de ma vie, je me suis dit, quand je serai grande c'est ça que je veux faire. [...] J'ai trouvé ça hyper intéressant. Et aussi c'était un service où j'ai découvert la bienveillance médicale. Qui, là, était appliquée à l'IVG et à la gynécologie mais qui avait fait défaut dans tous les services où j'avais travaillé avant. » (Entretien du 10 octobre 2021)

Elle cherche à rejoindre l'équipe du centre une fois son stage terminé mais, en l'absence de poste, elle s'installe en libéral où elle pratique la médecine générale et la gynécologie. Quelques années plus tard, elle soumet une candidature spontanée à un autre centre d'IVG proche de chez elle, dont elle a aujourd'hui pris la direction. Pour les médecins en décalage avec leur milieu professionnel, le stage en centre d'IVG n'est pas seulement un lieu de passage ponctuel. Sur les quatre dernier·es nouveaux ou nouvelles membres de l'équipe du CIVG 3, trois ont été recruté·es parmi les ancien·es internes du service qui, depuis la fin de leurs études, attendent qu'une place s'y libère. Lorsqu'elle ne se fait pas dans le cadre d'un stage d'étude, l'entrée dans un centre d'IVG passe généralement par

l'interconnaissance, lorsqu'un·e avorteur·se cherchant à combler une place laissée vacante par un départ propose un poste – d'abord un petit temps de travail qui pourra s'accroître au fil des années – à un·e collègue en situation de disponibilité professionnelle : par manque d'activité, notamment en tout début de carrière ou à une époque où le déséquilibre entre l'offre et la demande médicale était moins marqué, ou dans le cas de Jean, dans une situation de chômage. Les services et les avorteurs et avorteuses jouent donc un rôle actif dans le recrutement de nouveaux et nouvelles qui semblent particulièrement disposé·es au travail d'avortement.

Au-delà de la découverte du travail d'avortement, c'est aussi, peut-être surtout, la rencontre d'un·e médecin qui va faire figure d'exemple à suivre, de modèle de carrière et d'exercice médical, qui crée une vocation d'avorteur·se. Charlotte (40 ans), aujourd'hui PH de médecine générale dans le CIVG 3, raconte qu'Hélène, membre de l'équipe du CIVG 3, était venue présenter l'orthogénie à sa promotion lors de son internat :

« J'ai vu Hélène, j'ai dit "je veux être elle !". J'ai dit "c'est qui cette nana ?!". "Je veux faire ça !". Donc je suis allée les voir, j'ai demandé à venir comme interne. Ils ont ouvert un stage, mais c'est Audrey qui l'a eu. Elle était mieux classée que moi. » (Entretien du 10 juin 2022)

N'ayant pas la possibilité de réaliser un stage au CIVG 3 – lieu de stage que les internes de médecine générale se disputent –, elle rejoint, à la place, le service de gynécologie-obstétrique d'un hôpital périphérique. Le seul gynécologue spécialiste de l'équipe qui accepte d'y réaliser les IVG l'y initie. Elle en vante les mérites :

« C'est pas du tout le gynécologue obstétricien qu'on décrit. Il était dans l'empathie avec les patientes, il m'a appris à faire de la gynéco bienveillante [...]. C'est pas Martin Winckler¹⁸ mais presque. »

Quelques années après la fin de ses études, une place se libérant au CIVG 3, Lise (52 ans), la responsable du centre, propose à Charlotte de les rejoindre. Ravie, elle saute sur l'occasion. Elle me dira, au sujet de Lise :

« On a de la chance d'avoir Lise qui est au front tout le temps, qui nous fait évoluer. Au début, Lise, elle m'impressionnait. J'avais peur de dire une boulette. Je suis très admirative de sa personne. C'est elle aussi qui nous rend fières de ce qu'on fait. [...] Je voulais devenir Hélène, mais je voulais aussi devenir Lise ».

Lise comme Hélène sont des figures d'avorteuses qui fascinent Charlotte pendant ses études et ses premières années d'exercice, et l'amènent à façonner sa carrière de médecin de manière à leur ressembler. Ce sont des *role model* (« modèle de rôle ») au sens où les définit Robert Merton, *i.e.* un « individu de référence » (parent, *leader* politique, supérieur hiérarchique, célébrité, etc.) auquel un·e agent·e s'identifie, cherche à ressembler par son

¹⁸ Médecin généraliste et écrivain qui participe à populariser la critique médicale des violences gynécologiques et obstétricales.

comportement et par l'adhésion manifeste à ses valeurs supposées dans l'espoir d'occuper une position similaire (Saint-Martin, 2013 : 84). Pour certain·es enquêté·es, ces avorteurs et avorteuses *role model* jouent un rôle socialisateur actif, non seulement par imitation mais par transmission manifeste de savoirs, de pratiques et de valeurs. C'est le cas d'Arlette pour Gaëlle, comme de Michèle (une gynécologue-obstétricienne retraitée de 74 ans) pour Jean, qui accepte des vacations d'IVG dans son centre alors qu'il est en « errance professionnelle ». Évoquant sa rencontre avec Michèle comme une « révélation » et un « tournant », il dit qu'« elle va changer [s]a vie », et il décrit le centre comme un « eldorado de l'IVG », un lieu de calme, de bienveillance, et de consultations réalisées sans précipitation. Il admire Michèle, son « immense culture » aussi bien médicale qu'en sciences sociales, son rapport scientifique à la médecine – elle lit les revues médicales. C'est à son contact et par les lectures qu'elle recommande, que Jean va devenir avorteur (en outre, un avorteur particulièrement porté vers la recherche et la connaissance des recherches scientifiques en matière d'avortement).

Pour ces médecins enquêté·es en crise vocationnelle, le travail d'avortement apparaît alors non seulement comme une activité qu'ils et elles valorisent pour son contenu, mais comme une manière de « pratiquer la médecine autrement » (Mariette et Pitti, 2016), une manière qui leur convient mieux. Gaëlle parle de la découverte d'une médecine plus « humaine », Amandine et Charlotte celle de la « bienveillance médicale », et Anna et Sandra, deux autres médecins généralistes de 39 et 38 ans évoquent la « façon très militante d'exercer » qu'elles ont appris, *via* la pratique des IVG, lors d'un stage de fin d'internat dans un centre de santé communautaire : des consultations longues, une pratique gynécologique qui rejette les examens systématiques, des soins accessibles à une patientèle moins favorisée que dans les cabinets de gynécologie en libéral. D'autres soulignent leur découverte d'une médecine relationnelle, centrée sur la personne et le soin plutôt que technicienne et centrée sur la pathologie. Ainsi que le dit Jeanne (52 ans) : « je suis fondamentalement généraliste dans l'âme, ça, je me suis découvert, c'est à dire que le saucissonnage organique ne m'intéresse absolument pas. » Si beaucoup des avorteurs et avorteuses spécialistes sont des médecins généralistes, cela s'explique en partie par le fait que la médecine générale « sélectionne » les individus parmi les moins ajusté·es aux normes du champ, celles et ceux qui valorisent d'autres modes d'exercice (Bloy, 2010 : 360) et présentent des dispositions ajustées à l'exercice en centre d'IVG. L'orientation (certes contrainte par les résultats scolaires) vers la médecine générale aurait des affinités avec l'orientation vers la spécialisation d'avorteur·se. Mais c'est sans doute aussi parce que les dominé·es du champ ont un intérêt professionnel plus important à s'engager dans le travail d'avortement – bien que ce ne soit pas un élément que les médecins enquêté·es mettent d'elles et eux-mêmes en avant.

Le lexique de la révélation, pour désigner la découverte du travail d'avortement, et celui de l'évidence, pour désigner l'orientation professionnelle qui s'ensuit, témoigne de l'accord entre les structures objectives du travail d'avortement et les dispositions des enquêtés : il s'agit là d'un contexte de travail et de sociabilité professionnelle dans lequel les dispositions mal ajustées au reste du champ médical peuvent s'exprimer, être confortées, et même être valorisées de sorte à pouvoir parfois rapporter des bénéfices symboliques et matériels. Le premier stage d'internat, ou le premier poste en début de carrière, en centre d'IVG, constitue ainsi un « point de bifurcation » (Voegtli, 2004) dans la carrière médicale – vers une orientation professionnelle minoritaire – autant qu'une réconciliation avec l'identité de médecin, un réenchâtement du métier.

Je conclus cette première section consacrée à l'analyse dispositionnelle du devenir avorteur ou avorteuse, en synthétisant ses principaux résultats sous une forme diachronique. De 1970 à aujourd'hui, j'identifie trois générations au sens non pas démographique – des cohortes d'âge proches – mais sociologique. La génération en sociologie désigne la socialisation spécifique liée à des contextes socio-historiques et à des expériences communes à une « unité de génération » (Mannheim, 1990 ; Cartier et Spire, 2011) qui conduit des individus d'un groupe d'âge à partager une vision similaire du monde, et ici, plus précisément, du travail d'avortement.

La première génération est celle des médecins qui ont participé à la prise en charge des avortements avant la loi Veil ou dans les années qui ont suivi, en tant qu'internes ou médecins diplômés. Tous sont devenus avorteurs ou avorteuses à un moment où la pratique était encore stigmatisée au sein du champ médical, et leur participation au travail d'avortement est liée au militantisme politique et féministe et/ou à l'expérience de la mort d'avortées des suites des complications d'avortements clandestins.

La deuxième génération est celle des médecins qui entrent dans le travail d'avortement entre le milieu des années 1980 et la fin des années 1990. Il s'agit là de médecins qui deviennent avorteurs et avorteuses alors que ce travail est en train de s'institutionnaliser, de se normaliser et de se gynécologiser. Ce sont des médecins qui, tout en disant ne pas avoir été stigmatisés pour leur pratique des IVG dans le milieu professionnel, ont fait leurs études à un moment où l'avortement était encore un travail réalisé dans les marges du champ médical. La plupart ont candidaté ou accepté une vacation en centre d'IVG qu'on leur a proposée par interconnaissance, dans une situation de disponibilité professionnelle, dans le but de diversifier leur activité (et par attrait pour une activité de groupe et hospitalière), ou celui d'acquérir des compétences en gynécologie. Quoique tous soient favorables au droit à

l'avortement, c'est rarement par militantisme qu'ils et elles rejoignent initialement les centres d'IVG, et, parmi les généralistes, aucun·e n'a fait l'expérience préalable de la pratique des IVG et du travail en service d'orthogénie étant donné que l'internat de médecine générale n'existait alors pas. Comme les avorteurs et avorteuses de troisième génération, s'ils et elles se positionnent presque toutes à gauche, peu militent dans des groupes ou des partis politiques.

La troisième génération est celle des médecins qui deviennent avorteurs et avorteuses à partir des années 2000. Ils et elles ont commencé leur internat après la réforme de 2004 constituant la médecine générale comme une spécialité, réforme qui leur impose divers stages, notamment en gynécologie, dans leur cursus. Les services d'orthogénie deviennent un des cadres possibles de stage d'internat pour des généralistes qui y découvrent un mode d'exercice pouvant être en accord avec des dispositions médicales atypiques, et une des rares portes ouvertes vers un exercice collectif, hospitalier, un poste de PH, une charge d'enseignement ou une activité en gynécologie, bref, vers une position professionnelle valorisée. C'est souvent après une expérience enchantée du travail d'avortement lors de leurs études, ou la rencontre d'un·e avorteur ou avorteuse qui devient leur référence professionnelle, qu'ils et elles font ce choix d'exercice.

S'il y a des dispositions transgénérationnelles à l'engagement dans le travail d'avortement, on ne peut comprendre la sociologie et le rapport au travail des avorteurs et avorteuses qu'en inscrivant les histoires individuelles dans des histoires collectives (Avril *et al.*, 2010), c'est-à-dire en mettant en regard les trajectoires individuelles et les évolutions de l'histoire politique et professionnelle de l'espace de l'avortement.

II. Être avorteur·se : une spécialisation médicale informelle

Jusqu'ici, j'ai distingué les avorteurs et avorteuses spécialistes des autres uniquement par le fait qu'ils et elles y ont un poste dédié – y compris à temps partiel – ou pratiquent des IVG en libéral. Mais l'engagement dans le travail d'avortement constitue une spécialisation médicale informelle qui découle de la pratique intensive d'une activité spécifique sans s'y résumer. La spécialisation est un processus, achevé ou non, de division du champ médical en sous-ensembles de pratiques dont les acteurs et actrices revendiquent le monopole et sa reconnaissance par les institutions dominant le champ (Pinell, 2005 ; Weisz, 2006). Elle est la forme propre au champ médical de la professionnalisation analysée par les interactionnistes étatsunien·nes, c'est-à-dire de l'émergence et de l'institutionnalisation de segments professionnels qui se constituent des domaines réservés, tracent leurs frontières et en excluent

les autres professions, revendiquent le contrôle du travail, de la diffusion des savoirs et des formations, d'espaces autonomes de pratique, et s'organisent en associations (Abbott, 1988, 1991). La professionnalisation n'est pas toujours un processus linéaire mais peut être marquée par des arrêts, des retours en arrière (Ollion, 2016 : 100, 101) : c'est le cas pour l'avortement.

Comme nous l'avons vu au chapitre 2, la médicalisation de l'avortement combinée au rejet de sa pratique par une large part de la profession, a permis que se forment des services autonomes de médecins intéressé·es par la pratique des IVG et relativement critiques de l'organisation du champ médical, dont une partie s'organise au sein de l'ANCIC, organisation interprofessionnelle d'avorteurs et avorteuses. La gynécologisation de l'avortement interrompt l'autonomisation de l'espace professionnel de l'avortement. Pour autant, la prise en charge de l'avortement conserve un statut hybride, conséquence du faible intérêt des gynécologues-obstétricien·nes qui la délèguent et de la persistance d'un engagement objectif et subjectif d'avorteurs et avorteuses dans leur travail, dans des associations professionnelles, dans certaines instances de formation et dans les débats scientifiques ou politiques.

Si l'orthogénie est donc bien loin d'être une spécialité institutionnalisée et clôturée, elle apparaît à plusieurs égards comme une *spécialité informelle* au sens que lui donne Alain Giami, c'est-à-dire comme résultat de la manière dont les médecins « construisent et organisent de façon sélective leur pratique professionnelle, et en particulier dans un domaine d'activité pour lequel ils n'ont pas reçu de formation spécifique et qui ne constitue pas une spécialité médicale reconnue officiellement par l'institution hospitalo-universitaire » (Giami, 2010 : 147)¹⁹. J'aborde différentes caractéristiques qui, avec la pratique intensive des IVG, participent à définir la spécialisation informelle dans le travail d'avortement : la constitution d'une identité professionnelle centrée autour de cette pratique, l'acquisition de compétences techniques et de dispositions scientifiques propres à l'avortement, la participation à des organisations professionnelles spécialisées, la politisation du travail d'avortement. Ce sont quatre caractéristiques globalement partagées – quoiqu'à des degrés divers – par les avorteurs et avorteuses spécialistes rencontré·es durant mon enquête. Il s'agit ici, en les détaillant, de caractériser le métier d'avorteur·se bien qu'il n'ait pas d'existence officielle.

A. Avorteur·se ou médecin ? L'identification professionnelle comme avorteur·se

« J'ai mis du temps à concevoir qu'il fallait que je pratique des avortements. Il le fallait. L'avortement est un devoir pour moi et ce sens du devoir a pris du temps. J'ai laissé pendant des années les femmes face à leur souffrance. Je les ai laissé gérer cet événement en leur

¹⁹ Alain Giami analyse ainsi la manière dont des médecins généralistes constituent la sexualité comme objet médical alors qu'elle fait l'objet d'un processus d'évitement par leurs collègues.

prenant tout juste la main. Je n'étais pas prête à accompagner les autres. J'avais encore la tête dans la naissance, la maternité et ses couches. J'avais cette sensibilité non encore blindée face à cet acte. Il est des soins difficiles à prodiguer. Soignante, polyvalente, avec ses limites. [...] C'est au nom de toutes ces femmes qui ont combattu seules, au nom de mes filles et nièces, de mes amies que je me décide à avorter, à devenir avorteuse ».

Cet extrait du livre autobiographique écrit par une enquêtrice témoigne de ce geste totalement absent du discours des professionnel·les qui ne réalisent que ponctuellement des avortements : endosser une identité professionnelle centrée sur la pratique des IVG. Les avorteurs et avorteuses spécialistes se définissent souvent comme tel·les, en complément ou pour certain·es en opposition à une identité de médecin gynécologue, de médecin généraliste, ou de médecin tout court.

Gaëlle (42 ans, médecin généraliste, PH) se définit comme « médecin avorteur », Jean (57 ans, gynécologue-obstétricien, PH) comme « médecin *et* avorteur », ajoutant qu'il « revendique aujourd'hui ce mot avec autant de fierté que celui d'accoucheur », Didier (78 ans, gynécologue-obstétricien retraité) comme « avorteur *et pourtant* médecin », et une médecin généraliste se désigne comme « IVGiste » au congrès de l'ANCIC auquel j'assiste en mars 2022. Les sages-femmes d'une association militant pour l'accroissement de leurs compétences en matière d'avortement se qualifient, elles, d'« orthogénistes ». Cette autodéfinition témoigne, d'une part, de la fierté et de la volonté d'identification centrée sur l'acte qui leur semble le plus caractéristique de leur vie professionnelle (Bucher et Strauss, 1961) – alors que, de fait, un certain nombre pratiquent aussi une activité de gynécologie ou de médecine générale plus large. Héritage d'une période où la prise en charge de l'avortement était mal vue, cette revendication identitaire suppose un engagement subjectif fort pouvant aussi relever du retournement de stigmat. Ainsi Jeanne raconte que, les premiers mois, elle craignait le regard des autres médecins lorsqu'elle annonçait qu'elle faisait des IVG : « Tout ça, ça demande un petit peu de temps avant de s'assouplir et puis de *coming outer* son *statut* ».

Cette autodéfinition témoigne par ailleurs de la restriction de leur faisceau de tâches (Hughes, 1996b [1971] : 71). Si le travail en centre d'IVG comprend aussi des consultations de contraception et parfois de suivi gynécologique, Jean, gynécologue-obstétricien, ne fait plus du tout d'obstétrique et Jeanne, évoquant le début de son activité d'IVG en libéral en 2004, explique : « Je n'ai plus jamais arrêté et c'est devenu dans ma pratique quelque chose d'important. J'ai arrêté la médecine générale, pour vous dire ». Gaëlle affirme elle aussi qu'elle ne « pratique pas la médecine générale » :

« Je suis pas docteur. J'ai pas envie de faire de la médecine. Ça m'emmerderait de traiter les douleurs de règles. Je pourrais faire que des IVG toute la journée je serais super contente. »
(Entretien du 12 juillet 2021)

Dora (61 ans), gynécologue-obstétricienne qui conserve une activité variée de gynécologie et d'obstétrique au-delà de son engagement pour l'avortement, désigne ses collègues qui se spécialisent dans l'IVG ainsi :

« C'est des filles qui ont choisi de faire ça, elles aiment faire ça, elles font ça bien et c'est super. Mais par ailleurs, elles sont des quiches en diabète, en hypertension et en sida. »
(Entretien du 1^{er} juin 2021)

La spécialisation des postes et des consultations d'orthogénie rend difficile le développement ou même le maintien des savoir-faire nécessaires à l'exercice des autres pans de la médecine.

Alors que j'interroge systématiquement les avorteurs et avorteuses enquêtés sur leur expérience éventuelle d'une stigmatisation en milieu médical, les réponses positives sont rares. Les quelques récits rapportés concernent le plus souvent des gynécologues spécialistes ou anesthésistes jugés méprisants, quoiqu'ils et elles semblent davantage réagir à la présence de généralistes à l'hôpital ou ayant la prétention de pratiquer la gynécologie plus qu'à la pratique des IVG en elle-même. En d'autres termes, les commentaires peu amènes ou dévalorisants qui me sont rapportés reflètent davantage une situation de domination professionnelle qu'une stigmatisation de la pratique des IVG.

Mais l'identité d'avorteur ou d'avorteuse se négocie également hors du travail et des relations professionnelles, et c'est dans ces contextes-là que les enquêtés racontent des épisodes d'inconfort ou de conflit, de dissimulation ou de rejet de leur identité professionnelle. Si les plus engagés ont peu de difficultés à évoquer leur métier auprès de leur conjoint ou de leurs ami·es – qui partagent généralement leurs positions – rares sont celles et ceux qui n'ont jamais été évasifs ou évasives sur leur métier dans les milieux moins affinitaires. Quand ils et elles ne connaissent pas au préalable leurs interlocuteur·ices, certain·es préfèrent se définir comme médecin, gynécologue ou généraliste, plutôt qu'orthogéniste, de peur de susciter des réactions hostiles. C'est le cas de Lise (52 ans) :

« **Lise** : Je me suis jamais trouvée dans un traquenard. Après, je me suis retrouvée ponctuellement, dans ma vie de citoyenne, à être dans un endroit où je me sentais peut-être pas à l'aise et où je préfère... quand on me demande ce que je fais comme métier, je préfère dire médecin, je dis pas avorteuse.

Raphaël : C'était quoi ces endroits ?

Lise : N'importe quels endroits, je sais pas, une réunion de parents d'élèves... enfin des trucs tout bêtes, des lieux pas spécialement de soins. Mais quand on fait le métier que je fais, quand on rencontre des gens qu'on connaît pas et qu'on nous demande ce qu'on fait dans la vie, ben

peut-être pas 100 % d'entre nous, mais je pense que moi, maintenant, quand on me demande "Tu fais quoi dans la vie ?", je réponds "Je suis médecin". Et puis, souvent, il y a la question d'après, ça peut être "Ah oui et c'est quoi ta spécialité ?" Alors ben je dis la vérité, donc je dis que je suis généraliste mais que je fais plus de médecine générale. Donc si les gens sont curieux, après c'est : "Ah oui mais alors tu fais quoi ?" Ben, je dis je travaille en orthogénie. Et alors là, c'est drôle, il y a : "C'est quoi ?", ou alors il y a : "Ah...". Ou alors il y a : "Ah ouais, super !" Voilà. Donc quand il y a "C'est quoi ?", bah après faut aller au bout du bout, l'orthogénie c'est l'IVG et la planification. Et donc là c'est pareil, il y a le "Ah..." du genre "Ah... il en faut", ou "Ah..." et un blanc, et là tu te dis bah il y a peut-être une histoire compliquée, ça peut réactiver aussi une histoire compliquée, personnelle, autour de l'IVG, sans être anti, hein. En tout cas ça laisse pas indifférent. C'est comme quand on dit "Je suis croque-mort" ou je sais pas, mais j'imagine qu'il y a des métiers qui font réagir différemment. Mais le "Ah... il en faut" généralement après les gens ont plus envie de te parler, ils vont parler à quelqu'un d'autre, tu te dis... (*Rire*). » (Entretien du 4 juin 2021)

L'expérience ordinaire du malaise – plus encore que de l'antagonisme – consécutif à la révélation de l'activité professionnelle conduit certain·es avorteurs et avorteuses enquêté·es à la prudence. Le cadre scolaire, en particulier, est décrit par plusieurs enquêté·es comme l'un des contextes où il faut faire profil bas, par crainte que leurs enfants ne pâtissent de leur réputation. Charlotte (40 ans), qui voulait inscrire sa fille dans un collège privé, change d'avis au moment des inscriptions, quand elle se surprend à mentir sur son métier. Dans le cas des rares autres enquêté·es ayant des enfants scolarisés dans des établissements privés, leur revendication d'une identité d'avorteuse entre en contradiction avec leur volonté de préserver leurs enfants des réactions hostiles (« Ta mère elle tue des bébés » s'entend dire la fille d'un enquêté par une camarade de son lycée catholique). Au-delà de l'école, le contexte social souvent évoqué comme étant susceptible de tensions ou de confrontations est la réunion avec la belle-famille. Floriane (39 ans), sage-femme travaillant en centre d'IVG, évoque ainsi les moments passés avec sa belle-famille où elle tente, sans succès, de faire profil bas :

« **Floriane** : C'est difficile les fêtes de famille, parce qu'à chaque fois évidemment ils viennent sur ce terrain-là parce que pour eux c'est incompréhensible, quoi : une sage-femme, qui fait de l'IVG, en plus leur cousin... [est prêtre] (*Rire*). Enfin c'est vraiment... Je suis l'extraterrestre. Bon, donc ça crée des petites discussions. Évidemment, quand je parle au prêtre, au cousin prêtre, je fais gaffe, je dis pas "IVG", par exemple. Je fais gaffe à pas dire "IVG" ou "avortement". Je dis "grossesse non souhaitée", je dis "on prend en charge les femmes pour une grossesse non souhaitée, on les accompagne, on..." » (Entretien du 7 juillet 2021)

Alors qu'elle tente de rester discrète sur son activité, son mari, qu'elle qualifie par ailleurs d'« hyper soutenant », se sert de la profession de Floriane pour « bousculer » sa famille, « faire son rebelle via sa femme ». Quand elle commence à travailler en centre de planification, il envoie un mail à toute sa famille pour les en informer.

Certain·es choisissent de révéler leur activité professionnelle dans le but de banaliser la pratique des IVG, de susciter les conversations. Charlotte se présente comme « médecin planning-IVG », ce qui lui permet de « rétablir la vérité » quand on lui répond avec « les petites phrases à la con : avec la contraception, le nombre d'IVG devrait gnagnagna... ». Alors qu'au départ elle évitait de révéler ce qui constitue le cœur de son travail quand cela pouvait créer des antagonismes, sa position a changé : « Aujourd'hui ça m'amuse. Je suis fière de dire que je fais de l'IVG, de participer à ça. Et puis si les gens comprennent pas, c'est peut-être qu'ils méritent pas d'être mes amis. » Les frontières de sa sociabilité amicale sont réévaluées à l'aune de son identité d'avorteuse.

Les situations de tensions évoquées restent ponctuelles, et les enquêté·es évoquent plus souvent la fierté de leur entourage ou la reconnaissance des avortées croisées dans la rue. La boulangère de Marie-Pierre (70 ans), gynécologue médicale attachée en centre d'IVG, depuis qu'elle a avorté auprès d'elle, lui offre des pâtisseries quand elle achète son pain. Amandine (36 ans), généraliste responsable d'un centre d'IVG, elle, raconte qu'après la rencontre avec son conjoint, « il y a eu le moment de se dire les vérités » :

« **Amandine** : J'avais à lui dire que j'avais un enfant et que je faisais les IVG (*Rire*). C'était genre... okay, faut que je vois comment il réagit à ça. Et tout allait bien.

Raphaël : Ça a été bien pris ?

Amandine : Ouais ouais, il m'a dit "bah heureusement, que tu les fais !" » (Entretien du 10 septembre 2021)

Le soutien des proches conforte les avorteurs et avorteuses spécialistes dans leur engagement professionnel. Son absence, à l'inverse, peut entraîner ces dernier·es à dévaluer la relation entretenue. L'identité d'avorteur ou d'avorteuse déborde ainsi la sphère professionnelle.

B. L'acquisition de savoirs et de compétences techniques propres à l'avortement

Une deuxième caractéristique de la spécialisation informelle d'avorteur·se est l'acquisition de compétences techniques et de dispositions scientifiques spécifiques qu'il faut mettre en regard du manque de formation des gynécologues de spécialité d'internat en la matière.

1. L'avortement dans les études de gynécologie : entre formation partielle et déformation partielle

À la différence des généralistes en libéral, ou des sages-femmes à l'hôpital, les gynécologues-obstétricien·nes ou médicales n'ont pas besoin de réaliser une formation spécifique à l'IVG pour en pratiquer, bien qu'ils et elles puissent n'avoir jamais réalisé la moindre IVG au cours de leur carrière.

Pourtant, leur formation théorique, quand elle existe, est partielle et même trompeuse. Elle met en avant le fait que l'avortement serait un mode de régulation des naissances risqué. Enquêtant sur l'enseignement de l'avortement dans les études médicales, Maud Gelly montre que « l'accent est donc mis sur la loi, les techniques et les complications. Encore une fois, la place faite aux complications excède largement leur fréquence réelle » (Gelly, 2006 : 31). Le programme d'enseignement minimaliste, centré sur les « complications et répercussions » de l'IVG²⁰, n'est parfois, dans les faits, pas même enseigné, et si plus des trois-quarts des internes en gynécologie (obstétrique et médicale confondues) ont déjà pratiqué des IVG chirurgicales ou médicamenteuses à la fin de leur internat, près de 40 % n'ont reçu aucune formation théorique sur le sujet (Vigoureux *et al.*, 2015 : 6, 7).

J'interroge les deux internes du CIVG 1, Olivia (26 ans), interne de gynécologie médicale en troisième semestre, Delphine (27 ans), interne de médecine générale en cinquième semestre. Elles n'ont jamais eu de cours théorique sur le sujet mais Olivia, à la différence de Delphine, a suivi des consultations et blocs opératoires d'IVG lors de son précédent stage en gynécologie. Toutes deux tendent à surestimer la dangerosité de l'IVG, évoquant en entretien ou auprès des avortantes le fait que l'IVG « ruine la fécondité » et, au-delà des risques d'infection et de perforation de l'utérus, qu'elle provoque des « effets psychologiques » et un risque de « décompensation » (Olivia). Leurs affirmations sont en accord avec les informations données par un livre qu'Olivia me présente comme étant le « manuel de poche de l'interne en gynéco », dont les quatre pages petit format consacrées à l'IVG décrivent, après les parties « Législation » et « Parcours de la femme en demande d'IVG », les « complications psychiques post-abortum » dans une partie « Aspects psychologiques »²¹. Les étudiant·es en gynécologie ont donc une formation théorique en matière d'IVG qui, quand elle n'est pas inexistante, tend à insister sur la dangerosité du recours à l'avortement.

²⁰ C'est l'un des trois items du programme officiel de 2001. Le programme a légèrement évolué depuis l'enquête de Maud Gelly : l'item « précisez les complications et répercussions de l'IVG » est devenu « précisez les complications *possibles* et répercussions de l'IVG » (je souligne), et un quatrième item est ajouté au programme : « Identifier les facteurs de risque de récurrence d'interruption volontaire de grossesse ».

²¹ Il s'agit des *Protocoles en gynécologie-obstétrique*, CNGOF, Elsevier, 4^e édition, 2018.

2. Quand la médecine ne se fonde pas sur les preuves : la surestimation des risques de complications de l'avortement

Dans un communiqué du 10 octobre 2020, l'Académie de médecine prenait position contre le projet de loi d'allongement du délai d'IVG alors en discussion à l'Assemblée, au motif que

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

Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) – la société savante de gynécologie-obstétrique – dans son communiqué en date du 2 octobre 2020, présente l'avortement entre 12 et 14 semaines de grossesse comme un « geste lourd et dangereux », qui « peu[t] être source de complications maternelles » et « risque de créer des lésions définitives, responsables d'accouchements prématurés »²². De concert avec leurs institutions de tutelle, les gynécologues enquêtées qui ne se sont pas spécialisées dans l'avortement soulignent toutes – en entretien ou aux femmes en demande d'avortement lors des consultations – que l'avortement est une intervention médicale particulièrement risquée, menaçant l'avortante d'hémorragie, de perforation utérine, de difficultés à concevoir ou à mener à une grossesse future à terme, voire de séquelles psychologiques, quels que soient le terme de la grossesse ou la méthode utilisée. Estelle, 36 ans, cheffe de service de gynécologie-obstétrique, me déclare :

« Non, il faut que les femmes aussi elles comprennent que c'est pas un geste anodin, que c'est un geste qui est à risque pour elles aussi. Faire des IVG on pense que... mais il y a des séquelles ! Il peut y avoir des séquelles, des risques pour les prochaines grossesses, d'infertilité, de col, d'accouchement prématuré avec des cols raccourcis. Il faut aussi que les femmes elles prennent bien leur contraception, qu'elles fassent attention, qu'elles prennent une décision rapidement, elles sont... il faut faire des choix aussi dans la vie. Il faut être responsable. » (Entretien du 29 avril 2022)

Alors que j'observe un interne de huitième semestre de gynécologie-obstétrique pratiquer une IVG chirurgicale, deux externes présentes dans le bloc opératoire lui demandent s'il n'y a pas plus de risque après ça pour les autres grossesses ». Il leur répond : « Si, si. C'est un geste endo-utérin, donc risque d'infection et donc d'infertilité. Plus les risques de synéchie²³ ». Les IVG considérées comme « tardives » – proches du terme maximal autorisé par la loi française – sont décrites comme particulièrement périlleuses, et les femmes qui y ont

²² CNGOF, 2020, « Communiqué ».

²³ Accolement des parois de l'utérus.

recours comme des « rescapée[s] » (Christophe, 68 ans, gynécologue-obstétricien, chef de service) :

« On en arrive à une sorte de dérive, où on en vient à considérer l'avortement comme une contraception, avec des gestes de plus en plus tardifs et donc dangereux, et aussi avec de plus en plus d'impact sur leur fertilité. » (Guillaume, 58 ans, gynécologue-obstétricien, chef de service, Entretien du 21 juin 2022)

« Les IVG tardives ça peut se compliquer, ça peut saigner, ça peut être vraiment l'hémorragie cataclysmique, ça arrive. » (Margaux, 33 ans, gynécologue-obstétricienne, assistante cheffe de clinique, Entretien du 29 septembre 2020)

« Tous les médecins te diront que c'est une connerie [d'allonger le délai d'IVG]. Il y a plus de risques de perforation et c'est plus traumatisant. Dans les médias c'est présenté comme un refus paternaliste des médecins, mais c'est pas du tout ça. C'est vraiment des raisons médicales. Et puis les femmes peuvent toujours demander une IMG [interruption médicale de grossesse] ou aller à l'étranger » (Auriane, 27 ans, gynécologue-médicale, interne au CIVG 1).

Ni ces médecins appelant les femmes à être « responsables », ni les communiqués des institutions représentatives, ni l'article à charge contre l'allongement du délai écrit par le président du CNGOF et publié dans une revue de gynécologie obstétrique²⁴ ne se réfèrent jamais aux études – qui pourtant existent – portant sur les complications de l'avortement. Et pour cause : elles leur donnent tort. La revue de la littérature scientifique réalisée il y a quelques années par la commission orthogénie du CNGOF lui-même montrait l'absence d'effet du recours à l'IVG sur la fertilité future comme sur la survenue de troubles psychiatriques (CNGOF, 2016 : 582-584). Dès 2001, l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) devenue Haute Autorité de Santé (HAS) établissait déjà la relative sécurité du recours à l'avortement :

« La médicalisation de l'avortement a entraîné une chute spectaculaire des complications et des décès. La mortalité de l'IVG sur 10 ans est passée de 5 à 3 pour 1 million d'IVG entre les années 1975-85 et les années 1985-95. La France fait partie des pays les mieux placés à cet égard. L'INED en 1963 estimait à 332 le nombre annuel de décès pour avortement. Le nombre annuel absolu de décès par IVG oscille dans les dernières années entre 0 et 2. Le progrès sanitaire de l'environnement des IVG est donc évident. [...] Les complications immédiates ont eu la même évolution décroissante, que ce soient les perforations utérines, les hémorragies ou les rétentions partielles avec ou sans infection locorégionale. [...] Les données actuelles suggèrent l'absence de conséquences à long terme de l'IVG » (ANAES, 2001 : 48, 54).

Les études médicales existantes – françaises, ou étrangères pour ce qui est des termes dépassant celui autorisé par la législation française – portant sur le sujet des complications de

²⁴ Nisand I., 2021, « Allonger le délai légal d'IVG : Une mauvaise réponse à une bonne question », *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*.

l'avortement montrent qu'elles sont rares et qu'elles n'augmentent pas entre 10 et 14 semaines de grossesse²⁵. Vincent, un gynécologue-obstétricien de 45 ans qui occupe un poste de représentant dans le Syndicat des gynécologues et obstétriciens de France (SYNGOF) qui a pris publiquement position contre la proposition de loi sur l'allongement du délai²⁶, reconnaît son ignorance :

« Alors sur le sujet je [ne] sais pas s'il y a des études spécifiques sur le risque de synéchie à 15 semaines [d'aménorrhée]. En tout cas ce qui est sûr c'est que le col de l'utérus on l'abîme. [...] J'ai pas de chiffre. J'ai pas regardé les choses et puis je [ne] suis pas universitaire. Faudrait demander à quelqu'un qui connaît mieux le truc et puis qui fait que ça. » (Entretien du 9 janvier 2021)

Le hiatus avec la manière dont est abordée la dangerosité de l'accouchement d'une grossesse menée à terme est par ailleurs frappante. Les risques de mortalité et de séquelles sont très largement supérieurs à ceux de l'avortement légal²⁷, pourtant la décision de la poursuite d'une grossesse ne fait pas l'objet des mêmes discours alarmistes. La valorisation de la maternité par les gynécologues est telle que l'avortement apparaît comme un risque inutile – aussi faible soit-il – pris par les femmes, et partant par les médecins, tandis que le risque pour devenir mère vaut, voire se doit, d'être pris.

L'amplification des risques de l'IVG découle d'une représentation de l'avortement comme une blessure de l'utérus (et participe à la construire), héritée de l'époque où la technique du curetage – consistant à gratter l'endomètre avec une sorte de cuillère – prédominait, avant la diffusion de l'avortement par aspiration. Certaines préconisations des médecins et sages-femmes, lors des consultations d'IVG auxquelles j'ai assisté, en découlent. Dans les CIVG 1 et 2, les avortantes s'entendent ainsi interdire les rapports sexuels (assimilés par défaut à des rapports pénétratifs), le sport, l'utilisation d'un scooter, les bains et les tampons, dans les semaines qui suivent l'avortement (alors que ces pratiques ne sont pas déconseillées après un accouchement).

Les connaissances scientifiques en matière d'avortement existent, mais sont mal diffusées parmi les gynécologues dont la formation théorique en la matière reste très limitée, voire participe à véhiculer de fausses idées. Il en va autrement des médecins qui se spécialisent dans le travail d'avortement.

²⁵ Voir par exemple Bacle *et al.*, 2005 ; Soulat et Gelly, 2006 ; Faucher, 2016 ; ou pour une méta-étude compilant les résultats de 36 études menées sur un total d'un million de femmes : Saccone *et al.*, 2016. La première étude publiée à partir des données françaises suivant l'allongement du délai de 12 à 14 semaines de grossesse qui conclut à la grande sûreté du geste (Gouret *et al.*, 2023).

²⁶ « Pourquoi l'allongement du délai légal pour pratiquer une IVG n'améliorera pas l'accès aux IVG en France », 6 octobre 2020. <https://syngof.fr/espace-professionnel/documents-utiles/reponse-a-la-proposition-de-loi-sur-livg-6-octobre-2020/>

²⁷ Aux États-Unis, le risque de mortalité lié à l'accouchement est 14 fois supérieur à celui lié à l'avortement au premier trimestre (Raymond et Grimes, 2012).

3. La compétence des avorteurs et avorteuses spécialistes

Les avorteurs et avorteuses spécialistes acquièrent leurs compétences *via* des formations courtes théoriques et pratiques préalables à l'exercice libéral pour les généralistes et sages-femmes (trois demi-journées), par l'obtention de DU d'orthogénie²⁸, par la pratique et la socialisation dans les centres d'IVG.

Les compétences des avorteurs et avorteuses reposent d'abord sur leur maîtrise technique de l'IVG instrumentale. Quoique l'IVG soit fréquemment décrite par les gynécologues-obstétricien·nes comme techniquement très simple, l'observation permet de mettre en doute le fait qu'il n'y aurait pas de compétence spécifique nécessaire à acquérir : les médecins expérimenté·es (par opposition aux étudiant·es) et les avorteurs et avorteuses spécialistes (par opposition à celles et ceux qui n'en réalisent que ponctuellement), pratiquent les IVG plus rapidement, jusqu'à des termes plus avancés et avec moins de saignements. Dans le CIVG 3, où les internes ne réalisent des IVG instrumentales que « seniorisées » (accompagnées par un·e médecin diplômé·e) et où tou·tes les médecins diplômé·es ont des postes pérennes et dédiés à l'IVG, toutes les interventions observées ne durent qu'un instant (parfois une quinzaine de secondes d'aspiration, pour 10 minutes au total passées par l'avortante au bloc sous anesthésie locale) et n'ont jamais entraîné une perte de sang de plus de 300mL. Les quelques interventions réalisées par des internes de gynécologie-obstétrique auxquelles j'ai assisté dans les maternités A et B²⁹ ont duré, elles, entre 30 minutes et une heure et ont entraîné une perte d'un litre de sang. Julie, une assistante de gynécologie-obstétrique de 31 ans, me raconte que, dans le centre hospitalier où elle travaille, les internes à qui incombe la pratique non supervisée des IVG ont pour consigne d'appeler les médecins diplômé·es lorsque les saignements dépassent un litre. Le temps de terminer l'intervention, « parfois on a un litre cinq de sang ». Le risque de complication (hémorragie ou perforation de l'utérus) d'une IVG instrumentale n'est pas une donnée figée, mais dépend des professionnel·les qui la réalisent. La délégation souvent sans supervision de la pratique des IVG aux médecins les moins formé·es – les internes de gynécologie-obstétrique – l'accroît.

²⁸ À l'instar des DU de Régulation des naissances (niveau 1) et de Perfectionnement en orthogénie (niveau 2) de l'Université Paris Cité. Ils visent à transmettre des compétences médicales mais aussi des connaissances en sciences humaines autour de l'avortement. Chaque DU consiste en deux jours de cours par mois pendant un an. Les enseignant·es sont principalement des avorteurs et avorteuses spécialistes, mais aussi, pour des séances ponctuelles, des sociologues, des philosophes, des représentant·es d'institutions religieuses. Les promotions comprennent 30 étudiant·es dont la moitié sont sages-femmes et l'autre moitié médecins, la quasi-totalité étant généralistes (« il y a une gynécologue médicale ou obstétricienne tous les cinq ans », me dit une responsable du DU).

²⁹ Quand le planning du CIVG 1 est complet, les IVG sont réalisées dans le bloc de gynécologie par les internes et assistantes de gynécologie-obstétrique, et non dans le centre d'IVG par les orthogénistes. Dans le CIVG 2, toutes les IVG instrumentales sont réalisées par les gynécologues de la maternité.

Je remarque également qu'à la différence des internes, assistantes et praticiennes attachées du CIVG 1, ou des internes et assistantes de gynécologie-obstétrique qui réalisent les IVG instrumentales dans la maternité du CIVG 2 et parfois dans le A, les médecins du CIVG 3 aspirent sans bruit – ce même bruit de succion du contenu utérin qui inspire le dégoût chez tant de professionnel·les. Lise (52 ans), médecin généraliste responsable du CIVG 3, m'explique sa technique d'aspiration silencieuse dans un SMS :

« Pour ne pas faire de bruit c'est très simple : on n'allume pas l'aspi tant que la canule est virole ouverte. Puis avant de sortir la canule de l'utérus on arrête l'aspi et il faut bouger très lentement la virole pour laisser passer un tout petit peu d'air et vider le tuyau plutôt que d'ouvrir d'un seul coup et faire slurp!!! C'est d'autant plus simple qu'on a une pédale car on peut arrêter l'aspiration nous-mêmes (c'est le cas sous AL [anesthésie locale] chez nous). Sous AG [anesthésie générale], il n'y a pas de pédale et l'IBODE [infirmière de bloc opératoire] n'est pas à notre disposition pour allumer/éteindre. Donc il y a un fond de petit bruit de moteur en permanence mais c'est très raisonnable et la femme dort. »

Les avorteurs et avorteuses spécialistes peuvent tirer une certaine légitimité professionnelle de leur maîtrise technique de l'IVG instrumentale. C'est le cas au CIVG 3, où la réalisation des IVG entre 14 à 16 SA confère aux orthogénistes – généralistes – le respect des gynécologues-obstétricien·nes. La loi nouvellement votée ne précise pas à qui la réalisation des IVG « tardives » incombe, et cela a d'abord fait l'objet d'une brève négociation dans la maternité 3. Guillaume, le chef de service de gynécologie, me raconte qu'il n'a d'abord pas envisagé que des généralistes puissent être compétent·es pour les prendre en charge, et que c'était aux gynécologues-obstétricien·nes de le faire. Pour autant, personne dans son équipe, lui inclus, ne souhaite pratiquer les IVG entre 14 et 16 SA par voie instrumentale, bien que cela soit la méthode recommandée : le geste leur répugne (« Nous, les gynécos, on voulait médical », « Nous, le chirurgical c'était non »). Pris en tenaille entre, d'un côté, l'hostilité des sages-femmes de salle de naissance qui refusent le surplus de travail que représenterait la prise en charge des avortantes par méthode médicamenteuse et, de l'autre côté, les revendications des orthogénistes qui estiment en avoir la prérogative, le chef de service leur en cède finalement la pratique.

Si pour les avorteurs et avorteuses du CIVG 3, il ne fait aucun doute que leur légitimité à prendre en charge ces nouvelles IVG est supérieure à celle des gynécologues-obstétricien·nes, ces dernier·es demandent des gages de compétence : un PH de gynécologie-obstétrique informe Lise, la médecin généraliste responsable du centre, qu'il va la « doubler » lors d'une IVG à 16 SA, c'est-à-dire qu'il sera présent dans le bloc, sans qu'elle sache s'il s'agissait d'une volonté de l'évaluer ou de curiosité vis-à-vis de sa technique. Elle a beau avoir déjà pratiqué quelques IVG à ce terme, elle me paraît tendue dans les heures qui

précèdent. C'est que cette intervention présente des enjeux spécifiques, politiques et professionnels : prouver la compétence des orthogénistes et légitimer leur autonomie dans la pratique des IVG, y compris à des termes avancés ; justifier du bien-fondé de l'allongement du délai pour lequel elle a activement milité à l'encontre de la position très répandue chez les gynécologues-obstétricien·nes qui s'y opposaient, au nom de la complexité et de la dangerosité du geste. Pendant l'intervention, à la surprise de Lise, Laurent, le gynécologue en question, prend une posture assez humble, lui préparant et lui passant les instruments – tâche généralement accomplie par une aide-soignante. Il est surpris qu'elle n'utilise pas le même matériel de dilatation du col que lui et qu'elle commande au médecin anesthésiste et à l'infirmière de ne pas utiliser d'anesthésiants halogénés³⁰ et d'injecter une dose plus importante de Syntocinon que la dose habituelle pour les avortements³¹. L'anesthésiste récrimine mais Laurent l'enjoint à suivre les consignes de Lise. L'opération se déroule très rapidement, sans anicroche. Laurent se dit impressionné, s'étonne de la faiblesse des saignements et reconnaît la supériorité du protocole de Lise sur celui des gynécologues-obstétricien·nes utilisé pour les grossesses arrêtées (ou « fausses couches ») à ce terme. De retour dans le service d'orthogénie, Lise en fait le récit en jubilant. Par la suite, les gynécologues-obstétricien·nes ne demanderont plus d'assister à des IVG.

Si les avorteurs et avorteuses sont souvent plus compétent·es que les gynécologues obstétricien·nes qui ne pratiquent les avortements que ponctuellement, ce n'est pas seulement par la maîtrise du geste, mais aussi par le développement de dispositions scientifiques qui les amènent à se tenir informé·es de la littérature scientifique, à mettre à jour leurs protocoles et à produire elles et eux-mêmes des connaissances portant sur l'avortement. Ce sont des avorteurs et avorteuses spécialistes, et non le CNGOF, qui ont devancé le passage de la loi allongeant le délai d'IVG en commençant à les pratiquer en amont, en s'informant des pratiques des pays limitrophes, en rédigeant et diffusant un protocole opératoire pour les IVG instrumentales entre 14 et 16 SA. Les avorteurs et avorteuses les plus investi·es dans leur travail et dans les structures de l'espace professionnel, comme celles et ceux du CIVG 3, évoquent fréquemment les « dernières reco[mmandations] » de la HAS, les « études » soutenant de nouvelles pratiques permettant d'améliorer la prise en charge, guettent les évolutions législatives qui l'allègent. La salle de repos du CIVG 3 contient une bibliothèque remplie de thèses de médecine et de maïeutique, de revues de médecine et psychologie (*Revue de médecine*

³⁰ Type d'anesthésiant utilisé par inhalation. Son utilisation fait l'objet d'une querelle entre les anesthésistes du CHU et l'équipe d'orthogénie dont je rends compte plus loin.

³¹ Médicament injectable composé d'ocytocine. Il favorise la contraction de l'utérus et est notamment utilisé de manière préventive pour réduire le risque d'hémorragie et pour amener le contenu de l'utérus à proximité du col utérin dans les IVG instrumentales au-delà de 14 SA.

psychosociale), de gynécologie (*Gynécologie obstétrique et fertilité*), d'assistance sociale (CNAF/*Informations sociales*), de conseil conjugal (*AFCCC Dialogue*), de sexologie (*Cahiers de sexologie, Le Praticien face aux violences sexuelles*), et d'une quinzaine de numéro d'actes des journées de l'Association nationale des centres d'IVG et de contraception (ANCIC)³². Parmi les avorteurs et avorteuses spécialistes, plusieurs enquêté·es encadrent des thèses de médecine générale ou des mémoires de maïeutique portant sur la contraception ou l'avortement, publient des articles scientifiques, enseignent en école de sage-femme ou de médecine.

Un événement est révélateur de la possession de ces dispositions scientifiques à l'origine de leurs compétences en avortement. Lors de la première réunion d'équipe à laquelle j'assiste dans le CIVG 3, les médecins orthogénistes discutent d'un conflit qui les oppose aux anesthésistes au sujet de l'utilisation d'anesthésiants halogénés lors des IVG instrumentales. Les première·s soutiennent que leur utilisation, en relaxant le muscle utérin et la paroi des vaisseaux, accroît les saignements. Les second·es défendent leurs pratiques habituelles – les halogénés sont utilisés pour la plupart des opérations – et montrent peu de considération pour l'avis médical de médecins généralistes. Ils et elles réclament une « biblio », une revue de la littérature scientifique justifiant l'abandon des halogénés, à la grande satisfaction des orthogénistes : non seulement ils et elles approuvent cette attitude rigoureuse (« ils ont raison de demander ça », déclare Jérôme, un PH de médecine générale de 36 ans, qui se chargera de leur répondre), mais ils et elles connaissent bien les études et les recommandations en la matière et sont certain·es d'avoir gain de cause³³. La mise en avant de la « médecine des preuves » (Dodier, 2007) offre ainsi un surcroît extérieur de légitimité aux pratiques et aux prises de positions défendues par ces médecins moins bien doté·es en capital scientifique que leurs collègues mieux positionné·es dans les hiérarchies du champ.

L'intérêt des avorteurs et avorteuses spécialistes pour les connaissances en matière d'avortement ne se limite pas aux disciplines médicales mais s'étend aussi aux sciences humaines et sociales : la psychologie en premier lieu, mais également la sociologie et la démographie. Lorsque je me présente à lui pour la première fois, Jérôme me demande si je

³² On y trouve aussi, sans doute à titre de curiosité, le très anti-IVG *50 questions et réponses que tout Français devrait connaître... contre l'avortement*, édité par l'association Droit de naître en 1997.

³³ D'autres exemples des compétences limitées d'anesthésistes en matière d'IVG émaillent mes terrains d'observation. Par exemple, une PH d'anesthésie participant parfois aux IVG instrumentales du CIVG 1 se plaint auprès de moi du vote imminent de l'allongement du délai d'IVG qu'elle juge trop tardif. Elle le compare à un délai limite – fantaisiste – ayant eu cours, selon elle, par le passé :

« **Martine** : Après les femmes elles attendent le dernier moment. Quand j'étais jeune, c'était 8 SA le délai limite !

Raphaël : Euh... non, je crois pas.

Martine : Si, si ».

suis familier des travaux de Nathalie Bajos et se montre très intéressé lorsque je lui dis que je travaille sur les données du volet Médecins de l'enquête Fécond. Une enquêtée de 50 ans, médecin généraliste en libéral, réalise une thèse d'histoire sur l'accompagnement des interruptions de grossesse en parallèle de son exercice médical, et évoque les résultats de l'enquête de l'équipe GINE sur les grossesses non prévues (Bajos *et al.*, 2002), et François (80 ans, gynécologue-obstétricien retraité) mentionne les enquêtes de l'INED, les travaux de Chantal Blayo (démographe) et d'Yvonne Knibiehler (historienne). Amandine (36 ans), généraliste qui dirige un centre d'IVG, me raconte sa découverte du travail d'avortement et l'apprentissage, au-delà du « niveau médical », de l'histoire de l'avortement et de ses luttes, transmises par des collègues « militantes » plus âgées. Elle m'invite à présenter mes travaux au congrès de l'ANCIC :

« Les professionnels de terrain, bon je parle pour moi mais je pense que c'est le cas pour tous... en tout cas à l'ANCIC, on est friands de vous entendre sur ces sujets qui sont nos sujets quotidiens. Dans les congrès et compagnie, c'est super intéressant. Donc c'est bien que tu me tiennes au courant pour ton travail, parce que, tu vois, Nathalie Bajos, elle intervient souvent à l'ANCIC, là, Marie Mathieu elle était intervenue récemment. En tout cas si tu veux diffuser tes travaux ou tes articles à nous, ça nous intéresse, et en tout cas c'est possible que nous on fasse appel à toi un jour pour intervenir, parce que c'est des approches ou des visions qui donnent une autre dimension à ce qu'on fait et c'est toujours hyper intéressant pour nous. » (Entretien du 10 septembre 2021)

Au domicile de Justine (35 ans), gynécologue-obstétricienne, où je réalise un entretien, je trouve même, en vrac sous la table basse, *Le Métier de sociologue* de Bourdieu, Chamboredon et Passeron, aux côtés du dernier roman d'Édouard Louis et de *La Pensée Straight* de Monique Wittig. Si d'autres sociologues ont fait l'expérience de la domination disciplinaire en cherchant à enquêter auprès de médecins (Darmon, 2005 ; Vozari, 2021), j'ai *a contrario* reçu un très bon accueil auprès des avorteurs et avorteuses spécialistes, favorablement disposé·es envers la sociologie³⁴.

C. Des organisations professionnelles spécialisées et spécialisantes

Une troisième caractéristique de la spécialisation informelle d'avorteur·se est la participation plus ou moins active à des organisations professionnelles spécialisées.

L'absence de reconnaissance institutionnelle de leur spécialité informelle conduit les orthogénistes à se regrouper dans des associations ou des réseaux professionnels. Parmi d'autres, l'Association nationale des centres d'IVG et de contraception (ANCIC, fondée en

³⁴ Au-delà de leurs dispositions scientifiques, cela s'explique sans doute par le fait qu'il s'agisse de professionnel·les globalement de gauche et dominé·es dans leur champ.

1979), l'Association des centres de régulation des naissances de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (ACRNAP, en 1993), la Fédération internationale des associés professionnels de l'avortement et de la contraception (FIAPAC, en 1997), le Réseau ville-hôpital pour l'orthogénie (REVHO, en 2004), l'Association nationale des sages-femmes orthogénistes (ANSFO, en 2009). Ces différentes structures ont des objectifs communs : un rôle de production et transmission de savoirs, un rôle politique, un rôle corporatiste. Je les détaille à partir du cas de l'ANCIC, actrice importante de la structuration de l'espace professionnel de l'avortement. Je m'appuie ici sur les entretiens menés avec les professionnel·les de santé dont plus d'une dizaine d'ancien·nes membres du bureau ou de la présidence de l'ANCIC, sur une ethnographie de deux jours réalisée lors du congrès de l'ANCIC de mars 2022 à Grenoble, et sur l'étude des archives de l'ANCIC, plus précisément des comptes-rendus des Journées de l'ANCIC depuis 1980 et de *L'Écho de l'ANCIC*, bulletin trimestriel d'information rédigé par des membres du bureau de l'ANCIC entre 2011 et 2018.

L'ANCIC est une association loi de 1901 fondée à l'occasion du vote définitif de la dépénalisation de l'avortement, en 1979. Elle rassemble des professionnel·les de l'avortement : principalement médecins, conseillères conjugales et familiales (CCF), psychologues et sages-femmes. Elle se réunit tous les un ou deux ans en congrès (les Journées de l'ANCIC) et plus régulièrement au sein de son conseil d'administration. Elle se donne pour mission, non seulement l'application de la loi mais aussi, comme le résume le premier *Écho* de janvier 2011, la défense du droit à l'avortement et à la contraception, la valorisation du travail des personnels des CPEF et des centres d'IVG, la promotion de l'ensemble des techniques d'avortement. En 2022, elle compte 150 adhérent·es, et sept membres du bureau dont quatre généralistes, une gynécologue-obstétricienne, une sage-femme et une infirmière. Je détaille les trois principaux rôles de l'ANCIC : produire et diffuser des savoirs techniques et scientifiques, servir d'intermédiaire auprès des institutions publiques, défendre l'intérêt des avorteurs et avorteuses.

L'ANCIC joue un rôle de formation aux techniques d'IVG, de veille scientifique, centralisation et diffusion des savoirs, d'élaboration de pratiques communes, de production de données autour de l'IVG. Ses membres réalisent des enquêtes³⁵ et partagent expériences et connaissances *via* des ateliers, conférences, tables rondes et bulletins³⁶. Jeanne (52 ans, généraliste en libéral) me présente l'association ainsi : « Je m'accroche à l'ANCIC parce que ce sont mes maîtres, que ce sont des références. Ici c'est le cerveau [de l'orthogénie] ». Des

³⁵ Par exemple, en 2010, quatre membres de l'ANCIC s'associent avec deux sociologues du Cermes3 pour mener une enquête quantitative et qualitative sur « les hommes et l'IVG ».

³⁶ *L'Écho de l'ANCIC* résume les différents rapports publics autour de l'IVG à mesure qu'ils sortent (de l'IGAS, du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE), etc.).

avorteurs et avorteuses spécialistes enquêtés racontent que c'est à l'ANCIC et dans les autres associations professionnelles évoquées qu'ils ou elles ont appris l'orthogénie, comme Floriane, sage-femme de 39 ans qui décrit l'importance qu'ont eue pour elle les réunions et formations au sein de ces différentes associations :

« Surtout, il y a dix ans, quand on crée le centre d'IVG, moi j'arrive de la naissance, j'y connaissais rien. Tu découvres un autre monde. J'étais sage-femme de salle de naissance. Donc j'avais tout à apprendre et du coup c'est vrai qu'être en contact avec ces professionnels, ça a participé à ma formation, clairement. [...] C'est des médecins qui sont engagés depuis plusieurs années, qui connaissent le sujet par cœur. Moi j'écoutais, j'ai énormément appris avec eux. [...] Je buvais les paroles des médecins de l'ACRNAP parce que j'en étais convaincue, et que j'apprenais, du coup, et que je savais que j'apprenais dans le bon sens. » (Entretien du 7 juillet 2021)

Lors des débats qui précèdent la loi de 2016 autorisant les IVG instrumentales extra-hospitalières (en centres de santé), l'association organise une visite d'un centre de santé belge qui les réalise et rend compte de manière détaillée de son organisation et des pratiques qui y ont cours³⁷. Lors du congrès de 2022 auquel j'ai assisté, un atelier a fait salle comble : celui portant sur la pratique des IVG entre 14 et 16 SA. Il ne s'agissait pas d'en discuter le bien-fondé – la loi était déjà votée et l'ANCIC l'avait défendue – mais de permettre à des médecins qui voulaient l'appliquer, souvent isolés dans leurs services, d'en avoir les moyens techniques alors que les organisations professionnelles de gynécologie restaient muettes sur le sujet. L'atelier a permis de transmettre un protocole, des conseils sur le matériel à utiliser et le partage des expériences de celles et ceux qui en avaient déjà commencé la pratique.

L'ANCIC revendique une position d'interlocutrice auprès des institutions publiques, avec un relatif succès. Son expertise est sollicitée par la HAS à plusieurs reprises³⁸, par l'Agence régionale de santé (ARS) Île de France qui demande sa collaboration pour l'établissement de « la politique régionale de prise en charge des IVG », par la commission préparant la loi du 2 mars 2022 allongeant le délai d'IVG à 16 SA qui auditionne des membres du bureau, par le Comité consultatif national d'éthique qui auditionne l'une des présidentes de l'ANCIC avant de publier un communiqué favorable au projet de loi. Elle réalise un travail de « mise en rapport » (Charvolin, 2003) des connaissances sur l'avortement en élaborant des propositions d'action et d'amélioration de l'accès à l'IVG, par le travail interdisciplinaire auquel participent certaines de ses membres ou des autres associations professionnelles d'avorteur·se au sein de la Commission « Santé, droits sexuels et reproductifs » du HCE (2013, 2017). Elle défend une expertise concurrente à celle du Collège

³⁷ *Écho de l'ANCIC*, octobre 2015.

³⁸ Par exemple en 2013 pour la correction des fiches d'information sur la contraception à destination des professionnel·les.

de gynécologie, tenant des positions opposées lors des débats entourant la loi de 2022, ou *via* les recommandations de bonnes pratiques produites avec la participation de ses membres au sein de la HAS, qui ne concordent pas toujours avec celles publiées par le Collège³⁹.

Enfin, l'association joue un rôle corporatiste, par la défense des conditions de travail des professionnel·les de l'avortement et la revendication de certaines prérogatives des spécialités médicales. Ces deux causes sont liées puisque, comme l'écrit Andrew Abbott : « quand, sous certaines conditions, un groupe devient clairement défini, cela augmente fortement les gratifications de ses membres » (Abbott, 1995b)⁴⁰.

« Nous attendons de l'ANCIC qu'elle défende les droits des femmes en matière de contraception et d'avortement, et les droits des professionnel·le·s de la contraception et de l'avortement », écrit une membre du bureau et future co-présidente de l'association dans *L'Écho* de janvier 2013. En matière de droit des professionnel·les, il s'agit, concrètement, de demander la création de postes de PH titulaires et contractuel·les⁴¹ et la reconnaissance du métier de CCF comme une profession plutôt qu'une aptitude. Surtout, l'ANCIC est au cœur d'une tentative pour accroître la spécialisation de l'orthogénie. D'abord, par la constitution d'un corpus de connaissances spécifiques, comme on l'a vu. Ensuite, par l'affirmation de cette spécificité et la revendication de l'indépendance vis-à-vis de la gynécologie-obstétrique :

« L'ANCIC regroupe, depuis 1979, les professionnels travaillant dans les structures pratiquant Interruption de grossesse et planification. Ce domaine spécifique se nomme l'ORTHOGÉNIE, c'est une spécialité à part entière de la Médecine, qui, selon les pays, appartient à la gynécologie obstétrique, à la médecine de la Reproduction, ou à la médecine générale. [...] Cette spécialité requiert, comme tout champ spécifique de réflexion et de pratique, l'expérience de professionnels expérimentés, et la transmission de ce savoir pour les générations à venir. De même que l'obstétrique est une spécialité de la médecine, concernant le suivi de la grossesse et l'art de l'accouchement, l'orthogénie est une spécialité concernant les patient(e)s dans leur démarche reproductive, l'avortement en faisant partie intégrante. En France, il y a chaque année environ 800 000 naissances et 200 000 avortements. Par conséquent, un quart des moyens consacrés au suivi et à l'accouchement des femmes enceintes doit être consacré au suivi des femmes pour la contraception et l'avortement » (éditorial de *L'Écho de l'ANCIC*, avril 2011).

Dans cette perspective, la mise des centres d'IVG sous la tutelle des services de gynécologie leur apparaît comme une menace aussi bien pour la santé des femmes – l'accès à

³⁹ Le rôle des recommandations et leur contenu concret en matière d'IVG sera analysé au chapitre 6.

⁴⁰ Il s'agit de la traduction de Thomas Béraud *et al.* (Demazière et Jouvenet, 2016).

⁴¹ L'ANCIC appelle au « combat » contre le décret du 29 septembre 2010 qui impose un nombre minimal de quatre vacations (demi-journées) hebdomadaires pour accéder au statut de PH contractuel à temps partiel. Les médecins travaillant en centre d'IVG sans réaliser quatre vacations ou plus (donc avec un poste à temps partiel à moins de 40 %) ont le statut de praticien·nes attaché·es, payé·es 200 € par mois par vacation hebdomadaire, sans congés payés, au lieu de 400 € pour les PH contractuel·les.

l'IVG serait meilleur dans des structures dédiées dotées de professionnel·les volontaires, pratiquant toutes les méthodes d'IVG⁴² – que pour l'existence et l'autonomie des avorteurs et avorteuses. Chantal Birman, sage-femme de la maternité des Lilas et membre du bureau de l'ANCIC, dénonce comme un « terrorisme hospitalo-universitaire » ce mouvement d'absorption des centres par les services de gynécologie et appelle à la prise de conscience par les décideurs politiques de « l'expertise » de « l'aristocratie de terrain » à côté de celle de « l'aristocratie hospitalo-universitaire »⁴³. La spécialisation des avorteurs et avorteuses serait un enjeu pour l'intérêt confondu des professionnel·les et des femmes⁴⁴.

L'ANCIC réalise un véritable « travail de spécialisation » (Sarzier, 2023). Si les mobilisations des avorteurs et avorteuses n'aboutissent pas à une véritable reconnaissance institutionnelle, à la différence des promoteurs et promotrices de la gérontopsychiatrie qu'étudie Martin Sarzier, l'action de l'ANCIC relève bien des différentes dimensions du travail de spécialisation tel qu'il le définit. Elle a pour but le développement d'un espace médical spécialisé, luttant pour l'ouverture, l'extension ou le maintien de services dédiés. Elle traduit un effort continu de visibilisation à destination de différentes composantes de l'État mais aussi de la profession médicale, ce dont témoigne la multiplication des prises de position publiques dans les débats portants sur la santé sexuelle et reproductive par le biais de tribunes, d'interpellation dans des colloques⁴⁵, d'adresses aux ministres. Dernière dimension de ce travail de spécialisation, l'association participe à un travail d'homogénéisation interne des professionnel·les autour de pratiques partagées, de la construction d'une identité et d'une histoire fédératrice commune – l'histoire de l'avortement, de la contraception et des membres historiques de l'association occupe une place importante dans les formations et les bulletins

⁴² Parmi d'autres caractéristiques déterminant la supériorité des services autonomes sur l'activité intégrée à la gynécologie, les premiers proposent généralement l'IVG instrumentale sous AL, ce qui n'est souvent pas le cas des services de gynécologie sans unité dédiée.

⁴³ *L'Écho de l'ANCIC*, janvier 2012. Le sentiment de précarité face à la poursuite de la gynécologisation est une marotte des bulletins de l'ANCIC. Dans le même numéro, Nathalie Trignol, généraliste responsable du centre d'IVG de Tours, écrit qu'« à Tours, pour l'instant tout va bien » mais qu'elle craint que son service ne perde son autonomie avec le déménagement prévu de la maternité : « Dans un deuxième temps, risquons-nous de “gicler” et d'être intégrés à la gynécologie ailleurs? Je n'ose pas y penser... »

⁴⁴ Ou sont *a minima*, placés dans la continuité l'un de l'autre, comme en témoigne une réaction d'une conseillère dans le courrier des lecteurs de *L'Écho* d'octobre 2011 : « Je sens comme vous qu'il va falloir continuer à se battre pour le droit des femmes et des couples mais aussi développer les recherches et les publications pour que la médecine reconnaisse l'orthogénie comme une spécialité à part entière. »

⁴⁵ Le laboratoire Nordic Pharma, qui commercialise la mifépristone organise un colloque intitulé « IVG 2011 – Sujet Privé, débat public » le 7 mars 2011. L'ANCIC n'y est pas invitée, sans doute en raison de ses positions contrastées à l'égard de l'explosion du recours à la méthode médicamenteuse. Lors de l'intervention d'Israël Nisand, professeur d'obstétrique réputé, futur président du CNGOF et chef du service de gynécologie-obstétrique de Strasbourg où 95 % des IVG sont pratiquées par voie médicamenteuse, y compris au-delà de 9 SA, des membres de l'ANCIC prennent la parole sans autorisation pour dénoncer cette pratique qu'ils et elles jugent maltraitante.

de l'ANCIC⁴⁶ – et d'événements socialisateurs regroupant la communauté professionnelle. Anne-Sophie Béliard et Sidonie Naulin (2022) ont montré comme les événements professionnels participaient à la structuration des champs et à la « configuration des professions ». C'est le cas des Journées de l'ANCIC, en tant que moments d'importante densité interactionnelle où les avorteurs et avorteuses « font groupe entre la poire et le fromage » (Nocérino, 2020), et comme instances de socialisation professionnelle, en particulier des nouveaux et nouvelles entrant·es. En entretien, Jean témoigne de cette fonction du congrès de l'ANCIC en racontant le premier auquel il assiste, à Bobigny, en 1995, qui représente pour lui un moment charnière de l'endossement d'une nouvelle identité professionnelle. Il se dit « impressionné [...] par la fougue militante de certains membres » et désigne depuis lors comme « les miens » le groupe des avorteurs et avorteuses spécialistes. L'isolement de nombreux et nombreuses avorteuses travaillant au sein de services peu investis dans la prise en charge de l'avortement explique le rôle important joué par les événements organisés par l'ANCIC ou les autres organisations dans la formation, la sociabilité, la socialisation professionnelle et la configuration de l'espace professionnel.

Les associations professionnelles d'avorteurs et avorteuses jouent donc un rôle hybride de production de savoirs, d'expertise – servant d'intermédiaires entre les savoirs et les praticien·nes ou les pouvoirs publics – et de défense des intérêts du segment professionnel. Dans ce contexte, le travail de doctorat que je mène est d'abord vu d'un très bon œil. Les médecins de l'ANCIC sont non seulement intéressé·es par les connaissances qu'il pourrait produire, mais aussi par la visibilité qu'il pourrait leur donner. Ils et elles sont fier·es de leur engagement, estiment leurs pratiques et connaissances supérieures à celles des gynécologues en matière d'avortement et, partant, ont confiance dans le fait qu'une analyse extérieure serait relativement flatteuse, à leur avantage dans le cadre des luttes de légitimité professionnelle. Les responsables de l'ANCIC m'ont donné accès à leurs archives, et ses membres se sont montré·es volontaires pour la réalisation d'entretiens et d'observations (dans le CIVG 3 par exemple, dont les membres de l'équipe médicale sont adhérent·es de l'association).

D. La politisation du travail d'avortement

Une quatrième caractéristique de la spécialisation informelle d'avorteur·se est la propension à donner un sens politique au travail d'avortement. La politisation n'est pas une qualité intrinsèquement liée à une personne ou une activité, mais un travail de qualification (Lagroye, 2003). On peut pratiquer des IVG par obligation ou intérêt professionnel, comme

⁴⁶ Par de fréquents, élogieux et parfois très longs hommages posthumes, notamment.

on peut inscrire cette pratique dans un système de valeurs et de revendications plus générales. Si les prises de position anticapitalistes ou anti-institutionnelles et critiques du pouvoir médical se sont largement affaiblies en comparaison de celles des médecins du GIS et de la première génération d'avorteurs et avorteuses, de nombreux et nombreuses enquêté·es inscrivent leur travail dans une forme d'engagement politique, féministe et/ou en faveur d'une médecine moins paternaliste. Un tel engagement préalable est, nous l'avons vu, l'un des déterminant de l'orientation vers le travail d'avortement. Il s'agit ici de montrer que les avorteurs et avorteuses spécialistes ne sont pas seulement des militant·es *dans* l'avortement, mais aussi des militant·es *de* l'avortement⁴⁷, d'étudier comment leur engagement se manifeste par des prises de position publique sur des enjeux directement liés à l'avortement.

1. Des médecins militant·es de l'avortement

L'enquête réalisée me permet d'éclairer deux pôles de « l'espace de la cause de l'IVG » (Borel, 2023 : 32) : l'un, profane et centré autour du Planning Familial et l'autre, médical et centré autour des associations professionnelles d'avorteurs et avorteuses. Le Planning Familial est désigné comme une « association amie » dans *l'Écho de l'ANCIC* (janvier 2013), des représentantes du Planning interviennent aux congrès de l'ANCIC, les deux associations mènent des luttes ensemble et publient des communiqués communs. Pour autant, les rapports entre les deux associations sont parfois tendus, en raison, selon Jeanne (52 ans), médecin généraliste, qui adhère aux deux, des prises de position du Planning Familial en faveur de la démedicalisation de l'avortement :

« L'ANCIC émane plus, même si c'est l'avortement et donc que c'est forcément militant, mais plus des chefs de service, des médecins, hein. Donc les médecins, c'est une corporation. » (Entretien du 11 septembre 2021)

Cette polarisation se rejoue à l'échelle locale, comme en témoignent Didier et Monique qui, lorsqu'ils fondent le CIVG 1 après avoir participé au MLAC, embauchent des infirmières militantes au MFPPF :

« **Didier** : Je pense que les deux militantes féministes vraiment très... C'est qu'on avait des rapports, si tu veux, qui étaient, comment dire... politiquement tendus avec le Planning Familial. C'est-à-dire que pour le Planning Familial, et ça dès le début, à la fois, hein, ils nous envoyaient toutes les femmes qu'ils recevaient à leurs consultations, par définition, puisque ça se passait bien, puisque on travaillait correctement, qu'on était quand même, bon, des militants aussi, si vous voulez ! (*Rire*) Mais comment dire... on était des médecins. Donc, c'était encore "les médecins", c'était encore "le pouvoir médical", etc., etc. Et nous je dois

⁴⁷ Pour paraphraser l'expression de Dauvin et Siméant, « militants de l'humanitaire, militants dans l'humanitaire » (2002 : 79).

dire que bon, je veux dire surtout les premières années – après, on s’est habitués – se faire encore envoyer à travers la figure qu’on était des médecins, que donc c’était pas clair, etc., etc., on l’avait un petit peu mauvaise. Voilà, le “pouvoir médical”...

Monique (coupe) : Oui, le “pouvoir médical”, ça a duré pendant 50 ans, et ça continue. D’ailleurs c’est pas faux, hein, je veux dire, c’est pas faux. Mais il y avait tellement d’autres choses à faire...

Didier : Et donc ces filles-là, elles étaient plus proches, du Planning, d’une certaine manière, c’est-à-dire bon les médecins, c’est horrible de toute façon etc., etc. que de ce qu’on essayait de faire qui était un peu effectivement assis entre deux chaises. » (Entretien du 1^{er} mars 2022)

Ce témoignage laisse apparaître la position ambiguë occupée par les avorteurs et avorteuses dans l’espace de la cause de l’IVG comme dans le champ médical : à la fois critiques (pour certain·es) et vu·es comme détenteurs et détentrices du pouvoir médical, à la fois professionnel·les indispensables – en l’état de la législation – à l’accès à l’avortement et catégorisé·es comme instruments du contrôle des femmes. Cette position d’entre-deux déjà identifiée par Lucile Ruault dans la période de l’avortement clandestin (2023) se maintient après la dépénalisation.

L’ANCIC est présentée par ses membres comme une « association militante »⁴⁸. Elle endosse une mission directement politique : défendre l’application ou l’évolution de la loi sur l’avortement. L’association prend position publiquement, par des tribunes, parfois écrites collectivement avec le Planning Familial et la Coordination des associations pour le droit à l’avortement et à la contraception (CADAC), contre la fermeture de centres d’IVG ou de maternités (notamment celle des Lilas), et pour certains changements législatifs : remboursement intégral de l’IVG, autorisation de l’IVG instrumentale hors des établissements de santé, pratique des IVG par les sages-femmes, suppression de la semaine d’attente entre la demande d’IVG et sa réalisation, allongement du délai, etc. Le 10 janvier 2011, l’ANCIC et le Planning Familial engagent une action juridique sous la forme d’un recours gracieux auprès du Premier Ministre, François Fillon, afin qu’il mette en œuvre toutes les mesures « pour que soient respectées en droit et en fait les dispositions législatives et réglementaires relatives à l’IVG et à la contraception et que cessent dans les meilleurs délais autant d’illégalités », en s’appuyant sur le rapport de l’Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2010 soulignant le fait que la loi sur l’IVG n’était pas appliquée sur l’ensemble du territoire français. L’association entend également éclairer les propositions politiques des candidats aux élections présidentielles successives, qu’elles visent à améliorer l’accès à l’IVG ou à le restreindre⁴⁹ : *L’Écho de l’ANCIC* d’avril 2012 commente

⁴⁸ Je n’employais pas le terme de militant en entretien lorsqu’il n’était pas spontanément revendiqué par les enquêté·es.

⁴⁹ Un communiqué du 17 novembre 2016 explicite ce rôle : « Les élections présidentielles de 2017 se préparent et les propos de certains candidats laissent penser que le droit à l’IVG pour toutes les femmes pourrait être remis

favorablement les propositions des candidats de gauche en matière d'IVG, et retranscrit une tribune publiée par certaines de ses adhérentes dans *Libération* réagissant aux propositions du Front national de dérembourser les « IVG de confort »⁵⁰. À partir du vote de la loi Neiertz de 1993 constituant l'entrave à l'IVG comme un délit, l'ANCIC, au côté du Planning Familial, se porte partie civile dans les procès contre les « commandos anti-IVG ».

Ces médecins militant·es forment un milieu d'interconnaissance qui déborde les frontières des associations professionnelles. Il se fédère autour de la défense de pratiques d'IVG communes, de la libéralisation et l'amélioration de l'accès à l'avortement, et se reconnaît des ennemis communs : les groupes anti-IVG, mais, surtout, les gynécologues-obstétricien·nes qui ne sont pas avorteurs et avorteuses spécialistes, à commencer par l'ancien président du CNGOF, Israël Nisand, influent chef de file de l'opposition médicale à l'allongement du délai d'IVG. « Dans le milieu militant, Israël Nisand il s'en prend plein la tête », me dit Floriane (39 ans), sage-femme travaillant en centre d'IVG, ce que me confirme l'entretien mené avec Dora (61 ans), gynécologue ancienne responsable de centre d'IVG qui n'appartient à aucune des organisations professionnelles d'avorteur·ses citées :

« **Raphaël** : J'ai vu passer un article d'Israël Nisand contre le projet de loi...

Dora (*interrompt*) : Ça y est j'ai de l'eczéma. [...] Israël est un menteur, il n'est pas un grand allié des femmes. Par contre, il donne très bien le change. Non, non, une fois qu'on l'a poussé dans ses retranchements on comprend qu'en fait non, il n'est pas là pour faciliter, il est là pour étaler son pouvoir, sa puissance, sa capacité à décider. (*Evoquant le fonctionnement du CNGOF* :) Israël obturait toute pensée. On pouvait pas ne pas être d'accord.

Raphaël : Parce qu'on risquait pour sa carrière si on n'était pas d'accord ?

Dora : Oui. C'est très difficile de pas être d'accord avec Israël. » (Entretien du 1^{er} juin 2021)

L'engagement pour l'avortement expose par ailleurs à des confrontations avec des militant·es anti-avortement, quoique les risques pris en France n'aient que très peu à voir avec ceux que peuvent prendre les médecins étatsunien·nes dont plusieurs ont été victimes d'attentats mortels. Tout de même, trois enquêtées ont été menacées de mort par le conjoint d'une avortante et protégées par une escorte de police pendant plusieurs jours. Mathieu (60 ans), généraliste au CIVG 3, me raconte s'être senti physiquement menacé un jour où il s'est trouvé en tête à tête sur un bateau de pêche avec un marin canadien anti-IVG, ivre, qui peinait à avoir un enfant avec sa compagne, et plusieurs parmi les plus âgées des enquêtées ont été confrontées aux « commandos anti-IVG » et ont participé aux procès qui s'en sont ensuivi. L'obstétricien Paul Cesbron, lorsqu'il était président de l'ANCIC, est cité à

en question. [...] L'ANCIC scrutera les propos des candidats à la fonction présidentielle afin de dénoncer tout risque d'atteinte à la liberté fondamentale des femmes à avoir une IVG quel qu'en soit le motif, et avec la méthode (instrumentale ou médicamenteuse) de leur choix. »

⁵⁰ Valérie Haudiquet, Maya Surduts, Dominique Boubilley, Béatrice Fougeyrollas, Maud Gelly et Emmanuelle Lhomme, « Vive les IVG confortables ! », *Libération*, le 23 mars 2012.

comparaître pour injure publique au cours d'une émission de télévision par un membre de l'association La Trêve de Dieu⁵¹, et Paul-Emile Beaulieu, l'inventeur de la mifépristone, est attaqué en diffamation en 1992 pour avoir qualifié d'escroquerie scientifique et de manipulation le film américain *Le Cri silencieux*, outil de propagande anti-avortement. Le 22 janvier 2012, le bureau de l'ANCIC hébergé au domicile de sa présidente, Marie-Laure Brival, fait l'objet d'une tentative d'incendie criminel la veille d'un rassemblement annuel « pour la vie » qui a regroupé 10 000 personnes. L'immeuble est récent et construit avec des matériaux ignifuges. Marie-Laure Brival s'en sort avec une légère intoxication à l'oxyde de carbone.

2. Pour ou contre l'allongement du délai d'IVG : des dispositions aux prises de position

L'enquête menée a été traversée par les débats entourant la proposition de loi d'allongement du délai d'IVG de 14 à 16 SA. Beaucoup des avorteurs et avorteuses spécialistes de mon corpus y sont favorables. Les plus militant·es défendent même l'alignement sur les pays les plus libéraux (« Le but c'est d'aller à 22 semaines, hein, quand même », affirme Jeanne) voire pour certain·es la suppression de tout délai : « 14-16 c'est une évidence. Moi je suis pour plus aucun délai », déclare Mathieu (60 ans), généraliste au CIVG 3. En plus d'y être favorables, certain·es s'engagent activement pour l'évolution de la loi, au sein de l'ANCIC ou de leur service, comme c'est le cas de l'équipe du CIVG 3 qui anticipe le passage de la loi afin de montrer que les IVG sont réalisables à ce terme, ou par des prises de position individuelles ou collectives dans la presse *via* des articles, interviews, pétitions et tribunes⁵². Amandine (36 ans, généraliste responsable de centre d'IVG) rédige pour l'association Pour une MEUF un article visant à « contrer les arguments gynécologiques qui s'opposaient à l'allongement du délai ».

Cette position est pourtant largement minoritaire parmi les médecins, en particulier les gynécologues. Les données de Fécond en donnent quelques éléments d'analyse. Pour rappel, l'enquête interroge en 2010 les médecins – 500 gynécologues et 500 généralistes – sur l'idée d'un alignement de la loi française sur le délai des pays européens les plus libéraux en la matière (24 SA).

Un premier résultat de l'analyse des données de Fécond médecin, c'est la très large majorité (76 %) d'opposition à cette mesure. S'il y a un biais de sélection de l'enquête (dont

⁵¹ Association créée en 1988 à l'origine de plusieurs « commandos anti-IVG ».

⁵² Par exemple, la tribune « Il faut allonger les délais de l'IVG ! » publiée le 7 octobre 2020 dans *L'Obs*. <https://www.nouvelobs.com/societe/20201007.OBS34391/tribune-il-faut-allonger-les-delaix-de-l-ivg.html>.

le taux de réponse est de 45 %), c'est sans doute en faveur d'un recrutement de médecins particulièrement intéressé·es par les enjeux de santé sexuelle et reproductive et donc, on peut le supposer, plutôt plus favorables à un élargissement de l'accès à l'IVG que la moyenne des médecins. Il ne s'agit pas de faire un usage descriptif précis de ces données au-delà du constat d'une opposition massive des médecins à l'allongement du délai, en phase avec les résultats de l'enquête qualitative.

Un second résultat, c'est la variation selon la spécialité médicale : 88 % des gynécologues spécialistes (obstétricien·nes ou médicales) y sont opposé·es, pour 68 % des généralistes. L'analyse par régression logistique élaborée dans le cadre de cette recherche, visant à isoler les déterminants de cette opinion, montre un effet propre significatif de la spécialité médicale, supérieur à celui de toutes les autres variables du modèle (Tableau 5). Toutes choses – prises en comptes par le modèle – égales par ailleurs, l'exercice comme généraliste rend plus probable d'être favorable à l'allongement du seuil d'IVG par rapport à l'exercice comme gynécologue-obstétricien·ne ($p < 0,001$) et l'exercice comme gynécologue médicale le rend plus probable (quoique plus légèrement que pour les généralistes) par rapport à l'exercice comme gynécologue-obstétricien·ne⁵³.

La propension plus importante des généralistes à soutenir l'allongement du délai ne doit pas masquer le fait que, d'après les données de Fécond (et avec la prudence qu'impose le taux de réponse limité), l'opposition reste une position massive et sans doute majoritaire même parmi les généralistes.

Les données de l'enquête statistique laissent également voir que la « conscience » professionnelle a des causes profanes – autrement dit, que les socialisations non professionnelles participent à façonner les prises de position des médecins. Une première instance de socialisation non professionnelle, c'est l'expérience profane de l'avortement. Le modèle de régression laisse voir un effet propre significatif positif du fait d'avoir soi-même ou sa partenaire eu recours à l'IVG sur le soutien à l'allongement du délai. Si ce résultat n'est pas très surprenant – Alexandra Roux, Cécile Ventola et Nathalie Bajos avaient déjà montré que les médecins prescrivaient davantage les méthodes contraceptives qu'ils et elles avaient utilisées (2017) – il renforce l'objectivation du poids des logiques profanes dans les pratiques

⁵³ Une réserve toutefois : la question de la significativité statistique de l'effet de la spécialité gynécologie-médicale par rapport à la gynécologie-obstétrique se pose, en regard des seuils de significativité habituellement considérés. Il y a en effet 6 % de chance que cet effet propre soit lié au hasard ($p = 0,06$), quand le seuil minimal habituellement considéré est de 5 %. Si le lien entre les deux variables n'est donc pas significatif selon le seuil conventionnellement utilisé, il me semble tout de même intéressant de le commenter en le recoupant avec l'enquête qualitative. Pour indication, Emmanuel Beaubatie dans sa constitution de l'espace social du genre accepte un « risque » plus important encore en commentant des liens entre variables avec un indice p de 0,09 (Beaubatie, 2019).

et les prises de position médicales. Je détaillerai ce point plus avant dans la thèse car l'ethnographie permet de détailler les effets du recours personnel à l'IVG non seulement sur le soutien à l'allongement du délai, mais sur les pratiques concrètes de prise en charge.

Une seconde instance de socialisation non professionnelle qui ressort des résultats de Fécond est celle de la famille et de la parentalité. Toutes choses égales par ailleurs, les médecins qui ont des enfants sont moins souvent favorables à l'allongement du délai d'IVG que celles et ceux qui n'en ont pas⁵⁴. Si l'on peut supposer qu'existent des variables cachées déterminant *et* la parentalité *et* l'opposition à l'allongement du délai (par exemple la religion), l'enquête qualitative montre aussi un effet de causalité possible, une socialisation à l'humanisation et la valorisation du fœtus non seulement par la pratique de l'obstétrique, mais par la parentalité (et dans un cas, la grand-parentalité). Une gynécologue médicale travaillant en centre d'IVG, Marie-Pierre (70 ans), justifie son opposition à la pratique des IMG pour détresse psychosociale par le terme avancé des grossesses et le fait qu'elle-même a un petit-enfant né très prématurément, à 26 semaines. Elle identifie les fœtus de 26 semaines à son petit-fils nouveau-né. Mais c'est surtout l'expérience de la grossesse qui est décrite par plusieurs enquêtées – dans le corpus général et non le sous-corpus des avorteurs et avorteuses – comme un moment exacerbant la contradiction entre valorisation du fœtus et travail d'avortement. Catherine (63 ans) évoque une IVG qu'elle a pratiquée pour une femme enceinte au même terme qu'elle. Elle compare le fœtus qu'elle porte et voit sur sa propre échographie (« un p'tit bonhomme », « super mignon à ce terme-là ») avec celui de l'avortante – pour reprendre la distinction de Luc Boltanski, le « fœtus authentique » investi d'une valeur et d'un projet et le « fœtus tumoral », en apparence identique mais non désiré (2004). Elle évoque également sa crainte d'un déclenchement d'une fausse couche par capillarité. Une assistante de gynécologie-obstétrique, Margaux (33 ans), parle d'un « gap entre avant et après avoir eu des enfants », elle a « encore plus de mal » à pratiquer des IVG depuis sa première grossesse, et une troisième enquêtée, assistante de gynécologie médicale, Violaine (30 ans), dit craindre un « transfert », qui l'empêchera peut-être de continuer à pratiquer des IVG le jour où elle aura des enfants ou qu'elle essaiera d'en avoir. Au-delà du fait que la parentalité, et la gestation en particulier, pourrait disposer à l'indisposition à l'égard du travail d'avortement, elle autorise le fait de l'exprimer. Contrairement à l'opposition religieuse à la pratique des avortements, l'opposition parentale, en tout cas maternelle, est considérée comme légitime. Alors que le refus d'Emmanuelle (49 ans) de participer au travail d'avortement, invoquant la « clause de conscience », avait été source de tensions professionnelles quand il était perçu comme moral et religieux (jusqu'au

⁵⁴ À nouveau, ce résultat n'est pas significatif au seuil de 5 % utilisé habituellement ($p = 0,06$).

conflit ouvert avec une assistante de gynécologie-obstétrique), il est devenu entièrement accepté dès lors qu'elle a été enceinte. Notons que l'effet est loin d'être automatique. Aucune des médecins généralistes enquêtées spécialisées dans la pratique des IVG qui ont eu des enfants ne décrivent une gêne particulière qui lui soit liée, sinon celle d'« avoir [s]on gros bidon » (Floriane, 39 ans, sage-femme) en consultation, gêne vis-à-vis des avortantes et non du geste d'interruption. Évoquant les interruptions médicales de grossesse, Dora (61 ans), cheffe de service de gynécologie-obstétrique particulièrement engagée pour l'accès à l'avortement, déclare :

« Bah à l'époque où on le faisait jusqu'à cinq-six mois en dilatation, j'étais enceinte de neuf mois. Ça me posait aucun problème. Je suis capable de dichotomie. Elle c'est elle, je rends service, moi j'ai pas du tout envie d'avorter, je suis contente d'être enceinte, on mélange pas tout. » (Entretien du 1^{er} juin 2021)

Les enquêté·es qui évoquent le rôle de la grossesse vécue ou prévue (Catherine, Margaux et Violaine) font également partie de celles qui avaient *déjà* des réticences particulièrement fortes.

Les données de Fécond médecin se prêtent à une analyse variable par variable, ayant l'intérêt d'objectiver des effets qui apparaissent moins clairement dans l'ethnographie (notamment ceux, significatifs, de la spécialité, du recours à l'IVG ou du sexe). Elles ne permettent pas de rendre compte des logiques du champ médical qui participent à produire ces prises de position.

Opposé·es à une mesure qui accroît le risque que les gynécologues soient confronté·es à un geste qui les dégoûte et qui substitue à la position de pouvoir de l'IMG une position plus passive, les plus dominant·es du champ – les gynécologues-obstétricien·nes, chef·fes de service, membres des sociétés savantes et représentant·es syndicaux, généralement des hommes en milieu ou fin de carrière – ne peuvent invoquer ouvertement des raisons morales ou corporatistes pour s'opposer à l'extension des droits des femmes sans risquer une volée de bois vert, comme le craint Vincent (45 ans), gynécologue-obstétricien et représentant du SYNGOF : « On est très prudents, on y va sur des œufs, parce que de toute façon on sait qu'on va se faire flinguer ». En entretien comme dans les communiqués du CNGOF, du SYNGOF, de l'Académie de médecine et de l'Ordre des médecins les oppositions médicales à cette loi se fondent principalement sur l'idée que l'allongement du délai serait une mesure contraire à l'intérêt des femmes du fait des risques de complication de l'avortement⁵⁵. Non seulement parlent-ils et elles le langage de l'intérêt des femmes – par une « universalisation

⁵⁵ Le paragraphe introductif d'un communiqué du Collège contre la proposition de loi allongeant le délai d'IVG indique que « le CNGOF, fidèle à l'esprit de la loi Veil, et préoccupé par la santé, le bien-être et la liberté des femmes, s'oppose donc avec fermeté à ces modifications de la loi sur l'IVG ».

symbolique [de leurs] intérêts particuliers » (Bourdieu, 1989 : 559) –, mais ils et elles revendiquent aussi la légitimité à parler en leur nom, c'est-à-dire à leur place (Bourdieu, 2001) : le communiqué du CNGOF, comme celui de l'Académie de médecine cité, se réfère ainsi à trois reprises à « ce que les femmes demandent ». L'argumentaire des médecins contre la poursuite de la libéralisation du droit à l'avortement est très proche de stratégies des groupes anti-avortement aux États-Unis : d'une part, ils mettent en avant des représentations humanisantes du fœtus et des visuels sanglants (Petchesky, 1984 ; Simonds, 1996) comme nous avons vu au chapitre précédent que les médecins et leurs institutions représentatives pouvaient le faire ; d'autre part, ils adoptent une rhétorique « pro-femmes » centrée sur les torts que l'avortement leur ferait (Saurette et Gordon, 2016 ; Lowe et Page, 2019).

Pour prouver la dangerosité du recours à l'avortement aux termes que prévoient la proposition de loi, le président du Collège, dans un article à charge contre la proposition de loi, convoque, seule source nécessaire et suffisante à ses yeux, un sondage mené par le CNGOF dans lequel 71 % des 783 gynécologues enquêté·es se disent défavorables à l'allongement du délai. Pour gonfler la légitimité de cet argument d'autorité médicale, il manipule les données du sondage en indiquant dans son article que tou·tes les répondant·es réalisent des IVG alors qu'on peut lire, en première page du très court document (non diffusé) présentant les résultats qu'il m'a lui-même communiqué, que 241 des répondant·es ne pratiquent pas l'IVG.

Parallèlement, les paroles concurrentes au sein du champ sont discréditées. Plutôt que de s'en prendre à leurs arguments, les gynécologues-obstétricien·nes occupant ces positions de pouvoir délégitiment l'expertise des avorteurs et avorteuses spécialistes favorables à l'allongement du délai en les désignant comme étant excessivement « dans le jeu », c'est-à-dire, paradoxalement, trop engagé·es dans la pratique pour que leurs prises de position soient considérées sérieusement : ce sont des « militant·es » – donc manquant de neutralité –, que leur pratique intensive de l'avortement amène à considérer l'IVG comme plus simple et moins dangereuse qu'elle ne l'est, et qui ne représentent pas la profession (« c'est un petit nombre d'influenceurs », dit Vincent, élu au SYNGOF). Dans l'analyse qu'il fait des problèmes de santé au travail, Emmanuel Henry montre le différentiel de légitimité des acteurs et actrices selon qu'ils et elles sont « dans le jeu » ou « hors du jeu ». Les premièr·es, qui acceptent le dispositif de gestion des risques professionnels ont la capacité de participer à la négociation de ses règles tout en étant obligé·es de les accepter. Les second·es ont l'extériorité qui permet l'élaboration d'une critique du dispositif sans avoir la légitimité d'intervenir dans les débats (Henry, 2017 : 122, 123). Dans notre cas, les dominant·es du champ disqualifient à la fois

ceux et celles qui se trouvent trop « dans le jeu » et ceux et celles qui seraient « hors du jeu » – les parlementaires ou les associations féministes, par exemple.

Il en résulte un décalage d'audience entre ceux et celles qui possèdent les compétences spécialisées en matière d'avortement et ceux et celles qui possèdent le pouvoir au sein du champ. L'écho qu'ont les positions d'associations comme l'ANCIC ou REVHO est bien plus faible que celui du CNGOF parmi les médecins. La plupart des médecins enquêtés ignorent l'existence des deux premières, alors que tou·tes connaissent les prises de position de leur organisation de tutelle. Ils et elles s'y réfèrent et en reproduisent l'argumentation pour fonder leur opinion (Gaxie, 2013). L'ignorance des gynécologues praticien·nes en matière d'avortement ne s'explique pas uniquement par les angles morts de leur formation, mais aussi par le fait que les institutions savantes de la profession et leurs représentant·es délaissent leur rôle de diffusion des savoirs quand les intérêts qu'ils et elles défendent (ceux des médecins en premier lieu) sont en jeu – allant jusqu'à la manipulation des chiffres et des connaissances.

Ainsi, les prises de position médicales, bien que formulées dans le langage de la cause des femmes – qu'elles instrumentalisent –, sont relativement alignées avec les positions occupées dans l'espace professionnel et les intérêts qui lui sont liés. Cela vaut aussi pour les médecins et sages-femmes qui se spécialisent dans l'avortement : l'allongement du délai d'IVG représente une potentielle montée en compétence, et la politisation du travail d'avortement comme un travail féministe est une manière de réhabiliter symboliquement la pratique des IVG en mettant en avant des critères de légitimation du travail médical concurrents aux critères dominants (comme la complexité technique, le fait de « donner la vie », ou de sauver de la mort).

La spécialisation informelle se caractérise ainsi par l'adoption d'une identité professionnelle d'avorteur ou d'avorteuse qui déborde la sphère du travail, par l'acquisition de savoirs et de compétences techniques spécifiques à l'avortement, par la participation plus ou moins active aux organisations professionnelles et par la politisation du travail d'avortement conduisant à faire de l'IVG, au-delà d'un geste à pratiquer, une cause à défendre.

III. La sociologie des trois centres enquêtés

Tou·tes les professionnel·les qui occupent des postes dédiés à la pratique des IVG sont loin d'être des militant·es. Ils et elles ne présentent pas tou·tes les propriétés évoquées, ou le font avec des degrés d'intensité différents. La comparaison entre les professionnel·les des trois centres où s'est déroulée l'enquête ethnographique est, à ce titre, éclairante. J'ai retracé l'histoire des trois centres au chapitre 2 et, à ce stade de la thèse, avant d'entamer l'analyse

des pratiques concrètes de prise en charge, il faut désormais détailler la sociologie des équipes à l'époque de l'enquête.

Le CIVG 1 a été fondé par des médecins militant·es d'extrême gauche ancien·nes membres du MLAC. La reprise en main du centre par les gynécologues-obstétricien·nes au début des années 1990 et la normalisation de la rémunération des vacations (passant de trois à deux fois le prix normal, puis à une fois) ont entraîné le départ des avorteurs et avorteuses spécialistes, remplacé·es pour la plupart par des internes de médecine générale et de gynécologie médicale, par des assistantes de gynécologie médicale y travaillant pour une durée déterminée, ou par des médecins attachées qui, sauf Laurence (65 ans), gynécologue médicale en fin de carrière, peu investie dans le travail d'avortement et récusant tout militantisme, n'y travaillent qu'une ou deux demi-journées par semaine. Le fait que l'équipe médicale soit principalement composée de médecins en formation (internes), de passage (assistantes), ou d'attaché·es ayant un court temps de travail dans le centre empêche l'accumulation et le transfert de compétences et d'une culture professionnelle centrée sur le travail d'avortement. Personne dans l'équipe n'a suivi de DU spécialisé dans l'avortement, aucune ne se définit comme avorteuse ni orthogéniste, et, à l'exception de Laurence et des deux plus vieilles infirmières, personne n'y a jamais entendu parler de l'ANCIC. Les médecins et la sage-femme se situent au centre-droit, les infirmières à droite ou à l'extrême droite, la majorité se disent croyantes (catholiques et juive) et ne se revendiquent pas féministes (quoique les internes et l'assistante y soient plus sensibles). Toutes sont plutôt opposées à l'allongement du délai d'IVG. Quand j'annonce à Laurence, à Juliette (30 ans, gynécologue médicale, assistante) et à Virginie (56 ans, infirmière), en salle de pause, que la législation punissant d'emprisonnement l'avortement en Colombie vient d'être abolie au profit de l'une des lois les plus libérales au monde, les trois femmes soupirent, secouent la tête, Virginie s'exclame « Quel malheur. Ils sont fous ! On va attendre jusqu'à la veille de l'accouchement pour avorter », Laurence ajoute « C'est d'un extrême à un autre. Ici on les réanime [à ce terme] », et Juliette conclut : « Ah bah ça va être joyeux l'avortement en Colombie... ». Elles déplorent tout autant la pratique d'avortements trop « tardifs » – par référence aux fœtus suffisamment développés pour être réanimés – que l'interdiction de l'IVG, deux excès jugés également immoraux. Je détaille la trajectoire et la position de Laurence.

Refuser la spécialisation : l'avortement comme job

Laurence a 65 ans. Elle est née d'un père ingénieur « très libéral », et d'une mère au foyer, « catholique très pratiquante » :

« Quand je lui ai dit que je faisais des avortements elle a fait “oups gasp”. Ça l’a surprise. Du point de vue religion c’était difficile, mais en tant que femme, elle comprenait ».

Laurence reçoit une éducation catholique. Elle dit aujourd’hui qu’elle n’est plus croyante mais « catholique de tradition ». Elle a quatre frères et sœurs, dont un ophtalmologue et un psychiatre, et épouse un psychiatre exerçant en libéral. Toutes les membres de sa famille proche pratiquent intensément le golf.

Laurence a passé le certificat d’études spécialisées (CES) de gynécologie médicale. Peu avant d’être diplômée, au début des années 1980, elle demande à réaliser un stage au CIVG 1. Pour elle, c’est alors le meilleur endroit où se familiariser avec un exercice médical proche de la gynécologie de ville, en particulier pour apprendre à poser des dispositifs intra-utérins (DIU). Ni le geste ni la cause de l’avortement ne l’intéresse (« J’avais pas d’opinion. J’étais neutre. J’avais jamais été sensibilisée à tout ça ») et elle ment – me dit-elle – sur les raisons de sa demande de stage afin d’y être acceptée : « Le patron il était chaud bouillant de l’IVG. Si tu lui disais que tu étais là pour le stérilet il te mettait un coup de pied au cul ! ». Elle qualifie Didier, le « patron » en question et fondateur du CIVG 1, de « mégalomanie », qui « se prenait pour Dieu sur Terre », du fait des libertés qu’il s’autorise – et qu’il autorise aux médecins de son équipe – vis-à-vis de la loi et du délai en particulier. Elle met un terme à son stage après trois mois dans le centre d’IVG de peur d’être prise dans des conflits et des jeux de pouvoir entre lui et le chef de service de gynécologie-obstétrique et que ses possibilités d’installation en pâtissent. Elle interrompt sa jeune carrière médicale peu après, à la naissance de ses deux enfants et n’exerce plus d’activité médicale pendant 15 ans, jusqu’à être contactée en 2000 par la successeuse de Didier à la tête du service qui, se souvenant d’elle, lui propose une vacation d’IVG :

« Je me suis fait démarcher pour travailler ici. On m’a appelée pour me demander si je voulais pas récupérer une vacation. Et puis de une je suis passée à deux, puis quatre... Ça s’est fait tout seul. Je pouvais passer du temps avec les enfants. C’est pas un truc que j’ai vraiment réfléchi. On m’aurait proposé de la gynéco traditionnelle à côté, j’aurais sans doute pas pris l’IVG. Mais je me suis prise au jeu de ces nanas, finalement. (*Silence*) Je voulais m’occuper de mes enfants, sans faire que ça, sans être que la maman. Ça m’allait bien, les créneaux convenaient. [...] Elle a cru que j’étais militante. Alors que pas du tout. Attention, je m’en foutais pas non plus, hein. »

Après une longue période d’inactivité professionnelle, le travail en centre d’IVG lui permet une reprise partielle, progressive et mobilisant des connaissances médicales délimitées : son activité est constituée intégralement de consultations et de réalisation d’IVG au bloc opératoire. Le surpaiement des vacations qui avait cours dans le CIVG 1 lui permet d’avoir un revenu confortable pour une activité à mi-temps. Quand la rémunération des vacations s’aligne sur le niveau officiel en 2018, elle passe à temps plein afin de maintenir son salaire (le chef de service lui « offre » cependant une demi-journée rémunérée non travaillée par semaine).

Si le contenu du travail ne lui déplaît pas, elle n’éprouve ni plaisir ni engagement particulier à travailler dans un centre d’IVG. Il s’agit, pour elle, d’un « boulot » et, à un an de son départ en retraite, elle exprime fréquemment l’ennui et le ras-le-bol que lui inspirent les avortantes, les infirmières, la répétitivité du travail. Loin d’être une travailleuse zélée, elle refuse systématiquement tout ajout de consultation dépassant le « quota » journalier prévu, réalise des consultations courtes et ne quitte jamais le service après l’horaire officiel de fin de journée, 16h, pour un début des consultations à 9h. En revanche, elle finit fréquemment plus tôt. Elle me confie : « J’aime mon boulot, je suis contente de mes conditions de travail. Il y a plein de boulots que j’aimerais moins faire que celui-là. Mais je suis pas passionnée. Je préfère être en vacances. » Si elle connaît l’existence de l’ANCIC, elle n’a jamais voulu se rendre à l’un des événements que l’association organise : « J’ai jamais été. C’est trop politique. C’est des militants. C’est comme le Planning ». Elle ne se dit pas féministe et ne « se situe pas très bien » politiquement (« tant qu’on reste dans le modéré ça me va »). Elle n’a jamais avorté et n’a pas été marquée par une expérience d’avortement de ses proches. Elle regrette la suppression de l’entretien psychosocial obligatoire, de la semaine de « réflexion » et est

très opposée à l'allongement du délai d'IVG – elle l'était déjà en 2001 avec le passage de 12 à 14 SA qu'elle refuse catégoriquement d'appliquer depuis 20 ans au grand dam des secrétaires et des infirmières dont le travail de gestion du planning du service se trouve compliqué par son veto – elle est la médecin dotée du plus grand temps de travail dans le centre d'IVG. J'assiste à une tentative d'Armelle, une infirmière, de convaincre Laurence d'accepter de réaliser une aspiration pour une avortante à 12 SA et quatre jours :

« **Armelle** : Elle est à 12 + 4, c'est pas la mort non plus.

Laurence : Non, c'est pas la mort, mais tu commences comme ça et tu finis à 16 SA ! »
(Notes de terrain, octobre 2021)

Le cas de Laurence laisse voir qu'il existe des avorteurs ou avorteuses pour qui l'IVG est un travail comme un autre, ne supposant pas un engagement particulier. Notons tout de même que si les investissements varient, ce n'est que chez Laurence que j'ai rencontré un aussi faible degré d'engagement, et que son attitude fait l'objet de critiques acerbes par beaucoup de ses collègues (infirmières comme médecins).

Le CIVG 2 a été composé d'une seule médecin consultante pendant près de 30 ans. Lorsqu'elle part à la retraite, elle est remplacée par Valérie (67 ans), une gynécologue médicale en fin de carrière désireuse de découvrir une nouvelle activité. Politisée à gauche, celle-ci est cependant isolée du milieu des avorteurs et avorteuses spécialistes, peu investie dans l'acquisition de connaissances techniques et scientifiques spécialisées, et elle ne pratique pas les IVG instrumentales, qui sont réalisées par les obstétricien·nes de la maternité. Retraitée, elle considère son activité d'IVG et de contraception comme un « hobby » qu'elle pratique un jour et demi par semaine. Le gros du travail d'avortement est réalisé par Laure (52 ans), la sage-femme. Elle est investie dans son travail, se rend parfois aux congrès de l'ANCIC, mais présente des dispositions atypiques par rapport aux autres avorteurs et avorteuses spécialistes : catholique, se disant apolitique tout en tenant des propos très conservateurs (sur l'insécurité, sur l'homosexualité, sur l'assistantat etc.), elle a travaillé toute sa vie en salle de naissance, jusqu'à ce que des problèmes de santé l'empêchent de continuer et qu'elle postule au centre d'IVG. Elle est gênée par les IVG « tardives » (« C'est violent pour moi. Ça me remue. Tu vois le bébé, quoi »), opposée à l'allongement du délai comme à l'accroissement des prérogatives des sages-femmes (par attachement à la distinction entre sages-femmes et médecins).

Malgré son rattachement au service de gynécologie en 1981, le CIVG 3 a conservé une relative autonomie et a été géré par des médecins généralistes militant·es aux très longues carrières en tant qu'avorteur·ses. Il est aujourd'hui composé de médecins et d'une sage-femme correspondant d'assez près à l'idéal-type de l'avorteur·se spécialiste. Le travail dans le centre d'IVG est leur activité principale (pour les médecins). Ils et elles se disent tou·tes de gauche ou d'extrême gauche et la plupart revendiquent leur féminisme (certaines participent à

des manifestations féministes, des photos de féministes célèbres ornent les murs du centre) et se qualifient de « militant·es » de l'avortement. Une est membre active de l'ANCIC et les autres se rendent aux congrès de l'association. Tou·tes ont suivi des formations complémentaires dédiées à l'IVG. À l'exception de Jérôme – mitigé – tou·tes sont favorables à l'allongement du délai et certain·es à la suppression de tout délai. Cinq des six médecins généralistes diplômé·es ont obtenu un poste de PH en orthogénie. Leur engagement les amène à accepter une charge de travail plus importante : alors que les médecins et la sage-femme du CIVG 1 n'ont jamais à rogner sur leur pause déjeuner ou l'horaire de fin de la journée de travail, il n'est pas rare que celles et ceux du CIVG 3 prennent du retard ou acceptent une consultation supplémentaire et doivent manger en cinq minutes voire sauter un déjeuner. Certain·es travaillent les weekends ou les soirs, comme Lise, la responsable du centre, qui me raconte avoir passé le weekend au téléphone à négocier la prise en charge d'une avortante hors délai d'IVG dans une clinique anglaise, et qui n'hésite pas, en sus de trois longs entretiens formels et de mon accueil dans son service pour une ethnographie d'un mois, à m'appeler longuement au téléphone, pendant ses vacances, pour me donner des nouvelles du centre d'IVG. Au-delà du travail médical d'avortement, elle s'investit dans les associations professionnelles d'avorteur·ses et dans la commission IVG du réseau périnatalité, et consacre une partie de son temps hors travail à des activités liées à l'avortement : elle intervient à de nombreuses reprises dans une pièce de théâtre portant sur le droit à l'avortement et, un mois après sa sortie, elle a vu le film *Annie Colère*⁵⁶ trois fois.

Si j'ai distingué un sous-corpus de spécialistes dans mon matériau d'enquête à partir d'un critère minimal – occuper un poste dédié à l'IVG à temps plein ou à temps partiel, ou pratiquer des IVG en libéral – on voit qu'être avorteur ou avorteuse ne se réduit pas seulement à la pratique d'un geste chirurgical ou prescriptif. Les caractéristiques dégagées, partagées à divers degrés par les membres du corpus, définissent une spécialisation informelle d'avorteur·se.

Conclusion de chapitre

« Personne ne fait médecine pour faire des avortements » me dit Alain, gynécologue-obstétricien réticent à développer l'activité d'IVG dans le prestigieux service parisien qu'il dirige. Sauf exception – j'ai bien rencontré *une* militante féministe qui a entamé ses études de

⁵⁶ Le film, sorti en salle en 2023, retrace les événements amenant à la dépénalisation de l'avortement en suivant le parcours d'une militante du MLAC. Quand j'interroge l'assistante de gynécologie médicale responsable du CIVG 1, plusieurs mois après la sortie du film, elle n'en a jamais entendu parler. Cela reflète le décalage qui existe entre les avorteur·ses spécialistes et les avorteur·ses occasionnel·les ou temporaires.

médecine dans le but de devenir avorteuse – les médecins qui s’y dédient ne l’ont pas prémédité en effet, et plusieurs racontent leur parcours comme relevant du « hasard ». Si la conjoncture joue un rôle clé – un stage d’internat, l’alignement d’une période de disponibilité professionnelle et de la recommandation ou du remplacement d’un·e collègue orthogéniste – les médecins qui deviennent avorteurs et avorteuses y sont disposé·es, par l’intérêt professionnel qu’ils et elles peuvent y trouver, par une socialisation politique – plus à gauche voire à l’extrême gauche que le reste du corps médical – ou féministe, par une expérience profane de l’avortement, par une distance aux normes et aux pratiques du milieu professionnel qui les amènent à chercher une manière de « faire de la médecine autrement » (Mariette et Pitti, 2016).

Devenir avorteur·se, c’est une orientation professionnelle non plus stigmatisée, mais atypique et minoritaire. Elle correspond à une spécialisation informelle au sens d’une construction sélective de la pratique professionnelle qui n’est pas attestée par les institutions médicales. Elle peut s’accompagner de l’endossement d’une identité professionnelle d’avorteur·se ayant des répercussions dans la sphère privée, de l’acquisition de compétences et savoirs spécifiques, d’un investissement dans des organisations spécialisées, de la politisation du travail d’avortement.

Il s’agit d’une des formes de la « médecine sociale » étudiée par Laure Pitti ou Audrey Mariette, caractérisée par une dimension politique ou critique des structures professionnelles, par une inscription dans la frange dominée du champ, et la revendication d’une pratique médicale plus « globale », faisant place à l’écoute plutôt que centrée sur la pathologie et l’organe, critiquant la médecine à l’acte, les consultations courtes et certaines manifestations du pouvoir médical (Mariette et Pitti, 2016 ; Pitti, 2021). Le chapitre 2 avait retracé le processus de médicalisation et d’institutionnalisation de la pratique de l’avortement au sein de l’espace de la gynécologie. Dans le prolongement de cette analyse, j’ai montré ici que, comme pour le travail féministe au sein du Planning Familial, la professionnalisation de la pratique de l’avortement ne s’est pas traduite par une disparition des postures subversives de l’ordre médical, mais bien plutôt par une évolution des dynamiques de politisation. Si beaucoup d’avorteurs et avorteuses spécialistes pensent leur activité dans le registre de l’engagement, articulent leur pratique des IVG à un militantisme politique, la politisation n’est plus une condition préalable nécessaire à la participation au travail d’avortement, mais en est aussi un effet émergent.

Pour autant, la spécialisation comme avorteur ou avorteuse ne relève pas de la reconversion ou de la rupture professionnelle (Négroni, 2005 ; Denave, 2006 ; Berton, 2013) – ils et elles ne sortent pas de leur champ professionnel contrairement aux médecins

devenu·es sociologues – ni de la « socialisation ratée » d'une Marie Laborie dont le décalage entre les dispositions et la position professionnelle rend le travail pénible voire impossible (Zolesio, 2009). Pour toute une partie des avorteurs et avorteuses enquêté·es, le travail d'avortement a permis le réenchancement de leur profession. Il a rendu possible le maintien de l'*illusio*, selon lequel la médecine est une activité désintéressée et moralement bonne, et l'adhésion au jeu professionnel poussant à chercher l'accumulation de capital symbolique, scientifique et technique. Il a aussi permis à certain·es, en investissant un espace dominé du champ de la gynécologie, d'y occuper, relativement, une position dominante.

L'hétérogénéité du matériau empirique de l'enquête reflète celle de l'espace professionnel. Les avortements sont réalisés aussi bien par des gynécologues de spécialité d'internat qui ne les pratiquent que très ponctuellement, que par des médecins et des sages-femmes qui se spécialisent dans l'avortement au sein des centres d'IVG. Leurs prises de position divergent – quoique tou·tes se présentent comme des défenseurs et défenseuses de la cause des femmes – mais aussi leurs compétences en matière d'avortement. Le travail de spécialisation des avorteurs et avorteuses donne ainsi lieu à un « travail spécialisé » (Sarzier, 2023) : les spécialistes de l'avortement ne réalisent pas le travail d'avortement de la même manière que ceux et celles qui n'en font que ponctuellement.

La composition et la sociologie des équipes médicales des centres d'IVG varient également, et ce à l'échelle de l'enquête réalisée puisque c'était là un des critères de choix des lieux d'observation. Si le CIVG 3 rassemble une équipe médicale d'avorteurs et avorteuses particulièrement spécialisées, dotée d'une autonomie d'organisation et de pratiques par rapport au service de gynécologie, les CIVG 1 et 2 ont des équipes plus composites – les internes et assistantes y prennent en charge une part importante des IVG –, les professionnel·les qui y occupent un poste dédié ont un engagement en demi-teinte, et les gynécologues spécialistes de la maternité participent en partie ou en totalité à la pratique des IVG instrumentales. Il en découle des différences importantes dans les pratiques observées de soin et de pouvoir à l'égard des avortantes, dont l'analyse fera l'objet de la suite de la thèse.

Chapitre 5 : Des utérus aux habitus : le travail d'avortement comme travail sur les avortantes

« **Raphaël** : C'est quoi être une bonne infirmière d'orthogénie ?

Annick : Il faut avoir de l'empathie, les déculpabiliser. Parce que y'en a... Arriver à leur parler. Bon, c'est pas mon grand fort à moi !

Armelle : C'est quelqu'un qui est à l'écoute et empathique. On fait du cas par cas, les protocoles on s'en fout. On fait pas que des IVG, ici. C'est pas l'IVG qui est importante, c'est l'accompagnement.

Raphaël : Et un bon médecin ?

Armelle : C'est pareil. De l'empathie. C'est pas juste des protocoles.

Yéléna : Et qui discute bien sur la contraception pour pas qu'elles reviennent. Même si c'est pas un problème de contraception, c'est dans leur tête. Parce qu'avec tous les moyens de contraception qu'on a, les IVG ont pas baissé. C'était une ancienne médecin ici qui disait : « On n'est pas là pour vider des utérus ».

Annick : Il faut arriver à se mettre à la place des patientes. Et puis, bon, être efficace, faire une bonne écho[graphie], pas faire des consult[at]ions trop longues... » (Notes de terrain, octobre 2021)

Parmi les qualités que ces trois infirmières du CIVG 1 attendent d'un·e bon·ne professionnel·le de centre d'IVG, la compétence technique ou la connaissance des protocoles n'arrive que bien après les capacités relationnelles, l'accompagnement, l'écoute et la parole ou l'attention donnée à la prescription contraceptive. « On n'est pas là pour vider des utérus », disait une ancienne gynécologue du CIVG 1. Cette phrase pourrait être inscrite sur le fronton du centre tant elle a marqué les professionnelles du service : quatre des infirmières, l'aide-soignante, deux des médecins et la sage-femme la reprennent à leur compte à un moment ou à un autre de mon terrain¹. Cette définition subjective de l'objet de travail (Hardy, 2015) – ou, en l'occurrence, de ce qu'il n'est pas – est reflétée dans la structure du travail, dont la majorité du temps n'est pas consacrée à l'aspiration de la grossesse, ni à sa préparation, ni à la prescription des médicaments abortifs. En quoi consiste alors le travail d'avortement sinon à interrompre des grossesses ? Quel est le « vrai boulot », celui que les professionnel·les valorisent et dans lequel ils et elles s'engagent activement (Bidet, 2010) ?

Everett Hughes distingue le travail *pour* quelqu'un et le travail *sur* quelqu'un, propre aux activités de service (1996 [1971] : 62). Le premier répond à la demande des client·es, le second articule cette demande explicite à la définition que les travailleurs et travailleuses se donnent de leur travail, façonnée par leurs croyances et intérêts. La frontière entre les deux,

¹ Il s'agit d'une phrase centrale de la culture professionnelle des centres d'IVG. Pour preuve, elle apparaît presque telle quelle dans un ouvrage collectif de « professionnels en orthogénie » : Luisa Attali, Karima Bettahar, Elisabeth Guceve, Françoise Schoch, Françoise Warynski, *Histoires d'IVG, histoires de femmes*, 2021, Vuibert.

dit-il, est mince et mouvante. Comprendre le travail médical implique de ne pas s'intéresser uniquement à la demande, ni à la définition officielle du travail (par exemple à la norme légale qui entoure la prise en charge de l'avortement), mais aussi aux enjeux professionnels et aux représentations qu'ont les médecins de leur travail.

Le travail d'avortement ne consiste pas seulement à répondre à la demande explicite des avortantes – en général, interrompre de manière rapide, sécuritaire et la moins douloureuse possible une grossesse. Il s'agit, aussi, d'un travail *sur les avortantes*. Comme je le montrerai dans ce chapitre, il vise, lors des différentes étapes du parcours d'avortement, à les socialiser à diverses normes médico-sociales et à leur fournir des ressources afin non seulement de prévenir les avortements futurs mais, plus largement, de faire de l'avortement une opportunité d'amélioration de la vie des avortantes. C'est un travail collectif, réalisé avant tout par les médecins et sages-femmes mais aussi par les infirmières, conseillères conjugales et familiales (CCF), secrétaires et aides-soignantes. Ce travail normatif est au centre de la prise en charge dans les trois centres enquêtés, quoique ses modalités et son intensité varient d'un service à l'autre.

L'idée que la médecine serait un dispositif de gouvernement des conduites est au cœur des analyses de Foucault (1976) et de ses commentateurs et commentatrices montrant que le travail médical n'a pas seulement une fonction thérapeutique, mais aussi un rôle d'inculcation d'une forme de responsabilité morale et sanitaire, d'autocontrôle et de réflexivité, en particulier aux frontières de la vie et de la mort (Memmi, 2003b ; Memmi et Fassin, 2004). Avec Marie Mathieu et Laurine Thizy, nous avons montré que l'encadrement psychique des avortantes organisé collectivement par l'État *via* une régulation légale standardisée, avec entretien psychosocial et délai d'attente obligatoires, s'est progressivement atténué au cours des cinquante dernières années, mais qu'il persiste sous la forme d'un encadrement psychique individualisé assuré par les professionnel·les de santé (Mathieu *et al.*, 2023).

Néanmoins, les médecins ne sont pas des instruments passifs et sans qualités de la biopolitique, et une approche généalogique d'inspiration foucaldienne ne permet de comprendre ni les mécanismes de sa délégation – pourquoi les médecins s'en saisissent ? Pourquoi le font-ils et elles de différentes manières ? –, ni l'inertie des pratiques de contrôle qui survivent à leur mandat officiel. Pour comprendre les parcours de soins longs et complexes qui persistent malgré la levée d'un grand nombre des contraintes légales entourant l'IVG, il faut inscrire l'analyse de la biopolitique, et la riche littérature qui étudie l'encadrement normatif de la procréation à la suite de Nathalie Bajos et Michèle Ferrand (2004, 2006c), dans une sociologie des pratiques professionnelles qui rende compte de sa traduction dans des enjeux spécifiques à l'espace professionnel de l'avortement.

Ce chapitre vise donc à montrer que le travail d'avortement déborde le seul enjeu technique de l'interruption de la grossesse. J'y étudierai d'abord le travail d'éducation des avortantes à des normes morales et sanitaires au nom d'une « prise en charge globale » (I.). Dans un second temps, j'éclairerai les logiques professionnelles de la psychologisation de l'avortement, système de représentations qui motive et légitime le maintien de l'encadrement médical étendu des conduites des avortantes au nom de leur vulnérabilité psychique (II.).

Je m'appuierai ici en priorité sur l'observation des consultations et les entretiens réalisés avec les professionnel·les des trois centres enquêtés, sans m'y restreindre : je mobiliserai également, plus ponctuellement, des entretiens réalisés auprès de médecins travaillant en libéral ou dans d'autres services. Si ce chapitre décrit avant tout un phénomène qui traverse l'espace professionnel de l'avortement et qui se manifeste de manière largement similaire dans les trois centres observés, il laisse voir certaines variations selon les professionnel·les, sans en faire ici le centre de l'analyse.

I. Eduquer les avortantes

Cette première section montre comment le travail d'avortement, articulant une prise en charge sanitaire, sociale et psychologique, est avant tout un travail d'éducation, c'est-à-dire, entre soin et contrôle, de socialisation explicite et consciente des avortantes à des normes définissant de bonnes manières de vivre sa vie. L'analyse permettra de distinguer ce que je nommerai la *norme abortive*. Celle-ci condense les prescriptions déterminant les comportements acceptables en matière d'avortement par lesquels les médecins distinguent les bonnes avortantes des mauvaises².

A. Ce que faire parler veut dire : l'interrogatoire médical

Dans les centres d'IVG, la « prise en charge globale » – nommée ainsi par les enquêté·es – apparaît comme une norme professionnelle, et la parole en est le principal outil : celle des avortantes dont on sollicite le récit biographique ; celle des médecins, sages-femmes et, dans le CIVG 1, des infirmières, qui expliquent, conseillent, dédramatisent, mais aussi parfois enjoignent, reprochent, moquent, crient. Comme le montre Dominique Memmi, recourir ou non à l'avortement n'est plus contrôlé par la justice mais par la médecine, et implique « seulement » d'accepter un ou plusieurs face-à-face avec un·e médecin, de parler,

² De même que Glaser et Strauss identifient des « manières convenables » de mourir ou un « style convenable de vie face à la mort », distinguant, aux yeux des professionnel·les de santé, les bon·nes mourant·es des mauvais. (Strauss, 1992 : 124).

d'écouter, le gouvernement des conduites s'opérant moins par la coercition que, de manière plus souple et plus douce, par la parole (2003b).

Si le gouvernement par la parole se rejoue à chaque étape du parcours d'IVG, de l'accueil à la consultation de contrôle, le moment le plus décisif est la consultation médicale pré-IVG, à la fois du fait de sa durée généralement supérieure aux autres interactions avec les professionnel·les du centre d'IVG, de sa systématité (à la différence de l'entretien avec une conseillère ou de la consultation post-IVG), et du poids de l'autorité médicale. La durée de consultation prévue dans le planning des centres a augmenté dans les années qui précèdent l'entrée sur le terrain, passant de 15 à 20 minutes dans le CIVG 1 (ou 30 minutes pour les internes et la sage-femme) et de 30 à 45 minutes dans le CIVG 3. Dans le CIVG 3, il n'est pas rare que le temps de consultation déborde largement du créneau prévu, et le temps moyen par professionnel·le, pour les consultations que j'y ai observées, varie de 37 minutes à 1h03. Dans le CIVG 2, la durée des consultations pré-IVG observées varie entre 45 minutes et une heure.

Le rôle de l'incompétence informatique dans la longueur des consultations

Les consultations de Sandrine (46 ans), la sage-femme du CIVG 1, sont plus longues que celles des médecins du service. Cette longueur est louée par les infirmières, les secrétaires et les internes – dont aucune n'assiste jamais aux consultations de Sandrine – comme un signe de pédagogie et d'investissement auprès des avortantes, et Sandrine fonde en partie là-dessus son identité de professionnelle bienveillante, par opposition aux médecins qui « expédient ». Pourtant, d'après mes observations, le principal facteur de variation de la durée des consultations d'un·e médecin ou sage-femme à un·e autre au sein d'un même centre d'IVG, bien plus que le soin porté à la clarté des explications, c'est, de loin, l'aisance avec l'ordinateur et la vitesse d'écriture au clavier³. Si, dans le CIVG 1, les consultations de Juliette (30 ans, assistante de gynécologie médicale), Auriane (interne, 27 ans) et Amélie (31 ans, médecin généraliste attachée) sont plus courtes que celles de Laurence (65 ans) et plus de deux fois plus courtes que celles de Sandrine, c'est en raison d'une différence de socialisation générationnelle au numérique. Les premières interrogent les avortantes en même temps qu'elles saisissent leurs réponses précédentes quand les secondes tapent sur leur clavier à un ou deux doigts, ne parlent pas ni n'écoutent pendant la prise de note (« Attendez, j'écris ! ») et font de fréquentes erreurs chronophages de manipulation informatique (fermer le dossier par inadvertance, écrire en regardant le clavier et se rendre compte *a posteriori* qu'elles ont entré l'information dans la mauvaise case, effacer, réécrire, etc.). Des consultations plus longues ne sont pas forcément le signe d'une prise en charge plus bienveillante ou d'un meilleur accès aux soins. La même analyse permet d'expliquer la plupart des variations de durée entre les consultations pré-opératoires des anesthésistes. Nul doute que des ateliers de dactylographie amélioreraient de manière conséquente l'efficacité des soins pour de nombreux·ses professionnel·les, sans que cela se fasse au détriment de leur qualité, à la différence, dans certains contextes, des incitations à raccourcir les prises en charge (Belorgey, 2011).

Une large part des consultations pré-IVG est consacrée à ce que les médecins désignent comme « l'interrogatoire » – les questions qu'ils et elles posent pour remplir le dossier médical. Toutes les professionnel·les rencontrées partagent l'idée qu'il est important

³ À l'exception de Mathieu dans le CIVG 3, dont la longueur des consultations s'explique largement par sa loquacité exceptionnelle et le temps consacré à l'explication de la contraception.

que l'avortante formule explicitement la demande d'IVG, et qu'il ne faut pas le faire à sa place. Les consultations observées commencent ainsi systématiquement par une phrase telle que « Qu'est-ce qui vous amène ? » ou « Qu'est-ce que je peux faire pour vous ? », et non « Vous venez pour une IVG ? ». Puis, avec quelques variations selon les professionnel·les et surtout selon les centres d'IVG, ils et elles la sondent sur le contexte de découverte de la grossesse, les émotions « spontanées » qu'elle a ressenties, celles de son éventuel partenaire et de ses parents (y compris souvent à des avortantes qui ne vivent plus chez leurs parents depuis des années) en réaction à la décision d'avortement, la clarté et l'évidence de cette décision. Dans le CIVG 3, les médecins remplissent un item « motif de la demande » dans le dossier médical. On interroge par ailleurs sur la durée de la relation avec le partenaire, les sentiments à son égard, et, plus souvent dans le CIVG 3 que dans les deux autres, sur leur sexualité et d'éventuelles violences conjugales. Les avortantes sont aussi questionnées sur leurs antécédents psychiatriques et de dépression.

Si la plupart des avortantes se plient sans protester au long interrogatoire et aux questions intimes, beaucoup sont laconiques, et certaines ouvertement mécontentes de cette injonction au récit de soi – Dominique Memmi parle d'« inquisition biographique » (2000 : 7). C'est le cas par exemple de Mme H., une femme blanche de 19 ans, vendeuse, accompagnée par sa grand-mère au CIVG 3. Elle hésitait à interrompre ou à garder la grossesse (gémellaire), jusqu'à la découverte d'une malformation fœtale lors d'une consultation de suivi de grossesse. Elle rencontre Charlotte (40 ans) pour un avortement. Comme pour chaque avortante, la médecin généraliste cherche à renseigner ses émotions, l'évolution de ses sentiments vis-à-vis de cette grossesse aux différentes étapes menant à la demande d'IVG (la découverte de la grossesse, les jours qui suivent, l'annonce de la gémellité, l'annonce de la malformation, aujourd'hui). Elle n'a, très visiblement, pas envie de répondre à ces questions. Charlotte s'en rend compte :

« **Charlotte** : Je vous ennuie avec mes questions ?

Mme H. : Je suis très réservée, donc un peu.

Charlotte : Moi je suis obligée pour vous prendre en charge de connaître un peu votre histoire (*elle continue*). » (Notes de terrain, juin 2022)

Le droit de questionner et le « pouvoir de faire-dire » (Proteau, 2009) des médecins sont garantis par leur mandat de soin et leur position de contrôle de l'accès aux soins. Ici, en disant être « obligées » de questionner Mme H. sur ses sentiments causés par la grossesse, Charlotte joue sur la confusion de deux registres de justification. Un registre réglementaire (les informations seraient requises pour avoir le droit d'avorter – ce qui n'est pas le cas) et un registre médical (les informations seraient nécessaires à une bonne prise en charge). Elle

réaffirme ainsi son autorité et la légitimité de ses questions face à l'avortante qui rechigne à répondre. Au regard de leur insistance en consultation et des propos tenus en entretien, il apparaît que les professionnel·les envisagent l'injonction au récit biographique, à l'introspection et au partage du « for intérieur » (Memmi, 2016) comme un élément central d'une bonne pratique, voire d'une pratique de soin engagée, d'un investissement professionnel, par opposition à une médecine jugée expéditive et centrée sur l'organe qui serait « maltraitante ». Cette pratique leur sert non seulement à connaître les antécédents médicaux et les conditions matérielles de vie des avortantes pour pouvoir orienter vers une méthode d'avortement ou de contraception plutôt qu'une autre, mais elle a aussi un intérêt qu'on pourrait qualifier d'extra-abortif pour les avortantes : du point de vue des médecins, l'injonction à la parole permet le repérage de potentiels problèmes sanitaires, psychiques, familiaux, conjugaux, économiques, auxquels les professionnel·les sont susceptibles d'offrir une oreille attentive, des conseils, ou d'orienter vers des CCF, psychologues, psychiatres, assistantes sociales, ou des structures extérieures spécialisées, comme je le détaille un peu plus loin.

B. La contraception : le cœur du travail d'avortement

Autant qu'à interrompre des grossesses, le travail d'avortement consiste à empêcher la survenue de futures grossesses non prévues par la prescription de contraceptifs et la formation de dispositions contraceptives.

Dans un article du *Monde* du 30 octobre 2023, deux journalistes s'interrogent sur la hausse du nombre annuel d'IVG :

« “Pourquoi avorter ?” : c'est une question que les médecins que nous avons contactés expliquent ne “jamais” poser aux femmes qu'ils ont face à eux. Leur rôle est de les “accompagner dans l'exercice de ce droit”, rappellent-ils en premier lieu. Cela ne les empêche pas d'interroger, pour certains, le rapport à la contraception. “Cette augmentation, on peut, en tant que professionnel, la vivre comme un échec, indique la gynécologue obstétricienne Joëlle Belaisch-Allart, présidente du Collège national des gynécologues et obstétriciens. On a parfois le sentiment que le message autour de la contraception ne passe plus comme avant. Une IVG par noncontraception [sic], ou par mauvaise contraception, ça peut quand même vouloir dire qu'on a, quelque part, échoué à faire passer notre message.” »⁴

Cet article, tout en participant au travail idéologique de légitimation du pouvoir médical, en donnant une image idéalisée de la prise en charge de l'avortement⁵, met en

⁴ Mattea Battaglia et Solène Cordier, « IVG : derrière la hausse du nombre d'interventions, de multiples pistes d'explication », *Le Monde*, 30 octobre 2023.

⁵ Les médecins observé·es sur mon terrain demandent bien aux avortantes ce qui les amène à avorter – quoique l'accès à l'IVG ne soit pas conditionné à une bonne raison de le faire. L'article euphémise la dimension de

évidence un élément important : le sentiment d'échec professionnel qu'ont les médecins lorsqu'ils et elles ne parviennent pas à « faire passer [leur] message », c'est-à-dire à imposer ce que les enquêté·es désignent comme une « contraception efficace ». Le travail d'avortement ne consiste pas seulement à interrompre des grossesses mais à les interrompre pour la dernière fois, ou du moins à réduire la probabilité d'une future grossesse non prévue.

Cela ressort des discours des professionnel·les en entretien. Marie-Pierre (70 ans, gynécologue médicale attachée) travaille depuis près de 40 ans en centre d'IVG et décrit le travail d'avortement comme étant, avant tout, un travail de contraception :

« L'interrogatoire – vous savez c'est les questions qu'on pose aux femmes – c'est surtout savoir pourquoi elles sont... [enceintes,] quelle est la cause de leur échec. Alors je sais pas si on vous l'a fréquemment dit, mais en règle générale, au moment du rapport sexuel, elles n'ont pas de contraception. C'est... c'est... Véritablement dans notre pratique, elles n'ont PAS de contraception au moment du rapport. Ou elles prennent la pilule mais elles ont arrêté un ou deux mois avant, et elles sont complètement informées du risque mais ça les empêche pas de faire ça. Y'en a certaines qui disent "J'ai fait ça pendant trois ans, ça a bien marché". Bah oui sauf que là ça a pas marché, donc maintenant il faut une contraception. » (Entretien du 18 septembre 2021)

Contrairement à ce qu'affirme Marie-Pierre, les enquêtes menées sur la question montrent que les deux tiers des IVG concernent des femmes qui utilisaient une contraception au cours du mois de début de grossesse (Moreau *et al.*, 2011). Ce sont les difficultés pratiques de son usage constant et rigoureux sur le long terme qui causent des grossesses non prévues, et l'enjeu n'est pas tant d'avoir *ou non* une contraception, mais d'avoir une contraception adaptée.

Environ la moitié du temps de consultation pré-IVG est généralement consacrée à la contraception, y compris quand les avortantes disent explicitement qu'elles n'en veulent pas : les médecins interrogent sur la contraception utilisée, cherchent une éventuelle cause à « l'échec contraceptif », présentent certaines méthodes contraceptives et tentent de convaincre l'avortante d'en choisir une parmi celles qu'ils ou elles estiment convenir. Ce processus est souvent répété aux différentes étapes de la consultation pré-IVG et du parcours d'IVG dans son ensemble, les autres professionnelles servant de relais. Quand une avortante qui s'installe sur la table d'opération pour une IVG sous anesthésie générale (AG) au CIVG 1 se voit interroger pour la troisième fois depuis le début de la journée sur la contraception qu'elle utilisait et celle qu'elle va adopter par la suite, Armelle, l'infirmière, plaisante sur cette insistance contraceptive : « On vous repose tout le temps les mêmes questions c'est normal, c'est pas qu'on est séniles, hein ! ». La place occupée par l'éducation et la prescription

contrôle en ne présentant le travail d'avortement que comme un « accompagnement » et en minimisant la contrainte à l'adoption d'une contraception.

contraceptive en consultation pré-IVG est parfois à l'origine de malentendus entre l'avortante et le ou la médecin ou sage-femme, dont les définitions de la situation d'interaction divergent :

J'assiste à la consultation de Mme T., une femme blanche de 27 ans, avec Sandrine (46 ans), la sage-femme du CIVG 1. Après 10 minutes d'une consultation pré-IVG qui en dure 30, le motif de la venue de Mme T. (l'avortement) et les modalités de l'IVG n'ont pas encore été abordées une seule fois. Sandrine l'interroge sur ses antécédents médicaux familiaux et gynécologiques, puis demande :

« **Sandrine** : Vous utilisez quoi comme contraception ?

Mme T. : Rien.

Sandrine : D'accord. Vous voulez faire quoi alors ?

Mme T. (ne comprend pas) : Je veux faire quoi ?

Sandrine : Bon vous avez 15 jours pour y réfléchir [d'ici la consultation post-IVG].

Mme T. (effarée) : Attendez, je dois attendre 15 jours ?

Sandrine : Pourquoi, vous savez déjà ce que vous voulez faire ?

Mme T. : Bah je veux avorter !

Sandrine (un peu agacée) : Non, je parle pas d'avortement là, j'ai pas parlé d'avortement encore ! Je parle de contraception !

Mme T. : Ah... Non, la contraception, j'arrive pas. » (Notes de terrain, septembre 2021)

Mme T. consulte pour un avortement mais Sandrine, qui n'est « pas [seulement] là pour vider des utérus », cherche avant tout (au sens littéral) à lui faire adopter une contraception.

Cette attention portée à l'adoption d'une contraception, et plus précisément, d'une « bonne » contraception, laisse voir l'adhésion des professionnel·les de l'IVG à la « norme contraceptive » (Bajos et Ferrand, 2004), telle qu'elle a été analysée par les travaux de sociologie de la contraception. Comme le rappelle Alexandra Roux, cette norme se décline selon trois modalités (Roux, 2023) : un devoir contraceptif qui pèse principalement sur les femmes (Thomé, 2016 ; Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017), l'échec contraceptif pensé comme une forme de déviance (Bajos et Ferrand, 2011), et enfin le devoir de se contracepter selon des méthodes conformes à sa position dans le cycle de vie (Ruault, 2015) soit, dans la norme contraceptive *française*, par le recours au préservatif lors des premiers rapports hétérosexuels et des rapports occasionnels, par l'utilisation de la pilule lorsque les partenaires sont en couple stable, par le recours au dispositif intra-utérin (DIU) par les femmes après deux ou trois enfants. Les femmes jugées incapables de s'inscrire dans cette norme sont orientées vers des méthodes alternatives et indépendantes de l'observance, tels que les contraceptifs injectables comme le montre Hélène Bretin (1992, 2004) ou, beaucoup plus populaires aujourd'hui, les implants contraceptifs (Bretin et Kotobi, 2016 ; Congy, 2023). C'est le cas dans les centres d'IVG étudiés, où les médecins et sages-femmes cherchent à prescrire non pas le contraceptif adapté au moment du cycle de vie de l'avortante, mais le contraceptif le

plus efficace pour prévenir les grossesses, selon une hiérarchie croissante que l'on peut résumer ainsi :

Pas de contraception ou méthodes « naturelles » < préservatif masculin < pilule < DIU ou implant (et, dans certains cas, stérilisation contraceptive)⁶.

Les méthodes dites « naturelles » (retrait, méthode des jours ou des températures...) sont largement vilipendées par les médecins enquêtés qui, systématiquement dans les consultations observées où une avortante les évoque, les disqualifient, comme étant « mauvaises », « inefficaces », leur refusent le statut de contraceptif ou les excluent des stratégies contraceptives légitimes. Jérôme (36 ans), généraliste au CIVG 3, les désigne comme la « contraception officieuse », qu'il oppose aux méthodes « officielles », recommandées par les médecins, et sa collègue Charlotte (40 ans), en consultation, commente le fait que son interlocutrice ait utilisé la méthode du calcul des jours fertiles :

« La méthode des calculs, c'est plus une méthode de régulation des naissances qu'une contraception, pour des couples qui veulent pas de contraception et pour qui ce ne serait pas grave si elle tombait enceinte. » (Notes de terrain, juin 2022)

Après le départ d'une avortante qui affirmait ne pas vouloir prendre d'hormones, Laurence (65 ans), la gynécologue du CIVG 1 souffle : « C'est pas facile cette défiance autour de la contraception », assimilant contraception et hormones de synthèse. En entretien et parfois en consultation, ils et elles expriment leur agacement devant cette « nouvelle génération anti-hormones » qui exprimerait une méfiance envers la contraception et, dans une certaine mesure, envers la médecine (les anti-hormones sont parfois rapprochées des anti-vaccins). Carole (50 ans, médecin généraliste), ancienne responsable de centre d'IVG travaillant en libéral, fustige ainsi l'inconsistance d'une jeunesse « capricieuse » qui « mettrait en colère toutes les grands-mères qui ont tant lutté pour avoir une contraception ». Les médecins se heurtent ainsi à la méfiance croissante à l'égard des hormones au cœur de la « crise de la pilule » – l'utilisation de la contraception orale diminuant quoiqu'elle reste la méthode la plus utilisée en France – (Rahib *et al.*, 2017 ; Le Guen *et al.*, 2023). Or, comme le travail de Cécile Thomé l'a montré, le rejet des hormones est aussi un argument mobilisé pour justifier l'arrêt de la pilule en raison du travail contraceptif quotidien que sa prise suppose. Il ne s'agit donc pas tant d'un refus de la contraception, ni même de la contraception médicalisée, mais d'une recherche d'une contraception moins contraignante (Thomé, 2024).

Le préservatif ne fait pas l'objet du même dénigrement que les méthodes « naturelles » car son utilisation en dehors d'une sexualité conjugale monogame est valorisée en raison de la

⁶ L'anneau contraceptif, le diaphragme, le patch ou le préservatif féminin n'ont jamais été conseillés ou prescrits et très rarement discutés lors de mes observations.

protection qu'il offre contre les maladies sexuellement transmissibles. Pour autant, il est fréquemment exclu, lui aussi, de la catégorie des moyens de contraception (« Dans votre vie vous avez jamais pris de contraception ? », demande Laurence à une avortante qui lui a dit utiliser le préservatif), c'est-à-dire des moyens de contraception légitimes. À de très rares exceptions, il n'est jamais proposé spontanément par les médecins, y compris lorsqu'aucune méthode à l'efficacité contraceptive théorique supérieure ne semble adaptée à l'avortante.

À l'opposé, dans la hiérarchisation des méthodes contraceptives, il y a les méthodes dites réversibles de longue durée d'action : DIU hormonal ou au cuivre et implant contraceptif. Elles sont largement privilégiées par les professionnel·les des centres d'IVG en raison de leur efficacité, du fait que cette efficacité n'est pas dépendante du comportement des personnes contraceptées (à la différence de la pilule, du préservatif ou des méthodes « naturelles »). Un éventuel arrêt de la contraception nécessite un geste de médecin ou de sage-femme et expose donc à un éventuel refus de leur part⁷. Par ailleurs, il est possible de poser l'implant ou le DIU au moment même de l'avortement, contournant les adhésions de façade aux prescriptions contraceptives d'avortantes qui acquiesceraient lors des consultations – par crainte sinon de difficultés à obtenir l'avortement – sans changer pour autant leurs comportements contraceptifs.

Si les méthodes contraceptives ne se valent donc pas aux yeux des médecins, celle(s) qu'ils et elles conseillent ou imposent, et le degré d'insistance avec lequel ils et elles le font, dépend des caractéristiques sociales de l'avortante⁸, du nombre d'avortements qu'elle a réalisés par le passé, ainsi que du type de contraception utilisé au moment de la survenue de la grossesse non désirée. Au vu des entretiens réalisés et consultations observées, il n'apparaît pas comme satisfaisant aux yeux des médecins qu'une avortante reparte avec la même contraception que celle qui ne l'a pas empêchée de tomber enceinte ou, pire encore, avec une contraception de rang inférieur dans la hiérarchie contraceptive. Mathieu (60 ans) l'explicite, disant en consultation qu'il faut « monter dans les tours » en progressant dans « l'arsenal contraceptif », jusqu'à utiliser les « bazookas » de la contraception : implant ou DIU. Une avortante qui n'utilisait pas de contraception ou qui utilisait le préservatif sera incitée à utiliser la pilule, l'implant ou le DIU. Une avortante qui prenait la pilule sera incitée à utiliser

⁷ Comme cela est attesté par les travaux de Leigh Senderowicz sur la « coercition contraceptive » (2019). Parmi les médecins interrogé·es hors des centres observé·es, quelques avorteurs et avorteuses particulièrement militant·es informent les femmes qu'elles peuvent enlever leur DIU elles-mêmes en tirant doucement sur les fils perceptibles au fond du vagin – manipulation sans danger et, selon eux et elles, moins douloureuse que lorsqu'un spéculum est posé.

⁸ Nous le verrons au chapitre 8.

l'implant ou le DIU⁹. Une avortante tombée enceinte malgré un DIU, y compris lorsque celui-ci n'est ni périmé ni mal positionné dans l'utérus, sera enjointe à continuer avec la même contraception (il faut donc enlever le DIU, réaliser l'avortement et en replacer un nouveau) ou à changer pour un implant. Dans de très rares cas, elle sera incitée à faire une demande de stérilisation. Finalement, une bonne contraception, pour les médecins rencontrés, c'est avant tout une contraception qui permet de gagner en efficacité contraceptive par rapport à la précédente, y compris parfois au détriment du confort des avortantes.

La gynécologie médicale s'est construite sur l'idée d'une antinomie entre l'avortement et la contraception (Koechlin, 2021)¹⁰, et non sur celle de leur complémentarité ni de leur continuité. Il y a deux versions de ce discours. L'une, forte, particulièrement diffuse au moment de la dépénalisation, prévoit ou souhaite l'éradication de l'avortement à l'échelle nationale par la démocratisation et le perfectionnement de la contraception¹¹. L'autre, portée par les professionnel·les de l'avortement, considère la contraception comme un moyen d'éviter ou de limiter l'avortement à l'échelle de la vie sexuelle d'une femme : il ne s'agit pas tant de chercher à supprimer tout recours à l'avortement, que de le restreindre, quand il survient, à un événement unique – associé généralement au début de la vie sexuelle – ou en tout cas ponctuel. La distinction entre l'avortement, dont le recours doit être exceptionnel, et les (autres) méthodes de régulation des naissances est inscrite dans la loi : « En aucun cas l'interruption volontaire de grossesse ne doit constituer un moyen de régulation des naissances », indique le Code de la santé publique¹². Mona Claro a pourtant montré que l'opposition entre contraception et avortement était une construction historiquement et socialement située, et que les procédés techniques utilisés ne justifiaient pas en eux-mêmes une distinction franche (2021 : 162, 163). Lors des consultations observées, un schéma contraceptif qui combinerait une méthode moins efficace mais mieux tolérée, avec la possibilité de l'avortement en cas de grossesse, n'a jamais été envisagé. Les inconvénients de recours ponctuels à l'avortement ne sont pas mis en balance des inconvénients des différents contraceptifs, les premiers étant fréquemment exagérés et jugés exorbitants *a priori* lorsque

⁹ L'engouement particulièrement important des médecins de centre d'IVG pour les contraceptifs de longue durée d'action s'explique également par le fait qu'ils et elles ne voient généralement les femmes que sur la brève période du parcours d'IVG, là où les gynécologues libéraux et libérales peuvent privilégier la pilule qui leur permet d'imposer un suivi régulier contraint par le renouvellement de l'ordonnance (Koechlin, 2021).

¹⁰ Aurore Koechlin écrit ainsi que « suite à la mobilisation pour la contraception, la lutte contre l'avortement s'est renforcée comme élément définitionnel du rôle du gynécologue » (2021 : 210).

¹¹ Et analyse comme une trahison des promesses de la contraception le maintien du nombre d'avortements d'année en année, à tort d'ailleurs puisque, comme Nathalie Bajos, Michèle Ferrand et l'équipe GINE l'ont montré, le nombre de grossesses non prévues diminue effectivement mais cette baisse est partiellement compensée par une augmentation de la propension à avorter dans ces cas (Bajos *et al.*, 2002). Ajoutons que si le nombre d'avortements est stable sur 50 ans, la population féminine a elle augmenté de près de huit millions : le nombre d'avortements par femme a donc bien diminué.

¹² Code de la santé publique, article L. 2214-2.

les seconds sont souvent invisibilisés. Le travail que suppose la contraception et son inégale répartition au sein du couple (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017) n'est pris en compte que par les médecins du CIVG 3, qui informent fréquemment les avortantes de l'existence de la contraception masculine – méthode thermique et vasectomie – et proposent des consultations de contraception à destination des conjoints. Aux avortantes, ils et elles présentent explicitement ces méthodes comme des manières de répartir le travail contraceptif, à l'instar de Mathieu (60 ans) qui a lui-même eu recours à la vasectomie : « Après quand votre chéri [...] il vous aura fait trois-quatre enfants, avant de penser à la ligature, vous pourrez dire à votre chéri de rentrer dans la danse et de faire une vasectomie », déclare-t-il en consultation pré-IVG. Du fait de la valorisation de la maternité, la vasectomie – méthode dont l'opération de réversion ne fonctionne pas toujours – n'est envisageable qu'après avoir eu plusieurs enfants.

Le fait de considérer que l'avortement puisse entrer en compte dans un calcul conscient, dans une stratégie contraceptive, est donc pointé comme une pratique irrationnelle et problématique. Ainsi que le formule Coraline (30 ans), assistante de gynécologie médicale responsable d'un centre d'IVG, l'avortement doit rester un « ultime recours », une « solution finale » (la référence semble involontaire) :

« Enfin, l'IVG, c'est quand même la solution finale, avant ça il y a quand même plein d'étapes pour prévenir, pas tomber enceinte et... Parce que l'IVG en France, heureusement ça va, mais ça peut quand même se compliquer. [...] Franchement, alors qu'une pilule existe (*rire*) c'est un peu con. Donc voilà, moi je trouve que c'est notre rôle, quand même. C'est pas que je suis... enfin, je suis pro-IVG, hein, très bien. Mais c'est juste que, bah... C'est pas parce que ça existe qu'il faut recourir à ça comme à une contraception, quoi. [...] (*Elle évoque les femmes qui ne veulent pas de contraception sans avoir pour autant de désir de grossesse*) Quand elles me disent non, je leur dis, bon, OK, pas de souci, mais en fait si vous tombez enceinte, du coup, vous faites quoi ? [...] Si elles me disent "Ah non je fais un IVG", là, j'avoue que je me réveille un peu et je lui dis bon, non, par contre... On peut pas raisonner comme ça. C'est super que ça existe, encore une fois, mais en fait moi je veux pas que l'IVG soit une contraception, c'est pas possible. Il faut vraiment que ce soit là en ultime recours. Après je suis pas leur mère, hein. » (Entretien du 11 février 2022)

Dans ce contexte, les avortantes sont jugées par les médecins selon leur responsabilité contraceptive, déterminée par le nombre de recours à l'avortement et l'espacement entre les avortements, par la contraception utilisée au moment de la survenue de la grossesse non prévue et par la contraception adoptée à l'issue du parcours d'IVG. Les professionnel·les des services observés concèdent volontiers un droit à l'erreur contraceptive autorisant le recours ponctuel – une ou deux fois – à l'avortement, mais les « récidivistes », comme certain·es enquêté·es appellent encore les femmes qui recourent plusieurs fois à l'avortement, s'exposent à des remarques ou à des pratiques de pouvoir plus coercitives. Si les enquêté·es

justifient le plus souvent ces remarques et pratiques par le risque supposé que ferait courir l'avortement répété aux femmes (en contradiction avec les données médicales existant sur le sujet, comme on l'a vu au chapitre précédent), ou par le refus de la position de prestataire de service à laquelle le recours répété à l'avortement les renvoie (« Je suis pas là pour faire la pilule », s'agace Daniel, gynécologue-obstétricien de 40 ans me racontant en entretien une femme réalisant son sixième avortement), quelques-unes ont également évoqué le coût financier de ces interventions. Elles sont relativement rares, mais la spéciosité de l'argument mérite qu'on s'y attarde. Une praticienne hospitalière (PH) d'anesthésie participant aux IVG instrumentales dans le CIVG 1, s'interroge ainsi :

« Ça me dérange pas de faire des IVG. Ce qui me dérange c'est quand elles viennent pour une quatrième IVG. Je me dis : qui paie ? »

De même, Armelle, infirmière depuis 15 ans dans le même centre, affirme lors d'une conversation informelle qu'il faudrait dérembourser les soins à partir de la troisième IVG, déclenchant des hochements de tête approuveurs de certaines collègues. Pourtant, une IVG coûte bien moins cher à l'État qu'un accouchement : entre 280 et 600 € pour l'IVG, entre 2800 et 5600 € pour l'accouchement sans césarienne, 3900 et 10000 € avec césarienne, d'après le ministère de l'Économie¹³. On peut faire la même comparaison avec la contraception. Le modèle d'implant contraceptif prescrit dans les centres d'IVG enquêtés coûte 150 € à la sécurité sociale auquel il faut ajouter le prix de la pose, disons 17,5 € de remboursement d'une consultation avec un·e médecin généraliste. Il doit être changé tous les trois ans. Pour une femme sans enfant qui l'utiliserait en continu tout au long de sa vie féconde de 15 à 49 ans, cela représenterait 2010 € de dépenses publiques soit davantage que sept IVG médicamenteuses ou que trois IVG instrumentales sous anesthésie générale.

C'est aussi la contraception utilisée qui détermine le jugement porté par les médecins sur la responsabilité contraceptive d'une avortante (Thizy, 2023b : 257). Une femme qui tombe enceinte sous DIU¹⁴ ne voit pas sa responsabilité contraceptive engagée – au contraire de celle du corps médical – de même qu'une femme victime de viol. Toutes choses égales par ailleurs, leur demande d'avortement est jugée plus légitime que celle d'une femme qui recourt à la pilule ou au préservatif qu'on peut toujours soupçonner, quoiqu'elle en dise, de les avoir oubliés, ou, pire, de celle d'une femme qui avoue ne pas utiliser de contraception ou utiliser une méthode « naturelle ».

¹³ <https://www.economie.gouv.fr/enavoirpourmesimpots/mes-impots-au-quotidien#sant-1>

¹⁴ Ce qui est arrivé à plusieurs des avortantes dont j'ai observé la consultation. Il se pourrait que la pose de DIU à des femmes plus jeunes que par le passé entraîne une baisse de son efficacité contraceptive moyenne, son efficacité théorique très haute ayant été calculée à une époque où les femmes qui y recouraient étaient plus âgées et donc moins fertiles.

Mais c'est surtout la contraception que l'avortante accepte à la suite de l'avortement qui détermine le jugement porté sur elle, non seulement parce que le refus de contraception post-IVG ou l'adoption d'une contraception jugée insuffisamment efficace par les médecins rendraient trop probable la « récédive », mais aussi parce que cela marque l'échec du travail éducatif réalisé par les médecins. Les avortantes qui ne suivent pas la norme contraceptive correspondent aux « patientes récalcitrantes » telles que les définit Aurore Loretti : des patient·es considérées comme fautifs et fautives, qui « transgress[ent] des normes préventives » de « “bonne gestion” de son corps » et, à ce titre, « mérit[e]nt d'être malades » (2020 : 39). Dans ce contexte, la prescription d'un DIU ou d'un implant apparaît comme un succès dont les médecins se félicitent. À l'inverse, le fait qu'une avortante qui ressort de la procédure d'IVG sans contraception dans son corps ni prescription de contraceptif, ou, pour certains médecins, seulement avec une ordonnance de préservatifs, est considéré comme un échec professionnel – comme l'affirme l'actuelle présidente du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) dans l'extrait d'article cité en début de section. Quand je demande à Delphine (27 ans) si elle a déjà eu des patientes qui ne voulaient pas de contraception, elle évoque une avortante de 18 ans rencontrée deux jours auparavant qui lui opposait un refus catégorique et ajoute :

« Tu as toujours un sentiment d'échec en tant que soignant, tu as l'impression de pas remplir ta mission. [...] C'est plus valorisant quand tu arrives à convaincre une patiente qui a déjà fait trois IVG d'avoir une contraception fiable. » (Notes de terrain, mars 2022)

L'efficacité du rappel à la norme contraceptive apparaît par le comptage des types de contraceptifs prescrits en consultation pré ou post-IVG. Du fait du bien plus grand nombre de consultations pré ou post-IVG observées (n = 121), c'est le terrain réalisé dans le CIVG 1 qui s'y prête le plus. Les taux de prescription de l'implant contraceptif ou du DIU y sont largement supérieurs à ceux qui ont cours en consultation de gynécologie : ils représentent 64 % des contraceptifs prescrits lors des consultations observées contre 27 % pour les consultations de gynécologie qu'observe Aurore Kœchlin en clinique et 44,5 % en PMI (2021 : 375). Cela s'explique de deux manières. Outre, comme on l'a vu, le fait que les médecins adaptent la contraception prescrite aux antécédents procréatifs et contraceptifs des avortantes et tentent de prescrire une contraception plus efficace suite à l'avortement, le rapport de pouvoir entre médecins et patientes est particulièrement asymétrique en centre d'IVG, ce qui permet aux médecins d'imposer plus facilement la pose ou la prescription d'une contraception de longue durée : il n'y a pas d'enjeu de fidélisation d'une patientèle à l'hôpital, et les avortantes dépendantes des médecins pour obtenir une IVG – et devant l'obtenir rapidement de surcroît – sont plus disposées à se plier aux injonctions médicales. Les

technologies médicales servent de béquille à des manières de faire supposées défaillantes et s'ajoutent au martelage de la norme contraceptive par les professionnel·les. L'incorporation de dispositions prend donc un sens littéral : c'est dans le corps des avortantes autant que dans leur crâne qu'il s'agit de les faire rentrer¹⁵.

C. La normalisation des comportements

Que la confrontation avec le corps médical soit un moment clé d'intériorisation de dispositions et de normes sociales et en particulier sanitaires, les sociologies de la santé et de la socialisation l'ont montré, *a fortiori* lors de la consultation gynécologique où s'imposent les normes contraceptive mais aussi sexuelle (Guyard, 2010a ; Koechlin, 2022a), obstétricale (Arnal, 2016 ; Boulet, 2018) et gynécologique (Koechlin, 2022b). Le centre d'IVG ne fait pas exception et en est même un lieu privilégié bien qu'il ne permette pas la même action continue que dans le cadre de « l'institution totale » asilaire (Goffman, 1968 [1961]), de l'hospitalisation d'une adolescente anorexique visant à un « travail de transformation de la personne » (Darmon, 2008 : 317), ou de l'interaction répétée tout au long de la vie d'un·e gynécologue en libéral et d'une femme suivant la « carrière gynécologique » (Koechlin, 2021).

1. L'avortement comme (nouveau) départ de la « carrière gynécologique »

Le rappel à la norme contraceptive n'est qu'un des aspects du travail normatif réalisé pendant la prise en charge de l'avortement. Il s'inscrit dans un travail plus large de prévention, non seulement des grossesses non désirées, mais aussi des infections sexuellement transmissibles (IST) et des cancers. Ce travail préventif consiste en la réalisation d'un frottis du col de l'utérus, d'un prélèvement ou auto-prélèvement vaginal, d'un prélèvement sanguin, d'un examen gynécologique et de la transformation des comportements en incitant à utiliser un préservatif lors de rapports sexuels en dehors d'un couple stable ou à respecter la norme gynécologique « qui enjoint aux femmes de consulter régulièrement un·e professionnel·le de santé pour le suivi gynécologique, centré sur la contraception et le dépistage » (Koechlin, 2021 : 6).

¹⁵ Elle s'appuie également sur certains des outils numériques, les professionnel·les rencontré·es conseillant fréquemment aux avortantes qui partent avec une ordonnance de pilule de mettre un rappel quotidien sur leur téléphone (Laure, la sage-femme du CIVG 2, insiste même pour qu'elles en mettent deux dans la journée par précaution). Cette injonction est analysée par Leslie Fonquerne comme l'élément d'un « autocontrôle genré » (2022).

Dans le CIVG 2, tous ces gestes préventifs sont systématiquement réalisés, imposés à toutes les avortantes comme une condition pour accéder à l'avortement, y compris à celles qui expriment explicitement leur refus de certains gestes ou pour lesquelles ils ne sont pas recommandés. La Haute Autorité de Santé (HAS), en effet, ne recommande le frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus qu'à partir de 25 ans, tous les trois ans entre 25 et 29 ans puis tous les cinq ans entre 30 et 65 ans. Pourtant, j'observe Valérie (gynécologue médicale, 67 ans) comme Laure (sage-femme, 52 ans) y obliger – c'est bien de cela qu'il s'agit comme nous le verrons dans un chapitre ultérieur – aussi les avortantes de moins de 25 ans ou celles qui sont pourtant « à jour » de leurs frottis. Elles y réalisent un examen gynécologique complet : palpation des seins, pose de spéculum, prélèvement et toucher vaginal.

Ces gestes ne sont pas systématiques dans les autres centres enquêtés. Dans le CIVG 1, la durée plus courte des consultations médicales décourage la réalisation de gestes qui ne sont pas directement utiles à la pratique de l'IVG. Au CIVG 3, la plupart des médecins considèrent comme maltraitante l'inflation et l'imposition de gestes médicaux non nécessaires ; les examens gynécologiques y sont rares¹⁶ et les frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus ne sont réalisés qu'en conformité avec les recommandations de la HAS. Le consentement des avortantes y est généralement sollicité et, contrairement au CIVG 2, leur refus est respecté. Au CIVG 1, un frottis est réalisé en post-IVG auprès des avortantes qui ne sont pas à jour ou, avec certaines médecins, dès la consultation pré-IVG pour les avortantes les plus précaires, notamment migrantes, dont les médecins estiment qu'elles risquent de ne pas venir en consultation post-IVG et de ne pas réaliser de dépistage hors du centre d'IVG.

Quant au dépistage des IST, recommandé par le CNGOF et la HAS, il est réalisé systématiquement par les professionnelles du CIVG 2, proposé par auto-prélèvement à toutes les avortantes du CIVG 3, prescrit à certaines avortantes du CIVG 1 : les femmes de moins de 25 ans, ou celles de plus de 25 ans qui ne sont pas en couple stable. C'est le cas par exemple de Mme V., une avortante blanche de 33 ans qui raconte avoir un nouveau partenaire depuis deux mois et avoir eu deux rapports qu'elle qualifie d'« à risque » à la suite desquelles elle a pris la « pilule du lendemain ». Laurence (65 ans), la gynécologue, lui reproche :

« **Laurence** : Et le préservatif, non ?

Mme V. : On faisait le retrait, et les deux fois où on a eu un doute j'ai pris la pilule du lendemain.

¹⁶ Ils sont réalisés pour les avortantes qui souhaitent réaliser une IVG sous AL mais n'ont jamais fait l'expérience d'un geste endovaginal, afin de s'assurer qu'elles sont « examinables », c'est-à-dire qu'elles supportent le geste. Les deux hommes médecins du service le réalisent également en amont de toutes les IVG instrumentales afin de déterminer la forme de l'utérus de l'avortante, information jugée inutile par certaines de leurs collègues qui désapprouvent cette pratique.

Laurence : Le retrait ça marche pas, il y a des spermatozoïdes dans le vagin avant même l'éjaculation. Et puis il y a le risque infectieux, vous y avez pensé ? Vous avez fait un dépistage ?

Mme V. : J'en ai fait un il y a un an. Là j'ai pas eu le temps de le refaire.

Laurence : Et votre copain ?

Mme V. : Il a eu que des relations longues avant.

Laurence : Ça veut rien dire, elles ont pu le tromper. Il faut que vous alliez tous les deux faire un dépistage, ensemble, bientôt. » (Notes de terrain, décembre 2021)

Ici, le rappel à la norme contraceptive – utiliser le préservatif en début de relation, abandonner le recours à des techniques non médicales (le retrait) – est concomitant de l'incitation à réaliser un dépistage. Ce travail de prévention s'étend par ailleurs à des injonctions sanitaires non spécifiques à la gynécologie, notamment à l'arrêt de la consommation de tabac. Laure par exemple, la sage-femme du CIVG 2, signale aux avortantes qu'elles ne doivent pas fumer la veille, le jour, et trois jours après la méthode (toutes méthodes confondues) – règle qu'elle invente¹⁷ –, et ajoute systématiquement qu'il faudrait en profiter pour arrêter de fumer.

L'avortement est présenté comme un nouveau départ gynécologique, visant à faire entrer dans (ou à raccrocher les femmes à) la « carrière gynécologique ». « On va faire ensemble le dépistage du cancer du col de l'utérus après l'IVG, histoire qu'on reparte tout bien de zéro », annonce Olivia (26 ans), l'interne de gynécologie, à une avortante blanche de 28 ans qui n'a encore jamais réalisé de frottis. Prescrivant des tests de dépistage pour toutes les IST à une autre avortante, italienne, de 25 ans, elle commente : « On va faire tout d'un coup. Comme ça on part sur de bonnes bases ». La norme de la consultation gynécologique annuelle est réaffirmée auprès de toutes celles qui ne la suivent pas. Ainsi, à une avortante qui justifie son absence de suivi gynécologique depuis quatre ans par le fait qu'elle « n'aime pas [s]'exposer », Laurence (65 ans) répond : « C'est pas une question de s'exposer, il faut le faire. C'est important. Tous les ans, les femmes doivent aller chez le gynéco », et à une autre : « Eh bien il va falloir le faire, c'est important. Vous avez 26 ans, il faudra faire le frottis. Vous avez l'intelligence de savoir que ce qu'on fait c'est pour votre bien ». Auriane (27 ans), la prédécesseuse d'Olivia, recommande à une avortante de 18 ans de faire un dépistage des chlamydiae « au moins une fois par an ». Alexandra Roux et Aurore Koechlin ont montré que la légalisation et la démocratisation de la pilule ont entraîné une médicalisation du corps des femmes : la prescription et le renouvellement à intervalle régulier de l'ordonnance amènent des femmes saines au cabinet médical, rendant possible une politique de suivi et de prévention

¹⁷ Il est recommandé de ne pas fumer le jour d'une opération – quelle qu'elle soit – sous anesthésie générale, au même titre qu'il ne faut ni boire ni manger. C'est ce qui est demandé aux CIVG 1 et 3. Il n'y a en revanche aucune recommandation officielle portant sur l'IVG médicamenteuse, sur l'anesthésie locale, ou sur les jours qui précèdent ou suivent l'anesthésie générale, autres que celles liées à la toxicité du tabac en général.

autour de laquelle s'est développée la spécialité de la gynécologie médicale (Roux, 2020 ; Koechlin, 2021). L'avortement joue un rôle complémentaire, en donnant une prise aux médecins sur les femmes qui échappent à la norme gynécologique, ou qui la suivent mal. Il s'agit alors de profiter du fait que les avortantes soient captives, c'est-à-dire qu'elles soient matériellement obligées de passer par une structure médicale pour avorter, pour suggérer (et parfois imposer) des gestes dont l'intérêt médical éventuel n'est pas lié à l'avortement qui n'en est que l'opportunité, et pour tenter d'inculquer des dispositions préventives. Sans aborder dans ce chapitre la question du consentement des avortantes à ces gestes et des manières dont ils leur sont conseillés ou imposés, notons que ces pratiques permettent de rattraper certaines des inégalités sociales de suivi médical – les avortantes les plus dominées socialement voient rarement un·e gynéco. C'est un objectif ouvertement revendiqué par un grand nombre d'enquêté·es.

2. L'avortement comme moment d'affirmation de la norme maternelle

Le travail sur les avortantes ne se résume pas à des pratiques et conseils de prévention. La grossesse non prévue est un « événement privilégié pour explorer le rapport à la maternité des femmes » (Bajos et Ferrand, 2004 : 120) puisqu'elles doivent alors accepter ou refuser cette maternité. Cela pourrait sembler contre-intuitif, mais la demande d'IVG est un moment d'affirmation de la norme maternelle¹⁸.

Dans tous les parcours observés, l'IVG est un moment où le désir d'enfant a été discuté, et les propos que les professionnel·les enquêté·es tiennent en consultation, ou de manière informelle entre elles et eux, laissent apparaître l'avortement comme un moyen de différer ou de limiter la maternité plutôt que de s'en émanciper radicalement, en accord avec la norme procréative identifiée par Nathalie Bajos et Michèle Ferrand : il existe des conditions – un couple, économiquement stable, avec un projet d'enfant, notamment – dans lesquelles la survenue et la poursuite d'une grossesse sont bonnes, et en dehors desquelles elles ne le sont pas (Bajos et Ferrand, 2006c). Recourir à l'avortement peut n'être qu'une étape, un moyen d'attendre de meilleures conditions pour mener une grossesse à terme, de reculer pour mieux sauter dans la maternité, comme l'exprime Christophe, chef de service de gynécologie (68 ans) : « C'est notre *ethos* que d'accompagner les femmes dans les étapes de leur vie. Et parfois il faut en passer par une IVG pour qu'après il puisse y avoir la constitution d'une famille. » C'est l'argument autour duquel s'est construit le Mouvement français pour le

¹⁸ Le rôle d'entrepreneur·euses de morale des médecins dans la construction d'une norme sociale de procréation et dans la marginalisation des femmes sans enfants (qu'elles ne veulent pas ou ne puissent pas en avoir) a été étudié, au-delà du contexte d'avortement, par Charlotte Debest et Irène-Lucile Hertzog (2017).

planning familial (MFPPF), d'abord appelé Maternité heureuse à sa création en 1956, défendant l'accès à la contraception non pas comme un moyen d'éviter la maternité, mais de la repousser jusqu'à ce qu'elle soit désirée (Garcia, 2011 ; Pavard, 2012b). Cela ressort des consultations pré-IVG de Mathieu (60 ans), généraliste attaché du CIVG 3, qui débute systématiquement par l'affirmation de la « bonne nouvelle » de la fertilité de l'avortante attestée par la survenue de la grossesse non désirée – de même que les CCF étudiées par Laurine Thizy présentent cette preuve de la fertilité comme une consolation pour les avortantes sans enfant (2023b : 353).

En entretien comme en consultation, la maternité est présentée *a minima* comme quelque chose de positif, voire explicitement comme l'aboutissement de la vie d'une femme.

« Les gynécos, on est *pro-life*. Le pire truc qui puisse arriver à une fille, c'est de pas avoir d'enfant ! On est en mode "Réveillez-vous, après ça va être trop tard !" Le but d'une vie c'est d'avoir des enfants en bonne santé »,

déclare Elisabeth (54 ans, maternité 1) en évoquant la contradiction entre la partie du travail de gynécologues consacrée à l'avortement – elle participe aux commissions d'IMG pour détresse psychosociale – et le reste. Le fait d'avoir déjà des enfants est considéré comme un sujet de réjouissance : « Ah !! Vous avez une belle famille ! », Sandrine, sage-femme du CIVG 1, félicite une avortante quand elle apprend que celle-ci a quatre enfants ; « En tout cas, bravo, d'avoir un enfant à 21 [ans] ! », dit Laure, sage-femme du CIVG 2, à une autre en souriant. Les murs de la salle de repos du CIVG 2 sont recouverts de faire-part de naissance. Presque tou·tes les professionnel·les des trois centres enquêtés sont parents. C'est le cas de toutes celles du CIVG 1 (médecins, infirmières, aide-soignante, conseillère, secrétaires) à l'exception des internes et de l'assistante, des trois professionnel·les du CIVG 2, et de cinq des six médecins en poste fixe du CIVG 3 (qui ont trois ou quatre enfants chacun·e). Une médecin était enceinte lors de la réalisation du terrain, et une infirmière a eu recours à un long et douloureux parcours de PMA. Dans les différents centres, leurs enfants sont un des principaux sujets de conversation lors des moments de pause. Parmi les enquêtées des trois centres, aucune n'a avorté parmi toutes celles à qui j'ai posé la question – soit dans le CIVG 1, les cinq médecins (incluant internes et assistantes), la sage-femme, la conseillère, les cinq infirmières, l'aide-soignante et une des deux secrétaires ; dans le CIVG 2, la sage-femme et la médecin ; dans le CIVG 3 cinq médecins et la sage-femme. Trois d'entre elles, suite à cette question, évoquent la survenue d'une grossesse non désirée qu'elles ont décidé de garder et se disent ravies de l'avoir fait. Virginie (56 ans) qui travaille dans le CIVG 1 depuis 20 ans, m'annonce qu'initialement il fallait avoir eu des enfants pour être autorisé·e à travailler dans le centre. Elle m'explique : « Moi je pense que c'était une bonne chose. Il faut avoir des

enfants pour comprendre le désir d'avortement. Et puis c'est difficile de travailler ici si il y a un désir de grossesse qui n'est pas réalisé ». Quand je lui demande si ça ne serait pas plus logique de devoir avoir eu recours à l'avortement pour y travailler, elle part d'un éclat de rire et s'abstient de répondre, considérant visiblement ma question comme une plaisanterie.

Dans ce contexte, choisir de poursuivre une grossesse est souvent présenté comme un bon choix, et l'interruption de la grossesse comme le terme le plus radical, définitif, de l'alternative. Différer la maternité par l'avortement est un risque que l'on pourrait dire existentiel, celui de n'avoir pas d'autre occasion d'être (à nouveau) mère. Aussi, Marie-Pierre (70 ans) met-elle en garde les avortantes sans enfant à partir de 37 ans que leur fertilité diminue, et qu'elles doivent bien peser leur décision car cela risque d'être leur dernière opportunité de devenir mère. Lorsqu'une femme appelle le CIVG 1 pour annuler son rendez-vous pour une IVG instrumentale, annonçant qu'elle garde la grossesse, Armelle (55 ans) commente à voix haute : « C'est bien. Celle-là c'était une cérébrée. Il y en a pas beaucoup ». Comme Laure, la sage-femme du CIVG 2, me le confie, c'est « un peu une victoire » de faire garder une grossesse à une femme en demande d'avortement. Cela se traduit parfois par des tentatives de dissuasion sous des formes feutrées, telles que des injonctions à réfléchir – « Vous avez déjà envisagé d'avoir un troisième enfant ? » – et à prendre son temps – « On peut attendre. Je pense que c'est mieux de reporter, d'être sûres que c'est la seule et unique solution » – (on y reviendra).

Refuser les demandes de stérilisation contraceptive

C'est dans cette même logique de valorisation de la maternité, et du fait de considérer son évitement comme un risque existentiel, qu'à l'exception de certains médecins militant·es du CIVG 3, les enquêté·es tentent plutôt de dissuader les avortantes qui le demandent de recourir à la stérilisation contraceptive.

La réticence envers la stérilisation est généralement justifiée dans le CIVG 1 par l'idée que la femme pourrait changer d'avis ou de situation conjugale et se retrouver dans la situation jugée dramatique de vouloir un enfant sans pouvoir en avoir un. La stérilisation n'est donc jamais spontanément évoquée aux femmes demandant l'IVG, y compris, comme j'y ai assisté, lorsqu'il s'agit d'une femme de 40 ans ayant quatre enfants, réalisant sa deuxième IVG en deux ans, se plaignant des effets secondaires des différentes contraceptions essayées et annonçant qu'elle ne souhaite plus d'enfant. Celles qui demandent d'elles-mêmes la ligature des trompes en sont dissuadées, à moins d'avoir déjà plusieurs enfants et près de 40 ans. À une avortante qui le lui demande, Sandrine, la sage-femme du CIVG 1, répond : « Je suis obligée de vous le dire, vous avez quatre enfants, deux IVG, mais vous êtes encore jeune [25 ans], ça m'étonnerait qu'on accepte de vous le faire ». Elle me dit, une fois l'avortante sortie : « Avant 40 ans il y a aucune chance de l'avoir. Parce que même après 40 ans, tu peux changer de conjoint et vouloir à nouveau des enfants. Il y a aucun médecin qui lui fera, sauf des médecins cupides qui font ça pour l'argent ».

L'application mécanique de cette règle informelle entraîne des prescriptions médicales contradictoires, comme lors de cette consultation que j'observe, où une avortante de 32 ans se voit recommander l'IVG par son gynécologue puisque, ayant accouché trois fois par césarienne, ce qui a

fragilisé son utérus, la poursuite d'une grossesse est désormais médicalement contre-indiquée, et ce définitivement. Ce gynécologue libéral, ainsi que Laurence, la gynécologue du CIVG 1, refusent sa demande de ligature des trompes au motif de son trop jeune âge. Elle ne peut donc ni avoir d'enfant, ni obtenir une stérilisation. Laurence lui conseille le DIU : « Vous pouvez gagner cinq ans avec un stérilet, puis après vous aurez l'âge pour la ligature ».

Le poids de la norme maternelle se fait aussi sentir du fait de la contiguïté entre une demande d'avortement et une démarche de poursuite de grossesse. Certaines femmes changent d'avis, et d'autres se voient refuser l'avortement du fait du terme trop avancé de la grossesse. Les centres d'IVG sont généralement localisés dans les maternités, et ce sont parfois les mêmes médecins qui prennent en charge les demandes d'avortement et les suivis de grossesse. Les femmes qui se voient refuser l'avortement changent immédiatement de statut, contre leur gré, d'avortantes devenant mères en puissance, dont on attend qu'elles suivent les normes préventives (Boulet, 2020) et affectives (Vozari, 2021) du dévouement maternel : arrêter la consommation de produits toxiques pour le fœtus, se rendre aux consultations d'obstétrique, suivre un traitement médicamenteux en cas de risque de pathologie fœtale, investir subjectivement la grossesse, etc.

D'avortante à future maman : dépasser le délai de l'IVG

Le 29 septembre 2021, Mme O., une femme noire de 21 ans, fait une demande d'IVG au CIVG 1. En consultation pré-IVG, l'échographie que réalise Lisa (30 ans), interne de médecine générale en dernier semestre, révèle un terme bien plus avancé que celui que la date annoncée de ses dernières règles par Mme O. laissait attendre (7 semaines d'aménorrhée (SA)). Elle lui annonce qu'elle ne pourra pas avorter, ce que Mme O. « prend bien » d'après le récit que m'en fera Lisa qui la décrit comme « contente » (je n'assiste pas à cette première consultation). L'interne oriente alors Mme O. vers la maternité pour réaliser une échographie plus précise – je l'y accompagne. Lors de la rencontre avec une gynécologue médicale, elle est apathique et docile, ne pose aucune question, répond très laconiquement et à voix très basse, sans montrer aucune émotion tout du long de la consultation. La gynécologue confirme : elle ne pourra pas avorter, le terme est de 21 SA. Elle demande à Dounia, une sage-femme de la maternité travaillant parfois au centre d'IVG, d'y raccompagner Mme O. pour établir son parcours de suivi de grossesse puisque, comme on lui répète encore, elle ne peut plus avorter. De retour au centre d'IVG, Mme O. profite des deux minutes qui lui sont laissées pour foncer voir sa mère restée devant l'entrée du centre. Puis Lisa la reçoit à nouveau :

« **Lisa** : Vous êtes enceinte de 21 semaines, enfin 19 semaines, on enlève toujours deux semaines. Vous voulez qu'on discute de tout ça ?

Mme O. (Sans émotion visible) : Oui, si vous voulez.

Lisa : Il y a toujours la possibilité pour vous d'un accouchement sous X. On va quand même estimer l'accouchement – le terme de la grossesse... (Calcule) Bon ce sera sans doute en février. Après ça dépend de la taille du bébé à la naissance. Vous fumez ?

Mme O. : Oui

Lisa : Combien ?

Mme O. : Trois, quatre par jour.

Lisa : Ah, ça va ! C'est très bien ! Ne vous inquiétez pas (Mme O. n'a pas l'air inquiète), c'est pas tant que ça. Maintenant ce serait bien d'arrêter pour le bébé. Mais vous fumez peu, donc c'est très bien. Vous buvez de l'alcool ?

Mme O. : Non.

Lisa : Très bien. Parce que parfois les patientes qui ne savent pas qu'elles vont garder la grossesse

boivent de l'alcool et après ça peut poser des problèmes. (Silence) Vous vivez avec votre copain ?

Mme O. : Non.

Lisa : Vous êtes séparés ?

Mme O. : Oui, oui, il y a pas de copain.

Lisa : Vous allez pouvoir voir la conseillère, et prendre rendez-vous pour le suivi de grossesse, l'échographie morphologique, et vous pourrez savoir le sexe si vous avez envie. Sinon vous pouvez garder la surprise. (Silence. Pas de réaction de la patiente). Bon, je dois vous parler aussi de l'interruption médicale de grossesse, mais on ne le fait que dans des situations très exceptionnelles, où il y peut y avoir des demandes d'IVG hors terme si la grossesse met la mère en danger psychologiquement. Mais a priori c'est pas votre cas. (Silence). Vous avez des questions ?

Mme O. : Non.

Lisa : Vous pouvez aller dans la salle d'attente, on va vous appeler. (Mme O. sort, et Lisa se tourne vers moi, souffle bruyamment, fait un mouvement des bras exprimant l'impuissance) C'est difficile de savoir ce qu'elle pense, elle ne dit rien. Tout à l'heure elle avait l'air contente de le garder, mais là plus trop (Silence).

Raphaël : Et l'IMG ?

Lisa : On propose l'IMG que pour une vraie détresse de la mère. En plus à cinq, six mois on est dans un infanticide plus qu'un avortement. Et puis là, la mère [de Mme O.] est au courant, il y a pas de détresse, elle va pas se faire rejeter par sa famille. Non le problème c'est les toxiques. Quand on sait pas qu'on va devoir garder la grossesse, on fait pas gaffe ».

Pendant que j'échange avec Lisa, Mme O. et sa mère rencontrent brièvement Dounia, la sage-femme, pour la première consultation du parcours d'obstétrique, dans le bureau d'en face. Elles en sortent visiblement énervées et quittent le centre d'IVG. Dounia nous raconte l'interaction, à Lisa, Cécile, la conseillère conjugale et familiale qui se trouve avec nous, et moi. Lorsqu'elle abordait les modalités du suivi de grossesse et de l'accouchement sous X, la mère de Mme O. s'est opposée : « Non, non, on va réfléchir ». La sage-femme ajoute :

« **Dounia** : Elles ne voulaient pas voir la conseillère non plus.

Lisa : Pourtant tout à l'heure elle avait l'air de vouloir garder la grossesse...

Dounia : Je lui ai dit que si elle ne voulait pas la garder, elle devait se mettre en contact avec le Planning Familial, voire même aller directement en Espagne, parce que chaque jour compte. Je lui ai pas proposé l'IMG.

Lisa : Non mais il y a pas de détresse, là.

Dounia : Bah oui, voilà.

Lisa : Il y a pas de raison, là, juste qu'elle n'est pas avec le père, c'est pas une détresse, ça. (Silence). Après elle peut faire une demande d'IMG, hein, elle peut faire un dossier, nous on se réserve le droit de dire non. Non mais je comprends pas que les gens n'aient pas de problème à faire un avortement à six mois alors que le bébé est parfaitement viable, mais qu'ils soient choqués par le fait d'accoucher sous X...

Dounia : Là, elle m'a dit niet pour l'accouchement sous X. Mais la mère était là, donc c'était... il y avait pas de précarité.

Cécile : Elle a quel âge ?

Dounia : 21 ans. Je lui ai donné un rendez-vous la semaine prochaine pour le suivi de grossesse, mais j'y crois pas trop. Si elle vient et qu'elle insiste, qu'elle me remet ça sur le tapis, l'IMG, j'en parlerai au chef de service, mais ça passera pas. Si on dit oui [à celle-là], après on dit oui à toutes.

Lisa : Oui, elle a un toit, une famille, il y a aucune raison qu'elle ait l'IMG. Le papa est pas là, c'est pas grave.

Cécile : Oui, surtout que des fois le papa est là mais il reste pas ! (Les trois s'esclaffent).

Lisa : C'est comme tout à l'heure en consult' contraception, j'ai une patiente qui est venue enlever l'implant pour avoir un enfant avec son copain. Elle l'a rencontré il y a deux semaines ! »

Sans avoir un instant pour digérer l'information et alors qu'elle me paraît en état de choc, Mme O., apprenant qu'elle est enceinte de cinq mois et – on le lui répète – qu'elle ne pourra pas avorter, est immédiatement considérée comme une future maman. Le fœtus est humanisé (« bébé ») et sexué, un planning de consultations obstétricales est fixé. Les possibilités d'interruption en dehors de l'IVG sont à peine abordées : on ne lui parle de la possibilité d'avorter à l'étranger qu'à la toute fin et sans lui donner le contact d'une clinique en Espagne ; on mentionne succinctement et de manière absconse la procédure d'IMG en ajoutant qu'elle n'y a sans doute pas droit. Les professionnel·les n'ont pourtant que très peu d'informations sur la situation matérielle, psychologique, sanitaire, conjugale, familiale de Mme O. pour juger de l'éligibilité d'une éventuelle demande d'IMG (elles ne savent pas, par

exemple, si le rapport sexuel était consenti). Les professionnel·les jugent irresponsable le refus de Mme O. de l'accouchement sous X et son éventuel souhait d'avorter à un terme avancé, et l'interne de médecine générale la compare à une autre patiente, jugée frivole et inconsidérée, qui souhaite avoir un enfant avec un partenaire tout récemment rencontré.

Une large partie des enquêté·es considèrent avant tout l'avortement comme une manière de différer la maternité en attendant que les bonnes conditions en soient réunies. Une conséquence à cela, c'est que, lorsque l'écart à la norme procréative est tel que la femme demandant l'avortement est jugée inapte à la maternité par les médecins, il peut devenir perçu comme légitime, voire nécessaire, d'empêcher la parentalité par l'interruption de la grossesse – y compris hors des délais de l'IVG, dans le cadre de l'IMG pour détresse psychosociale (Perrin, 2023a). Dans ces cas, la poursuite de la grossesse est considérée comme préjudiciable à la fois pour la femme – « tu vois les contextes [sociaux], tu dis non mais mon Dieu, un enfant c'est sûr qu'elle, pour elle, ce serait pas possible ça serait trop compliqué, ça va être un enfer dans sa vie », me dit Coraline (30 ans, gynécologue médicale, assistante) – mais aussi pour l'enfant qui naîtrait d'une telle mère biologique (Donati *et al.*, 2002). À l'inverse, l'interruption d'une grossesse « mené[e] par un couple mature affectivement, psychologiquement, et économiquement établi » (Bajos et Ferrand, 2011 : 54), sera jugé plus problématique.

Mais il n'y a pas que des bons et mauvais moments pour devenir parents, il y a aussi des bonnes ou mauvaises personnes. Les femmes ayant un rapport jugé déviant aux normes sanitaires (*e.g.* consommation de drogues, handicap, accident récent), à la justice (*e.g.* incarcération présente ou passée de la femme enceinte ou du géniteur), au corps et à la sexualité (*e.g.* exhibitionnisme, prostitution), au couple et à la famille (*e.g.* conjoint violent, relation incestueuse, enfants placé·es), au genre (*e.g.* personnes trans) tendent à être jugées inaptes à la parentalité, et leur demande d'avortement davantage approuvée par les médecins et sages-femmes. Ainsi Dounia, sage-femme réalisant ponctuellement des consultations dans le CIVG 1, interroge une avortante et, au vu de la consommation de drogue du conjoint, exprime son soutien à la décision d'avortement :

« **Dounia** : Ça va pas entre vous, c'est pour ça que vous voulez pas le garder ?

Mme S. : On a des problèmes de couple mais je le garderai pas dans tous les cas. On va consulter un thérapeute de couple.

Dounia : Pourquoi ?

Mme S. : Il a un problème d'addiction.

Dounia : Alcool ?

Mme S. : Non, drogue.

Dounia : Shit ?

Mme S. : Non, drogue dure. (*Silence*) Cocaïne.

Dounia : Ah oui ! Bon, c'est bien, je pense que vous prenez la bonne décision. » (Notes de terrain, octobre 2021)

En somme, une mauvaise mère (potentielle) – ou la compagne d'un mauvais père – fait une bonne avortante¹⁹.

3. Par-delà la santé physique : aider les avortantes à « mieux » vivre leur vie

Le travail d'avortement tel qu'il est conçu par les professionnel·les et tel que je l'observe dans les centres d'IVG vise également à fournir des ressources permettant aux avortantes de « mieux » vivre leur vie (ou, selon les cas, de les y contraindre).

Il s'agit en premier lieu de promouvoir auprès des avortantes un rapport réflexif à elles-mêmes. Les professionnel·les des centres d'IVG valorisent une norme psychologique de transparence à soi-même reposant sur la mise en mot de son intériorité, dont le « manuel de poche » qu'Olivia (26 ans) garde toujours avec elle lors de son stage d'internat au CIVG 1 donne un aperçu. Toute la formation théorique que la gynécologue médicale a reçue sur l'IVG se résume aux quatre pages – petit format – qui y sont dédiées. Celles-ci se terminent sur une section intitulée « Aspects psychologiques », que voici :

« L'IVG est toujours une épreuve dans la vie d'une femme. Cependant la réalisation d'une IVG n'expose pas systématiquement à des complications psychiques ; les complications à type de dépression sont moins fréquentes en post abortum qu'en post partum. La prise en charge des femmes, dans le respect de leur choix et de leur histoire de vie, doit être bienveillante, pluridisciplinaire si nécessaire (médecin, assistante sociale, conseillère conjugale, psychologue) et être l'occasion pour la femme d'une réflexion sur elle-même. »²⁰

Ce retour réflexif dont la prise en charge de l'avortement doit être l'occasion se manifeste dans la forme du parcours d'IVG – le nombre de consultations auxquelles peut s'ajouter l'entretien psychosocial –, dans l'injonction à la parole et la diversité des thématiques abordées telles que la relation des avortantes à leurs parents, à la mort de leurs proches, à leur « féminité », à leur désir d'enfant, à leur conjoint, à leur sexualité, à leur travail, etc. Laurine Thizy en a fait le constat en observant les entretiens psychosociaux menés par les conseillères conjugales en centre d'IVG (2023b : 209), mais cela vaut également pour les consultations médicales ou les prises en charge infirmières, comme en témoigne l'interaction entre Armelle (55 ans), infirmière au CIVG 1 avec une avortante d'une trentaine d'années :

¹⁹ L'effet de la distance aux normes de la bonne parentalité sur les jugements portés sur les demandes d'avortement est encore plus visible dans le cadre des demandes d'IMG où les situations sont débattues entre professionnel·les et où se pose plus ouvertement la question d'accepter ou de refuser les demandes (Perrin, 2023a).

²⁰ *Protocoles en gynécologie-obstétrique*, CNGOF, Elsevier, 4 édition, 2018, p. 27.

Armelle reçoit Mme Q. à son arrivée dans le centre d'IVG, en amont de la consultation pré-IVG, afin de réaliser une prise de sang. Elle interroge l'avortante sur son partenaire, sur son travail. Mme Q. répond, sans s'étendre mais sans laconisme. Elle ne laisse pas voir – à mes yeux – d'émotion claire. Après la piqûre, et un silence, Armelle lâche : « Ça se voit qu'il y a un petit souci avec cette IVG. » Mme Q. commence à pleurer : « Au départ je voulais la garder. » Et l'infirmière de commenter : « C'est pas la contraception le problème avec vous, c'est votre vie privée qui est problématique. Alors après la consultation avec le médecin on va vous greffer un rendez-vous avec la conseillère ». Puis, à mon intention une fois la patiente sortie : « Elle était trop sûre d'elle, ça se voyait. » (Notes de terrain, novembre 2021)

Les propos d'Armelle témoignent d'une représentation dominante parmi les professionnel·les de centre d'IVG de la cause des grossesses non prévues : celles-ci ne découlent pas (ou pas seulement) des pratiques sexuelles et contraceptives, mais sont les symptômes de « problèmes » sociaux ou psychologiques non résolus. Le plus souvent, l'abord de ces problèmes divers par les professionnel·les consiste uniquement à les parler, c'est-à-dire à interroger les avortantes, afin d'« ouvrir la femme sur une compréhension meilleure d'elle-même » ainsi qu'Israël Nisand, professeur de gynécologie-obstétrique, décrit le « travail d'orfèvre » en lequel consiste la consultation d'IVG (2021 : IV).

Mais les manières d'aborder ces questions ne se restreignent pas toujours à la sollicitation d'un discours. Les médecins, infirmières ou conseillères enquêté·es n'hésitent pas à donner des conseils conjugaux tels que d'informer le partenaire de la grossesse et de discuter avec lui de la décision d'avortement ; de quitter un conjoint violent ou que le ou la professionnel·le juge « toxique ». Ils et elles donnent également des conseils visant à préserver les relations familiales. Lorsqu'une avortante de 24 ans évoque la distance qui se crée entre elle et sa mère anti-IVG, elle est longuement incitée par une médecin du CIVG 3 à lui parler de son avortement – elle le lui cachait jusque-là – ou, si ça n'est pas possible à l'en informer dans une lettre ou, si ça n'est pas possible non plus, à écrire la lettre sans l'envoyer.

La sexualité est également abordée dans le CIVG 3, à la différence des deux autres centres. « La sexualité ça se passe bien ? Votre premier rapport c'était à quel âge ? C'était consenti ? Ça s'est bien passé ? Vous avez eu combien de partenaires dans l'année ? », et parfois « Vous avez des orgasmes ? », demandent plusieurs des médecins de l'équipe en consultation pré-IVG. En cas de réponse négative, les avortantes sont invitées à reprendre un rendez-vous pour une consultation de sexologie ultérieure auprès du ou de la même médecin, ou à rencontrer la psychologue du service. Pour ces médecins, dont certain·es ont suivi un DU de sexologie, interroger les avortantes sur leur sexualité est une bonne pratique, qui les distingue de celles et ceux qui, par pudeur ou par manque de formation (Giami, 2010), ne le feraient pas. Pour elles et pour eux, le travail d'avortement est une occasion pour aider les avortantes à être épanouies dans différents aspects de leur vie, notamment dans leur sexualité.

Par ailleurs, l'IVG est présentée par plusieurs médecins enquêté·es comme un moment privilégié pour le « dépistage » des violences conjugales ou sexuelles (viol ou excision). Les professionnel·les de l'IVG qui ont le plus d'affinités avec le féminisme et la revendication d'une « médecine sociale » ont souvent suivi des formations dédiées à la prise en charge médicale des violences – les congrès de l'ANCIC, par exemple, y ont des interventions dédiées. C'est le cas des médecins du CIVG 3, qui demandent de manière systématique en consultation si l'avortante subit des violences, physiques, psychologiques ou sexuelles, ou de Gaëlle (42 ans), médecin généraliste responsable d'un centre d'IVG, pour qui « c'est une question à 1000 balles à poser ». En cas de réponse positive, elle approfondit la question avec l'avortante pendant quelques minutes avant de lui proposer un rendez-vous dédié avec un·e professionnel·le spécialisé·e en vue d'un accompagnement psychologique et/ou judiciaire. Dans l'échange qu'elle a avec elles, plutôt que de les tenir pour responsable des violences qu'elles subissent, elle tente de retourner la culpabilité (lisant le violentomètre avec elles par exemple)²¹.

Dans le CIVG 2, la question des violences n'est jamais posée, et dans le CIVG 1, elle ne l'est que parfois, uniquement à des avortantes racisées, en particulier musulmanes et portant le voile – des professionnelles du service expriment l'idée que les violences de genre seraient principalement exercées par des hommes musulmans²². De fait, dans ce service et dans le cadre de mes observations, c'est surtout quand les femmes l'évoquent d'elles-mêmes que les médecins prennent connaissance d'une situation de violence conjugale. Souvent, ils et elles ne réagissent tout simplement pas à cette information. J'assiste à une consultation d'une avortante roumaine avec Sandrine (46 ans), la sage-femme, qui lui reproche de trop fumer (un paquet par jour). L'avortante se justifie par le stress, lié au fait que son mari « est méchant ». Sandrine répond « d'accord », et n'aborde plus la question malgré d'autres mentions de la méchanceté du mari au cours de la consultation. À une autre avortante qui qualifie son conjoint de violent et affirme qu'il ne veut pas qu'elle avorte, Sandrine demande s'il risque de l'empêcher de venir au centre le jour de l'opération. L'avortante répond que non, et Sandrine ne l'interroge pas davantage, ne suggère aucun autre accompagnement que l'entretien avec la conseillère que l'avortante refuse. Dans ce centre, je n'ai assisté qu'une fois à l'orientation d'une avortante vers une structure de prise en charge pour femmes victimes de violences, par Olivia (26 ans), l'interne de gynécologie (après qu'elle a refusé la demande d'IVG que cette femme faisait juste avant le délai légal). Un échange entre Laurence (65 ans), la gynécologue attachée, seule médecin à plein temps du service, et Armelle (55 ans), une des infirmières,

²¹ Outil de sensibilisation aux violences conjugales qui objective le degré de violence d'une relation amoureuse.

²² J'aborderai l'effet des représentations racialisantes sur la prise en charge au chapitre 8.

laisse voir le manque de formation en la matière et la légèreté avec laquelle est traitée la question des violences dans le service :

Une avortante ayant entre 20 et 30 ans sort de la chambre d'hôpital dans laquelle elle attendait que son tour arrive pour une IVG instrumentale au bloc opératoire. En pleurs, elle s'approche d'Armelle et moi, en discussion dans le couloir. Elle dit que son « ex » est devant la porte du centre d'IVG, qu'il la bombarde de messages, menaçant de la frapper si elle avorte. Armelle demande : « Et vous, vous voulez faire quoi, le garder ou pas ? – Non non, j'en veux pas. – Bon rassurez-vous, on va aller lui parler. Arrêtez de lui répondre. Si besoin on appellera la sécurité ». Armelle et moi sortons à la rencontre de « l'ex », un homme de la même tranche d'âge que l'avortante. L'infirmière lui dit sèchement qu'il n'a pas le droit d'entrer dans le centre et lui demande d'arrêter de harceler l'avortante. Après l'avortement, Armelle fait sortir la femme par une sortie de secours du bâtiment afin de s'assurer qu'elle ne le croise pas. Laurence, la gynécologue qui a réalisé l'avortement, et Armelle commentent la situation, très agacées... par la femme :

Laurence : C'est sa sixième IVG, elle a un stérilet de prescrit. Tu le vois, toi, le stérilet ? Moi je comprends qu'il soit énervé le gars.

Armelle (en colère) : Elle a refusé l'entretien. Dans ces cas, autant d'IVG, c'est obligatoire l'entretien ! Et pourquoi elle reste avec un mec comme ça ? J'ai vu sur son téléphone, il y'avait plein de cœurs. Les femmes elles se plaignent, mais parfois elles le cherchent aussi.

Laurence : Un seul entretien ça servira à rien. Il faut un suivi psychologique. » (Notes de terrain, novembre 2021)

Les deux professionnelles soulignent la part de responsabilité qu'aurait l'avortante dans la violence qu'elle subit de la part de son (ex-)partenaire, en expliquant cette violence par l'immatunité, à la fois contraceptive et relationnelle, de la première. La manière la plus fréquente de gérer les situations de violences conjugales dans le service – quand elles ne sont pas simplement ignorées – est de suggérer aux avortantes victimes de violence de quitter leur conjoint ou de porter plainte, témoignant, dans une certaine mesure, d'une forme de responsabilisation des victimes²³. La différence avec la posture des médecins féministes enquêtés tel·les que Gaëlle évoquée plus haut, prenant le parti des femmes contre leur agresseur, est flagrante. Les positions et dispositions des médecins sont ainsi déterminantes, à la fois du fait de questionner sur les violences, et de l'accompagnement proposé. Cela vaut également pour le fait d'apporter une aide sociale aux femmes issues de milieux défavorisés : dans le CIVG 3, l'avortement est ponctuellement l'occasion de fournir une aide administrative

²³ Dans le contexte de demandes d'IMG pour détresse psychosociale, le fait de s'engager à se séparer du conjoint et/ou de lui intenter un procès est présenté comme une condition de l'acceptation, permettant, d'une part, de s'assurer de la sincérité de la candidate (en l'absence d'une attestation médico-légale ou d'une plainte déposée, les professionnel·les n'ont pas de moyen de vérifier la réalité et l'ampleur de la violence du conjoint affirmée par la candidate) et d'éviter les demandes futures d'avortement en modifiant ce qui apparaît comme l'une des causes matérielles de la demande d'IMG. Comme les chirurgien·nes des voies aérodigestives supérieures étudiés par Aurore Loretti qui opèrent en priorité les patients « méritants », « actifs », « motivés », qui se prennent en main, arrêtent de fumer, s'engagent dans la réduction du risque de récidive (Loretti, 2019, 2020), les médecins acceptent davantage les demandes de candidates qui donnent des gages de leur capacité à se protéger des violences (Perrin, 2023a).

ou d'ouvrir des droits à une protection sociale aux femmes qui pourraient en bénéficier, en les orientant vers les deux assistantes sociales de la maternité dont les bureaux sont dans le centre d'IVG.

D. La norme abortive et le mandat ethopolitique des médecins

Que retenir de l'analyse à ce stade ? Deux idées principales. La première idée concerne le système normatif qui entoure le recours à l'avortement, et son évolution. L'ethnographie réalisée confirme un résultat de travaux étudiant le recours à l'avortement (Bajos et Ferrand, 2006c ; Mathieu, 2016) et sa stigmatisation par les différent·es entrepreneur·ses de morale (Thizy, 2023b) : tous les avortements ne se valent pas, certaines demandes sont acceptables et acceptées, quand d'autres soulèvent des résistances plus fortes. Marie Mathieu et Lucile Ruault évoquent ainsi la « surstigmatisation » des demandes d'IVG par les professionnel·les selon le terme de la grossesse, le recours répété à l'avortement, le fait que les conditions socialement requises pour être mère soient réunies ou non, le fait que l'avortement survienne dans une situation d'adhésion aux normes contraceptives ou non (2014).

Je prolonge ces analyses et y apporte quelques nuances, en proposant le terme de norme abortive, sur le modèle des normes connexes auxquelles il s'articule – contraceptive, procréative, gynécologique. La norme abortive se donne à voir dans les discours et les pratiques des professionnel·les enquêté·es. Les critères qui déterminent les comportements abortifs acceptables qui ressortent des observations de consultations menées sont proches de ceux identifiées par Marie Mathieu et Lucile Ruault dans leur « échelle de déviance » (*ibid.* : 55) : le recours à l'avortement ponctuel plutôt que répété, à un terme précoce plutôt que proche ou au-delà du délai légal, par des femmes qui ne réunissent pas les conditions jugées bonnes pour la maternité (un couple et une situation économique stable), qui font preuve d'une forme de responsabilité contraceptive. J'y ajoute trois idées. 1) La responsabilité contraceptive n'est pas jugée seulement selon la contraception utilisée au moment de la survenue de la grossesse mais surtout selon celle que les femmes acceptent à la suite de l'avortement. 2) Les conditions définissant l'inaptitude à la maternité (et donc la légitimité voire la nécessité de l'avortement) ne se limitent pas à celles explicitées initialement dans le concept de norme procréative (l'âge, le couple, la situation économique et le projet parental) ; ces conditions ne définissent pas uniquement des moments, dans le cycle de vie, propices ou non à la parentalité, mais distinguent aussi des personnes – la femme enceinte mais aussi son conjoint – selon la déviance par rapport aux normes sanitaires,

sexuelles, conjugales ou familiales, judiciaires, de genre. 3) Il y a un dernier critère de jugement des avortantes, quoi que je ne le prouverai qu'à la section suivante : les bonnes avortantes sont des femmes qui font preuve de contrition, et non de détachement, sans pour autant laisser voir une trop grande ambivalence dans leur demande d'avortement.

Parler de norme abortive permet, en ne définissant pas *a priori* son contenu, de ne pas le figer, rendant possible d'en dire les évolutions. Or le terrain réalisé montre bien une mutation majeure des normes qui encadrent les comportements procréatifs survenue au cours des cinquante dernières années, que Nathalie Bajos et Michèle Ferrand identifiaient déjà en 2011 : le recours à l'avortement sous certaines conditions occupe une place complémentaire et non plus strictement opposée à la contraception. Aujourd'hui, la norme abortive se caractérise d'abord par une forte reconnaissance de principe de la légitimité du droit à l'IVG et par une restriction des réticences morales à des modalités particulières. De fait, la plupart des demandes d'avortement observées dans les trois centres d'IVG enquêtés ont été considérées comme tolérables, voire comme tout à fait légitimes par les médecins.

Le second résultat à ce stade du chapitre, est que l'objet du travail d'avortement ne se limite pas à la question de l'interruption de la grossesse, mais englobe des enjeux plus larges – contraception et santé gynécologique, mais aussi des problématiques familiales, conjugales, sexuelles, professionnelles, économiques – qui ne lui sont parfois que vaguement, ou pas du tout, liées. Les savoirs mobilisés par les médecins comme par les autres professionnelles des centres d'IVG ne sont pas uniquement médicaux, mais bien aussi psychologiques, sexologiques, judiciaires, administratifs, féministes parfois, pourrait-on dire. Le travail d'avortement apparaît simultanément médical, moral, politique. On peut en cela analyser le travail d'avortement à l'aune du concept d'ethopolitique proposé par Nikolas Rose. Le sociologue britannique décrit ainsi les mutations des formes dominantes de la biopolitique dans la deuxième moitié du XXe siècle, succédant à l'eugénisme et à l'hygiénisme (Rose, 2001 : 4-6). Le gouvernement des vies (*bios*) s'étend de l'existence biologique à l'éthique au sens des manières de vivre sa vie (*ethos*). Il ne vise plus, ou plus seulement, le bien du groupe, mais « l'amélioration » des individus, leur santé, « comprise comme un impératif, pour soi et pour les autres, de maximiser les forces vitales et les potentialités du corps vivant »²⁴ (Rose, 2007 : 23). L'ethopolitique façonne des individus autonomes, en construisant la responsabilité – notamment sanitaire – comme un devoir moral. Avoir des enfants, adopter une alimentation saine et pratiquer une activité physique, ne pas fumer (Metzl et Kirkland, 2010) ou même se brosser les dents – Kelly Underman décrit le fait d'être un « bon citoyen dentaire » (2022) – sont de bonnes manières de vivre sa vie inculquées par la

²⁴ Je traduis, ainsi que les citations suivantes.

gouvernementalité biopolitique contemporaine, au même titre, pourrait-on dire, que le sont le fait d'avoir une sexualité épanouie, de développer un rapport réflexif de transparence à soi et une pratique de mise en mots de son intériorité, de réaliser un frottis régulièrement, d'utiliser une contraception « efficace » ou de ne pas (trop) avorter, et ce non plus (seulement) en référence au fœtus, ni aux enjeux de démographie nationale.

Comme les formes précédentes de biopolitique, l'ethopolitique est en partie déléguée aux professionnel·les de santé :

« Le pouvoir politique n'établit pas lui-même les normes de conduite individuelle, mais institue une variété de "professionnels" qui le font, en les investissant de l'autorité d'agir en tant qu'experts dans les dispositifs de contrôle social. » (Rose, 1993 : 285)

Autrement dit, si une large part des femmes, en France, utilisent des contraceptifs et réalisent régulièrement un dépistage du cancer du col de l'utérus, ce n'est pas parce que la loi le leur impose. C'est parce que des agent·es sociaux et sociales, parmi lesquels les médecins occupent une place centrale²⁵, leur rappellent régulièrement, notamment lorsqu'elles avortent, que c'est là la bonne manière de vivre leur vie, et qu'elles adhèrent à cette idée. Dans un ouvrage collectif appliquant le concept d'ethopolitique à l'encadrement médical du devenir parent (à partir d'enquêtes portant sur la PMA, la GPA, l'adoption, les tests de paternité et la prise en charge de la dépression périnatale), Sébastien Roux et Anne-Sophie Vozari écrivent :

« Les relations de pouvoir qui se tissent dans la relation entre sujets et institutions invitent les administrés à se transformer pour, progressivement, s'améliorer. Moins qu'une imposition ou une contrainte, le travail déployé au sein de ces espaces cherche à susciter l'accord ou l'adhésion à une idée de la famille et, plus largement, à une certaine représentation de la vie souhaitable – pour soi comme pour autrui. L'encadrement qui s'exerce sur les sujets qui désirent devenir parents et qui s'adressent à des institutions pour y parvenir s'exprime sous la forme d'une technologie d'assujettissement/subjectivation spécifique : celle d'une invite à la réforme de soi qui encourage les individus à devenir, par et pour eux-mêmes, des sujets de valeur supérieure. » (2020 : 11, 12)

On peut voir le travail d'avortement comme s'inscrivant dans ce mandat ethopolitique des professionnel·les de santé. Comme on l'a vu, il ne se réduit à l'interruption de la grossesse ni dans ses pratiques objectives, ni dans la définition qu'en donnent les professionnel·les, mais vise bien aussi, en quelque sorte, à « transformer pour améliorer », par l'inculcation de dispositions contraceptives, l'incorporation de contraceptifs de longue durée, la socialisation à la norme gynécologique, l'injonction à arrêter de fumer, la diffusion de valeurs telles que la maternité, l'égalité conjugale, l'épanouissement sexuel ou l'adhésion à des normes

²⁵ Mais ils et elles ne sont pas les seul·es. Des chercheuses ont montré le rôle des amies et, surtout, des mères dans la diffusion des normes contraceptives et gynécologiques (Koechlin, 2021 ; Fonquerne, 2023).

psychologiques de bien-être et de réflexivité. En bref, il s'agit de socialiser et faire adhérer les avortantes à des manières de vivre jugées saines et (donc) bonnes.

Analyser le travail d'avortement comme une ethopolitique présente cependant plusieurs limites, et il s'agit là d'une étape, et non d'un aboutissement du raisonnement présenté dans cette thèse. Le cadre conceptuel de Nikolas Rose a déjà été mobilisé pour décrire la prise en charge de l'avortement, dans un article d'Aurore Dupuy et Sébastien Roux intitulé « Sur le chemin de la sérénité. Politique des sentiments dans la planification familiale » (2018). Il présente l'intérêt, explicitement revendiqué par les auteur·ices, de décaler le regard par rapport aux analyses de la prise en charge de l'IVG comme « police des femmes » (Mathieu et Ruault, 2014). Mais, en substituant à l'analyse du contrôle celle de la production « pédagogique » de la « sérénité » des avortantes à travers une « sororité hiérarchique » où des femmes « enseignent à d'autres femmes des techniques, des connaissances, des pratiques, mais aussi des sentiments et des affects, en bref, des manières d'être, d'agir et de ressentir, qui visent à la fabrique de sujets améliorés », l'article tend à euphémiser les rapports de pouvoir qui traversent bel et bien le travail d'avortement. On retrouve ce même aspect dans l'analyse en termes d'ethopolitique du devenir parent, évoquée plus haut :

« Dans les situations observées, les professionnels cherchent toujours à *faire le bien* et à *agir au mieux*, selon la définition qu'ils et elles s'en font, y compris lorsque leurs actions sont limitatives. Les agents que nous avons fréquentés travaillent dans ce qu'ils pensent être l'intérêt de leurs publics ; toujours (ou presque), leurs actions se déploient pour le bien de celles et ceux qui s'adressent à eux [...]. Si nous proposons bien de saisir ces formes de prises en charge comme des ethopolitiques, nous les entendons davantage comme *des actions à portée réflexive se donnant pour objectif premier l'autoréforme libre et volontaire du sujet, orientée vers un idéal transformé et partagé*. » (Roux et Vozari, 2020 : 13, 14)

Ces deux textes illustrent l'intérêt de cette approche théorique, notamment son utilité pour objectiver la dimension normative du travail médical sans en faire la critique *a priori*, beaucoup des pratiques décrites ayant un intérêt tout à fait certain pour les avortantes, ou pour une partie d'entre elles. Ils en portent aussi les limites – notons-en trois – qui seront autant de perspectives pour la suite de cette thèse.

Les concepts de bio et d'ethopolitique ont d'abord été mobilisés dans une perspective macro-historique et macrosociale, rendant compte des évolutions des modes de gouvernementalité. S'ils ont ainsi permis d'illustrer le passage vers des formes de moins en moins contraignantes et coercitives, reposant de manière privilégiée sur la parole et sur l'adhésion des sujets, ils gagnent à être articulés à une analyse fine des pratiques concrètes de pouvoir. L'attention au *comment* de ce travail de normalisation-amélioration des avortantes,

qui sera l'objet des chapitres suivants, révélera en effet des formes de fabrication et d'outrepassement du consentement, et plus largement un rapport de domination qui rend glissante la question de l'adhésion. Si l'ethnographie réalisée n'a été que rarement traversée par des situations ouvertes de conflit entre avortantes et médecins, c'est moins par acquiescement des premières à un idéal partagé d'autoréforme que par la force du pouvoir médical et sa fréquente invisibilisation.

Ensuite, parler d'amélioration des patient·es ne peut pas se faire sans souligner la dimension située des normes et valeurs à l'aune desquelles la transformation est jugée améliorative. La socialisation des avortantes à des valeurs définissant les meilleures manières de vivre leur vie (telles que la supériorité morale de la contraception sur l'avortement, ou la valorisation de la maternité) doit être complétée par une sociogenèse de ces valeurs visant à les replacer dans un espace social, professionnel et historique. En outre, la place donnée à ces pratiques de normalisation parfois systématisées alourdit la prise en charge pour toutes les femmes avortant à l'hôpital, y compris celles qui n'ont pas besoin d'une prise en charge psychologique ou sociale. L'importance donnée par les médecins à la parole les conduit ainsi à multiplier les consultations composant les parcours d'IVG et à augmenter leur durée, alors que les avortantes, dans les interactions observées, expriment majoritairement un désir d'avorter le plus vite possible, et que la loi, dans ses évolutions successives, n'a cessé de simplifier les parcours. Ces mêmes pratiques paraîtraient plus étonnantes ou déplacées dans le contexte d'autres actes médicaux tout aussi répandus que l'avortement : si on interrogeait les femmes lorsqu'elles se vaccinent sur le fait qu'elles ont ou non des orgasmes, si on inventait une contre-indication pour justifier l'interdiction de fumer pendant une semaine à chaque prescription d'antibiotiques, si on imposait un entretien psychosocial à toutes les malades de l'appendicite comme préalable à leur opération, etc. C'est la position particulièrement dominée des avortantes dans le rapport de domination médicale qui rend possible un travail ethopolitique aussi intense.

Enfin, cet angle d'analyse favorise une conception du pouvoir comme trouvant son origine dans la sphère politique avant d'être délégué par l'État aux professionnel·les de santé, qui apparaissent avant tout comme une courroie de transmission de la biopolitique, au risque de sous-estimer les logiques propres de la sphère médicale. Une approche complémentaire par la théorie des champs et la sociologie des professions doit mettre en évidence les logiques professionnelles qui guident le travail ethopolitique, amènent les médecins à se saisir de ce mandat et à le faire différemment selon leur position dans le champ et leurs dispositions : comme on l'a vu avec la prise en charge des violences ou l'information sur la contraception masculine, les médecins les plus militant·es mettent à profit leur pouvoir pour

prendre le parti des avortantes et, dans une certaine mesure, troubler l'ordre du genre. Cette approche permettra également de proposer une théorie de l'action médicale qui ne se résume pas à « chercher toujours à *faire le bien* et à *agir au mieux* » pour les patient·es. En refusant de doter *a priori* les médecins d'un statut d'exception sociologique, je considérerai aussi les logiques pratiques et les motivations intéressées plutôt que purement réflexives et altruistes de leur travail, et de les inscrire dans des contraintes organisationnelles locales. Il s'agit désormais de comprendre pourquoi les médecins se saisissent de ce mandat ethopolitique d'éducation des avortantes.

II. La psychologisation de l'avortement : un encadrement médical des femmes... pour les femmes ?

Dès 1981, Robert Castel analysait l'avènement d'une « culture psychologique de masse » par la diffusion des techniques « psy » hors de leur sphère d'origine, dans les milieux intellectuels d'abord puis, dans un second temps, portés par les membres des classes moyennes travaillant dans le secteur public, en particulier les femmes (1981 : 22). Pour Olivier Schwartz, qui en analyse la pénétration au sein des classes populaires à partir d'une enquête menée auprès de conducteurs et conductrices de bus, les trois décennies qui ont suivi le livre de Castel ont confirmé sa thèse :

« Les indices en effet ne manquent pas d'une expansion, dans la société française, au cours de ces dernières décennies, de manières de percevoir et de réagir qui ont en commun ce que l'on peut appeler une tendance à la “psychologisation” de l'expérience, en entendant par là une tendance à faire, de ce qui se joue dans la sphère psychique, à la fois une dimension essentielle – ou même la dimension déterminante – de ce qui est vécu par les individus, et un objet explicite de préoccupation, d'attention. » (Schwartz, 2011 : 346)

Cette tendance à la « psychologisation de l'expérience » est particulièrement diffusée dans les hôpitaux (Darmon, 2008 : 67), *a fortiori* dans les maternités, où règne un « sens commun psychologique » caractérisé par « l'institutionnalisation d'un rapport non savant à la psychanalyse » (Memmi 2003a : 448 ; Vozari, 2015)²⁶. Elle ne se limite pas au travail des professionnel·les du psychisme – c'est bien la thèse de Castel que le discours psy se diffuse au-delà de ses producteurs et productrices spécialisées – c'est-à-dire, en centre d'IVG, aux psychologues et aux conseillères conjugales et familiales (CCF)²⁷, loin de là. Cette dernière

²⁶ Dominique Memmi montre par exemple le poids des catégories psychologiques et, plus particulièrement, psychanalytiques, dans le travail des sages-femmes autour du deuil périnatal – la « seconde vie des bébés morts » (2011). Elle rapporte les propos d'un chef de service responsable des IMG qui lui déclare : « Nous sommes tous un peu psychologues, ici. » (2014 : 153).

²⁷ Dont le rôle dans la psychologisation de l'avortement a été étudié par Anne-Marie Devreux, Sophie Divay et Laurine Thizy (Devreux, 1982 ; Divay, 2004 ; Thizy, 2023b : 201).

profession apparaît aujourd'hui moribonde, peu considérée parmi les professionnel·les de l'IVG et privée de son principal débouché par la suppression de l'entretien psychosocial obligatoire par la loi de 2001. Son rôle dans le dispositif d'encadrement normatif de l'avortement, variable d'un centre à un autre, est de plus en plus réduit. La psychologisation est, on le verra, tout autant le fait des médecins, des sages-femmes ou des infirmières²⁸.

A. D'avortante à patiente : construire la dépendance

Dans les propos et les pratiques des professionnel·les de l'IVG, la psychologisation de l'avortement a deux facettes qui participent chacune à construire les avortantes comme des patientes : l'essentialisation d'une expérience psychologique dramatique ; l'identification par les professionnel·les des désirs et besoins inconscients de l'avortante et leur mise en concurrence avec la demande explicite (avorter). Comme il s'agit ici de le montrer, ce système de représentations légitime le maintien du contrôle médical de l'avortement et son extension au-delà de la seule dimension technique d'interruption de la grossesse.

1. L'avortement comme drame : l'essentialisation de l'expérience des avortantes

Les gynécologues-obstétricien·nes et les représentant·es de la profession médicale mettent en avant les risques de complications liées à l'avortement pour défendre la restriction du délai légal d'IVG, comme on l'a vu au chapitre précédent. La pathologisation de l'avortement permet d'en justifier le contrôle médical. La psychologisation est une forme particulière de pathologisation, qui porte l'attention sur le danger, non pas physique, mais psychique. Parmi les avorteurs et avorteuses spécialistes interrogé·es, certain·es, en particulier parmi les plus âgé·es, insistent sur les séquelles psychologiques de l'avortement, potentielles ou systématiques (c'est « toujours » un « drame », une « épreuve », un « traumatisme »). En entretien, Jacqueline (72 ans), gynécologue médicale fondatrice du CIVG 2, ne dit pas « avorter », mais uniquement « subir » un avortement, qu'elle qualifie de « choix terrible ». Évoquant son opposition à l'allongement du délai de 14 à 16 SA, elle déclare :

« Mais de toute façon, quelle que soit la date, c'est toujours un traumatisme. C'est une avancée en termes de droit des femmes, l'IVG, mais c'est pas une avancée pour le corps des femmes. Et puis psychologiquement, il y a le poids de cet enfant qui n'est pas là, qui aurait pu être là. C'est pas anodin sur le plan physique et surtout psychologique. » (Entretien du 10 mai 2022)

²⁸ Il n'y a par exemple aucune CCF ni psychologue dans le CIVG 2, et tout autant de psychologisation que dans les deux autres centres. Pour ces raisons, je fais le choix de ne pas entrer dans le détail des entretiens psychosociaux observés, ni des trajectoires des CCF des services étudiés.

Marie-Pierre (70 ans), qui travaille en centre d'IVG, me décrit le discours qu'elle tient aux femmes « indécises » :

« Le discours que je reprends très fréquemment, c'est que "Madame vous êtes en face de deux très mauvaises solutions. La très mauvaise solution c'est de faire l'interruption de grossesse parce que c'est pas une bonne chose mais l'autre mauvaise solution, c'est dans votre situation de garder la grossesse, donc à vous d'établir quelle est la moins mauvaise des mauvaises situations". » (Entretien du 18 septembre 2021)

L'assistante du CIVG 1, Juliette (30 ans), évoque la culpabilité avec laquelle il faut apprendre à vivre (« Tu t'en souviens toute ta vie d'avoir eu recours à l'avortement »), l'interne, Olivia (26 ans), évoque le caractère « traumatisant » et les « effets psy délétères » qui persisteraient pour toujours, et la gynécologue attachée, Laurence (65 ans), la nécessaire détresse qu'entraîne selon elle l'avortement : « Je pense pas qu'une femme, quel que soit son niveau culturel, puisse faire un avortement de manière sereine. Même celles qui donnent le change ». Paule (72 ans), qui, à la différence des autres enquêtées que je viens d'évoquer, a eu recours à l'avortement avant de travailler pendant 19 ans dans le CIVG 1, me dit que « pour aucune femme un avortement n'est simple », qu'il reste de manière indélébile dans l'« histoire de femme » de l'avortante : « Je veux dire, c'est pas tu prends la gomme et tu effaces. » Ces représentations consistent à essentialiser le vécu négatif de l'avortement. Si le risque de complications physiques est aujourd'hui très faible, les séquelles psychologiques seraient, elles, inévitables.

La publication de témoignages (Les filles des 343, 2012) comme les recherches portant sur le vécu de l'avortement ont pourtant bien montré la variabilité des expériences d'avortement, tributaires des conditions matérielles d'existence, de la bienveillance de la prise en charge médicale, du contexte conjugal et familial, moral et politique dans lequel l'avortement survient (Mathieu, 2016 ; Thizy, 2023b). Les femmes ayant vécu un avortement non seulement ne vivent pas toujours de détresse psychique particulière (Schmiege et Russo, 2005 ; Steinberg *et al.*, 2016 ; Gomez, 2018) ni de stress post-traumatique (Biggs *et al.*, 2016) mais présentent, à long terme, une meilleure santé mentale que celles qui n'ont pas pu avorter d'une grossesse non voulue (Biggs *et al.*, 2020 ; Harris *et al.*, 2014).

Cette représentation de l'avortement comme drame, les médecins la charrient dans leurs pratiques, en sanctionnant le respect d'un rôle implicite d'avortante. Celui-ci suppose de suivre des « règles de sentiment » – l'expression d'une détresse qui à la fois motive et découle de l'avortement – dont la transgression représente une « déviance émotionnelle » (Hochschild, 2017). Si la loi ne stipule plus depuis 2014 que le recours à l'IVG concerne la « femme enceinte que son état place dans une situation de détresse », les avortantes doivent mettre en scène une certaine gravité et contrition, une « tristesse adaptée » (comme me le dit une

médecin du CIVG 3 dans le cadre d'une procédure d'IMG). La légèreté déclenche parfois l'indignation des professionnel·les : avorter « le sourire aux lèvres » (Marion, 35 ans, gynécologue-obstétricienne, PH), prendre le médicament abortif comme « un bonbon » (Violette, 25 ans, gynécologue médicale, interne), « s'en fout[re] » d'avorter et considérer l'hôpital comme « un self-service IVG » (Alain, gynécologue-obstétricien, chef de service), rire dans la salle d'attente du centre d'IVG, avoir des comportements jugés frivoles et déplacés tel que le fait de s'enthousiasmer de l'image échographique – « c'est trop stylé ! » – et de demander s'il est possible de la prendre en photo. L'indignation générale que suscite le détachement d'une candidate à l'IMG pour détresse psychosociale au sein de l'équipe de la maternité 1 s'est cristallisée autour d'un geste, encore commenté des mois plus tard : elle s'est lissé les cheveux en salle d'attente²⁹. Certaines demandes d'IVG sont jugées « abusives » parce que leur motivation, considérée futile, suggérerait que l'avortante prend l'avortement à la légère. Ainsi Catherine (63 ans), PH de gynécologie-obstétrique, raconte la deuxième IVG qui l'a détournée du travail d'avortement :

« La femme s'en foutait [...] j'avais appris que c'était une étudiante en médecine et que ça l'emmerdait parce qu'elle partait en vacances aux Antilles. Alors là vous vous sentez un peu instrumentalisée quand même. Donc là j'ai dit à mon mari, j'ai arrêté. » (Entretien du 28 septembre 2020)

La détresse visible permet aux médecins de résoudre la contradiction des normes professionnelles (valorisation du droit des femmes à l'avortement, humanisation du fœtus) par l'évidence morale que pratiquer l'avortement est la bonne chose à faire et d'endosser un rôle gratifiant de sauveur ou sauveuse. Son absence, à l'inverse, les confronte à la représentation morale ambiguë que certain·es ont de cet acte médical. Laura (26 ans, gynécologue-obstétricienne, interne) ressent un décalage entre la difficulté – morale – de l'IVG pour les médecins et sa simplicité supposée pour les avortantes :

« C'est vrai que pour les patientes c'est, entre guillemets, royal. Elles s'endorment, et quand elles se réveillent c'est réglé. Mais... quand c'est toi qui fais... Ça peut être vraiment... Vraiment difficile. » (Entretien du 29 septembre 2020)

Beaucoup des avortantes ont intégré ces « règles de sentiment » (Hochschild, 2017), au point que l'une d'entre elles, anesthésiée au protoxyde d'azote – le « gaz hilarant » – se confonde en excuses auprès de l'équipe soignante d'avoir ri et chanté pendant l'intervention sous anesthésie locale.

²⁹ Ici, la déviance par rapport à la norme abortive s'ajoute à la transgression de normes sociales qui encadrent plus largement les conduites à l'hôpital, l'avortante se comportant comme si elle était chez elle ou dans un salon de coiffure.

L'avortement est donc émotionnellement normé (Thizy, 2023a), comme le sont la grossesse menée à terme (Vozari, 2021) et l'accouchement (Arnal, 2016). Il faut performer la détresse dans le cadre de la demande d'IVG, dans une certaine limite toutefois au risque, sinon, que la souffrance exprimée soit lue comme une marque d'« ambivalence ».

2. « Voir la demande derrière la demande » : la dimension diagnostique du travail d'avortement

La seconde dimension de la psychologisation de l'avortement est sans doute encore plus largement répandue aujourd'hui dans les centres d'IVG. Elle consiste en la mobilisation profane des catégories de la psychanalyse, en particulier de l'identification des désirs et besoins inconscients supposés de l'avortante. Cela se manifeste de deux manières : par l'interprétation de l'avortement comme un « symptôme » de dysfonctionnements « latents » ; par le diagnostic d'une « ambivalence »³⁰, d'un désir d'enfant caché. Dans les deux cas, la demande explicite de l'avortante et son interprétation de sa situation sont disqualifiées par l'herméneutique des professionnel·les.

« **Laurence** : L'avortement, c'est pas qu'une histoire de contraception, c'est aussi une histoire psychologique. Toutes les petites internes qui viennent ici, leur première réaction c'est de mettre un max de stérilets et d'implants. Ça les choque que les patientes reviennent. Mais ça marche pas. Elles vont revenir enlever l'implant. Ce qu'ont montré les psychiatres c'est que l'avortement est le symptôme d'un problème sous-jacent.

Raphaël : Tu penses ?

Laurence : Oui, très souvent c'est le cas. Et avant on avait une psychologue qui était capable de travailler cet aspect-là. Et avec l'entretien obligatoire, c'est une démarche pour faire parler les gens de ce dont elles veulent pas parler. On le fait plus trop. On ne va plus chercher la raison profonde de leur avortement. Moi je pense que c'est pas possible qu'autant de femmes se mettent dans la situation de faire autant d'avortements. C'est pas qu'elles sont idiotes ou qu'elles arrivent pas à prendre la contraception. C'est des blessures d'enfant, et les femmes se punissent, se font du mal. Il faut accepter que ça puisse être long la démarche pour obtenir l'IVG, parce qu'il faut ouvrir la carapace. [...] On est devenu une machine de guerre à faire des IVG. Des fois elles arrivent, elles ont pas encore pris le temps de demander à leur compagnon ce qu'il en pense. Qu'elles prennent la décision elles, d'accord, mais qu'elles viennent si vite... Je suis pas sûre qu'on respecte les femmes en allant aussi vite. Le désir de maternité d'une femme, c'est plus compliqué que ça. » (Entretien du 4 octobre 2021)

Ces paroles de Laurence sont représentatives de l'opinion de la plupart de ses collègues du centre d'IVG. La sage-femme, les cinq infirmières, l'aide-soignante, la conseillère conjugale et familiale, une des deux secrétaires, m'ont tenu peu ou prou les mêmes propos. Pour elles, l'IVG n'est jamais seulement un accident ni le résultat d'un problème

³⁰ Par commodité, je m'abstiendrai d'utiliser les guillemets dans le reste de la thèse.

d'accès à la contraception. C'est un « lapsus » (Virginie, infirmière-conseillère³¹), un « acte manqué » (Laurence), un « symptôme » (Cécile, CCF), l'expression d'un désir d'enfant, ou d'un traumatisme latent, souvent liée à la famille, à l'enfance, ou au rapport à la féminité. La grossesse non prévue – me dit-on dans les trois centres enquêtés – est aussi un moyen inconscient pour les femmes de se rassurer sur leur fertilité. « Je sais pas si on peut vraiment jamais parler d'accident. Une IVG c'est jamais juste une IVG », me confie Virginie. L'un des événements auxquels les professionnelles aiment lier la demande d'IVG, c'est le décès d'un proche. Le verbe « aimer » est choisi consciemment. J'ai observé quelque chose de l'ordre d'une certaine jubilation lorsque des professionnelles découvrent un événement tragique auquel relier l'IVG. Ces situations font parties des sujets de conversation favoris entre les professionnel·les du service. Sandrine, la sage-femme du CIVG 1 (46 ans), pense ainsi trouver l'explication des IVG répétées d'une avortante dans le décès de son père :

« **Sandrine** : Je suis contre l'idée que c'est un problème de contraception. Si on veut pas tomber enceinte on a tout ce qu'il faut pour. Non, il y a une dimension psychologique. Souvent il y a un problème derrière.

Raphaël : Un problème ?

Sandrine : Un décès, un déménagement, une rupture... J'ai eu une patiente qui est venue pour son neuvième avortement l'autre jour. Je me suis rendue compte que c'était tous les ans au même moment, au moment de l'anniversaire du décès de son père ! » (Notes de terrain, octobre 2021)

« Contre » l'idée que les grossesses non désirées seraient la conséquence d'échecs contraceptifs ou de difficultés d'accès à la contraception, Sandrine y voit des raisons plus profondes, un « problème derrière ».

C'est une interprétation particulièrement répandue du comportement procréatif des femmes qui avortent plusieurs fois, comportement présenté comme autodestructeur. Après un échange de quelques minutes lors de la prise de sang réalisée à une avortante de 24 ans qui avorte pour la cinquième fois en évoquant la relation compliquée qu'elle entretient avec son conjoint – celui-ci a accepté un projet parental avant de changer d'avis à chaque fois qu'elle tombait enceinte –, Virginie (56 ans, infirmière-conseillère) rejette l'explication donnée par l'avortante (« Tu peux pas mettre ça sur le dos du conjoint ») et m'explique que ces avortements sont assurément la conséquence de « choses qui lui sont arrivées dans l'enfance » pour lesquelles elle se « mutile ». Laurence (65 ans), la gynécologue attachée du CIVG 1, me décrit les « avortements réitérés » comme « des appels au secours par des mini-tentatives de suicide répétées ». L'avortement n'apparaît pas comme un moyen de régulation des

³¹ Cécile, la conseillère du CIVG 1, n'étant présente que trois jours par semaine dans le service, c'est Virginie, une infirmière qui a fait une formation de conseillère, qui réalise les entretiens le reste du temps bien qu'elle n'ait pas de mandat officiel pour le faire.

naissances saines et anodines, mais comme un dysfonctionnement, ou comme le signal d'un dysfonctionnement. Le rôle des médecins n'est pas d'accepter mécaniquement les demandes d'interruption de grossesse, mais de « décoder les demandes »³². Il s'agit d'en identifier les causes réelles, invisibles aux yeux de l'avortante, en distinguant « les IVG simples, où l'IVG c'est le problème, et d'autres où c'est le symptôme, la fièvre », comme me l'explique Mathieu (60 ans), généraliste du CIVG 3.

Il s'agit, aussi, de repérer un désir d'enfant que l'avortante cacherait ou, surtout, se cacherait.

« La demande d'interruption de grossesse est une situation où la femme exprime, et de façon dramatique, son ambiguïté vis-à-vis de la grossesse : *qu'une femme demande un avortement ne signifie pas nécessairement qu'elle le désire et qu'elle ne regrettera pas amèrement ce geste irréversible*. Il semble indispensable, devant une demande d'interruption de grossesse, d'avoir l'esprit métaphysique, de savoir découvrir l'essence sous l'apparence. La seule, la vraie question, la plus difficile à résoudre dans cette situation est celle-ci : "*Que veut réellement cette femme qui demande l'interruption de grossesse*" ». (J.-H. Soutoul, *Conséquences d'une loi. Avortement an II*, 1977, p. 82).

Près de cinquante ans après le texte de Soutoul, professeur d'obstétrique et fervent opposant au droit à l'IVG, dans les trois centres observés, l'idée que des avortantes puissent avoir un désir de grossesse conscient ou inconscient, « vraie cause » de l'avortement (Mathieu), reste une préoccupation partagée par la plupart des médecins. Il ne s'est pas passé un jour sans que je n'entende une femme être caractérisée d'ambivalente – terme émiqne central dans le travail d'avortement – ou que cela ne fasse l'objet de débat et d'un jugement collectif entre professionnel·les.

Médecins et sages-femmes mais aussi parfois CCF, infirmières, secrétaires ou aides-soignantes participent au repérage de l'ambivalence au travers des différentes interactions des avortantes avec l'institution médicale. Les professionnel·les s'appuient sur plusieurs indices signalant, à leurs yeux, la possibilité d'un désir d'enfant caché : les émotions spontanées à la nouvelle de la grossesse, le retard au centre d'IVG ou le fait de manquer des rendez-vous, la tardiveté de la demande d'avortement (avorter près du délai légal ou attendre entre la découverte de la grossesse et la demande d'avortement), l'insistance pour avorter sous anesthésie générale, les larmes, la douleur physique. Dans ces cas-là, les professionnel·les considèrent qu'il leur revient « d'enquêter » sur les raisons du comportement, de chercher à « savoir quand est-ce que la décision a été prise et combien il y a eu d'allers retours dans la tête depuis » (Gaëlle, 42 ans, médecin généraliste, PH). Les médecins du CIVG 3 interrogent ainsi les avortantes sur leurs émotions à la découverte de la grossesse et sur le processus qui a

³² Comme l'écrit une psychologue engagée à l'ANCIC dans le numéro de janvier 2013 de *l'Écho de l'ANCIC*. Le travail en centre d'IVG consiste selon elle à « écouter la demande, la latente derrière la demande manifeste ».

mené à la prise de la décision d'avortement. En consultation pré-IVG, Lise demande : « Comment est-ce que vous avez découvert la grossesse ? [...] Comment est-ce que vous avez réagi spontanément avec le résultat de votre grossesse ? » Puis :

« **Lise** : Et la décision elle était évidente ?

Mme I. : Je me suis posé la question d'avoir un quatrième enfant, j'aurais pu, mais c'est trop la merde dans le monde.

Lise : La décision est plus évidente pour votre conjoint ?

Mme I. : Non non, on est sur la même longueur d'onde. » (Notes de terrain, juin 2022)

De même, Alison (27 ans), l'interne de médecine générale, s'enquiert : « Du coup, c'est une grossesse qui arrive pas au bon moment, la décision est claire ? Dès que vous avez su, vous avez pas hésité ? », ou Charlotte (40 ans) :

« Quand vous faites votre test de grossesse il y a 15 jours, c'est quoi votre réaction ? Vous êtes fâchée, vous avez peur... ? [...] Votre décision vous la qualifieriez comment ? Elle est claire, pas claire... ? Vous avez peur ? » (Notes de terrain, juin 2022).

Dans le CIVG 1, une avortante qui pleure est presque toujours questionnée sur son désir d'enfant et orientée vers la conseillère conjugale pour un entretien psychosocial. C'est le cas de Mme F., une femme de 31 ans, qui se rend au centre pour sa seconde IVG. Elle est à 5 SA. Elle pleure quelques instants au moment de la prise de sang et l'infirmière l'oriente vers Cécile (54 ans), la conseillère. J'assiste à l'entretien psychosocial :

« *Mme F. confie à Cécile sa volonté d'avoir un enfant et sa peur de ne pas avoir d'autre occasion plus tard.*

Cécile : Bon vous avez encore un peu de temps quand même. (*Silence*) C'est plus difficile l'IVG quand il y a un désir d'enfant. Vos parents vous soutiennent ?

Mme F. : Oui, oui.

Cécile : Donc vous avez le choix. C'est difficile d'avoir le choix parfois. (*Silence*)

Cécile l'interroge sur la méthode choisie (l'IVG médicamenteuse). Mme F. lui dit qu'elle a peur d'avoir mal.

Cécile : Oh mais cinq semaines c'est tout petit, c'est pas forcément douloureux. C'est dans la tête que c'est douloureux. Parfois quand on a un désir d'enfant, c'est plus douloureux. (*Silence*) Il faut prendre le temps de la réflexion, le temps d'encaisser. Cinq semaines c'est rien, vous pouvez attendre. (*Silence*). Vous arrivez pas à prendre la décision.

Mme F. : Si, si, je l'ai prise. (*Silence*)

Cécile : Vous arrivez pas à avoir du courage.

Mme F. : Bah si, je serais pas là sinon. (*Silence*)

Cécile : Vous culpabilisez ?

Mme F. : Un peu. [...] Après mon choix il est fait. C'est pas évident, c'est tout.

Cécile l'interroge sur sa famille, sa relation avec sa mère et sa belle-mère (« C'est pas évident les relations de femme à femme »). L'avortante ne répond plus que laconiquement, acquiesce, « Oui », « C'est sûr », « Je vais voir ». Elle semble désormais impatiente que la conseillère mette un terme à l'entretien. Pendant 15 minutes, Cécile continue l'entretien sous forme de quasi-monologue.

Cécile : Bon c'est pas simple tout ça en conclusion (*Mme F. acquiesce*). Vous vous sentez inquiète ?

Mme F. : Ça va.

Cécile : Il faut prendre le temps de la décision. Ce qu'on va faire, c'est programmer l'IVG médicamenteuse, et si au moment de la prise du médicament vous voulez plus, on peut reprendre rendez-vous.

Elle lui propose des dates pour un autre rendez-vous avec elle, l'avortante esquive (« Je verrai »). Cécile lui dit qu'elle peut l'appeler, lui laisse son numéro. Elle lui propose d'être là par téléphone pour la prise du premier médicament mais Mme F. refuse poliment. L'entretien se termine et Mme F. voit Véronique (infirmière) pour la programmation.

Véronique : Ça vous a fait du bien de prendre ce petit temps de parole ?

Mme F. : Mmmh.

Véronique : Peut-être que ce serait bien que vous la revoyiez avant la prise du médicament ?

Mme F. : Non, ça va.

Véronique : Bon, si vous changez d'avis... » (Notes de terrain, octobre 2021)

Cet extrait de terrain laisse voir un décalage entre l'ambivalence que la professionnelle estime repérer – qu'elle participe à produire en l'affirmant (« Vous arrivez pas à prendre la décision ») et en suggérant de repousser l'IVG – et les propos de l'avortante qui affirme son inquiétude d'avoir mal, sa crainte de ne pas avoir d'enfant plus tard, sa légère culpabilité, sans jamais cesser d'affirmer la certitude de son choix d'avorter. Passées les premières minutes de l'entretien, le hiatus entre l'envie de la conseillère de faire parler l'avortante et celle de l'avortante de quitter l'entretien a été patent.

Les avortantes qui découvrent l'IVG au délai limite, qui ont attendu entre la découverte et la demande, et/ou qui ont annulé des rendez-vous médicaux peuvent être soupçonnées d'avoir un désir d'enfant qui les fait hésiter. C'est le cas de Mme R., une femme de 22 ans qui réalise sa seconde IVG. Elle n'est pas venue à la consultation pré-IVG pour laquelle elle avait rendez-vous sept semaines plus tôt et est désormais à 13 SA et six jours quand elle voit Auriane (27 ans), l'interne de gynécologie médicale du CIVG 1 :

« Mme R. pleure, Auriane lui tend un mouchoir.

Auriane : Qui est-ce qui est au courant pour cette grossesse ?

Mme R. : Presque personne. Mon copain.

Auriane : Pourquoi vous avez pas pu venir plus tôt ? Vous étiez pas sûre du choix ?

Mme R. : Si, si, j'étais sûre, mais j'étais avec mes parents et je peux pas leur dire.

(Auriane fait l'échographie) Désolée si je tremble.

Auriane : Non je comprends, c'est pas grave. On est à la limite légale. Il faut que j'en parle avec le chef de service, pour voir si on peut la faire en urgence. Il y a que votre copain qui est au courant ?

Mme R. : Oui, et une copine... Vous pensez qu'il y a une chance ?

Auriane : Oui. (*Silence*) Mais qu'est-ce qu'il s'est passé pendant deux mois, vous êtes sûre que vous hésitez pas ?

Mme R. : Il y a eu un décès dans ma famille, on a dû partir à [ville], et je peux pas en parler à mes parents.

Auriane : Qui est décédé ?

Mme R. : Ma grand-mère.

Après la consultation Auriane me dit :

Auriane : Tu vois c'est compliqué là, parce qu'elle le savait depuis deux mois.

Elle appelle le chef de service qui donne son accord pour faire l'IVG en urgence au bloc de gynécologie deux jours plus tard. Elle antidate l'échographie de manière à ce que le dossier indique un terme de 14 SA au jour de l'intervention. Elle m'exprime son agacement :

Auriane : Bah oui mais là franchement, elle est déjà venue le 30 juillet... Je veux bien qu'il y ait un décès mais c'est quand même hyper facile d'avorter ici. Il suffit d'un peu d'énergie. On se demande est-ce que vraiment elle le veut [l'avortement]. Elle savait depuis deux mois. Elle est ambivalente je pense. Un décès ça t'empêche pas de faire une IVG. Tu trouves les moyens.

En revoyant Mme R. : Bon, c'est bon, mais franchement c'était limite. » (Notes de terrain, septembre 2021).

Les médecins et sages-femmes prennent en compte la temporalité de la demande, indépendamment du terme, c'est-à-dire la latence entre la découverte de la grossesse et l'inscription dans le parcours d'avortement. Les avortantes qui se rendent au centre d'IVG dès la nouvelle de leur grossesse sont parfois considérées comme se précipitant, escamotant un temps de réflexion jugé psychologiquement bénéfique voire indispensable, et, dans les CIVG 1 et 2, font parfois l'objet de pratiques dilatoires. À l'inverse, celles qui ont trop attendu peuvent être soupçonnées d'avoir d'abord voulu garder la grossesse voire d'être encore ambivalentes, et peuvent être sommées, comme Mme R., de justifier leur attente.

La propension à expliquer le comportement des avortantes par la psychologie amène certain·es professionnel·les à minimiser le poids des démarches à réaliser pour avorter (réaliser plusieurs consultations, dans un lieu ouvert uniquement en semaine et à des horaires restreints, parfois éloigné du domicile), qui sont aggravées par le « travail d'invisibilisation » (Thizy, 2021) que doivent fournir les avortantes souhaitant cacher leur avortement à leur famille, leur conjoint ou leur employeur ou employeuse. Elle les conduit en outre à interpréter des difficultés résultant de contraintes structurelles telles que la division sexuée du travail domestique et parental, ou même les violences conjugales et familiales, comme la manifestation d'un doute sur le choix d'avorter.

Un matin, les équipes du CIVG 1 refusent par exemple de prendre en charge une mère de famille arrivée à 9h30 pour un rendez-vous à 8h. La femme s'emporte, explique qu'elle a deux jeunes enfants qu'elle peine à faire garder, qu'elle ne peut venir qu'après les avoir déposés à l'école et que les seuls rendez-vous que propose le centre pour la réalisation de l'IVG – à 8h – ne lui conviennent pas. Cécile, la conseillère, demande alors à la cantonade : « Elle veut vraiment son IVG ? ». Un nouveau rendez-vous lui sera donné pour un autre jour, toujours à 8h. Une autre femme, âgée de 24 ans, ayant déjà participé à tous les premiers

rendez-vous du parcours IVG, appelle la veille de la réalisation de l'IVG instrumentale car son conjoint refuse qu'elle avorte et la séquestre à la maison. Lorsque Virginie (56 ans), infirmière-conseillère, lui suggère d'appeler la police et que la femme lui répond qu'elle ne peut pas faire cela à son mari, elle conclut l'appel : « Alors on ne peut rien faire. » Puis elle se tourne vers moi, témoin de l'appel :

« **Raphaël** : Peut-être qu'elle arrivera à venir dans les prochains jours ? On pourra la prendre hors délai ou en IMG ?

Virginie : Oui mais ça, moi je suis pas pour.

Raphaël : Mais si elle est séquestrée...

Virginie (dubitative) : Oui, c'est ce qu'elle dit ! Je lui dis de porter plainte, elle me dit que c'est son mari et que tant pis elle va devoir garder la grossesse. Déjà elle est venue consulter, elle était à treize semaines, moi je pense qu'elle est ambivalente. » (Notes de terrain, mars 2022)

Les rapports de domination sont invisibilisés au profit des dispositions psychologiques supposées des avortantes. Ce phénomène était déjà commenté par Robert Castel au sujet de la psychanalyse dont un des effets est qu'elle méconnaît et « occulte toujours les problèmes sociopolitiques » au bénéfice d'un sens symbolique supposé (1973 : 13).

La psychologisation, c'est donc non seulement l'attention à l'expérience psychique supposée, notamment négative, de l'avortement, mais aussi le cadrage de cette expérience comme étant le produit d'un processus invisible pour l'avortante – *inconscient*, dans une perspective psychanalytique – qui serait néanmoins visible par les professionnel·les et qui justifierait de douter de la capacité des femmes à décider pour elle-même. Il y a trois conséquences à cela.

D'abord, cela participe de la pathologisation de l'avortement. L'avortement ne relève pas d'un comportement procréatif transparent et sain, mais d'un trouble ou de la conséquence d'un trouble qui nécessite une prise en charge (par la parole principalement). Comme la surestimation des risques de complications et de séquelles physiques, la psychologisation contribue à construire la vulnérabilité des avortantes et, partant, leur dépendance aux médecins.

Ensuite, la psychologisation est un mécanisme central de la domination médicale, en légitimant le fait de prendre des décisions pour les avortantes et à l'encontre de leurs souhaits au nom d'une connaissance supérieure de leur intérêt. Au fond, la « prise en charge globale » dans l'IVG ne correspond pas seulement à la prise en compte du psychisme et des émotions réellement exprimées, à l'extension de la définition du travail au-delà de la dimension technique, mais à la prise en compte de ce que la femme ne veut pas (du moins

explicitement). Cela suppose une relative disqualification de la capacité de discernement des avortantes, opposée à la perspicacité des professionnel·les. Dans la préface d'*Asiles*, Robert Castel écrit que le médecin est toujours en danger de se trouver comme l'ethnologue préscientifique en face de l'indigène, c'est-à-dire que son « écoute » tend à « prêter à l'interlocuteur ses propres rationalisations au lieu de reconstruire une "culture" du malade qui ne doit rien, d'abord, aux hypothèses de la psychiatrie ou de la psychanalyse » (1968 [1961] : 18). Le risque qui en découle est que le médecin « réinterprète selon sa propre logique toute velléité d'autonomie et impute à la pathologie du patient tous les comportements qui ne se plient pas à ses normes » (*ibid.* : 15).

Enfin, en introduisant une dimension diagnostique dans un travail qui en est *a priori* privé, la psychologisation participe à l'enrichissement du travail d'avortement en le distinguant d'un travail de prestataire. C'est ce qu'il s'agit maintenant d'aborder en montrant comment la psychologisation a permis la construction et la revendication d'une expertise spécifique qui a été historiquement un enjeu de spécialisation pour les avorteurs et avorteuses.

B. Psychologiser ou banaliser ? Des modes de politisation du travail d'avortement socialement et historiquement situés

L'approche critique de la psychologisation et de ses effets adoptée jusqu'ici ne permet pas tout à fait de comprendre son succès au sein de l'espace professionnel de l'avortement. Pourquoi des médecins qui pratiquent des IVG et affirment leur engagement pour le droit à l'avortement s'opposent-ils et elles à sa banalisation non seulement dans les discours (considérer l'avortement comme un acte banal) mais dans la loi (simplifier les parcours d'IVG) ? C'est moins une approche compréhensive que structurale que j'adopte ici, en considérant que le discours psychologique des professionnel·les sur l'avortement est situé historiquement et socialement. En retraçant son histoire et ses enjeux professionnels, il apparaît que son succès s'explique bien moins par le conservatisme des professionnel·les ou l'influence de la rhétorique anti-avortement, que par le fait que la psychologisation a été un instrument de spécialisation des avorteur·ses et un des modes privilégiés de politisation de l'avortement.

Au moment de la dépénalisation de l'avortement, l'attention au psychisme apparaît comme un instrument de libération des femmes. La psychiatrie est l'une des spécialités médicales comptant le plus de médecins favorables à la libéralisation de l'avortement (Garcia 2005) et, au sein des milieux militants d'extrême gauche dont sont proches beaucoup des première·s médecins travaillant en centre d'IVG, la psychanalyse apparaît comme une théorie

progressiste et un outil d'émancipation (Ruault, 2017a : 482 ; Koechlin, 2021 : 164-165 ; Roux, 2023 : 161). Pour Didier (78 ans) qui a fondé le CIVG 1 et l'a dirigé jusqu'en 1990, son engagement anticapitaliste et féministe se réalise dans son activité professionnelle par la pratique des avortements et par l'importance donnée à la psychologie : « Nous, on croyait à la révolution, à la lutte des femmes, à l'intégration de la dimension psychosomatique. Le métier du gynécologue – pas du psychiatre ! – c'est que la parole puisse advenir. » De la création jusqu'aux années 2000, des réunions hebdomadaires ont visé à former le personnel à la psychanalyse autant qu'à la gynécologie par des discussions autour de concepts et de livres de Freud. Dans le CIVG 1 comme dans le CIVG 3 jusqu'à la fin des années 1990, des psychanalystes étaient régulièrement sollicités pour réaliser des formations ou pour éclairer – *a posteriori* – certains « dossiers dynamite ». J'ai souvent été sidéré par le degré de conviction d'enquêté·es interprétant le comportement des avortantes de manières qui me semblaient pourtant farfelues. Par exemple, Paule (72 ans), gynécologue ayant longtemps travaillé dans le CIVG 1, me raconte la demande d'une avortante terrorisée par la grossesse du fait de la psychose puerpérale³³ qu'a connue sa mère au moment de son accouchement. Paule effectue l'avortement après avoir longuement parlé avec elle. Six mois plus tard, l'avortante la remercie en lui offrant un pot en céramique de la ville de Dieulefit (célèbre pour ses potier·es), que Paule décrit comme une petite bassine, rempli de bonbons à la mûre. Elle m'explique :

« **Paule** : Le petit cadeau pour moi, il était le signe que ça s'était bien passé. Que cette histoire-là était rentrée dans son histoire à elle. Qu'elle avait plus peur. Peut-être que je me suis trompée hein !

Raphaël : Pourquoi est-ce que c'est un signe que ça allait mieux ?

Paule : Parce que tu as fait le tour de l'histoire. Dans le petit cadeau, tu as tout. Tu as Dieu qui l'a fait, qui le fit. Tu as le médecin qui s'en est lavé les mains [puisque c'est une petite bassine]. Et tu as la mûre, la folle – “elle est complètement mûre” –, qui est là. Donc tu as réuni toute l'équation de l'avortement. Mais je sais pas si ça, tu peux entendre. » (Entretien du 12 avril 2022)

Pour ces professionnel·les, la psychologisation est donc une manière de politiser le travail d'avortement. D'une part, en faisant émerger les avortantes comme des victimes plutôt que comme des coupables. Comme l'a montré l'anthropologue Claudia Mattalucci, les discours attentifs aux conséquences affectives délétères de l'avortement et l'idée que l'avortement serait un « traumatisme » pour les femmes ont d'abord été portées par les mouvements féministes avant la légalisation. Dans un contexte social et historique où les femmes avortaient clandestinement, sans anesthésie, au péril de leur vie et à l'encontre de la

³³ Trouble psychiatrique grave qui survient le plus souvent dans la semaine qui suit l'accouchement.

loi et de la morale, l'insistance sur les périls et souffrances que traversaient alors les femmes visait à fragiliser l'argumentaire concurrent évoquant un choix égoïste face à l'innocence et la souffrance des fœtus (Mattaluci, 2018 : 79)³⁴. Au lendemain de la dépénalisation, la psychologisation apparaît comme un moyen porté par des professionnel·les militant·es de déstigmatiser l'avortement et les avortantes. D'autre part, la psychologisation a été une manière de politiser le travail d'avortement en réinterprétant le mandat d'encadrement discursif dissuasif confié par la loi Veil en opportunité d'accompagnement visant à faire de l'avortement une « expérience pensable, “mûrissante”, positive »³⁵. L'entretien psychosocial initialement pensé par la loi Veil comme un moyen de décourager les avortantes voit peu à peu son sens redéfini par les conseillères qui le pratiquent comme un moment d'aide individualisée (Devreux, 1982). Comme la « psychologisation des violences », celle de l'avortement a bien aussi une histoire féministe (Pache, 2019).

Si cette psychologisation a un tel succès dans l'espace professionnel de l'avortement qui émerge alors, c'est que l'engouement militant pour la psychanalyse rencontre l'intérêt professionnel non seulement des CCF, profession dont la prise en charge du psychisme des avortantes constitue le principal débouché, mais aussi des médecins qui se spécialisent alors dans la pratique des avortements. La psychologie a servi d'outil de spécialisation des avorteur·ses. Attester les risques de l'avortement et la complexité psychologique de sa prise en charge a été une manière de construire et de revendiquer une expertise autour d'un geste réputé comme étant techniquement simple. La constitution d'un savoir pluridisciplinaire sur l'avortement où la psychologie occupe une place centrale, et la revendication précoce d'une « prise en charge globale », opposée à une médecine – celle des spécialités d'internat – centrée sur l'organe et la technique, sont des éléments d'une stratégie de distinction de ce segment professionnel dominé du champ médical. La spécialisation informelle d'avorteur·se se distingue ainsi du reste de la médecine critique étudiée par Pascal Marichalar, Audrey Mariette ou Laure Pitti. Celle-ci s'est fondée sur l'idée d'une « expertise brute » des profanes et une circulation réciproque du savoir médical (Pitti, 2010 ; Marichalar et Pitti, 2013) là où la psychologisation de l'avortement porte l'idée que leur condition échappe à la conscience des profanes.

Aujourd'hui encore, la psychologisation représente un enjeu professionnel dans la mesure où elle permet l'enrichissement du travail quotidien. Les médecins du CIVG 3 voient dans la dimension relationnelle de sollicitation d'un récit de vie la partie la plus intéressante

³⁴ Cette idée que la pathologisation déresponsabilise en partie l'individu déviant n'est pas propre à l'avortement. Monique Membrado l'évoque au sujet de la reconnaissance de l'alcoolisme comme maladie (2006).

³⁵ Luisa Attali *et al. op. cit.*, p. 76.

de leur travail. Charlotte (40 ans) oppose ainsi les tâches consistant à « faire le dossier, l'histoire, [...] écouter les choses qui se disent », qu'elle apprécie, au reste de la consultation qui consiste à « faire de la paperasse ». Mathieu (60 ans) évoque le repérage et la prise en charge de l'ambivalence comme étant « là où [il s]e sen[t] le plus utile ». La transmutation de l'avortement, ponctuel ou répété, en symptôme d'un dysfonctionnement social ou psychologique permet de promouvoir les médecins, sages-femmes, ou les infirmières qui réalisent la prise de sang de simples technicien·nes d'un geste à la technicité jugée limitée en expert·es de la psychologie des avortantes. Elle permet aussi, pour celles peu à l'aise avec le principe moral de l'avortement, comme c'est le cas de certaines infirmières du CIVG 1, de ne considérer l'interruption de grossesse que comme une part anecdotique de leur travail, un épiphénomène : leur travail ne consiste pas à « vider des utérus » mais à offrir une prise en charge psychosociale à des « patientes ». S'il y a un décalage frappant entre la perte de popularité et de légitimité de la psychanalyse dans le champ intellectuel (Lézé, 2010) et le maintien de son influence sur les représentations et pratiques médicales, c'est notamment parce qu'elle est un moyen de valorisation du travail et, comme on l'a vu plus haut, de légitimation d'un pouvoir sur les patient·es.

Mais Claudia Mattalucci a montré que la psychopathologisation de l'avortement avait une seconde généalogie, plus tardive que celle des mouvements pour la libéralisation de l'avortement, dans les discours militants anti-choix qui se développent autour du « syndrome post-avortement » : le traumatisme lié à l'avortement y est présenté comme un principe psychique inhérent à l'acte, la culpabilité affectant nécessairement les femmes, consciemment ou inconsciemment et sur le long terme (Mathieu *et al.*, 2023)³⁶. L'argumentaire des mouvements anti-choix a évolué d'une position de défense des fœtus vers une position de défense des femmes, victimes de leur propre avortement (Saurette et Gordon, 2016 ; Lowe et Page, 2019). Lorsque certain·es médecins affirment encore le vécu nécessairement traumatique de l'avortement, ils et elles tiennent un discours qui est non seulement factuellement faux, mais qui s'inscrit, souvent sans le savoir, dans un héritage devenu foncièrement conservateur.

De fait, l'affaiblissement progressif du stigmat qui entoure le recours à l'avortement et les évolutions légales de son encadrement ont changé la portée politique de la psychologisation. D'un moyen de déculpabiliser les avortantes, elle est devenue un frein à l'accès rapide à l'IVG, à la poursuite de la libéralisation de l'avortement et à sa représentation

³⁶ L'existence de ce syndrome est avancée par une littérature scientifique (en psychologie et psychiatrie principalement), dont la rigueur méthodologique et les résultats sont très critiqués (Speckhard et Rue 1992; Rue 1995; Reardon 1997; Reardon *et al.* 2003). Pour une critique de ces travaux, voir par exemple Major, 2003.

comme un acte procréatif ordinaire. J'ai été surpris, au début de l'enquête ethnographique, par la rancœur des professionnel·les du CIVG 2 et d'une large part de celles du CIVG 1 (à l'exception des internes et assistantes) envers les mesures de simplification de la procédure d'IVG telles que la suppression de la semaine de « réflexion » et de l'entretien psychosocial systématique. Puis j'ai compris que ces évolutions affaiblissaient l'assise légale et matérielle du travail d'accompagnement et d'éducation dont nous avons vu qu'ils étaient centraux dans la définition de leur rôle par les professionnel·les de l'IVG. Pour gouverner par la parole, il faut bien avoir des occasions de parler, et la durée et la répétition des consultations donnent aux médecins les moyens de leur action socialisatrice. Le « démantèlement de la loi de Simone Veil » (Anne-Hélène, ancienne psychologue du CIVG 1) ne leur permet plus d'exercer leur métier de la manière qui leur semble la meilleure et la plus valorisante, ce qu'elles dénoncent comme une perte de militantisme, voire une maltraitance et une trahison des femmes. Comme nous le verrons, ces professionnel·les utilisent l'autonomie dont elles disposent par rapport à la loi, et leur pouvoir sur les avortantes, pour maintenir des parcours d'IVG complexes au nom de la nécessité psychologique pour les avortantes de « ne pas avorter à chaud ». Si certaines reconnaissent qu'un délai d'attente et un entretien psychosocial ne sont pas indispensables pour *toutes* les femmes, elles estiment ridicule le coût de leur systématisme en regard de son intérêt, invoquant, contre l'autonomie des femmes, leur bien-être (« On a le temps », « ça coûte rien d'attendre un peu », me dit Laurence ; « Quand je vois toute l'aide qu'on a pu apporter aux femmes », se défend Mireille, une CCF membre de l'ANCIC). La thèse de Laurine Thizy a pourtant montré, à partir d'entretiens avec des avortées, que si celles qui ont des dispositions préalables à l'auto-analyse psychologique y trouvent un soutien, beaucoup de celles qui le réalisent n'en voient pas l'intérêt voire le décrivent comme une épreuve pénible (Thizy, 2023b : 225).

Un second mode de politisation du travail se développe progressivement dans l'espace professionnel de l'avortement, qui ne repose pas sur la psychologisation mais sur la banalisation. Il s'agit de dédramatiser le recours à l'avortement, présenté non plus comme un problème mais comme une solution, d'en faire un acte médical comme un autre, de le démedicaliser partiellement ou, pour certain·es, totalement³⁷. L'enjeu n'est plus de faire émerger une parole vue comme salvatrice, mais de simplifier et d'accélérer la procédure d'accès à l'IVG : réduction du nombre de consultations, application de la loi de 2001 qui supprime l'obligation d'entretien, réalisation de l'IVG le jour même de la demande,

³⁷ Si ce mode de politisation se développe progressivement parmi les médecins, on le retrouve cependant chez les militantes des MLAC « dissidents » insatisfaites de la médicalisation de l'avortement par la loi Veil (Ruault, 2017b).

allongement des délais pour l'IVG à domicile, développement de la téléconsultation, limitation des gestes et examens médicaux qui entourent la réalisation de l'IVG³⁸.

Les prises de position en faveur de la banalisation sont déterminées par la position dans l'espace professionnel. La simplification des parcours d'IVG n'est pas dans l'intérêt de la plupart des professionnel·les qui les prennent en charge. Il est difficile pour une CCF ou pour une médecin qui a construit l'image positive de son travail autour de l'idée qu'une « prise en charge globale » par la parole est essentielle, d'adopter une perspective banalisante : cela signerait la mort professionnelle pour la conseillère, et une dévalorisation professionnelle pour la médecin. Les enquêté·es les plus favorables à la banalisation (et critiques de la psychologisation) sont des gynécologues-obstétricien·nes, dont la valeur professionnelle repose moins sur l'enrichissement psychologique du travail d'avortement, puisqu'elle est attestée par leur capital scolaire et, pour certain·es, par l'activité d'obstétrique qu'ils et elles pratiquent en sus du travail d'avortement. L'étude menée par Emmanuelle Zolesio sur la socialisation chirurgicale montre comment les chirurgien·nes trouvent leur valorisation professionnelle dans la glorification de la compétence technique et le rejet de la dimension relationnelle du travail médical. « J'ai pas fait parleuse », revendique une de ses enquêtées (2012 : 141).

Ces médecins favorables à la banalisation, ce sont aussi certain·es des médecins généralistes qui se trouvent amené·es, par leur militantisme politique et féministe, à accepter une position de prestataire au nom de l'intérêt des femmes à la simplification de l'accès à l'IVG.

Ce sont enfin des médecins qui ont reporté la valorisation symbolique du travail d'avortement de sa complexité psychologique vers son perfectionnement technique : ils et elles développent une expertise visant à connaître et appliquer ou à développer les protocoles les plus courts et efficaces, à pratiquer les IVG instrumentales « tardives », à réaliser des gestes rapides, qui minimisent la douleur ou les saignements.

Une controverse médiatique autour de la psychologisation de l'avortement

En mars 2012, une querelle a opposé, par tribunes interposées dans *Libération*, un groupe de sociologues et épidémiologistes à deux gynécologues-obstétricien·nes, Brigitte Letombe et Israël Nisand, qui sera par la suite président du CNGOF, et à Sophie Marinopoulos, une psychologue

³⁸ En avril 2012, Philippe Faucher, un gynécologue-obstétricien, publiait une revue de la littérature scientifique internationale dans *L'Écho de l'ANCIC*, visant à montrer qu'il était possible et souhaitable de simplifier la réalisation des IVG médicamenteuses. Il suggérait de réaliser les consultations post-IVG par téléphone (plutôt qu'en présentiel), de remplacer l'échographie de contrôle par un test urinaire, de supprimer le délai d'attente de sept jours, de réduire le délai entre la prise des deux médicaments abortifs de 48 heures à 8 heures, d'allonger le terme limite pour l'IVG à domicile à 9 SA, etc. Bien qu'elle soit principalement une analyse bibliographique, cette contribution est rangée dans la rubrique « Point de vue ». Par la suite, une grande partie des propositions que faisait ici Philippe Faucher ont été reprises dans les recommandations de la HAS.

« spécialiste de l’IVG ». Elle fait suite à la publication d’un rapport dirigé par Israël Nisand portant sur la santé sexuelle des jeunes (Nisand *et al.*, 2012). Les auteur·ices de ce rapport s’inquiètent de l’augmentation du nombre d’IVG chez les jeunes, des « séquelles psychiques » que cet acte peut entraîner, évoquant notamment une multiplication par quatre du risque de suicide à la suite d’un avortement. Nathalie Bajos, Michèle Ferrand, Laurence Meyer, Caroline Moreau et Josiane Warszawski en soulignent les erreurs de raisonnements, la lecture biaisée des chiffres de l’avortement et les propos dramatisants en contradiction avec les données scientifiques existant sur le sujet, qui relèvent davantage selon elles de la morale que de la santé publique³⁹. Nisand *et al.* y répondent, opposant « l’aveuglement » et la « position idéologique » de leurs contradictrices qui ne s’appuieraient que sur de froides données statistiques face à leur confrontation quotidienne à la grande souffrance psychique des femmes dans le cadre de leur « large et ancienne pratique clinique »⁴⁰. Et de conclure en assumant la « psychologisation » qu’évoquaient Bajos *et al.* et en affirmant leur refus, au nom de l’intérêt des femmes, de la « banalisation » de l’avortement. Une troisième tribune complète l’échange en répondant à la précédente, signée par un « groupe de médecins, gynécologues et obstétriciens », avorteurs et avorteuses spécialistes membres ou proches de l’ANCIC. Elle dénonce le « piège de la psychanalyse moralisatrice » qui fait de l’avortement « un acte obligatoirement traumatisant »⁴¹. Elle s’oppose donc à l’approche psychopathologisante (sans la nommer ainsi) de leurs collègues, sans abandonner pour autant une vision de l’avortement qui emprunte à la psychanalyse : « L’avortement est une fenêtre ouverte sur l’inconscient » des femmes (comme d’autres actes de la vie, est-il précisé), qui rend nécessaire que des professionnel·les œuvrent afin qu’il soit « un acte structurant de leur vie ».

Cette controverse médiatique le rend visible : la psychologisation de l’avortement fait l’objet d’une lutte dont les membres de l’espace professionnel de l’avortement sont des acteurs et actrices de premier plan. L’opposition entre position psychologisante et position banalisante traverse cet espace, sans qu’elle ne recoupe clairement les partitions étudiées aux chapitres précédents puisqu’elle est aussi une ligne de clivage au sein des avorteurs et avorteuses spécialistes. Chacun·e des protagonistes de cette opposition défend que sa position sert au mieux l’intérêt des femmes.

Finalement, la psychologisation de l’avortement par celles et ceux qui le prennent en charge apparaît moins comme la preuve d’une opposition cachée au droit à l’avortement ou comme une vision dépolitisée de l’avortement que comme un mode de politisation anachronique, résultat de l’hystérésis des représentations de l’avortement par les professionnel·les au cours des cinquante dernières années. Ce mode de politisation doit son succès initial à sa portée progressiste dans un contexte moral et politique moins favorable à l’accès à l’avortement, et son maintien dans les centres d’IVG s’explique par son intérêt pour les professionnel·les : il permet la spécialisation et l’enrichissement d’un travail peu considéré par une partie de la profession médicale, il crée une dimension diagnostique sinon inexistante, qui justifie les pratiques de pouvoir médical. Il est par ailleurs mobilisé aujourd’hui dans le champ politique pour plaider le *statu quo* – ni banalisation, ni retour en arrière – face aux

³⁹ « Faut-il s’inquiéter du recours à l’avortement chez les jeunes ? », *Libération*, 1^{er} mars 2012.

⁴⁰ « Faut-il s’inquiéter du recours à l’avortement des jeunes ? Oui ! », *Libération*, 9 mars 2012.

⁴¹ « Nul n’a le monopole de la parole des femmes ! », *Libération*, 20 mars 2012.

revendications d'assouplissement des conditions d'accès à l'IVG sans endosser l'identité dénigrée d'anti-IVG⁴².

Conclusion de chapitre

Le travail d'avortement est donc un travail *pour* les avortantes consistant à répondre à leur demande – « vider les utérus » – mais aussi un travail *sur* elles. Celui-ci consiste à redresser les habitus non conformes en socialisant les avortantes à des normes procréatives et sanitaires, à identifier les besoins que les avortantes taisent ou dont elles n'auraient pas conscience et à y répondre. Ce travail sur les avortantes vise non seulement à éviter la survenue future d'une grossesse non prévue, mais aussi, plus largement, à faire de l'avortante une meilleure personne, plus épanouie, plus saine et plus morale. Il ne s'agit pas là d'un à côté du travail d'avortement, mais du cœur de la définition qu'en donnent les professionnel·les de l'IVG. On ne peut pas comprendre les obstacles à l'accès à l'IVG qui subsistent sans voir cette définition large de leur travail que se donnent les professionnel·les et l'ensemble de représentations notamment psychologisantes, dans lequel cette définition s'inscrit. Dans la prise en charge de l'avortement se confondent ainsi contrôle et soin, rappel à l'ordre sexuel et procréatif et service rendu, imposition de gestes et encouragement à l'autonomie, autorité et bienveillance, domination et dépendance.

Le système normatif qui entoure le recours à l'avortement a évolué au cours des cinquante dernières années. Aujourd'hui, la norme abortive se caractérise d'abord par une forte reconnaissance de principe de la légitimité du droit à l'IVG et par une restriction des réticences morales à des modalités particulières qui distinguent les mauvaises des bonnes avortantes, selon la répétition et la fréquence des recours à l'avortement, le terme, l'écart aux normes de la bonne parentalité, la contraception utilisée avant et après l'avortement, le degré de contrition exprimé (qui doit laisser voir la détresse sans suggérer le désir d'enfant).

Le travail des médecins qui réalisent des avortements à l'époque actuelle s'inscrit dans une histoire qui dépasse leurs actions individuelles : une histoire de contrôle des avortantes dont les pratiques reflètent l'inertie – elles restent adaptées à un état antérieur de la loi – et l'héritage de ce qui était initialement une forme de politisation du travail d'avortement, la psychologisation. Alors que celle-ci visait à lutter contre la stigmatisation des avortantes, à

⁴² Lors des débats qui ont entouré le passage du délai légal de 14 à 16 SA en mars 2022, le CNGOF comme le président français en ont usé pour justifier leur opposition : un communiqué du premier citait Simone Veil en disant qu'« aucune femme ne recourt de gaité de cœur à l'avortement », et Emmanuel Macron déclarait au magazine *Elle* le 1^{er} juillet 2021 : « L'IVG est une conquête immense pour les femmes et pour les hommes, pour la dignité et l'humanité de tous. Mais je mesure le traumatisme que c'est d'avorter ».

excuser leur comportement procréatif en les présentant comme des victimes plutôt que des coupables, elle participe aujourd'hui de l'essentialisation du vécu de l'avortement et conduit à déposséder les femmes de leur avortement et du sens qu'elles lui donnent : non seulement les femmes doivent prendre en charge cette forme de travail contraceptif qu'est l'avortement, mais elles doivent, en plus, mal le vivre, l'avortement devant être nécessairement dramatique. La psychologisation de l'avortement est devenue l'un des principaux obstacles à la simplification de l'accès aux soins depuis l'allègement des contraintes légales, en motivant l'organisation de prises en charge plus longues et laissant moins d'autonomie aux avortantes. Pourtant l'objectif n'est pas, pour la plupart des professionnel·les de l'IVG, de faire obstruction à l'accès à l'avortement. Ces pratiques contraignant les avortantes sont motivées par la croyance que celles-ci y trouveraient avantage, et par l'intérêt, bien réel, des professionnel·les : la psychologisation représente un moyen d'enrichir leur travail et de légitimer leur pouvoir, au sein du champ comme sur les avortantes. Ces dernières sont constituées en patientes et se voient attribuer un statut d'ignorance, par opposition au savoir et à la lucidité des médecins.

La place centrale des médecins dans le gouvernement des mœurs ne doit pas occulter une diversité et une évolution de leurs manières de faire et de penser leur rôle. Qu'il existe une norme abortive ne signifie pas pour autant que les médecins y adhèrent toutes pleinement, ni qu'ils et elles l'appliquent de la même manière. Comme nous avons commencé à le voir, le travail sur les avortantes varie selon les positions et les dispositions des médecins. Reste à savoir comment on passe de différences dans les dispositions et visions du travail des médecins, à des différences dans l'accès à l'avortement et les manières de traiter les avortantes, par quels moyens, en pratique, les médecins traduisent leurs intérêts et leurs préférences dans les parcours de soins : ce sera l'objet des deux prochains chapitres.

Chapitre 6 : Comment les médecins contrôlent les modalités des soins (1) : L'interprétation médicale de la loi

Lors des cinq mois de terrain réalisés dans les CIVG 1 et 2, j'ai assisté au refus de prise en charge d'une dizaine de femmes qui demandaient une IVG en ayant dépassé de quelques jours le délai légal. Ces femmes étaient alors orientées vers la maternité pour un suivi de grossesse – tout en étant informées de la possibilité de se rendre en Espagne ou aux Pays-Bas qui autorisent l'avortement à des termes plus avancés –, ou, pour un petit nombre d'entre elles, vers la longue et pénible procédure d'IMG pour détresse psychosociale. Ces femmes auraient pourtant toutes été acceptées si elles avaient vécu à proximité du CIVG 3, et que ce fût là qu'elles avaient fait leur demande. En effet, on ne peut pas avorter jusqu'au même terme dans les trois centres d'IVG enquêtés. Ou plutôt, on avorte jusqu'au même terme, mais ce terme nominal ne désigne pas la même chose dans les trois centres. Tous appliquent la même loi – ils acceptent les IVG jusqu'à 14 semaines –, mais les manières de traduire la loi en pratiques concrètes – c'est-à-dire de décider de *ce qu'est* une grossesse de 14 semaines, de comment, concrètement, on calcule le terme – varient.

C'est un résultat saillant de l'enquête : la loi définit un cadre de la procédure d'IVG qui semble *a priori* intangible et objectif, mais les équipes médicales ont une marge d'interprétation du droit, dont témoignent les variations d'un service à un autre. Cela ne se limite pas à la définition du terme limite, mais, d'un centre d'IVG à un autre, c'est le parcours d'IVG dans son ensemble – nombre, contenu, espacement et durée des consultations –, les protocoles suivis et les méthodes proposées qui diffèrent considérablement.

L'existence de cette marge de manœuvre, en contradiction avec la norme d'universalisme du service public (Prud'homme, 2016), interroge. Je réponds ici à l'invitation formulée par Anne Paillet de « ne pas internaliser certaines représentations contemporaines, et en particulier certaines rhétoriques médicales, qui s'attachent à décrire la médecine comme une activité qui serait à présent extrêmement contrainte, cadrée, encadrée, voire qui aurait perdu toute autonomie » (2016 : 33), afin d'aller voir empiriquement la portée et les limites de cette autonomie. Comment, alors que le travail d'avortement est enserré dans des dispositions légales et les recommandations des autorités de santé, les médecins définissent et contrôlent-ils et elles collectivement – à l'échelle du service – les modalités des soins ? Les chapitres suivants montreront que cette capacité à contrôler les modalités des soins repose en partie sur le pouvoir des médecins dans l'interaction avec les avortantes qui leur permet de s'imposer

(de faire faire) et de différencier les soins selon les avortantes. Ce chapitre-ci porte sur la dimension juridique, légale, du pouvoir médical.

Le hiatus entre le droit et son application concrète, entre le travail prescrit et le travail réel, et plus généralement « le problème des écarts » (Olivier de Sardan, 2021 : 153) entre les normes et les pratiques, sont discutés de longue date, entre autres, par la sociologie du travail ou des organisations (Lipsky, 1980 ; Reynaud, 1988 ; Avril *et al.*, 2010 : 26) ou par celle du droit ou de l'action publique (Lascombes et Serverin, 1986). Je tente d'en appliquer les outils et questionnements à l'analyse du travail médical. Il ne s'agit pas de s'émouvoir de ces écarts à la loi : toute application de la loi est en réalité une interprétation, un usage particulier du droit. Il s'agit plutôt d'étudier l'ampleur, les mécanismes pratiques et les conséquences de l'interprétation médicale de la loi. Que les médecins interprètent la loi dans leurs pratiques n'a pas tout à fait la même signification que lorsqu'il s'agit des guichetier·es de la sécurité sociale (Dubois, 2003a [1999]) ou de l'immigration (Spire, 2008). Les médecins ne sont pas que des *street-level bureaucrats* (Lipsky, 1980) disposant du pouvoir d'appliquer différemment la règle à chaque demande d'avortement – par exemple, en acceptant la demande des unes et en refusant celle d'autres aux mêmes termes de grossesse. Leur autonomie et leur position de domination et de coordination de la division du travail à l'hôpital en font aussi des intermédiaires de l'action publique en matière de santé : elles et ils sont chargé·es de traduire la loi en des normes et dispositifs médicaux applicables, négociés à l'échelle collective de la profession, à l'échelle du service, ou décidés individuellement dans les cabinets médicaux. Il s'agit donc de considérer le pouvoir discrétionnaire des médecins en amont de l'interaction, dans la production médicale de normes, avant de considérer, dans la suite de la thèse, comment ils et elles catégorisent, trient les avortantes, différencient leurs pratiques, octroient des passe-droits. En bref, il faut comprendre la définition des règles du jeu avant de s'intéresser au jeu avec les règles¹.

Dans un premier temps, ce chapitre abordera le poids des différentes normes officielles qui encadrent le travail d'avortement et la liberté dont disposent les médecins dans la définition collective des règles de prise en charge de l'IVG au sein des services (I.). Dans un deuxième temps, à partir du cas des techniques de datation des grossesses, il évoquera la nécessaire traduction du droit dans des « instruments » médicaux qui, en l'opérationnalisant, produisent des effets, et la négociation entre les médecins du service que l'adoption de ces

¹ Je reprends ici la formule de Maud Gelly (2023 : 129) dans son analyse du tri des patient·es en réanimation pendant l'épidémie du COVID. Elle distingue l'activité des sociétés savantes qui jouent un rôle d'intermédiaires de l'action publique en définissant les règles (les normes médicales), et celle des médecins de première ligne qui les appliquent discrétionnairement au guichet. Dans ce chapitre, je décalerai légèrement le regard en montrant comment le travail médical mêle intimement interprétation et application de la loi.

instruments suppose (II.). Dans un troisième temps, il questionnera la conscience et l'usage que les médecins ont du droit en analysant la manière dont ils et elles le transgressent (III.).

Je m'appuierai principalement sur les observations des consultations, des réunions et des discussions informelles des professionnel·les des trois centres d'IVG, ainsi que sur les entretiens réalisés auprès d'eux et elles toutes, c'est-à-dire 35 professionnel·les dont 15 médecins, et dans une moindre mesure sur les entretiens menés avec des professionnel·les n'appartenant pas à ces trois centres.

I. De la définition de l'IVG par la loi à sa définition pratique par les médecins

« Le champ d'action directement couvert par des règles clairement énoncées est véritablement très réduit [...] À part quelques règles légales procédant de l'État et de la profession, et certains règlements valables pour l'ensemble de l'Hôpital Michaël-Reese, presque toutes ces règles internes s'apparentent beaucoup moins à des commandements qu'à des ententes d'ordre général. Leurs sanctions ne sont pas même édictées : et, pour la plupart, elles peuvent être étendues, négociées, discutées, aussi bien qu'ignorées ou appliquées aux moments opportuns » (Strauss, 1992 : 94).

Comment est fixé le cadre formel (combien de consultations, de quelle durée, auprès de qui ?) et normatif (quelles règles guident et contraignent le travail médical ?) de la prise en charge de l'IVG dans lequel s'inscrit l'interaction entre médecin ou sage-femme et avortante ? Cette section porte sur la production normative intermédiaire entre le formalisme central du droit étatique et les arrangements individuels, la traduction pratique du droit en normes pratiques, dispositifs médicaux effectifs et routines organisationnelles. Elle s'inscrit dans une double perspective théorique. Celle de Pierre Lascoumes, soulignant que, pour être appliquée, la loi doit nécessairement être interprétée dans des règles pararéglementaires, des dispositifs pratiques – dans notre cas, parcours de soins, protocoles médicaux ou instruments – qu'il nomme des « normes secondaires d'application » (1990 : 61). Celle de Jean-Pierre Olivier de Sardan qui, lorsqu'il analyse le décalage entre les normes officielles et les pratiques de sages-femmes et de douaniers en Afrique de l'Ouest, note la stabilité des manières de faire (et notamment de faire contre la norme officielle), et s'intéresse à la formation collective et locale des « normes pratiques » (2001 : 61). J'en retiens deux choses : avec Olivier de Sardan, l'idée de normes négociées et établies localement, relativement autonomes des normes officielles ; avec Lascoumes, l'idée que l'élaboration de ces normes découle du fait que la loi *doit être* interprétée, qu'il ne s'agit pas tant d'une liberté prise *contre* la norme officielle que du fonctionnement même de l'action publique (comme, nous le verrons, du travail médical).

J'explicite ici les contraintes institutionnelles qui s'imposent aux médecins des centres d'IVG avant de montrer comment elles se traduisent dans des normes pratiques différentes d'un service à un autre.

A. Lois, recommandations et pratiques médicales

Pour comprendre les pratiques médicales, il faut mettre en lumière les trois niveaux de normes qui encadrent le travail : des normes légales ou professionnelles (les recommandations pour la pratique clinique) – officielles –, et des normes pratiques locales (au sein du service).

Qu'est-ce que la loi exige en matière de prise en charge de l'avortement ?

En janvier 1975, la loi Veil autorise les IVG, dans les établissements de santé (hôpitaux et cliniques) uniquement, en ne donnant que des consignes partielles concernant la prise en charge. Elle exige ainsi que le ou la médecin qui reçoit la femme en demande d'IVG remette à celle-ci un dossier-guide, l'informe des risques médicaux auxquels elle s'expose, de la « gravité biologique de l'intervention qu'elle sollicite », des « droits, aides et avantages » dont elle dispose pour élever un enfant. Elle détaille le principe de l'entretien psychosocial, alors obligatoire. Elle dispose que si la femme renouvelle sa demande d'IVG, après ces consultations et à la fin d'un délai d'une semaine, le ou la médecin doit lui demander une confirmation écrite, puis est en mesure de réaliser l'interruption. La loi, enfin, établit les spécificités de la prise en charge des mineures et des étrangères². Au-delà de mesures restrictives, visant à limiter, dissuader ou contrôler, qui sont explicitées dans la loi, le texte n'indique pas les modalités techniques ou organisationnelles de la prise en charge de l'IVG, laissées à la liberté des médecins qui prennent les avortantes en charge.

En juillet 2001, une nouvelle loi autorise la pratique de l'IVG médicamenteuse à domicile, et la prescription par des médecins en cabinet médical, jusqu'à sept semaines d'aménorrhée (SA). Elle avait été précédée, en mars 2001, par les recommandations de bonnes pratiques de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), l'ancêtre de la Haute autorité de santé (HAS), qui élaborait les prescriptions médicales à suivre pour la prise en charge de l'IVG instrumentale jusqu'à 14 SA et médicamenteuse jusqu'à 9 SA, à partir de l'étude de la littérature scientifique internationale. La loi allonge le délai légal de 12 à 14 SA et rend l'entretien psychosocial optionnel pour les majeures. Les décrets d'application publiés en 2004³, fixent le cadre légal dans lequel l'IVG peut se faire hors établissement de santé. Pour ces avortements, il est indiqué que le parcours d'IVG est constitué de cinq consultations (information, consentement, prise du premier médicament, prise du second médicament, contrôle), avec une semaine de délai entre les deux premières. Il est précisé que la prise de chaque médicament doit se faire en présence d'un.e médecin⁴. Notons que ces décrets ne concernent que l'IVG médicamenteuse hors établissement de santé : rien n'encadre la prise du médicament ou l'IVG instrumentale à l'hôpital sinon la nécessité d'une attente d'une semaine entre l'information et la réalisation.

En janvier 2016, une nouvelle loi supprime le délai d'une semaine séparant l'information de la signature du consentement à l'IVG (et de la pratique). Rien n'empêche plus, légalement, que l'IVG

² Toutes ces dispositions sont établies par les articles L 162-1 à L 162-11 du Code de la santé publique.

³ Lorsque la loi a été votée, le médicament abortif n'avait pas d'autorisation de mise sur le marché pour cette indication – l'usage abortif en ville. Il a fallu trois ans pour que l'autorisation soit déclarée et les décrets d'application publiés.

⁴ Disposition pourtant partiellement inapplicable : la prise du second médicament déclenche l'expulsion du fœtus dans les heures qui suivent, parfois avant. Le respect de cette disposition aurait amené des avortantes à avorter dans leur voiture ou les transports en commun en rentrant du cabinet médical.

soit réalisée immédiatement, à la suite de la première demande, quoique la loi distingue toujours, pour l'IVG médicamenteuse en ville uniquement, cinq consultations d'IVG. La loi de 2016 dispose également que « toute personne a le droit d'être informée sur les méthodes abortives et d'en choisir une librement. »

En 2020, lors de la pandémie de COVID, des centres d'IVG prescrivent des IVG médicamenteuses à réaliser à domicile jusqu'à 9 SA, en réponse à la restriction de l'accès au bloc opératoire, et des médecins en ville réalisent les consultations d'IVG en téléconsultation, contre les recommandations ou la loi. En 2021, sur demande de la délégation générale des services, la HAS publie de nouvelles recommandations, encadrant la pratique de l'IVG à domicile et en ville jusqu'à 9 SA, affirmant l'optionnalité de la prise des médicaments devant médecin, mesures qui sont reprises dans un décret de février 2022. En outre, le rapport de la HAS décrit comme possible l'accolement des deux consultations pré-IVG (information et consentement) en une seule et la pratique immédiate de l'IVG, conséquence de la suppression du délai de « réflexion ».

À ces différentes dispositions s'ajoute la punition par deux ans d'emprisonnement et 30000 € d'amende de la pratique ponctuelle de l'avortement au-delà du délai légal (sauf IMG), et par cinq ans et 75000 € s'il s'agit d'une pratique habituelle.

Peu à peu épurée de la plupart des contraintes qu'elle posait initialement à la réalisation de l'avortement (entretien psychosocial, semaine de délai, prise des médicaments devant les médecins, etc.), la loi ne constitue plus qu'un cadre assez lâche au travail d'avortement, définissant un délai limite, disposant que l'entretien psychosocial doit être proposé aux majeures et imposé aux mineures, que la pratique de l'IVG est réservée exclusivement aux médecins et sages-femmes, que les femmes ont un libre choix de la méthode. Elle reste muette sur les méthodes et modalités concrètes de la prise en charge – et pour cause, « le législateur » n'est pas supposé être compétent médicalement.

Elle est donc complétée par des recommandations de pratiques cliniques émises par les autorités sanitaires, l'ANAES puis la HAS, ainsi que par les sociétés savantes, en l'occurrence, en matière d'IVG, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Les recommandations sont des normes établies par une commission d'expert-es et de clinicien·nes sur la base de l'étude de la littérature scientifique nationale et internationale. Elles sont des « propositions développées à l'aide d'une méthode explicite pour aider la décision du praticien ou du patient à la recherche des soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données » (Field et Lord, 1990)⁵. Si elles ne sont pas impératives, un·e médecin qui s'en écarte engage sa responsabilité et doit être capable de défendre le bien-fondé de ses pratiques en cas de plainte.

Pourtant, la publication des recommandations n'entraîne pas une standardisation des pratiques en matière d'IVG, et ce pour plusieurs raisons. D'abord, parce que leur caractère non contraignant et leurs formulations parfois vagues permettent le maintien de l'autonomie

⁵ Cité par Castel et Crespin (2015 : 58).

du jugement clinique, et la sauvegarde de « zones d'incertitudes » (Crozier et Friedberg, 1977) autorisant un jeu autour de la mise en œuvre des recommandations (Castel, 2006). Des enquêtes attestent ainsi l'écart des pratiques aux normes professionnelles, principalement justifiées par la nécessité d'adapter les soins aux patient·es (Bachimont *et al.*, 2006 ; Gelly *et al.*, 2019, 2021). Le suivi des recommandations peut être d'autant plus souple que les contrôles sont difficiles, puisqu'ils supposent non seulement de repérer les écarts aux recommandations, mais de déterminer si ceux-ci sont « injustifiés » (Castel et Robelet, 2009 : 110-112).

La seconde raison pour laquelle la publication de recommandations n'entraîne pas la standardisation des pratiques d'IVG est que, dans certains cas, ces recommandations contredisent la loi, soient qu'elles la précèdent⁶, soient qu'elles proposent des normes concurrentes⁷. En outre, les recommandations des différentes autorités scientifiques (HAS et CNGOF) se contredisent parfois car le décalage de quatre à cinq ans entre deux recommandations suffit à produire des écarts liés à l'accumulation de publications remettant en cause les plus anciennes, mais aussi parce que la méthodologie de sélection des publications jugées pertinentes diffère notablement entre les agences pluridisciplinaires (la HAS associant notamment des pharmacologues et des statisticien·nes) et monodisciplinaires (le CNGOF réunissant exclusivement des médecins clinicien·nes, presque tou·tes gynécologues à l'exception d'une généraliste). Cette situation de conflit de normes permet aux médecins, dans leur travail, de choisir, et d'en faire valoir une contre une autre. Surtout, cette situation témoigne du caractère situé des recommandations, qui cristallisent les pratiques et les représentations des médecins qui les ont écrites et dont beaucoup sont des agent·es positionné·es dans l'espace professionnel de l'avortement. Patrick Castel et Magali Robelet, dans leur analyse du rôle des recommandations, fondée principalement sur le cas de la cancérologie, soulignaient la neutralité de façade des groupes de travail de la HAS :

« Ce travail de composition du groupe, tout comme la nature des débats qui s'y tiennent demeurent opaques pour le lecteur des recommandations. Les conflits à la fois économiques et cognitifs entre segments professionnels (concurrence pour la définition légitime de la “bonne pratique” et/ou pour l'exercice de certains actes) s'ils sont connus de tous, sont occultés dans le format de production des recommandations et censés être neutralisés par la préoccupation commune de recherche de scientificité » (2009 : 107).

⁶ En autorisant la téléconsultation, l'IVG entre 7 et 9 SA à domicile ou la remise du médicament à prendre à domicile plutôt que la prise devant médecin, un an avant la loi.

⁷ En ne définissant que trois consultations, dont deux, pré-IVG, accolables, et une, de contrôle, optionnelle, quand la loi, pour l'IVG en ville, en définit cinq ; en simplifiant la prise en charge en indiquant que la réalisation de l'IVG peut se faire sans avoir réalisé d'injection prévenant la production d'anticorps pour les femmes de rhésus négatif.

Lorsque la HAS doit émettre des recommandations (sur saisie de la Direction générale des services, par exemple), elle demande aux sociétés savantes (notamment, en matière d'IVG, le CNGOF) et associations professionnelles (notamment l'ANCIC) de lui suggérer des noms d'expert·es (en leur sein), qui vont rejoindre à titre individuel le groupe de travail chargé de rédiger le rapport. En matière d'avortement du moins, les expert·es qui rédigent le rapport sont *aussi*, pour la plupart, des clinicien·nes qui les pratiquent, soit intensivement en tant qu'avorteurs et avorteuses spécialistes, soient ponctuellement comme gynécologues-obstétricien·nes. Le rapport est ensuite soumis à relecture (notamment auprès de l'ANCIC et du CNGOF, en tant que groupes), et doit être réécrit s'il n'est pas validé par une proportion suffisante des relecteurs et relectrices. Selon la composition des groupes de travail successifs, la teneur des recommandations change. Les recommandations émises sont à la fois un objet et un outil des luttes qui traversent l'espace de l'avortement. Elles permettent de discriminer les bonnes et les mauvaises (ou moins bonnes) pratiques et, partant, de participer à diffuser les premières au détriment des secondes. Par exemple, l'établissement des recommandations de la HAS de 2021 a été l'occasion pour des avorteuses spécialistes membres du groupe de travail, militantes de la libéralisation de l'accès à l'avortement, d'autoriser et d'encourager la simplification du parcours d'IVG (possibilité de fusionner les consultations en une, prise du médicament sans surveillance médicale, pratique de la téléconsultation, etc.). En matière d'avortement, les recommandations portent ainsi, notamment, sur les modalités de la répartition du pouvoir entre médecins et avortantes⁸.

L'émission des recommandations s'inscrit donc dans les logiques de pouvoir qui traversent l'espace professionnel, mais laissent une large autonomie individuelle, ou collective à l'échelle des services, aux médecins qui réalisent le travail d'avortement. Elles ne sont appropriées localement que dans la mesure où elles sont (au moins partiellement) compatibles avec les routines préexistantes.

B. Trois centres, trois ambiances : des parcours d'IVG différents selon les services

Des normes pratiques locales viennent combler les silences des normes légales et professionnelles, si bien que les modalités de l'accès à l'IVG varient grandement d'un centre d'IVG étudié à un autre⁹. Une femme pourra accéder à l'IVG dans un service et pas dans un

⁸ Comme point de comparaison, la synthèse des recommandations de la HAS pour la prise en charge de l'accouchement normal fait six pages, contre un schéma d'une page pour la synthèse de la HAS en matière d'IVG médicamenteuse, le texte des recommandations 46 pages pour l'accouchement contre 14 pages pour l'IVG, le texte de l'argumentaire scientifique 198 pour l'accouchement contre 111 pour l'IVG.

⁹ La marge d'autonomie laissée aux médecins dans l'élaboration de normes locales dans le cas de l'IMG pour détresse psychosociale est encore plus importante : aucune recommandation n'a été émise par la HAS, et la loi

autre, ou pas avec la même méthode, ou pas à la même vitesse, ou à des conditions différentes. Je synthétise ici ces différences, même si les enjeux qu'elles recouvrent ne seront expliquées en détail, pour certaines, que plus loin dans la thèse.

On peut avorter plus tard dans le CIVG 3 du fait de pratiques différentes de datation de la grossesse qui conduisent les médecins de ce centre à accepter des demandes d'IVG que celles des deux autres centres refusent – ainsi que je l'explique en détail plus bas. Par ailleurs, le CIVG et la maternité 2 n'appliquent pas la loi du 2 mars 2022 allongeant le délai d'IVG et ne réalisent pas les IVG entre 14 et 16 SA.

On peut avorter plus tôt dans le CIVG 3 que dans les CIVG 1 et 2. Dans le CIVG 3, les IVG sont pratiquées dès 4 SA, alors que les médecins des deux autres centres refusent de pratiquer l'avortement par méthode instrumentale lorsque la grossesse est « petite » (7 SA dans le CIVG 1, 6 SA et demie dans le CIVG 2) et par méthode médicamenteuse lorsque la grossesse n'est pas « visible » (à l'échographie) dans l'utérus (autour de 5 SA). Le refus de pratiquer les IVG instrumentales trop tôt est justifié par l'accroissement du risque, à des petits termes, de « passer à côté » de la grossesse à aspirer, c'est-à-dire de penser à tort avoir aspiré le sac gestationnel (qui peut se confondre avec des caillots de sang à ce terme). Le refus de pratiquer l'IVG par méthode médicamenteuse sur une grossesse non localisée, c'est-à-dire dont on ne peut pas encore s'assurer qu'elle est bien dans l'utérus, est justifié par le risque que la femme, si elle ne réalise pas un bilan de contrôle, pense avoir avorté quand elle « se balade » en réalité avec une grossesse extra-utérine risquant d'entraîner des complications graves. Dans les deux cas, il est jugé plus prudent par les médecins des CIVG 1 et 2 d'attendre que la grossesse se développe davantage.

On avorte aussi plus ou moins vite d'un centre à un autre. Dans les CIVG 1 et 2, sauf à de rares exceptions, les avortantes doivent respecter un délai d'au moins un jour entre la première consultation et la prise du médicament ou la réalisation de l'IVG instrumentale (délai justifié par l'intérêt de « poser les choses » et de « ne pas avorter à chaud », ou d'avoir le temps de réfléchir à des questions qu'elles voudraient poser). Les avortantes y sont tenues de prendre le premier médicament devant les infirmières ou la sage-femme. Les médecins du CIVG 3, à l'inverse, se saisissant des possibilités laissées par les dernières recommandations de la HAS, acceptent de donner les médicaments le jour même de la consultation, et que l'avortante les emporte avec elle plutôt qu'elle ne les ingère dans le service. Au-delà de l'accélération de l'accès à l'IVG, cela a l'intérêt de permettre aux femmes d'avorter au moment où elles le souhaitent. En effet, il faut observer un délai de 24 à 48 heures entre le

est extrêmement vague en la matière, laissant aux médecins la responsabilité de qualifier les affections de « particulière gravité » qui justifient l'avortement au-delà du délai d'IVG.

premier médicament (qui arrête l'évolution de la grossesse) et le second (qui déclenche l'expulsion et suppose que les femmes soient chez elles ou hospitalisées). La contrainte de la prise du premier médicament dans les centres d'IVG rend impossible pour les femmes consultant dans les CIVG 1 et 2 de prévoir l'expulsion de la grossesse les lundis et mardis puisque les centres sont fermés les weekends et ne peuvent donc pas délivrer et surveiller la prise du premier médicament 24 à 48 heures avant. En outre, par méconnaissance des dernières recommandations, les médecins et sages-femmes des CIVG 1 et 2 prescrivent la prise du second médicament 48 heures après le premier (et non 24 à 48 heures), ce qui retarde d'un jour l'avortement.

Dans le CIVG 3, la réalisation de l'IVG n'est pas retardée par l'attente des résultats de la détermination du groupe sanguin (en accord avec les recommandations de 2021 de la HAS), là où les avortantes des CIVG 1 et 2 doivent nécessairement attendre les résultats de divers examens sanguins qui ne font pas l'objet de recommandations mais sont présentés par les professionnel·les de ces centres comme requis pour la sécurité des avortantes (mesure du taux de fer, de la coagulation, RAI). Pour les femmes qui avortent au CIVG 2, cela suppose qu'elles prennent rendez-vous dans un laboratoire d'analyses extérieur au centre d'IVG, la sage-femme et la gynécologue n'y réalisant pas de prélèvements sanguins.

On avorte sous certaines conditions, différentes d'un centre à l'autre. Les professionnelles du CIVG 2 ne proposent jamais l'entretien psychosocial, faute de conseiller conjugal et familial (CCF) ou de psychologue dans le centre d'IVG. Dans le CIVG 3, l'entretien est systématisé, dans une version simplifiée (la « consultation d'accueil ») à but informatif plus que d'encadrement psychologique. Elle est surtout un cadre dans lequel est affirmée la norme contraceptive et où les avortantes sont pré-orientées vers les méthodes d'IVG favorites des médecins du centre, avant même la consultation médicale. Dans le CIVG 1, l'entretien psychosocial est imposé au cas par cas selon les jugements que les professionnelles portent sur les avortantes. À la différence de celles des deux autres centres, les professionnelles du CIVG 2 réalisent systématiquement un examen gynécologique complet (palpation des seins, toucher vaginal, frottis de dépistage), présenté comme obligatoire dans le cadre du parcours d'IVG. Les consultations médicales sont plus longues dans les CIVG 2 et 3, et l'encadrement par la parole y est plus poussé¹⁰. Il repose sur un encouragement à produire un récit de soi et de sa demande d'avortement (Memmi, 2003b), et un « dépistage » de problèmes connexes – violences et troubles sexuels, notamment.

¹⁰ Pour rappel, le créneau de consultations pré-IVG est de 20 minutes pour les médecins diplômées et 30 minutes pour la sage-femme et les internes dans le CIVG 1, 45 minutes dans le CIVG 3, et n'a pas de délimitation fixe dans le CIVG 2. Le temps de consultation moyen dans le CIVG 2 est de 45 minutes auquel s'ajoutent 20 minutes en moyenne le jour de la prise du médicament.

Le choix de la méthode d'IVG varie selon les centres. Le CIVG 2 ne propose pas l'IVG instrumentale sous anesthésie locale (AL) et ne prescrit presque que des IVG par méthode médicamenteuse. Le CIVG 3 propose les trois méthodes mais oriente davantage vers l'IVG sous AL. Le CIVG 1 ne propose les trois méthodes qu'à une partie des avortantes, interdisant l'IVG sous AL aux mineures, aux nullipares, aux femmes non-francophones et aux femmes jugées ambivalentes.

Ces variations du parcours d'IVG normal et normé institué dans chaque centre s'expliquent de deux manières : par les différentes contraintes organisationnelles, et par les différences de vision du travail d'avortement et de dispositions des médecins qui composent les équipes. D'abord, le parcours d'IVG s'adapte aux moyens matériels des services. Le flux d'avortantes est plus ou moins intense dans les trois centres, où sont réalisées respectivement 2500, 300 et 1000 IVG par an. On peut rapporter le nombre d'IVG réalisées au nombre de médecins et sages-femmes y faisant des consultations. J'estime que le CIVG 1 est doté de 2,7 équivalents temps plein (ETP) médical, le CIVG 2 de 0,9 ETP médical, le CIVG 3 de 3,4 ETP médical, dédiés à l'IVG¹¹. Soit, rapporté au nombre annuel d'IVG : 961 IVG par an et par ETP médical dans le CIVG 1, 344 IVG par an et par ETP médical dans le CIVG 2, 294 IVG par an et par ETP médical dans le CIVG 3. À gros traits, les médecins et la sage-femme du CIVG 1 pratiquent donc trois fois plus d'IVG que celles et ceux des deux autres centres pour un même temps de travail. Cela ne signifie pas que ces médecins et cette sage-femme travaillent plus : l'observation dans les services montre plutôt le contraire (moins de pauses et plus de dépassements des horaires de travail dans le CIVG 3). La conséquence en est plutôt la délégation d'une partie du travail d'avortement aux autres professionnelles du service et l'adoption d'une définition plus restreinte du travail d'avortement qui incombe aux médecins et à la sage-femme dans le CIVG 1, et, à l'inverse, la possibilité de consultations plus longues dans les CIVG 2 et 3 et un poids plus important de l'encadrement par la parole.

Par ailleurs, si l'entretien avec la conseillère est systématisé au CIVG 3, c'est notamment parce que le service est doté d'une conseillère conjugale et familiale à plein temps et qu'il faut lui donner du travail (« On a continué après 2001 pour ne pas les mettre au chômage », justifie une médecin du service), d'une part, pour valoriser sa présence dans le service, d'autre part, pour éviter que l'administration de l'hôpital ne réduise les moyens du service en supprimant tout ou partie de son poste (on craint de « perdre du temps de

¹¹ J'exclus les consultations de contraception, de suivi gynécologique, de sexologie qui n'ont pas lieu dans le cadre d'une demande d'IVG, en estimant pour les CIVG 2 et 3 que deux tiers de l'activité des médecins et sages-femmes est consacrée à l'IVG et en distinguant les vacations d'IVG de celles de contraception pour le CIVG 1 (pour lequel je dispose de l'information). Les résultats ne sont que des estimations, mais les différences très marquées entre les centres et le recoupement avec les observations permettent de les interpréter sans risque.

conseillère »). L'entretien avec Andrée, la conseillère, rebaptisé « consultation d'accueil », a lieu avant la consultation pré-IVG (parfois le jour même mais généralement quelques jours avant) et depuis le Covid il se déroule par téléphone. Il dure entre 16 et 27 minutes (20 minutes en moyenne). Il est très redondant avec la consultation pré-IVG qui, au CIVG 3, laisse une grande place à la parole et à l'interrogation de l'avortante sur le « motif de l'IVG » : Andrée interroge la femme sur le contexte de la demande, ses émotions en apprenant la grossesse, la clarté de sa décision, les positions de son entourage familial et du partenaire, la contraception utilisée. Elle présente la procédure d'IVG, les méthodes, les différents moyens de contraception, et commence à tenter d'identifier la méthode (d'IVG et de contraception) qui conviendrait à l'avortante (avec un net biais en faveur de l'IVG instrumentale sous AL). Elle programme ensuite la date pour le rendez-vous médical. Quand Andrée « sent que c'est compliqué », elle ajoute un entretien supplémentaire en présentiel avec elle, entre l'entretien téléphonique et la consultation médicale. Les situations « compliquées », me dit-elle, ce sont celles où les femmes parlent mal français, ou lorsqu'il y a des enfants derrière lors du rendez-vous téléphonique empêchant de parler librement, ou quand les femmes ont peu de connaissances préalables en matière de contraception. Par ailleurs, Andrée réalise un travail de tri, choisissant d'affecter telle avortante à tel·le médecin ou sage-femme. Après un entretien téléphonique avec une femme ayant un trouble bipolaire qu'elle juge être dans une situation de dépendance affective, elle me dit ainsi : « Pas simple hein. C'était typiquement pour Lise. Je ne pouvais pas la mettre à un interne ! Lise elle lui fera vite. Bon et je ne suis pas sûre qu'il lui faut l'IVG médicamenteuse [C'était ce que l'avortante disait préférer]. Il faut Lise, ou un vieux médecin, Hélène, qui prenne conscience de la détresse de la dame et se mette en quatre pour la prendre rapidement ».

Ces variations s'expliquent ensuite par la composition des équipes. Le chapitre précédent a mis en évidence que les représentations psychologisantes qui entourent l'avortement et les prises de position en faveur de la simplification de l'accès ou au contraire du maintien de contraintes et d'un encadrement médical dense étaient déterminées par les positions occupées dans l'espace professionnel (et les intérêts qui y sont liés) et par certaines dispositions non professionnelles. Cela se traduit de manière très concrète dans les parcours d'IVG mis en place dans les trois centres.

Les socialisations politiques et religieuses des professionnelles des CIVG 1 et 2 (pour la plupart politisées au centre-droit ou à droite, critiques du féminisme, catholiques ou juives) ne les disposent pas *a priori* à valoriser l'accès simple et rapide à l'avortement. Les parcours d'IVG qu'elles mettent en place reflètent leur vision du travail : en répétant les rendez-vous, en allongeant la durée globale de la procédure, en imposant un délai d'attente avant la

réalisation de l'avortement et en imposant que le médicament abortif soit pris devant l'une des médecins, sages-femmes ou infirmières, en imposant des examens préventifs particulièrement poussés, elles se donnent les moyens de leur travail sur les avortantes.

Les médecins du CIVG 3 sont pris·es entre des dispositions plus contradictoires qui se reflètent dans les parcours d'IVG mis en place. Spécialistes revendiqué·es de l'avortement, ils et elles connaissent très bien les évolutions de la loi et des recommandations, et se saisissent des protocoles circulant dans les milieux et formations d'avorteurs et avorteuses permettant d'accélérer la réalisation de l'IVG. Ils et elles militent activement pour l'allongement du délai d'IVG et mettent en place des parcours d'IVG plus flexibles que dans les deux autres centres¹². Pour autant, leur engagement militant pour l'autonomie des femmes que permet la simplification des parcours d'IVG se heurte à leur valorisation d'un travail de prévention et d'un accompagnement social et psychologique. Ils et elles sont plusieurs à exprimer un intérêt pour (voire ont suivi des formations qui se réclament de) la psychanalyse, et trois d'entre elles et eux participent à un groupe Balint, des réunions de médecins généralistes à mi-chemin entre une analyse de pratique et une psychothérapie. Cette pratique a été décrite comme l'un des points de pénétration privilégiés de la culture psychanalytique dans la médecine générale (Herzlich, 1984 ; Osborne, 1993 ; Lézé, 2010 : 68, 69). La place particulièrement importante donnée à la parole y allonge aussi les parcours d'IVG. À l'échelle des pratiques des médecins, la banalisation (de même que la psychologisation) n'est donc pas tout à fait aussi homogène qu'à l'échelle des prises de position des entrepreneurs et entrepreneuses de cause.

Le cadre des parcours d'IVG – tel qu'il est défini en amont de la rencontre avec les avortantes – varie donc assez largement d'un centre à un autre selon les professionnel·les qui en composent l'équipe et la vision du travail d'avortement qu'ils et elles ont. On le voit, la rapidité de la prise en charge et la simplicité de l'accès aux soins sont loin d'être des principes partagés, bien au contraire.

C. Le « protocole petite grossesse » ou l'institutionnalisation d'un report de prise en charge

Les médecins établissent des protocoles de prise en charge, c'est-à-dire qu'ils et elles stabilisent les pratiques en les codifiant et en les formalisant – soit à l'échelle de la profession en établissant et publiant des protocoles dont chacun·e peut se saisir, soit à l'échelle du service en définissant des règles locales de prise en charge. La définition et l'adoption de

¹² Quelques avorteuses militantes rencontrées dans le cadre de l'enquête par entretiens me disent accepter de réaliser les IVG instrumentales le jour même de la première rencontre avec l'avortante, à la différence des trois centres observés.

protocoles concurrents pour répondre à une même problématique est à l'origine de variations d'accès aux soins. Une situation récurrente l'illustre particulièrement : la prise en charge des « petites grossesses ».

Techniques de PMA mises à part, une grossesse suppose la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde dans l'une des deux trompes de Fallope. L'œuf fécondé descend la trompe et s'implante dans la paroi de l'utérus, sauf dans de rares cas où la grossesse se développe dans la trompe au risque, en grossissant, que celle-ci ne rompe : il faut alors éliminer l'œuf mal implanté, par opération chirurgicale ou par traitement médicamenteux. Cela représente 20 grossesses sur 1000 en population générale, mais sans doute beaucoup moins dans le cas des femmes qui demandent une IVG¹³. En tout début de grossesse, l'embryon et la vésicule vitelline – réserve de nutriments qui alimente l'embryon et une des premières structures embryonnaires observables par échographie – ne sont pas encore visibles à l'échographie. Il n'est encore pas possible de savoir avec certitude si l'œuf est bien descendu dans l'utérus ou si la grossesse est extra-utérine. Il s'agit d'une « GLI », pour grossesse de localisation indéterminée. Lorsqu'une femme qui demande l'avortement a une GLI, les médecins des CIVG 1 et 2, comme la plupart des médecins et sages-femmes qui pratiquent les avortements, adoptent la même conduite dans le cadre des demandes d'IVG que dans celui d'une grossesse poursuivie : ils et elles donnent un autre rendez-vous à l'avortante, quelques jours plus tard, le temps de laisser la grossesse s'installer, et réalisent une nouvelle échographie et un nouveau bilan sanguin. Si la vésicule ou l'embryon sont visibles, ils et elles programment l'IVG. Sinon, ils et elles donnent un troisième rendez-vous pré-IVG, et ainsi de suite jusqu'à ce que la grossesse apparaisse à l'échographie, ou que le décalage entre le développement de la grossesse (mesurée par le taux d'hormones de grossesse dans le sang) et son invisibilité échographique laisse conclure à son caractère extra-utérin. En résumé, dans ces centres, on ne réalise pas d'IVG quand la grossesse est trop petite pour être « vue » et donc localisée. La crainte des grossesses extra-utérines conduit ainsi les médecins à reporter la date de l'IVG et à multiplier les examens.

Le temps d'attente entre chaque nouveau rendez-vous varie selon les médecins et sages-femmes. Une thèse de médecine portant sur les IVG dans un contexte de GLI montre que, parmi les médecins qui refusent de pratiquer l'IVG tant que la grossesse n'est pas localisée, moins d'un tiers suivent un protocole précis (Koltunski, 2021 : 35), d'où une

¹³ Le taux de grossesse extra-utérine plus faible des femmes demandant l'IVG est attesté par plusieurs études (Ulmann *et al.*, 1992 ; Edwards et Creinin, 1997). Il est de 1,3 pour 1 000 dans la plus grosse étude publiée sur l'IVG médicamenteuse, menée auprès de 16 369 femmes avortant avant 9 SA. Il s'explique par le fait que les femmes qui interrompent une grossesse sont en moyenne plus jeunes et ont moins de facteurs de risques (antécédents de grossesse extra-utérine, de plastie tubaire, de salpingite, dispositif intra-utérin en place, grossesse obtenue par PMA, ligature des trompes) que les femmes qui mènent une grossesse à terme.

gestion fluctuante de ces situations. D'après les entretiens réalisés avec des professionnel·les de différents centres, certains services prévoient des rendez-vous toutes les 48 heures dans les urgences gynécologiques de l'hôpital, d'autres tous les trois ou quatre jours, et j'ai vu ce délai repoussé à une semaine pour des avortantes venues dès les premiers signes de retard de règles. Coraline (30 ans), une assistante de gynécologie médicale responsable d'un centre d'IVG commente cette procédure, qu'elle applique : « Si tu es venue super tôt ça peut durer deux semaines à te voir tous les trois-quatre jours. » J'ai discuté de cette pratique avec les médecins et sages-femmes des CIVG 1 et 2 qui, toutes, l'appliquent, mais je n'ai pu l'observer que lors de consultations menées par Olivia (26 ans), l'interne de gynécologie médicale du CIVG 1. J'en retranscris ici deux occurrences.

Mme I. appelle le secrétariat du CIVG 1. Elle a un retard de règles de deux jours et un test de grossesse urinaire positif. Elle est reçue trois jours après en consultation pré-IVG, où on réalise une prise de sang et une échographie : la grossesse n'est pas localisable. On lui donne un nouveau rendez-vous – on les appelle les « pré-bis » –, trois jours plus tard auquel j'assiste. Elle est reçue par Olivia. Mme I. est une femme blanche de 22 ans, très à l'aise dans l'interaction avec la médecin, appartenant aux classes moyennes ou supérieures. Olivia réalise une nouvelle échographie, par voie vaginale :

« **Olivia** : Bon je vois un petit sac qui s'est développé, mais pas encore assez pour localiser la grossesse. Donc il va falloir encore attendre.

Mme I. : Encore ! Mais c'est pas possible...

Olivia : Désolée, hein, ce sera toujours pas pour aujourd'hui. Mais de toute façon vous êtes encore large pour l'IVG ! On est jeudi, il faudra revenir samedi. Là, c'est trop petit pour faire l'IVG. Samedi il faut aller aux urgences parce que nous on est fermés. On va vous faire une prise de sang et une échographie, prévoyez une bonne demi-journée.

Mme I. : C'est à mon travail qu'ils vont être contents ! »

Une fois confirmée la localisation utérine de la grossesse aux urgences, Mme I. doit revenir dans le centre d'IVG le lundi pour qu'on lui donne une date pour l'IVG, puis revenir pour prendre le médicament. Mme I. aura donc eu cinq rendez-vous immobilisant chacun près d'une demi-journée, trois échographies endovaginales et trois prises de sang (elle se plaint que cela lui fasse des bleus), auxquelles s'ajouteront la prise de sang et éventuellement l'échographie réalisées en consultation post-IVG.

Le lendemain, Olivia reçoit Mme K., une femme blanche de 24 ans, originaire d'un pays d'Europe de l'Est, pour une « pré-bis », Mme K. étant déjà venue trois jours auparavant mais la grossesse n'était pas localisable. L'avortante reste pratiquement silencieuse pendant toute la consultation. Olivia lui explique cette prise en charge sinueuse :

« Nous on peut pas faire l'IVG tant que la grossesse elle est pas dans l'utérus. On n'a pas le droit de faire une IVG, parce que ça peut être une grossesse extra-utérine. *On n'a pas le droit, c'est trop risqué.* C'est pour ça qu'on vous embête, parce que si c'est une grossesse extra-utérine c'est un autre traitement. *(Fait l'échographie)* Je vois un début de sac, donc c'est une bonne nouvelle. La grossesse elle est en train de se mettre au bon endroit. Mais je vois pas la vésicule. Donc on peut toujours pas faire l'IVG aujourd'hui. *(Silence)* Je vous embête pour chercher les ovaires, mais si je vous fais trop mal vous avez le droit de me gronder, je le prendrai pas mal »

Elle lui donne un nouveau rendez-vous, 48 heures plus tard, aux urgences (car c'est un dimanche, le centre d'IVG sera fermé). (Notes de terrain, février 2022)

Bien que cette pratique résulte d'un choix opéré par les médecins du service, l'interne invoque la légalité (« On a pas le droit ») et le risque médical (« C'est trop risqué ») pour rendre sa décision indiscutable.

Pour faire face à l'arrivée d'avortantes dont la grossesse n'est pas localisable et pour lesquelles elles refusent de faire l'IVG, les médecins du CIVG 1 ont mis en place un système, appelé « protocole petites grossesses », affiché dans le secrétariat. Il consiste à pré-trier les avortantes à l'entrée dans le parcours d'IVG, avant même leur premier rendez-vous, et à imposer un délai d'attente aux femmes trop peu enceintes. Seules les femmes qui appellent (ou visitent) le secrétariat en disant avoir eu leurs dernières règles il y a plus de six semaines, ou celles qui ont une échographie où la grossesse est visible et localisable ou un bilan sanguin avec un taux suffisamment important d'hormones de grossesse, peuvent avoir un rendez-vous dans les jours qui suivent. Les autres sont mises en attente dans le but qu'elles atteignent 6 SA le jour de la première consultation médicale. Cela permet de ne pas « perdre » du temps médical en recevant des femmes dont on risque de reporter la prise en charge. Les deux secrétaires réalisent ainsi un « travail de filtre indispensable » – me dit Juliette (30 ans), l'assistante de gynécologie – que j'observe dans le secrétariat :

J'assiste à l'accueil téléphonique réalisé par Nadya (52 ans), l'une des deux secrétaires du CIVG 1. Après quelques secondes de conversation, elle demande :

« Est-ce que vous avez fait une échographie ou un bilan sanguin ? Vous pouvez me dire le taux d'hormones ? Ouuh là, c'est tout petit, je peux pas vous donner rendez-vous avant une dizaine de jours, le médecin ne verra rien à l'échographie. (*La femme insiste*). Je peux vous donner le contact du Planning Familial, mais nous on pourra pas le faire, le médecin verra rien. Il faut un taux d'hormone plus élevé, c'est obligatoire. (*La femme accepte un rendez-vous dix jours plus tard*). » (Notes de terrain, octobre 2021)

Cette situation a ceci d'absurde que Nadya propose à cette femme de réaliser son IVG auprès de l'association Planning Familial qui, elle, pourra la prendre en charge tôt, là où les médecins de l'hôpital ne « peuvent » pas – c'est-à-dire en réalité ne veulent pas. C'est pour conserver ce rôle de tri des secrétaires que les médecins du service s'opposent, de concert avec celles-ci dont le travail est menacé, à la mise en place automatisée des rendez-vous par Doctolib¹⁴.

Certaines avortantes passent entre les mailles du protocole – celles qui ne savent pas ou ont un doute quant à la date de leurs dernières règles. S'il s'avère que la grossesse n'est pas localisable, les médecins le reprocheront aux secrétaires, en particulier Laurence (65 ans), la

¹⁴ L'automatisation de la prise de rendez-vous par Doctolib favoriserait d'autres logiques de tri social, notamment la familiarité des usagères avec internet.

gynécologue médicale, qui, dans ces cas, fait systématiquement un esclandre et réprimande vertement les secrétaires. Le coup de gueule est une forme relativement fréquente de contrôle social par les médecins du travail des internes ou des professions subalternes (et, dans le CIVG 1, par les infirmières du travail des secrétaires ou de l'aide-soignante également). J'y ai assisté plusieurs fois, et les secrétaires comme l'aide-soignante me font le récit des épisodes les plus violents, survenus parfois des mois auparavant. Anne-Marie Arborio en rend compte également : « le souvenir d'une remontrance fameuse d'un médecin contre une aide-soignante, mise en cause pour avoir mal surveillé l'alimentation d'un malade, semble être resté dans l'esprit de toutes les aides-soignantes du service, dont la vigilance s'est accrue pour "à tout prix éviter ça" » (2012 [2001] : 115).

Non seulement cette pratique de report de prise en charge, en infraction avec les recommandations de la HAS selon laquelle un rendez-vous doit être donné dans les cinq jours qui suivent l'appel de l'avortante¹⁵, impose un délai d'attente de deux semaines aux femmes qui découvrent leur grossesse rapidement – ce qui, par ailleurs, accroît la douleur moyenne ressentie – mais il risque, en outre, d'entraîner le dépassement du seuil autorisant la méthode médicamenteuse (9 SA), voire celui autorisant l'IVG, pour les femmes qui se trompent sur la date de leurs dernières règles et sous-estiment le terme de la grossesse.

Pourtant, d'autres médecins parmi les avorteurs et avorteuses spécialistes acceptent de les réaliser ces « IVG sur GLI ». Ils et elles s'appuient sur un protocole établi par Philippe Faucher sur la base d'études cliniques écossaises et suédoises et diffusé par le REVHO et l'ANCIC, deux des principales associations professionnelles d'avorteurs et avorteuses¹⁶. Ce protocole consiste à réaliser l'IVG dès l'identification d'un retard de règles, y compris en l'absence d'une vésicule vitelline visible, sous deux conditions. La première, c'est l'absence de signes cliniques de grossesse extra-utérine (douleurs et saignements) ou de facteurs de risques. La seconde, c'est la réalisation d'un dosage hormonal de contrôle (par prise de sang ou test urinaire) entre le cinquième et le septième jour suivant la prise du médicament abortif. L'avortement ne fonctionne que si la grossesse était bien dans l'utérus (mais trop petite pour être visible), auquel cas le taux d'hormones de grossesse dans le sang doit diminuer dans les jours qui suivent. Le dosage hormonal permet de vérifier le succès de l'IVG et donc, par conséquent, l'absence de grossesse extra-utérine. À l'inverse, un taux d'hormones qui continue à augmenter après la prise des médicaments est le signe que l'avortement n'a pas marché et que la grossesse, évolutive, est probablement extra-utérine. Ce protocole permet

¹⁵ HAS, « Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse – Mise à jour », 11 mars 2021, p. 8.

¹⁶ Faucher P., « IVG médicamenteuse sur une grossesse de localisation indéterminée » [en ligne], 11 juin 2016. http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/ivg_medicamenteuse_sur_une_grossesse_de_localisation_indeterminee_ancic.pdf

donc d'avorter au plus vite, si c'est ce que souhaite l'avortante, et a également prouvé qu'il permettait de diagnostiquer plus rapidement les rares grossesses extra-utérines, cinq jours après la prise du médicament (Heller et Cameron, 2015 ; Tai *et al.*, 2023). En cas de grossesse non localisable, j'ai vu les médecins du CIVG 3 exposer les deux scénarios et laisser les avortantes choisir, à l'exception des femmes allophones auxquelles ils et elles ne proposent pas l'IVG sur GLI du fait des difficultés de compréhension.

Ce protocole implique les femmes dans la prise en charge, puisqu'elles sont informées des signes physiques pouvant indiquer une grossesse extra-utérine, et que la sécurité du protocole repose sur le fait qu'elles réalisent effectivement un dosage hormonal dans les jours qui suivent. C'est ce que lui reprochent ses détracteurs et détractrices, comme les médecins et sages-femmes des CIVG 1 et 2. Laurence (65 ans), la gynécologue médicale attachée du CIVG 1, considère la réalisation d'une IVG sur GLI comme « maltraitante », revenant à « jouer aux cowboys » : « parce que les nanas elles reviendront pas faire leur bilan ». Elle craint ainsi que des avortantes, croyant à tort être débarrassées de leur grossesse, laissent se développer sans le savoir une grossesse extra-utérine. Elle ajoute :

« Tant qu'elles ont pas eu leur IVG, on les tient, mais une fois que c'est fait *bye bye*, elles reviendront jamais. Non, tu peux pas prévoir un avortement si tu vois pas la grossesse, c'est pas professionnel. Tu risques de passer à côté d'une GEU [grossesse extra-utérine]. » (Notes de terrain, décembre 2021)

Le refus de pratiquer les IVG sur GLI et le « protocole petites grossesses » visant à institutionnaliser le tri des avortantes pour éviter les prises en charge précoces trouvent donc leur justification dans l'irresponsabilité supposée des femmes en demande d'IVG, en particulier celle des femmes racisées ou appartenant aux franges les moins stables des classes populaires, dont les appartenances sociales sont subsumées dans la dénomination très usitée de « population ». « Tu sais, avec la population qu'on a au centre d'IVG... » est une phrase entendue une dizaine de fois pour justifier diverses pratiques dont le refus des IVG sur GLI, et Amélie (31 ans), la médecin généraliste diplômée, évoquant comme Laurence le risque que les avortantes ne réalisent pas le dosage hormonal post-IVG, justifie le refus de prise en charge précoce par le fait qu'« ici, les patientes elles comprennent pas grand-chose ». Un relatif manque d'estime collectif pour les avortantes, considérées comme irresponsables et pas bien futées, fonde les formes concrètes que prend le rapport de domination médicale.

Pour Juliette (l'assistante de gynécologie médicale) et Olivia (l'interne), c'est « l'obligation de moyens » qu'elles auraient en tant que médecins hospitalières disposant d'échographes, qui guide leurs pratiques – faire attendre que la grossesse soit assez avancée pour être localisable. Pour les médecins et sages-femmes des CIVG 1 et 2, l'intérêt que

peuvent avoir les femmes à avorter plus vite ne fait pas le poids par rapport au risque de passer à côté d'une grossesse extra-utérine, et prétendre l'obligation légale de la localisation de la grossesse leur permet de s'épargner l'effort d'explications, à l'efficacité incertaine, visant à convaincre les avortantes d'attendre.

Face à un même problème qui se pose aux médecins en centre d'IVG – que faire face à une demande d'IVG quand la grossesse n'est pas localisable ? –, les enquêté·es adoptent donc des positions différentes, mais homogènes au sein des services : les un·es adoptent un protocole permettant de réaliser les IVG sans attendre en remettant entre les mains de l'avortante la sécurité du geste (elle doit effectivement réaliser un dosage hormonal cinq jours après) ; les autres adoptent un protocole de tri institutionnalisant le fait de laisser grandir la grossesse¹⁷. Ces protocoles permettent de codifier, uniformiser et stabiliser les pratiques médicales. Ils rendent possible des pratiques favorisant l'autonomie des femmes (laisser les avortantes choisir d'avorter plus tôt) aussi bien qu'ils permettent l'invisibilisation du pouvoir en imposant les décisions des médecins comme étant irrévocables (« c'est le protocole »).

Ni la définition légale de l'IVG, ni celles des bonnes pratiques de prise en charge que donnent les recommandations des autorités de santé, ne suffisent pour comprendre les parcours de soins mis en place dans les centres d'IVG. Les médecins ont une relative autonomie pour définir, en pratique, localement, les conditions d'accès à l'avortement.

II. La domination médicale saisie par ses instruments : l'exemple de la datation de la grossesse

Au-delà des parcours et protocoles, la traduction pratique du droit suppose le choix d'« instruments » médicaux. J'utilise ce terme par analogie avec le concept par lequel la sociologie de l'action publique désigne « un dispositif à la fois technique et social qui organise des rapports sociaux spécifiques entre la puissance publique et ses destinataires en fonction des représentations et des significations dont il est porteur » (Halpern *et al.*, 2019 : 321). Appliqué à l'action médicale, ce terme permet de souligner que les dispositifs médicaux ne sont neutres ni dans le processus qui mène à leur choix (d'un instrument plutôt que d'un autre), ni dans leurs effets propres sur les soins (Lascoumes et Le Galès, 2005). Je prendrai un exemple particulièrement saisissant dans le cadre de la prise en charge de l'avortement : la datation de la grossesse. Celle-ci peut sembler, *a priori*, relativement neutre,

¹⁷ Les professionnel·les du CIVG 2 attendent, comme dans le CIVG 1, que la grossesse soit localisable, mais n'ont pas de règle empêchant la prise de rendez-vous pour les « petites grossesses ». Le planning du service étant moins chargé que celui du CIVG 1, elles peuvent plus facilement recevoir des avortantes pour leur dire de revenir quand la grossesse sera plus avancée.

mais il s'avère qu'elle mobilise un dispositif technique et social porteur de valeurs et de représentations, générateur d'effets, qu'il s'agit de dénaturaliser.

A. La construction médicale du terme de la grossesse

Avorter à 14 SA dans le CIVG 3, c'est avorter une semaine plus tard que dans les deux autres centres – c'est-à-dire, comme évoqué en introduction, qu'une femme dont la demande d'IVG est refusée parce qu'elle a dépassé le terme limite de quelques jours dans les CIVG 1 ou 2 aurait pu avorter dans le CIVG 3. Ce décalage se joue à deux niveaux du calcul du terme : le moment où l'on compte et la manière de compter. Le premier correspond au moment choisi par les médecins comme devant être daté. Prenons comme référence le seuil limite de 14 SA, avant que la loi de mars 2022 n'allonge le délai à 16 SA. La loi ne précise pas si ce seuil qu'elle définit correspond au terme maximal d'une grossesse au moment de la consultation pré-IVG ou à celui lors de la réalisation de l'IVG, la première ayant généralement lieu plusieurs jours avant la seconde (plus ou moins selon le planning du service et l'attente nécessaire pour obtenir un créneau au bloc opératoire). Les CIVG 1 et 2 choisissent comme référence le terme qu'aura la grossesse le jour de la réalisation de l'IVG. Ainsi une femme dont on date la grossesse à 14 SA en consultation sera considérée hors délai puisque, dans ces services, on ne réalise pas les IVG le jour même de la consultation (et qu'il y a généralement plusieurs jours d'attente avant d'accéder au bloc opératoire). De même pour une femme dont on date la grossesse à 13 SA et cinq jours mais qui consulte un vendredi. Comme les centres d'IVG sont fermés les weekends, elle sera considérée comme dépassant le délai, puisqu'il n'y aura pas de place disponible au bloc opératoire avant le début de la semaine suivante, au plus tôt¹⁸. Les fois où cette situation est survenue lors de mes observations, soit les avortantes ont été refusées, soit, sur autorisation expresse (et inégalement accordée) du chef de service, on les a ajoutées au programme opératoire de la semaine suivante pour réaliser l'IVG hors délai. Avec ce mode de calcul, ce sont donc les avortantes qui supportent les contraintes organisationnelles du service (horaires de fermeture, weekend et jours fériés, planning de bloc opératoire surchargé). Dans le CIVG 3, on choisit comme référence le terme qu'a la grossesse le jour de la consultation pré-IVG. Les médecins du service considèrent que l'avortante n'a pas à assumer la conséquence du délai d'attente lié à l'organisation et éventuellement la saturation du service.

¹⁸ Par ailleurs, dans le CIVG 2, il n'y a des créneaux de bloc opératoire prévus pour l'IVG que les mercredis matin.

Le deuxième niveau de décalage concerne la manière de dater la grossesse, qui diffère selon les centres. Au chapitre 2, j'ai évoqué la généralisation de la datation par échographie, qui se substitue à la datation par examen clinique. La loi ne précise pas comment les médecins et sages-femmes doivent dater la grossesse. En théorie, rien n'empêcherait de se baser uniquement sur la déclaration de la date des dernières règles par les femmes. En pratique, dans les trois centres enquêtés, comme presque partout en France, l'échographie est systématisée. D'où vient la différence entre les centres, alors ? Il faut ici se pencher sur le sens et le fonctionnement technique de la datation échographique. L'échographie ne donne pas tel quel le terme d'une grossesse, elle donne une image du fœtus *in utero*. La personne qui manipule l'échographe (qui, dans les centres d'IVG, est généralement le ou la médecin ou sage-femme qui fait la consultation) cherche à mesurer, sur cette image, la taille d'une portion spécifique du fœtus : dans le cadre de l'IVG, il s'agit du diamètre du sac gestationnel jusqu'à 6 SA, puis de la longueur crânio-caudale (c'est-à-dire la longueur qui sépare le sommet de la tête du bas des fesses) ou LCC avant 11 SA, et du diamètre bipariétal (c'est-à-dire le diamètre de la tête fœtale) ou BIP, après. Plus le terme d'une grossesse évolutive avance, plus la taille du fœtus et, par extension, le BIP et la LCC, s'accroissent. C'est en référence à cette taille plus ou moins grande que les médecins accepteront, ou non, une demande d'IVG. Or, à un même terme, la taille des fœtus diffère d'une grossesse à une autre. Symétriquement, pour une même taille mesurée, le terme réel de la grossesse varie : il peut s'agir d'un fœtus particulièrement gros, ou particulièrement petit pour le terme de la grossesse. Une échographie ne permet donc pas de dater tout à fait exactement une grossesse. Ainsi une mesure de BIP de 32 mm peut aussi bien correspondre à une grossesse de 13 SA avec un fœtus particulièrement gros, qu'à une grossesse de 17 SA avec un fœtus particulièrement petit.

La datation d'une grossesse par la mesure du BIP est probabiliste. À un terme donné, les tailles des fœtus ainsi que celles des diamètres bipariétaux suivent une loi normale, c'est-à-dire qu'ils se répartissent selon une courbe en cloche. Par exemple, on sait que 27 mm correspond à la mesure moyenne/médiane du BIP pour les grossesses de 14 SA – il s'agit du 50^e percentile de la courbe en cloche correspondant à la répartition des BIP des grossesses de 14 SA¹⁹. Si on mesure un BIP de 27 mm à l'échographie, il y a donc une chance sur deux que la grossesse date de 14 SA ou moins (et une chance sur deux qu'elle date de 14 SA ou plus). Imaginons alors que l'on fasse de la mesure moyenne du BIP des grossesses de 14 SA – 27 mm, donc – la taille limite au-delà de laquelle on refuse les demandes d'IVG. Cela veut dire

¹⁹ Pour ces mesures et les suivantes, je me réfère au tableau de correspondance BIP-SA donné par le Collège Français d'Échographie Fœtale.

que, parmi toutes les demandes d'IVG pour lesquelles on mesure un BIP à 27,1 mm, et qu'on refuse donc, la moitié datent en réalité de 14 SA ou moins. Symétriquement, cela signifie que la moitié des demandes acceptées avec un BIP de 27 mm correspondent à des grossesses qui datent en réalité de plus de 14 SA. À mesure que la taille mesurée dépasse 27 mm, il devient de plus en plus probable que la grossesse date réellement de plus de 14 SA : la probabilité de surestimer le terme d'un « gros » fœtus (et donc, en refusant la demande, de priver d'IVG quelqu'un qui y serait pourtant éligible) diminue. À l'inverse, plus la taille mesurée est inférieure à 27 mm, plus il est probable que la grossesse date réellement de moins de 14 SA : la probabilité de sous-estimer le terme d'un « petit » fœtus (et donc d'autoriser l'IVG à quelqu'un ayant dépassé le délai légal) diminue. Fixer une mesure limite c'est donc définir quelle sera la probabilité de refuser des demandes pourtant acceptables selon la loi, et, en miroir, celle d'accepter des demandes pourtant inacceptables selon la loi.

Dans le cadre du suivi de grossesse, la mesure au 50^e percentile sert de référence aux échographistes qui cherchent à prévoir la date la plus probable d'accouchement, mais l'enjeu de la mesure n'est pas le même dans le cadre de l'IVG où elle sert d'abord à fixer une limite au droit à l'avortement. Trouvant injuste de fixer un BIP limite qui conduise mécaniquement à refuser l'IVG à beaucoup de femmes qui sont pourtant dans les délais tels que la loi les définit, les trois centres d'IVG étudiés fixent un BIP limite plus favorable aux femmes. Il s'agit, pour les CIVG 1 et 2, du 90^e percentile (BIP limite = 30 mm), et pour le CIVG 3, du 98^e percentile (BIP limite = 32 mm). Autrement dit, on accepte des demandes d'avortement lorsque le fœtus est plus gros (et donc la grossesse potentiellement plus avancée) dans le CIVG 3 que dans les deux autres. Une grossesse datée à 14 SA dans le CIVG 3 sera datée à 14 SA et quatre jours dans les deux autres centres (et à 15 SA et trois jours dans les nombreux centres qui utilisent le 50^e percentile). Dans les CIVG 1 et 2, on ne refuse plus l'IVG « que » pour 10 % des demandes qui sont réellement à 14 SA, et dans le CIVG 3, « que » pour 2 % de ces demandes.

On accepte donc des demandes d'avortement à des tailles – et donc, statistiquement, des termes – plus avancées dans le CIVG 3 que dans les CIVG 1 et 2, et pourtant on respecte partout formellement le délai légal de 14 SA. Il n'y a pas une mesure limite de BIP qui serait plus objective ou vraie qu'une autre. Le choix du BIP limite est révélateur des représentations du travail d'avortement des médecins et des priorités qu'ils et elles se fixent. Dans le travail d'avortement, le choix d'un BIP limite plus ou moins élevé est une mise en balance de deux risques : celui de refuser la demande d'une femme qui est en réalité dans les délais prévus par la loi, et celui d'accepter la demande d'une femme qui est en réalité au-delà du délai (ou, autrement dit, d'interrompre une grossesse alors que le fœtus est plus développé que ne le

prévoit la loi). En adoptant une mesure limite plus large, on augmente la probabilité d'accepter des avortements en réalité hors délai, pour réduire le nombre de refus d'avortements en réalité dans les délais.

Les instruments médicaux, tels que l'échographie et ses règles de lecture, sont donc bien des dispositifs politiques autant que techniques, « porteurs de valeurs et nourris d'une interprétation du social et de conceptions précises du mode de régulation envisagé » (Halpern *et al.*, 2019 : 322). Ils produisent des effets une fois institués en contraignant le travail médical, et leur variabilité est à l'origine d'inégalités d'accès aux soins selon les médecins et les services auxquels les patient·es s'adressent²⁰ : si l'on cumule l'effet de la méthode de calcul du terme (le choix du percentile) et du choix du moment de référence (la consultation ou la réalisation de l'IVG), il y a parfois plus d'une semaine d'écart entre le CIVG 3 et les deux autres, et plus de deux semaines d'écart entre le CIVG 3 et un centre (ou un médecin en libéral) qui daterait au 50^e percentile comme c'est encore souvent le cas. Par ailleurs, ces instruments masquent le pouvoir médical en invisibilisant les choix et les débats dont l'instrumentation découle.

B. Négocier les termes : l'interprétation collective de la loi au sein des services

Le terme de la grossesse est bien construit par les pratiques des médecins. En quelque sorte, une femme sera enceinte depuis plus ou moins longtemps selon les dispositions du ou de la médecin qu'elle consulte – en particulier selon son attachement à l'autonomie procréative des femmes ou à la prise en compte du fœtus –, selon son degré de spécialisation dans le travail d'avortement et, surtout, selon les négociations entre les médecins du service dans l'élaboration d'une norme commune. En m'intéressant aux négociations sur le choix du mode de calcul du terme, je montrerai ici comment les médecins interprètent collectivement la loi et définissent, à l'échelle du service, les conditions de l'IVG.

Lors d'un atelier consacré aux IVG entre 14 et 16 SA au congrès de l'ANCIC de 2022, les deux avorteuses spécialistes qui sont intervenues ont abordé l'enjeu de la datation en ces termes : « Est-ce que nous on est intéressées par la vérité [le terme exact] ? On n'est pas Dieu

²⁰ Un autre exemple de « gouvernement par les instruments » médicaux – ils sont nombreux – est celui du test ADN qui justifie les discours (différenciés) des professionnel·les sur la paternité dans l'étude de Mélanie Gourarier. Elle écrit : « L'analyse génétique occupe bien une fonction spécifique. Elle permet de démettre le pouvoir des mains expertes qui s'effacent sous la scientificité du résultat. Le recours à la science présente ainsi une efficacité double. D'abord, en oblitérant l'action des agents, la science fait apparaître le processus comme allant de soi. La signification et la valeur des gènes ne sont plus discutées ; elles font autorité. Ensuite, en présentant les résultats comme incontestables, elle les légitime. Pourtant, derrière l'action des agents chargés d'expertiser l'ADN se dessinent et, parfois, se décident des politiques familiales conduisant à exercer un traitement différencié suivant les individus concernés » (2020 : 44).

le père. Et puis dans la loi on nous dit pas comment dater la grossesse », déclare la première. Et sa collègue d'abonder : « Il s'agit d'une femme, pas d'un BIP. L'incertitude doit bénéficier à la patiente en médecine ». La définition du BIP limite relève bien d'une décision. Alors que la HAS ne recommande pas de méthode précise de datation de l'IVG, le CNGOF a émis des recommandations de bonnes pratiques de l'IVG en 2016 indiquant que la grossesse devait être datée au 90^e percentile. Cette recommandation était alors plus favorable aux avortantes que la pratique la plus fréquente en centre d'IVG, qui était (et est encore, de l'avis de plusieurs avorteurs et avorteuses que j'ai interrogé·es) la datation au 50^e percentile. En s'appuyant sur les recommandations du CNGOF, Fabrice (68 ans), l'un des médecins aujourd'hui retraité du CIVG 1, s'est « battu » (me raconte-t-il) il y a quelques années pour faire évoluer la règle de mesure, du 50^e au 90^e percentile.

Au sein de l'équipe médicale du CIVG 3, sa définition fait l'objet d'un violent conflit. Tou·tes les médecins sauf un – Jérôme, un médecin généraliste de 36 ans nouvellement nommé praticien hospitalier (PH) – sont favorables à la mesure au 98^e percentile. Non seulement cela leur semble une pratique en accord avec leur engagement féministe, mais ils et elles en tirent des bénéfices professionnels. Cela leur permet d'acquérir un capital technique : ils et elles sont formé·es à la pratique des IVG considérées comme « tardives » avant le passage de la loi allongeant le délai de 14 à 16 SA ce qui leur permet de donner des conseils et des formations aux autres avorteurs et avorteuses dans le cadre d'événements à l'échelle de la profession. Ils et elles en tirent également un capital symbolique : le CIVG 3 apparaît comme un service « à la pointe », « militant » comme le désignent les médecins, jouant un rôle central pour la cause des femmes.

Jérôme, lui, exprime des difficultés à pratiquer des IVG « tardives ». En réunion d'équipe, irrité, il enjoint ses collègues à cesser de nommer les IVG à « BIP 32 » des « 14 SA » (au 98^e percentile) et les désigne comme des « 15 SA et demie, objectivement » (au 50^e percentile), se référant à la grille de correspondance du collège des échographistes. Plus tard, en privé, il m'explique : « Le plus logique, c'est de prendre la médiane. Que le service refuse de suivre le collège d'échographie, c'est irrationnel. Entre “BIP 27” et “BIP 32”, le poids fœtal est multiplié par deux ». La référence au poids reflète la plus grande attention que semble donner Jérôme au fœtus par rapport à ses collègues. Revenant sur cette discussion quelques jours plus tard, il insiste : « Moi j'aime bien retourner l'argument dans l'autre sens : à “BIP 32”, il y a 1 % des femmes qui sont inférieures à 14 [SA], mais aussi 1 % qui sont supérieures à 17 [SA]. » Des réunions de service sont consacrées à la question, lors desquelles seul·es les médecins prennent la parole, en particulier Jérôme – qui critique la norme – et les trois médecins les plus âgé·es (dont la responsable d'unité) – qui la défendent.

Si Jérôme n'est plus interne au CIVG 3, il est en période probatoire avant la validation de son poste de PH, ce qui le place dans une position particulièrement vulnérable par rapport à ses collègues. Malgré son désaccord, il est sommé d'adopter la même règle de calcul du terme de grossesse que le reste de son équipe (ce qu'il finit par faire).

Une situation symétrique est celle d'Elodie (45 ans), une médecin généraliste responsable d'un centre d'IVG au sein duquel je n'ai pas fait d'observation. En entretien, elle regrette le manque de militantisme de son équipe : elle-même est favorable à l'adoption d'un BIP limite au 98^e percentile quand ses collègues refusent de dépasser le 90^e. « Le militantisme à outrance dans une équipe qui l'est pas, c'est pas possible. C'est kamikaze. Tu dois ronger ton frein », commente-t-elle, ce qui ne l'empêche pas de parfois réaliser des IVG hors délai en cachette de ses collègues.

Ces différentes situations illustrent le fait que les normes pratiques et dispositifs mis en place sont le fruit de négociations et parfois de conflits au sein des services entre des médecins inégalement disposé·es. Ces normes ne sont pas incessamment renégociées – au contraire, comme nous le verrons, les pratiques médicales sont largement caractérisées par leur inertie – mais seulement lorsqu'un·e médecin se fait entrepreneur·se de pratiques, en prônant l'adoption d'un protocole découvert en formation, en défendant une initiative personnelle pour optimiser le temps de consultation, en suggérant l'adaptation du parcours de prise en charge aux dernières recommandations, etc. C'est ainsi, au-delà de l'enjeu de la datation des grossesses, que Lise, dans le CIVG 3, a importé dans le service la pratique des IVG sur GLI après l'avoir découverte dans un congrès d'avorteur·ses spécialistes ; que Laurence, dans le CIVG 1, agacée de perdre du temps à recevoir des femmes dont la grossesse n'est pas visible, a développé le « protocole petites grossesses » ; qu'une discussion a été menée, au sein du CIVG 3, pour décider d'allonger la durée des consultations pré-IVG de 30 à 45 minutes. L'exemple de la datation montre également que la capacité à promouvoir de nouvelles normes ou à peser dans la négociation en cas de désaccords dépend de la position occupée. Dans les cas observés, seul·es des médecins diplômé·es, souvent les plus âgé·es, ont pris part aux discussions.

Freidson remarquait déjà la plus grande dépendance à leurs pair·es des médecins hospitalier·es que des médecins travaillant en libéral (1970b : 189)²¹. Le travail des médecins en centre d'IVG est encadré par la négociation entre collègues des normes pratiques, là où les médecins réalisant des IVG en libéral interprètent la loi de manière plus autonome – en décidant seul·es, par exemple, combien de fois les avortantes doivent revenir les voir pour obtenir le médicament abortif ou quels examens préalables elles doivent réaliser. La marge de

²¹ Il distingue la médecine libérale, « *client-dependant* », de la médecine hospitalière, « *colleague-dependant* ».

manœuvre individuelle des médecins est plus importante lorsque l'exercice est solitaire et que le pouvoir est monopolistique. À l'hôpital, cependant, le pouvoir médical, s'il est collectif et en partie partagé, est aussi plus intense : les possibilités techniques et légales laissées aux médecins sont plus importantes, les médecins ne sont pas soumis·es à l'enjeu de fidélisation d'une patientèle, les pratiques interactionnelles collectives d'exercice du pouvoir médical se renforcent (comme nous le verrons).

Le service apparaît donc comme une échelle de production normative complémentaire du droit et des autorités de santé. Ce qu'est l'IVG en pratique est défini par une jurisprudence collective relativement autonome qui guide le travail médical, fruit de négociations et parfois de conflits entre médecins.

III. L'illégalisme en blouse blanche : entre délégation et achoppement du pouvoir d'État

Par bien des aspects, les médecins apparaissent comme des « intermédiaires du droit » au sens que définit Jérôme Pélisse (2014), c'est-à-dire des agent·es qui, sans être des professionnel·les du droit, le manipulent au quotidien dans leurs activités, notamment professionnelles. Cette position sociale a été analysée autour des cas empiriques des assureurs et assureuses (Talesh, 2015), conseiller·es Pôle Emploi, militant·es syndicaux et syndicales, directions des ressources humaines, ingénieur·es sécurité en laboratoire de recherche (Pélisse, 2017, 2019 ; Talesh et Pélisse, 2018), patrons de tabac et de débits de boisson (Paco, 2021), hématologues repérant et déclarant les maladies du travail (Brunier *et al.*, 2022) ou médecins légistes (Juston Morival, 2022). Au sujet de cette diversité d'intermédiaires du droit, Jérôme Pélisse écrit :

« Il ne fait guère de doute qu'entre le juge et le plombier, le manager et l'opérateur téléphonique, l'ouvrier de maintenance, l'informaticien et la caissière de supermarché, ce maniement des règles juridiques dans l'activité de travail n'est pas de même nature, ne partage pas la même portée et n'a pas les mêmes conséquences. Mais tous rencontrent et utilisent des règles juridiques, qu'il s'agisse de trancher une affaire et de prendre une décision judiciaire, de respecter des normes techniques mais aussi légales, de faire signer un contrat de téléphone, d'assumer une responsabilité qui peut prendre une dimension juridique en cas de défaillance future, d'incarner, ne serait-ce que par le ticket de caisse, le lien juridique entre une entreprise et son client » (2018 : 112).

Les évolutions du droit déterminent en partie les pratiques médicales. Non seulement de nombreux·ses enquêté·es expriment leur attachement à une « idée de service public »

(Bosvieux-Onyekwelu, 2020)²², mais les données récoltées laissent également voir la force structurante des catégories juridiques sur les représentations médicales – ce que Bourdieu désigne comme le pouvoir symbolique de l'État (Bourdieu, 2003 [1997] : 252, 253) – et un effet, certes variable, des évolutions de la loi sur les pratiques médicales. Ainsi les médecins du CIVG 1 adaptent leurs pratiques et prennent en charge les IVG entre 14 et 16 SA dès le vote de la loi, et ceux et celles du CIVG 3 ont même anticipé l'évolution législative. La reconnaissance croissante de l'avortement par le droit, via sa libéralisation progressive au fil des années, a participé à façonner les catégories de pensée et les pratiques professionnelles des agent·es. Évoquant l'éventualité d'un nouvel allongement futur du délai légal d'IVG, Samia (31 ans), une gynécologue-obstétricienne en fin d'internat, me dit : « Moi je pense que quand c'est comme ça je me fierai à la loi. Si la loi me dit de faire, je le ferai. » Alors que les membres du CIVG 1 qui y travaillaient déjà étaient opposé·es au passage de la loi en 2001, aucune ne conteste plus aujourd'hui la légitimité du droit à l'avortement entre 12 et 14 SA.

Cette position d'intermédiaire du droit n'a rien d'incompatible avec le fait que les médecins se distancient des normes officielles – juridiques et professionnelles – voire, à certains égards, les enfreignent. Il s'agit ici de considérer la tension entre les formes de normativité différentes (légales ou médicales), d'analyser leur concurrence et non plus leur complémentarité, d'envisager les pratiques médicales à partir de la question de leur légalité – et de leur illégalité. Cette perspective permet d'objectiver le rapport qu'ont les médecins au droit, autant dans sa dimension subjective (la conscience médicale du droit) que pratique (l'usage médical du droit). L'expression « conscience du droit » fait référence aux *Legal consciousness studies*, champ d'étude de la sociologie du droit qui s'est constitué autour de l'ouvrage *The commonplace of law. Stories of everyday life* (Ewick et Silbey, 1998), et porte sur les destinataires du droit plutôt que ses institutions, attentif aux « différentes manières de construire et de se rapporter à la légalité, en tant que “structure” sociale présente dans la vie quotidienne » (Pélisse, 2005).

Dans leur critique de l'analyse du pouvoir bureaucratique du fonctionnaire que développe Bourdieu (Bourdieu, 1990, 2014 [2000]), Pierre Lascoumes et Jean-Pierre Le Bourhis soulignent que les dispositifs juridiques « ne peu[ven]t qu'exceptionnellement se limiter à un système binaire de légalité et d'illégalité, de permis et de défendu tel qu'on se le représente souvent ». Le droit n'étant pas monolithique, il leur semble difficile de « raisonner de façon dichotomique en termes de “droit” et de “passe-droit” » (1996 : 61, 62). Leur remarque est pertinente pour considérer le travail médical qui, je l'ai montré jusqu'ici, relève

²² Sans doute plus forte parmi les médecins hospitalier·es que parmi les médecins travaillant dans d'autres secteurs d'activité (Gelly et Spire, 2022).

largement de l'interprétation du droit en des normes pratiques et de leur application différenciée plutôt que de l'opposition entre application et transgression d'une norme officielle. Pour autant, l'analyse en termes de légalité, certes par trop schématique, a l'intérêt de rendre visible certains des aspects du rapport au droit et de l'autonomie politique des médecins. L'illégalité est en outre l'une des catégories profanes par laquelle les médecins envisagent une partie de leurs pratiques. Sans prétendre ni vouloir me faire juge des enquêtés, et en ayant ses limites en tête, je ne me priverai donc pas de mobiliser et de discuter cette catégorie d'analyse, l'illégalité (comme transgression objective d'une norme de droit), qui s'avère heuristique en ce qu'elle permet de mettre en évidence l'illégalisme (comme rapport subjectif au contournement de cette norme, plus ou moins assumé).

Dans les années qui ont suivi le vote de la loi Veil, avant que le processus de gynécologisation de l'avortement soit très avancé, la marginalité de l'avortement, des lieux où il se pratiquait et des professionnel·les qui le prenaient en charge, dotait ces dernier·es d'une relative autonomie. Beaucoup des premier·es médecins avorteurs et avorteuses mettaient en place une prise en charge bien plus favorable aux femmes que ne le prévoyait la loi, qu'ils et elles jugeaient trop restrictive. Cette marge de manœuvre est devenue plus difficile à négocier au cœur des services de gynécologie-obstétrique. Dans l'histoire des CIVG 1 et 3, la prise en main par la gynécologie a marqué une restriction de certaines pratiques illégales comme le fait d'accepter les demandes de femmes étrangères ou de mineures sans autorisation parentale. La réalisation des IVG au-delà du terme limite suppose désormais d'avoir l'accord du chef de service de gynécologie et ne se fait que pour des dépassements limités à quelques jours : les dépassements que j'ai observés sont rares et n'ont pas excédé cinq jours au-delà du délai (14 SA et 5 jours) dans le CIVG 1 ; je n'en ai observé aucun dans les CIVG 2 ni 3 (mais une règle de calcul plus souple s'applique dans ce dernier). Il semblerait que la prise en charge hors délai ait été bien plus répandue avant la gynécologisation du travail d'avortement : les médecins enquêtés qui ont participé aux avortements dans la deuxième moitié des années 1970 me disent toutes avoir elles et eux-mêmes ou d'autres médecins de leur service pratiqué des « IVG illégales », « hors-piste » (François, 80 ans, gynécologie-obstétricien, chef de service), bien au-delà des délais, jusqu'au terme auquel les instruments techniques dont elles et ils disposaient leur permettaient de pratiquer l'aspiration (c'est-à-dire environ 15 SA). Ils et elles évitaient généralement de dépasser 16 SA pour se garder du scandale et des oppositions du « personnel » (les infirmières). Si la datation de la grossesse par échographie qui s'est généralisée laisse toujours une marge de manœuvre comme on l'a vu, la datation via l'examen clinique (toucher vaginal) permettait plus facilement, en l'absence de tout support matériel, de

« jouer l’erreur de diagnostic » en cas de « reproche » de l’administration et des gynécologues (Didier, 78 ans)²³.

Au-delà du dépassement du seuil légal, de l’interdiction aux étrangères ou de l’autorisation parentale des mineures, nombre d’enquêté·es me disent aussi ne pas avoir appliqué la semaine de « réflexion ». Jacques, comme d’autres, en témoigne :

« **Jacques** : [Encore en 1980,] Je faisais plein d’avortements au-delà de la loi. 12, 13 semaines de grossesse. Moi je me fixais une barrière, je n’allais pas au-delà de 13 semaines.

Raphaël : Et au niveau des autres dispositions légales, il y avait aussi la semaine de délai de réflexion. Je sais pas si...

Jacques (interrompt) : J’ai jamais fait. Et pareil pour les conseillères conjugaux [sic] là, pour l’entretien psychologique. Je pense que si le médecin a fait son métier et qu’il reconnaît l’ambivalence des femmes par rapport à cette situation, il y a pas besoin d’un psy pour faire avancer le schmilblick. » (Entretien du 13 septembre 2021)

Or, au-delà de prises en charge légèrement hors délai ponctuelles dans le CIVG 1, les pratiques observées en 2021 et 2022 pouvant être envisagées comme illégales vont dans le sens d’une restriction ou d’une complication de l’accès à l’avortement : absence de choix des méthodes (soit que les méthodes ne sont pas proposées dans l’hôpital, soit qu’on impose une méthode spécifique à une avortante en particulier), obligation de l’examen gynécologique, refus de réaliser les IVG à un terme pourtant inférieur à la limite légale, imposition de l’entretien psychosocial ou d’un délai de « réflexion » après que la loi les a rendus optionnels, et, dans le cadre de l’IMG psychosociale, chantage aux soins – acceptation de la demande d’avortement en échange de l’adoption d’une contraception de longue durée d’action. Certes, dans le cas du travail médical, la frontière entre le licite et l’illicite peut être floue, ce qui rend difficile la distinction entre la nécessaire interprétation de la loi et sa transgression. Si refuser une demande d’IVG faite dans les délais, accepter une demande hors délai, ou restreindre le choix des méthodes sont des infractions objectives de la loi, celle-ci n’interdit pas explicitement de multiplier les examens médicaux préalables, d’ajouter des consultations ou des délais d’attente. Pas plus qu’elle n’interdit explicitement à un médecin loufoque d’imposer à toute avortante, comme prérequis à l’IVG, la réalisation d’une radiographie du corps entier ou d’une séance de gymnastique – arguant pourquoi pas d’un enjeu de sécurité et de l’intérêt pour la santé physique et mentale de l’avortante. Tout ceci, en revanche, pourrait être contraire au droit des patient·es dès lors que ces procédures et actes non requis par la loi

²³ Concernant la même période historique, Pascal Marichalar et Laure Pitti ont souligné la propension des médecins ouvriers du GIS à enfreindre la loi par militantisme : « Pour les plus politisés de ces médecins, le refus de se soumettre aux pouvoirs implique d’accepter d’enfreindre l’usage ou la légalité si cela sert la santé ouvrière » (2013 : 125).

sont réalisés sans le consentement « libre et éclairé » des avortantes²⁴. Or, le consentement est largement façonné par les pratiques de pouvoir, interactionnelles (information partielle et mensonge, contrôle du calendrier, menace de complications, invocation de la loi ou d'une autorité vague) ou cristallisées dans les dispositifs médicaux (parcours de soins, instruments, protocoles), comme nous le verrons au chapitre suivant.

Il y a donc eu un basculement de l'orientation des illégalismes, de libéraux à illibéraux. Il s'agit là d'une tendance : il reste aujourd'hui des illégalismes libéraux (améliorant l'accès) et il existait dès le départ des illégalismes illibéraux (restreignant l'accès, comme la commission de décision du P^r. Bélier en 1975, décrite au chapitre 2). Cela est lié, d'une part, à l'évolution des professionnel·les participant à la pratique des IVG : ce sont de plus en plus des professionnel·les de la gynécologie (médecins comme paramédicales), dont certain·es sont particulièrement soumis·es aux hiérarchies médicales (internes et assistantes ainsi que des sages-femmes hospitalières) tandis que, parmi les avorteuses et avorteurs qui occupent des postes dédiés, le nombre de celles et ceux qui ont connu la pratique transgressive des avortements clandestins diminue peu à peu. Sans être moins favorables au droit à l'IVG – au contraire –, les professionnel·les qui réalisent les IVG aujourd'hui rechignent davantage à enfreindre la loi. Ce basculement est lié, surtout, à l'évolution de la loi elle-même. Celle-ci, qui était autrefois jugée trop contraignante par les avorteurs et avorteuses, est devenue plus libérale que beaucoup de celles et ceux qui l'appliquent. En outre, elle a autorisé ce qui était autrefois un motif de transgression, et rendu illégal ce qui était obligatoire quelques années auparavant, et l'inertie des anciennes pratiques n'est pas perçue par les professionnel·les comme des illégalismes. Toutes les pratiques illégales contemporaines citées ci-dessus sont non seulement extrêmement répandues, mais sont mêmes banalisées au point que les professionnel·les ne cherchent pas à les dissimuler et qu'elles ne fassent l'objet ni de dénonciation, ni de pénalisation²⁵. Le désajustement que je constate aujourd'hui entre la loi et les pratiques médicales (plus restrictives) est un effet d'inertie des protocoles et habitudes de pratiques au sein des services, et un effet d'hystérésis des dispositions professionnelles, restées ajustées à des états antérieurs de la loi.

²⁴ En vertu de l'article L1111-4 du *Code de la santé publique*, voté dans la loi 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ». Le Conseil national de l'Ordre des médecins définit le consentement libre et éclairé comme un consentement obtenu sans contrainte et après « une information claire, complète, compréhensible et appropriée à sa situation. » (<https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/recueillir-consentement-patient>).

²⁵ À la différence de certaines pratiques obstructrices qui n'ont jamais été autorisées par le passé qui sont, elles, considérées comme des pratiques professionnelles déviantes pouvant justifier de dénoncer un confrère ou une consœur. Le fait de donner de faux médicaments abortifs, par exemple.

Les avorteuses et avorteurs militants ne sont donc plus, aujourd'hui, celles et ceux qui transgressent la loi et les recommandations des autorités de santé, mais celles et ceux qui les appliquent le plus scrupuleusement. L'évolution de leur discours sur la loi et sa transgression est révélatrice. Christine (66 ans, gynécologue-obstétricienne), responsable d'unité d'IVG (puis cheffe de service de gynécologie-obstétrique) aujourd'hui retraitée, décrit les illégalismes médicaux comme ayant été une nécessité, accentuée par une loi jugée trop restrictive par le passé :

« **Raphaël** : Toi ça t'est arrivé de faire des interruptions de grossesse largement après le délai légal d'IVG ?

Christine : « Largement », ça m'est arrivé avant [la loi de] 2001, de faire... d'avoir des... des... *T'es obligée quand tu milites autour de l'avortement, d'avoir des comportements hors-la-loi.* » (Entretien du 30 septembre 2021)

Cette position contraste avec celles d'avorteuses des générations suivantes, comme Gaëlle (médecin généraliste, 42 ans, responsable d'unité d'IVG), évoquée au chapitre 4. Tout en ayant un engagement similaire par bien des aspects à celui de Christine – de gauche, féministe revendiquée, participant à l'ANCIC, favorable à l'allongement du délai d'IVG –, celle-ci affirme son légalisme :

« Moi ce que je veux dire, c'est que ce que je fais, c'est... c'est... ça va dans un cadre. C'est : les femmes elles ont le droit complètement d'accéder à l'IVG dans des bonnes conditions. On fait pas n'importe quoi, dans le sens où on respecte absolument la loi. On la respecte. Parfois ce qui peut être interprété comme militant, c'est juste de la respecter, sans excès. » (Entretien du 12 juillet 2021)

Tenant à distance l'image de l'avorteur à la canule entre les dents, ces médecins refusent la « casquette de militante » – comme la désigne Mathilde, gynécologue-obstétricienne de 36 ans ayant un « PH d'orthogénie ». Ce discours témoigne autant de la déconsidération du militantisme partisan (Juhem, 1998) que de l'institutionnalisation du travail d'avortement. Connaissant une relative promotion symbolique, les avorteurs et avorteuses ne s'identifient pas comme des marginaux et marginales et cherchent à apparaître comme des professionnel·les sérieux et sérieuses.

Les médecins ont une conscience du droit variable et partielle. Au vu des observations et entretiens menés, il semblerait qu'ils et elles en aient bien plus conscience lorsque celui-ci limite les possibilités des avortantes que lorsqu'il garantit leur autonomie. Autrement dit, ils et elles perçoivent davantage comme illégales leurs pratiques qui dévient des normes officielles quand elles facilitent l'accès à l'avortement que lorsqu'elles le contraignent. Ne pas faire voir la conseillère avant que la loi de 2001 ne le rende optionnel, ou ne pas respecter la semaine de « réflexion » avant 2016, est présenté comme une infraction, qualifiée de « hors-

piste », pratique « illégale » ou « hors-la-loi » et justifiée en entretien par le militantisme. En revanche, imposer un délai, un entretien psychologique (à toutes ou à certaines), contraindre la méthode d'IVG, n'ont jamais été désignés comme des infractions durant l'enquête. Dans l'ensemble de l'enquête menée, les médecins n'ont décrit leur action comme relevant de l'infraction que lorsqu'il s'agissait d'un illégalisme libéral. Ainsi Lise (52 ans), généraliste responsable du CIVG 3, considère-t-elle que le choix de la datation avec un percentile élevé – qu'elle défend âprement – est une pratique illégale qui pourrait exposer l'équipe juridiquement pour avoir accepté d'interrompre des grossesses à des termes « en réalité » plus avancés que 14 ou 16 SA (selon l'état de la législation). Elle ne considère pas comme une transgression les pratiques des autres centres dont le choix de la méthode de calcul les conduit à refuser des grossesses alors que le terme est « en réalité » inférieur à la limite légale. Cette conscience variable du droit par les médecins, qui tendent à euphémiser l'illégalité de la restriction de l'autonomie des avortantes en centre d'IVG, ou plutôt, dans ces cas-là, à faire preuve d'une certaine indifférence de la norme légale, apporte un élément pour comprendre le maintien des contraintes médicales dans l'accès à l'avortement.

Ce double constat – le mouvement de bascule d'illégalismes principalement libéraux à des illégalismes principalement illibéraux en raison de la pesanteur historique des pratiques professionnelles par rapport aux avancées plus rapides de la loi ; la conscience partielle du droit qu'ont les médecins selon qu'il s'agit d'illégalismes libéraux (conscients) ou d'illégalismes illibéraux (qui s'accompagnent d'un relatif désintérêt pour la norme légale) – alimente plusieurs réflexions.

D'abord, cela laisse apparaître que l'autonomie médicale vis-à-vis de la loi peut favoriser ou limiter l'accès à l'IVG selon les cas, c'est-à-dire selon le degré de libéralité de la loi et selon les positions et dispositions des médecins. Cela a une conséquence importante qui permet de nuancer les analyses de l'encadrement légal de l'avortement qui décrivent la loi comme l'instrument de la restriction de l'autonomie des femmes (Marguet, 2014 ; Mathieu, 2022) : la loi participe aussi à garantir cette autonomie en limitant le pouvoir des médecins, en définissant des conditions d'accès à l'IVG théoriquement indépendantes des préférences et des jugements médicaux.

Ensuite, ce constat laisse voir l'autonomie politique relative dont la médecine dispose. Ni la loi, ni les recommandations des autorités de santé ne déterminent mécaniquement les pratiques médicales. Si l'État fonde le pouvoir des médecins, celui-ci n'est pas le simple résultat d'une délégation du pouvoir politique²⁶. Il fonctionne selon des mécanismes qui lui

²⁶ Foucault mettait en garde contre la réduction théorique et *a priori* des différentes dominations à un pouvoir descendu de l'État : « Je crois qu'il faut se méfier de toute une thématique de la représentation qui encombre les

sont propres, et non seulement il s'en émancipe, mais il l'usurpe. Il s'en émancipe dans la mesure où les médecins n'appliquent la loi que partiellement, et, comme on l'a vu, l'enfreignent fréquemment et consciemment. Lors de mon terrain dans le CIVG 2, deux mois après le vote de la loi allongeant le délai d'IVG à 16 SA, les médecins ne l'appliquaient pas et n'avaient aucune intention de le faire à court terme – ils et elles n'ont pas envie de pratiquer l'IVG à ces termes-là²⁷. Le pouvoir médical usurpe le pouvoir politique, dans la mesure où les médecins se prévalent de la délégation du pouvoir de l'État pour s'imposer dans l'interaction avec les avortantes dans une mesure que le droit ne prévoit pas²⁸. Si l'État est une « banque centrale de capital symbolique » (Bourdieu, 2012 : 196, 342), les médecins en détournent les fonds.

Enfin ce constat interroge sur les raisons de la faible visibilité des illégalismes médicaux. L'écart entre le degré de liberté vis-à-vis de la loi que je constate et la sous-théorisation de l'activité médicale sous l'angle de l'illégalisme (et la rareté des réprimandes et condamnations) témoigne de la légitimité de la domination médicale. Les déviations des médecins par rapport à la loi, à l'exception notable des cas médiatisés d'atteinte physique à caractère sexuel ou de malversations financières, sont rarement considérées par le biais de catégories juridiques, mais plutôt, tout au plus, comme des « erreurs » ou des mauvaises pratiques, éventuellement, sujettes au contrôle informel par les pair·es dans le cas de l'exercice collectif, et non à la répression par la justice. Le parallèle que l'on peut faire avec la gestion sociale de la délinquance économique et financière des classes supérieures est assez frappant. À ce sujet, Pierre Lascombes, commentant l'analyse des illégalismes que Foucault propose dans *Surveiller et punir*, écrit :

« Les modes de réaction sociale et de traitement des illégalismes qui n'entrent pas dans les catégories archétypiques de la délinquance d'atteinte aux biens individuels et d'atteinte physique violente sont le plus souvent laissés dans l'ombre de la connaissance, tout particulièrement les infractions commises par les détenteurs du pouvoir économique et politique. Ces illégalismes internes à la vie des affaires bénéficient de deux privilèges importants. Tout d'abord ils sont l'objet d'une euphémisation sociale qui contraste avec la dramatisation des autres formes de délinquance, à leur propos on raisonne finalement plus en

analyses du pouvoir. [...] C'est maintenant l'affirmation si souvent répétée que le père, le mari, le patron, l'adulte, le professeur représente un pouvoir d'État qui, lui-même, représente les intérêts d'une classe. Cela ne rend pas compte ni de la complexité des mécanismes, ni de leur spécificité, ni des appuis, complémentarités, et parfois blocages, que cette diversité explique. [...] L'idée que la source ou le point de cumul du pouvoir étant l'État, c'est à lui qu'il faut demander compte de tous les dispositifs de pouvoir, me paraît sans grande fécondité historique, ou disons que sa fécondité historique, il l'a maintenant épuisée » (1994 : 203).

²⁷ Le CIVG 2 est loin d'être un cas isolé. Voir l'article du 17 novembre 2022 de Solène Cordier dans *Le Monde* : « IVG : pourquoi la loi qui a allongé le délai légal pour avorter est difficilement appliquée ». https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/11/17/ivg-la-difficile-application-de-l-allongement-des-delaix-entre-clause-de-conscience-des-medecins-et-manque-de-centres-de-prise-en-charge_6150230_3224.html

²⁸ Je le détaillerai au chapitre suivant consacré aux pratiques interactionnelles de pouvoir.

termes “d’erreur” qu’en termes de “faute”. Ceci se traduit par le type de catégories juridiques qui leur sont appliquées (législations techniques commerciale et financière), dans le type d’institutions de contrôle qui les concerne (administrations et commissions techniques comme agent de police) et dans les formes de sanction qui leur sont appliquées (transaction, régularisation sous condition, amendes). Ensuite, sur le plan de l’objectivation scientifique de ces illégalismes d’affaires, la même euphémisation se retrouve et prend même l’aspect de l’occultation voire du déni » (1996 : 83).

L’illégalisme en blouse blanche est moins visible encore que le « crime en col blanc » (Sutherland, 1940). D’abord, parce que la transgression des normes légales se fait en partie en bande organisée, de manière collective et sous la forme cristallisée des instruments, parcours de soins et protocoles au sein des services, et que l’asymétrie d’information entre les médecins et les patient·es qui ignorent les dispositions légales est telle que les illégalismes médicaux sont rarement perçus comme tels par les patient·es et, partant, font peu l’objet de plaintes et moins encore de sanctions formelles²⁹. Le rapport des médecins au droit, tel qu’il ressort des entretiens, laisse d’ailleurs voir une crainte récurrente de procès faisant suite à des complications, bien plus qu’en conséquence d’un non-respect de la loi et d’une obstruction de l’accès à l’avortement, sans doute à raison : la seule enquêtée ayant été attaquée en justice dans le cadre de son travail d’avortement est Jeanne (52 ans), une avorteuse spécialiste qui réalisait les IVG sans échographie dans son cabinet en libéral. Cette pratique, légale mais extrêmement minoritaire, repose sur la datation de la grossesse à partir du dosage hormonal et de la déclaration d’aménorrhée. Une avortante s’est rendue aux urgences à cause d’une grossesse extra-utérine non diagnostiquée. Malgré les consignes de la médecin, elle n’avait pas réalisé le dosage hormonal nécessaire à la vérification du succès de l’IVG et, au passage, de sa localisation dans l’utérus. L’alerte de l’interne qui l’a reçue aux urgences gynécologiques a poussé la femme à intenter un procès à Jeanne, que la médecin a remporté. Cette situation de contrôle intraprofessionnel, l’une des très rares que l’on m’ait rapportées ou que j’aie observées, porte sur une pratique non seulement légale mais visant à simplifier l’accès aux soins. La crainte des procès pousse peut-être des médecins à pratiquer une « médecine défensive » (Hershey, 1972 ; Barbot et Fillion, 2006), c’est-à-dire à pratiquer des examens complémentaires peu ou pas utiles, alourdissant la prise en charge mais destinés à prouver, en cas de plainte, qu’ils et elles n’ont pas été négligent·es.

Ensuite, l’illégalisme médical est invisible car le capital symbolique des médecins est tel qu’on peine à considérer le non-respect de la loi dans le contexte de l’activité médicale comme une infraction. Parler d’illégalisme pour désigner ces pratiques porte atteinte à une

²⁹ Jean Peneff a montré que l’attachement des médecins au secret médical relevait d’intérêts corporatistes (éviter le contrôle de leurs prescriptions) autant que d’idéaux éthiques (2005a : 164). Il participe aussi à invisibiliser certaines pratiques médicales en infraction avec la loi.

croyance fondamentale qui légitime le pouvoir médical, la croyance en sa légalité et, partant, dans une certaine mesure, en sa rationalité et son désintéressement.

Conclusion de chapitre

Il y a deux types de normes explicites et officielles qui règlent le travail d'avortement. Les normes légales, qui ne définissent pas les pratiques concrètes à mettre en place, et les normes professionnelles scientifiques (recommandations et protocoles), qui reflètent les positions – non consensuelles – dans l'espace professionnel de celles et ceux qui participent à les écrire et à les diffuser. Dans les deux cas, elles s'avèrent davantage un outil souple dont les médecins se saisissent pour légitimer certaines de leurs routines professionnelles qu'un cadre réellement contraignant. La non-connaissance ou le mépris de ces normes n'ont que très rarement des conséquences pour les médecins. Le travail d'avortement en centre d'IVG est bien plutôt régi par des instruments et des normes pratiques locales négociées à l'échelle du service, résultant de la nécessaire interprétation de la loi en des dispositifs applicables. Ce sont elles qui définissent ce qu'est concrètement l'IVG, la structure des parcours de soins – nombre, nature, durée, contenu et espacement des différentes consultations –, les protocoles formalisés ou non et les habitudes de travail transmises aux nouvelles et nouveaux entrants. Ces normes locales sont guidées par des enjeux organisationnels et pratiques – faciliter le travail, contrôler le flux des demandes – autant que par la littérature scientifique et par l'intérêt des avortantes. Elles varient selon la position des médecins qui composent l'équipe dans l'espace professionnel, leurs dispositions, la vision qu'ils et elles ont de l'avortement et de leur rôle. La définition médicale des pratiques légitimes est au cœur des luttes qui traversent l'espace professionnel.

On constate une grande variation des prises en charge d'IVG selon les centres d'IVG, un « effet service » (Kentish-Barnes, 2007)³⁰ : on y avorte plus ou moins vite, depuis des termes plus précoces et jusqu'à des termes plus tardifs, on s'y voit imposer un encadrement normatif dense, des examens préventifs et un accompagnement psychologique, ou à l'inverse on y dispose d'une relative autonomie dans la définition des modalités des soins. Une analyse

³⁰ Par une étude comparée de quatre services de réanimation, Nancy Kentish-Barnes montre que « la manière de prendre une décision de fin de vie, le déroulement de la mort et la manière de mourir varient d'un service à un autre, permettant ainsi le développement de véritables cultures locales en matière de fin de vie » (2007 : 450). L'absence de réflexion publique et professionnelle crée un vide qui rend possible l'autonomie des équipes. Des pratiques différentes se mettent en place selon les personnalités des médecins dirigeant-es, le rapport à la loi et à l'éthique : on donne la mort différemment selon les services, qu'on extube et arrête la ventilation, arrête les soins, sédate, ou injecte un produit létal. L'autorégulation des services repose sur la mise à l'écart des familles du processus décisionnel, le maintien du « secret » (les pratiques ne sont pas toutes notées explicitement dans le dossier médical), le mensonge (le terme est utilisé p. 471), pratiques qui varient selon l'idéal de transparence des médecins.

de l'accès à l'avortement ne peut pas se réduire au seul prisme de son encadrement légal. Relais de l'action publique, le corps médical dispose d'une autonomie politique relative à l'origine d'un jeu entre l'évolution du droit et sa mise en œuvre effective.

Le contrôle des modalités des soins par les médecins repose donc, d'abord, sur leur position d'intermédiaires du droit et sur la marge de manœuvre qui leur est laissée dans la nécessaire interprétation de la loi. Mais contrôler les modalités des soins et, partant, le travail à réaliser, ne suppose pas uniquement de déterminer *a priori* son cadre normatif et organisationnel. Il faut également faire en sorte que les avortantes l'acceptent. Ce sont les pratiques interactionnelles visant à orienter les comportements et à faire obéir les avortantes qu'il s'agit maintenant de détailler.

Chapitre 7 : Comment les médecins contrôlent les modalités des soins (2) : Faire obéir les patient·es

J'assiste à la consultation de Mme C., une femme blanche de 20 ans, avec Laure, la sage-femme du CIVG 2. Cette dernière m'indique du doigt, silencieuse, une ligne du dossier médical affiché sur son écran d'ordinateur : « 2020 : accouchement d'une grossesse issue d'un viol ». Lorsque Laure lui demande si elle a un suivi gynécologique régulier, Mme C. répond positivement, évoquant ses visites régulières au centre de PMI depuis son accouchement.

« **Laure** (avec enthousiasme) : On va quand même faire un examen gynéco !

Mme C. (inquiète) : Euh... J'aime pas trop les examens gynéco.

Laure ne répond rien et se dirige vers la salle d'examen attenante. Elle lui indique la table d'examen et lui dit de se déshabiller et de s'installer dans les étrières.

Mme C. : C'est obligatoire ?

Laure : Eh ouais ! On marche sur la lune, mais on sait pas encore examiner autrement !

Elle lui annonce qu'après l'examen gynécologique, elle procédera à une échographie endovaginale¹.

Mme C. : Oh j'aime pas !

Laure : Vous avez eu que des échographies sur le ventre ? Eh oui, mais c'est parce que c'était des grossesses plus avancées, là, *on n'a pas le choix*. Allez, détendez les fesses que je pose le spéculum (*Elle peine à l'introduire*). Détendez-vous ! Imaginez que vous êtes à la plage. Je vous fais mal ?

Mme C. : Un petit peu.

Laure : D'accord (*Continue*). Ça va ?

Mme C. (Grogne de douleur) : Hmm... » (Notes de terrain, CIVG 2, mai 2022).

Dans le CIVG 2, l'examen gynécologique « complet » – frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus, toucher vaginal, palpation des seins – est une étape incontournable pour accéder à l'IVG, que les avortantes aient déjà, ou non, un suivi gynécologique régulier. Ces gestes intimes ne sont pourtant ni requis par la loi, ni recommandés par les autorités de santé². Comment Laure (52 ans) ou Valérie (67 ans), sa collègue gynécologue médicale, parviennent-elles à imposer aux avortantes des gestes intrusifs alors qu'elles n'en ont pas le mandat ?³ Dans la situation rapportée ici, Laure présente simplement l'examen et l'échographie endovaginale comme obligatoires. Malgré les refus répétés de Mme C., elle en affirme la

¹ Certain·es professionnel·les de l'avortement réalisent une échographie endovaginale, *i.e.* par introduction d'une sonde dans le vagin, d'autres, pour éviter un geste intime supplémentaire, la font sur le ventre, d'autres encore commencent sur le ventre et ne passent en endovaginal que si l'image obtenue sur le ventre est jugée trop mauvaise. Certain·es encore, très rares aujourd'hui en France, se passent d'échographie, la loi ne l'exigeant pas.

² La HAS ne recommande la pratique du dépistage du col de l'utérus qu'à partir de 25 ans, à un an d'intervalle pour les deux premiers tests puis tous les trois ans jusqu'à 29 ans, puis tous les cinq ans entre 30 et 65 ans. « Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67 », Recommandation en santé publique de la Haute Autorité de Santé, juillet 2019.

³ Je détaillerai les logiques d'action et répondrai à la question « pourquoi font-elles ça ? » au chapitre 9.

fatalité – il n’y a pas d’alternative. Est-ce par crainte de ne pas obtenir l’IVG ou par habitude d’obéir aux professionnel·les de santé ? Toujours est-il que Mme C. cède.

La prise en charge de Mme C. est bien loin d’être un cas isolé : j’assiste presque quotidiennement à l’invocation spacieuse de la loi ou du « protocole », forme particulièrement banale, parmi d’autres, que prend la fabrique de l’obéissance en centre d’IVG. Ce constat semble contredire empiriquement l’idée que le pouvoir médical se serait effondré sous l’effet du développement des droits des patient·es autour d’une norme légale et professionnelle de recherche du consentement (Guillaume-Hofnung, 2003 ; Castel, 2005 : 445-447), du développement de leurs savoirs (Clarke *et al.*, 2003), de leur organisation collective et de leur participation (Reeder, 1972 ; Quick, 2017), concomitant à la perte de prestige, de confiance et d’autonomie de la profession médicale (Furedi, 2006). Il questionne l’ampleur – c’est-à-dire les limites – de l’évolution de la relation médecin-patient·e vers une forme plus horizontale et égalitaire.

Ce chapitre analyse la manière dont l’ordre social est « négocié » (Strauss, 1992) dans l’interaction entre les médecins, les professionnel·les subalternes dans une moindre mesure, et les avortantes ainsi que, parfois, leurs proches. Il tente d’éclairer un paradoxe : les médecins contrôlent les conditions de l’avortement alors que la loi les place dans une position de prestataires de service où les femmes, dès lors qu’elles sont dans les délais de l’IVG, sont en principe libres d’en choisir les modalités, et que la dimension diagnostique et pronostique du travail d’avortement est minimale. Le chapitre précédent a montré que ce contrôle était notamment lié au rôle d’interprétation de la loi en des normes, dispositifs et instruments applicables. Les règles établies ont pour elles le poids de toutes structures. Elles s’imposent en partie d’elles-mêmes aux avortantes qui, le plus souvent, suivent d’emblée et docilement le parcours d’IVG qui leur est présenté. Mais que se passe-t-il quand une avortante questionne voire conteste les règles ? Qu’elle souhaite avorter plus vite ou par une méthode qui n’est pas celle que privilégie le ou la médecin ? Qu’elle refuse de rencontrer la conseillère conjugale et familiale (CCF) ? Qu’elle n’a pas l’intention d’adopter une contraception médicalisée ? Comment, alors, les médecins orientent-elles et ils le comportement des avortantes – qu’il s’agisse d’appliquer les règles ou d’en dévier à leur discrétion – alors qu’ils et elles ne disposent pas d’un pouvoir ouvertement contraignant ?

C’est sur la dimension interactionnelle du pouvoir médical – c’est-à-dire, tel que défini en introduction, de la capacité des médecins à « faire faire » – que porte l’analyse. J’identifie d’abord les pratiques concrètes, ordinaires, du pouvoir médical par lesquelles les médecins et les sages-femmes façonnent le consentement des avortantes (I.). Je montre ensuite comment l’exercice du pouvoir médical peut être délégué aux professionnelles subalternes, dans une

division à la fois technique et morale du travail d'avortement (II.). J'illustre enfin la capacité des médecins à contrôler les modalités des soins par l'étude détaillée de la manière dont ils et elles orientent le choix de la méthode d'IVG (III.). Ce chapitre mobilise principalement les observations des consultations, des réunions et des discussions informelles des professionnel·les des trois centres d'IVG enquêtés.

I. La fabrique médicale du consentement

Dans les centres d'IVG, les médecins n'ont pas le droit de contraindre les avortantes, à la différence d'autres services comme ceux de gériatrie et de psychiatrie où un « travail de contrainte » est légitimé et rendu possible par le recours à des instruments – contention mécanique et médicamenteuse (Lechevalier-Hurard, 2013 ; Guibet Lafaye, 2014 ; Moreau, 2015 ; Legrand, 2022) –, et à la différence de situations d'urgence vitale où des traitements chirurgicaux peuvent être imposés sans consentement à des patient·es inconscient·es. Les médecins rencontrent les femmes en demande d'avortement au cours de face-à-face ponctuels voire uniques, qui ne permettent pas la construction processuelle du consentement lors d'interactions répétées dans le cadre d'une relation avec les patient·es hospitalisé·es sur le long terme (Lechevalier-Hurard *et al.*, 2017).

Les médecins, les sages-femmes et, dans une moindre mesure, les infirmières ou les secrétaires des centres d'IVG parviennent pourtant bel et bien à se faire obéir. Il s'agit ici de rendre compte du répertoire de pratiques de pouvoir médical, des stratégies de production rapide de consentement qui prédominent dans l'interaction avec les avortantes – du simple conseil aux « tactiques négatives ». Glaser et Strauss désignent ainsi les « ordres, réprimandes, menaces » par lesquelles les médecins et infirmières apprennent aux mourant·es hospitalisé·es à « mourir convenablement » (1992 : 126). En centre d'IVG, les formes les plus fréquentes en sont le mensonge et le contrôle de l'information, le travail émotionnel visant à susciter la peur des conséquences de l'avortement ou la culpabilité, l'instrumentalisation du calendrier de prise en charge et celle du pouvoir symbolique de la loi.

A. Le conseil médical

Les médecins n'ont souvent pas besoin de louvoyer pour emporter l'assentiment des avortantes. Il leur suffit généralement de dire ce qu'il faut faire, ce qui est mieux, ce qu'elles et eux préfèrent ou feraient. C'est le cas, par exemple, lorsqu'il s'agit d'orienter les comportements contraceptifs vers l'adoption d'une contraception que les médecins jugent

efficace. Avant toute chose, les médecins et sages-femmes disqualifient les méthodes jugées trop peu efficaces – méthodes dites « naturelles » et préservatif. Mathieu (60 ans), généraliste attaché au CIVG 3, par exemple, dénigre les choix contraceptifs d'une avortante pour l'inciter à adopter ce qu'il nomme les « bazookas contraceptifs », l'implant et le dispositif intra-utérin (DIU) :

« **Mathieu** : C'était quoi votre contraception qui ne marchait pas bien ?

Mme Z. : Préservatif.

Mathieu : Ah bah voilà.

Mme Z. : Et l'observation des cycles.

Mathieu : V'la autre chose ! Ça marche pas. J'ai mon avis bien tranché là-dessus.

Mme Z. (agacée) : Oui j'entends ça.

Mathieu : C'est pas automatique l'ovulation au quatorzième jour. Ça c'est ce qu'on apprend en SVT en quatrième, vous êtes prof de SVT ?

Mme Z. : C'est pas vraiment ça qu'on fait.

Mathieu : Parce que sinon c'est une IVG tous les cinq ans, hein !

Mme Z. : Oui.

Mathieu : C'est trop exposant » (Notes de terrain, juin 2022).

À une avortante qui raconte avoir arrêté la pilule pour adopter une méthode combinée de contrôle des cycles et d'usage du préservatif lors des périodes fertiles au motif qu'elle n'« avai[t] pas envie de prendre des hormones », Laurence (65 ans), la gynécologue attachée au CIVG 1, lâche simplement : « L'idée était mauvaise ». L'avortante accepte ensuite de repartir avec une prescription de pilule. Les professionnel·les enquêté·es n'hésitent pas pour autant à instrumentaliser le rejet des hormones pour « vendre » le DIU au cuivre, en le marketant comme « naturel » et « sans hormones », ou pour dissuader l'utilisation banalisée de la contraception d'urgence, présentée comme mauvaise car reposant sur une décharge d'hormones, comme le fait Sandrine (46 ans), sage-femme, lors d'une consultation pré-IVG au CIVG 1 :

« **Sandrine** : Qu'est-ce que vous utilisez comme contraception ?

Mme A. : J'ai pris la pilule du lendemain après le rapport.

Sandrine : Alors, petit cours, ce n'est pas un moyen de contraception ! Si vous avez ovulé ça ne marche pas, et en plus ça vous fait des hormones à chaque fois. » (Notes de terrain, septembre 2021)

À l'inverse, ils et elles défendent leurs méthodes préférées – préférence de prescription et non d'utilisation personnelle – en expliquant leur innocuité (« Mauvais pour la santé ça c'est faux ! Les femmes sous pilule sont en meilleure santé », affirme Mathieu en consultation) ou en mettant en avant l'absence de preuve scientifique des effets secondaires. Ils et elles expriment un enthousiasme sans réserve dès qu'il s'agit de prescrire une contraception réversible de longue durée d'action. Mathieu conclut son exposé des

caractéristiques de différentes méthodes : « La pilule c'est contraignant et c'est décevant. L'implant, c'est génial ! ». Auriane (27 ans), interne de gynécologie médicale du CIVG 1, décrit le DIU comme « le meilleur moyen de contraception » à une avortante réalisant sa deuxième IVG. Virginie (56 ans), infirmière-conseillère du CIVG 1 incite une avortante à troquer sa pilule contre un DIU au motif que « c'est plus confortable ». Olivia (26 ans), l'interne de gynécologie médicale du CIVG 1, se montre dithyrambique en consultation alors qu'elle-même utilise la pilule, se refuse à « passer au stérilet » par peur de souffrir au moment de la pose et rejette l'implant pour elle-même du fait des effets secondaires possibles :

Mme H., une femme de 44 ans, algérienne, ayant trois enfants et réalisant une deuxième IVG rencontre Olivia en consultation. Interrogée sur sa contraception, elle dit avoir fait enlever son DIU car les saignements étaient trop abondants. Olivia lui propose le DIU aux hormones mais Mme H. refuse net en apprenant qu'elle n'aura plus ses règles. Olivia insiste :

« **Olivia** : Si, si, c'est très bien, c'est un très bon stérilet ! Il arrête les règles, mais c'est normal. Les règles c'est la muqueuse – comme dans la bouche – qui coule. Le stérilet aux hormones il arrête les règles mais c'est normal, hein, de pas avoir les règles.

Mme H. : Vous êtes sûre ?

Olivia : Oui, oui, c'est super ! Il vous faut ça.

Mme H. : Mais c'est combien de temps le stérilet ?

Olivia : Cinq ans.

Mme H. : Cinq ans sans les règles ?! Ah non, c'est pas bien.

Olivia : Mais si, c'est normal de pas avoir les règles ! C'est *normal* ! C'est *normal*, de pas avoir les règles ! Pourquoi vous avez peur ?

Mme H. : Bah j'ai envie d'avoir mes règles. Et puis j'ai déjà eu le stérilet.

Olivia : Oui mais c'était au cuivre.

Mme H. : Au cuir [sic] oui.

Olivia : Là je vais vous mettre le stérilet aux hormones après l'avortement, ça va être très bien, je vous le prescris. »

Quelques jours auparavant, j'assistais à la consultation avec Olivia d'une autre avortante, noire, anglophone, de 28 ans, qui recourt à l'IVG pour la deuxième fois. Questionnée sur sa contraception, celle-ci dit avoir fait enlever son implant qui lui causait une importante prise de poids. « But maybe I'll need another one... », ajoute-t-elle sans enthousiasme, ce qu'Olivia commente avec entrain : « Yes ! You'll need another one. I'm happy if you take the implant ! » À aucun moment les autres moyens de contraception ne lui sont présentés. (Notes de terrain, décembre 2021)

C'est donc très souvent que les médecins observé·es expriment leurs préférences, partagent leur avis – enthousiaste ou réprobateur – et donnent des conseils sur la contraception à adopter, mais aussi sur la méthode d'IVG à choisir (« Pour vous le mieux c'est la locale »), le fait de rencontrer la CCF (« Je pense que ce serait vraiment bien de voir la conseillère »), la gestion des questions familiales ou conjugales, etc. Quand cela ne suffit pas pour orienter les comportements des avortantes, ils et elles peuvent recourir à d'autres expédients.

B. Le travail émotionnel : faire craindre les conséquences de l'avortement

Le travail médical relève en partie du travail émotionnel tel que le définit Arlie Hochschild. Elle désigne ainsi des tâches « qui nécessitent plus ou moins de manipuler nos sentiments et ceux des autres » (2017 : 31) et analyse à cette aune le travail des hôtesse·es de l'air et celui des agents de recouvrement de dettes. Ils et elles doivent travailler non seulement sur leurs propres émotions – les hôtesse·es sont sommées d'exprimer calme et bienveillance et même de les *ressentir* plutôt que seulement les feindre – mais sur celles des passagè·es ou des débiteur·ices, chez qui il s'agit de susciter respectivement des sentiments de contentement et de sécurité, ou de peur (*ibid.* : 167). Comme elles et eux, les médecins travaillent en contact avec un public et s'attachent à produire un certain état émotionnel. Mais, à la différence des deux cas étudiés par Hochschild, l'état émotionnel qu'il s'agit de susciter est variable. Ils et elles tentent d'autant plus de rassurer, calmer, déculpabiliser les avortantes qu'ils et elles sont des avorteurs et avorteuses spécialistes qui considèrent que cela fait partie de leur travail ou que la demande d'avortement correspond à la norme abortive. Dans les trois centres enquêtés, les professionnel·les tentent généralement de rassurer et de déculpabiliser les avortantes qui avortent pour la première fois, à un terme assez précoce et qui acceptent une contraception jugée efficace. À l'inverse, ils et elles peuvent refuser de rassurer les « mauvaises » avortantes sur la moralité de leur geste, susciter volontairement la culpabilité, menacer de conséquences sur la fertilité ou de risques de complications afin de réprimander ou de façonner des dispositions contraceptives.

Violette (25 ans), une interne de gynécologie médicale rencontrée dans l'enquête par entretiens, l'une des quatre enquêtée·es à invoquer la « clause de conscience », me raconte avoir reçu une femme aux urgences gynécologiques qui, alors qu'elle l'interroge sur ses antécédents médicaux, lui dit avoir eu recours à l'IVG quatre fois. L'interne m'avoue lui avoir alors répondu : « C'est la quatrième fois que vous tuez un petit être ». Des formes de culpabilisation morale liée au fœtus aussi directes que cette dernière sont attestées par des témoignages ou par les entretiens que Laurine Thizy a réalisés auprès d'avortées dans le cadre de sa thèse (2023b : 186). Dans les lieux dédiés à la pratique de l'avortement, comme les centres d'IVG, elles sont généralement considérées comme des pratiques professionnelles déviantes, et, à quelques exceptions près, je n'en ai pas observé.

Les questions répétées aux différents moments du parcours d'IVG par les différent·es professionnel·les participent souvent à construire l'image de l'avortement comme résultant d'un échec des avortantes à maîtriser leur contraception (« Bah alors, comment ça se fait ? », « Vous aviez pas de contraception ? »), et prennent parfois la forme d'injonctions plus

directes à suivre la norme contraceptive (« Ça fait deux fois, maintenant il faut prendre une contraception pour plus que ça se reproduise. Vous avez essayé l'implant ? »). La consultation pré-IVG de Mme F., une femme de 19 ans, mère d'un enfant, venant pour une troisième IVG, est à ce titre révélatrice. Elle est reçue par Jérôme (36 ans), praticien hospitalier (PH) de médecine générale au CIVG 3 :

« **Jérôme** : Racontez-moi un peu ce qui s'est passé avec cette grossesse, vous aviez pas de contraception ?

Mme F. : J'ai arrêté ma pilule parce que je prenais trop de poids.

Jérôme : Alors dans les études scientifiques il n'y a pas de trace d'une prise de poids liée à la pilule, le stérilet ou l'implant. Je dis pas que vous n'avez pas pris de poids, mais c'est sans doute pas lié à la pilule. Bon et du coup il y avait le préservatif ?

Mme F. : Non.

Jérôme (hausse les sourcils) : Ah ? Il y avait un projet de grossesse ?

Mme F. : Non.

Jérôme (hausse les sourcils plus haut) : Alors le retrait ? Le calcul des jours ? (*Mme F. secoue la tête*) Vous aviez pensé que ça pouvait arriver une nouvelle grossesse ?

Mme F. : Non.

Jérôme : Bon, il va falloir mettre en place une contraception. » (Notes de terrain, juin 2022)

La succession de questions que pose Jérôme vise à souligner, sans l'exprimer ouvertement, l'irresponsabilité contraceptive de Mme F. qui, alors qu'elle n'avait pas de désir d'enfant, a eu des rapports sexuels non protégés. Le faux étonnement exprimé par le médecin dans cet extrait de consultation met en scène l'évidence de la norme contraceptive et, en creux, l'écart à la norme de Mme F., soulignant ainsi l'irrationalité de ses pratiques reproductives. M'expliquant cet échange a posteriori, il me confirme qu'il « joue la naïveté pour les faire réfléchir et réaliser ». Si cette mise en avant parfois répétée, au cours d'une consultation comme ici ou à l'échelle du parcours d'IVG, du comportement irresponsable des avortantes a une fonction éducative, elle peut avoir un effet culpabilisateur.

Surtout, les professionnel·les peuvent chercher à susciter la crainte des conséquences sanitaires de l'avortement ou refuser de tranquilliser les avortantes à ce sujet lorsqu'elles font part d'idées reçues erronées sur les risques de l'intervention, afin d'inciter l'avortante à suivre la norme contraceptive ou à garder une grossesse non désirée à l'avenir. Je donne quelques exemples de cette pratique, que j'ai pu observer à plusieurs reprises.

Lorsque je demande à Delphine (27 ans), l'interne de médecine générale du CIVG 1 si elle a rencontré des femmes en demande d'avortement qui ne voulaient pas prendre de contraception, elle me répond :

« **Delphine** : Oui, mercredi. Je faisais la consultation avec Olivia. Une patiente de 18 ans, déjà deux IVG. (*Prend une voix criarde* :) "La contraception j'en veux pas !". Elle doit penser que l'avortement c'est une contraception. [...]

Raphaël : Tu lui as dit quoi ?

Delphine : Je lui ai dit qu'il fallait qu'elle envisage d'avoir une contraception efficace, que c'était dangereux pour elle et qu'elle le regretterait plus tard. Là, 18 ans, déjà deux IVG et pas de contraception... J'ai utilisé des phrases choc, que si elle voulait des enfants plus tard elle pourrait avoir des problèmes, elle n'y arriverait pas, elle le regretterait. » (Notes de terrain, mars 2022)

Afin de convaincre cette jeune femme d'adopter une contraception, la médecin, qui juge son refus puéril, tente, par des « phrases choc », de lui faire peur des conséquences de l'avortement sur la fertilité, conséquences qu'elle présente comme des quasi-certitudes⁴. De manière similaire, Olivia (26 ans), l'interne de gynécologie médicale, me raconte une consultation avec une avortante qui réalise une cinquième IVG :

« Je lui parle de la contraception après l'IVG et elle me dit qu'elle est contre les hormones parce que c'est pas bon pour la santé. Et je lui dis "bah oui mais l'IVG aussi c'est dangereux pour la santé !" C'est la bonne chose à faire d'avoir une contraception, c'est évident, mais bon c'était peut-être un peu culpabilisant... » (Entretien du 19 décembre 2022)

Elle a tenu des propos dont elle identifie la dimension manipulatrice – faire craindre des conséquences sanitaires de l'avortement alors que celles-ci sont très rares –, et précise qu'ils n'ont eu pour but que d'inciter l'avortante à adopter le « bon » comportement.

J'assiste à l'entretien que réalise Mme H. avec Cécile (54 ans), la CCF du CIVG 1 dans le cadre de sa demande d'avortement. Mme H. pleure.

« **Cécile** : Oh la la... Vous voulez pas la faire ?

Mme H. lui dit qu'elle sort tout juste d'une opération de chirurgie bariatrique, qu'elle et son conjoint aimeraient un enfant mais que son médecin le lui a déconseillé en raison du danger que représente le fait de mener une grossesse à terme juste après l'opération.

Cécile : Hmm... Il y a un gros désir de grossesse. La décision n'est pas sure. Et puis je sens qu'un enjeu est de vous sentir femme. Vous avez fait votre *sleeve*⁵. C'est bien (*Cécile sourit*). Vous vous sentez plus femme maintenant ? Vous voulez la maternité pour vous sentir femme ?

Mme H. ne répond pas. Cécile l'interroge sur ses deux précédentes IVG, puis sur ses problèmes de poids et son alimentation, sur son couple et enfin sa famille :

Cécile : Et vos parents ? Ils sont là ? Ils sont présents ?

Mme H. : Oui.

Cécile : Vous êtes fille unique ?

L'avortante recommence à pleurer et parle du décès de son grand frère quand elle avait 12 ans. Cécile l'interroge sur son frère et son décès pendant une dizaine de minutes.

Cécile : C'est pas pour rien que vous parlez de votre frère, aujourd'hui. Vous arrêtez un processus avec l'IVG, c'est la mort aussi. Il faut que vous lui donniez du sens. C'est peut-être ce qui vous fait souffrir aussi aujourd'hui. La grossesse ça fait remonter des choses. C'est pas anodin.

Mme H. : C'est surtout que j'ai peur de plus pouvoir avoir d'enfant après.

⁴ Pour rappel, la revue de la littérature scientifique menée par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) montre pourtant que l'avortement, tel qu'il est pratiqué dans les conditions actuelles de l'IVG en France, même répété, n'a pas d'effet sur la fertilité (CNGOF, 2016).

⁵ Opération de réduction du volume de l'estomac visant à favoriser la perte de poids.

Cécile : Ah oui ? Pourquoi vous avez cette peur ?

Mme H. : Bah parce que c'est pas bon pour la fertilité. Ça fait déjà trois IVG. C'est vos collègues qui m'ont dit ça.

Cécile (étonnée) : Elles vous ont dit ça ?

Mme H. : Oui. Mais elles ont raison, elles vont pas me mentir en même temps.

Cécile (mal à l'aise) : (*Silence*) Bon, on ne sait pas de quoi l'avenir sera fait. (*Silence*) Moi je pense qu'il faut que vous exprimiez tout ça. Si c'est pas par la parole ça peut être par l'écriture, la peinture... L'IVG ça vient parler de beaucoup de choses. Ça révèle un deuil aujourd'hui. Il faut que ça soit quelque chose qui vous aide à vous affirmer en tant que femme, à aller là où vous voulez aller.

Mme H. ne répond plus, Cécile met rapidement fin à l'entretien. » (Notes de terrain, octobre 2021)

Toutes les fois où elle est interrogée, Mme H. explique sa détresse par son désir contrarié de maternité et la crainte – qui s'avère avoir été instillée par les professionnel·les du centre d'IVG – qu'elle ne puisse pas avoir d'enfant par la suite, à cause des avortements. Cécile, qui sait que l'affirmation angoissante de ses collègues est incorrecte, ne la dément pas : il s'agirait d'une « fausse note », une rupture dans la représentation que donnent collectivement à voir les professionnel·les du service, pour reprendre la métaphore théâtrale de Goffman (1973 : 229). La dissimulation de Cécile et le mensonge de ses collègues sont d'autant plus efficaces que Mme H. ne conçoit pas qu'elles puissent en user (« elles vont pas me mentir en même temps »). L'inquiétude de Mme H. est vue comme utile, elle permet d'accroître les chances que cette grossesse non prévue soit la dernière.

L'éducation des avortantes à la contraception ne se limite pas à la prescription, mais consiste en l'inculcation de dispositions contraceptives. Le travail normatif des médecins, en matière de contraception, prend autant appui sur l'explicitation répétée de la norme lors des différentes étapes du parcours d'IVG (les médecins créent des occasions de contact répété en imposant aux avortantes des parcours longs avec plusieurs rendez-vous), que sur la suscitation d'émotions – crainte des séquelles physiques, culpabilité – qui participent à inscrire dans le corps les « bonnes » manières de se conduire. Les médecins comblent ainsi leur manque de contrôle sur l'observance contraceptive des avortantes, dont ils et elles ont peu de moyens de s'assurer après leur départ du centre d'IVG. Le travail émotionnel est au cœur du gouvernement médical des conduites.

On trouve des exemples de ce travail émotionnel visant à orienter par la peur des complications le comportement des patient·es dans les matériaux produits par des travaux portant sur d'autres domaines de la santé que l'avortement – qu'ils l'analysent comme tel ou non. C'est le cas par exemple de l'étude de Maud Gelly, Paola Cristofalo et Clélia Gasquet-Blanchard sur le choix de la césarienne par les femmes d'une maternité privée francilienne. Les autrices montrent que, confronté·es à une patientèle particulièrement aisée à laquelle il est

difficile d'imposer les modalités des soins, les médecins orientent la décision vers la césarienne, y compris à l'encontre des recommandations de la HAS, en évoquant la violence que représente l'accouchement pour le bébé et en suscitant la crainte que celui-ci soit blessé ou traumatisé par l'accouchement. Elles écrivent :

« Comme pour la femme précédemment citée, le médecin “laisse le choix”, conformément aux principes du “consentement éclairé”, qui suppose une information sur les bénéfices et risques d'une intervention médicale. Mais il présente les différentes possibilités et risques associés (souffrance de l'enfant notamment) en des termes qui favorisent le choix de la césarienne afin d'éviter un “bébé bloqué” qu'il faudrait “décoincer” “quitte à lui casser une clavicule” » (2019 : 87).

Cette pratique est également décrite par Glaser et Strauss, qui qualifient de « menaces » les discours de professionnel·les envers les mourant·es qui n'adoptent pas un « comportement approprié » face à la mort :

« Je demande ce qu'elles faisaient habituellement avec de tels malades et elle se met à simuler une attitude charmante : elle prend une voix et une posture fermes et dit au malade ce qui lui arrivera exactement s'il ne prend pas ce qu'il est censé prendre ou faire ce qu'il est supposé faire. Si vous ne faites pas ceci alors telles seront les conséquences physiques et médicales, explique-t-elle, disant également “et alors il faudra vous mettre une sonde dans l'estomac” » (1992 : 125).

À l'inverse, les avorteurs et avorteuses spécialistes les plus militant·es n'hésitent pas à tenir des propos dédramatisants. C'est plus souvent le cas dans le CIVG 3 où les médecins relativisent la responsabilité de l'avortante dans la survenue de la grossesse en présentant celle-ci comme le résultat d'une malchance (une hyperfertilité par exemple) plutôt que d'une erreur, soulignent son partage avec le partenaire sexuel, banalisent le recours renouvelé à l'avortement, ou déshumanisent et dévalorisent le fœtus pour déculpabiliser l'avortante, comme en témoignent les extraits de consultations observées suivants :

« **Lise** (52 ans, généraliste, PH) : Et depuis deux ans vous utilisez une contraception ?

Mme A. : Oui le préservatif.

Lise : Et il y a eu un accident ?

Mme A. : Non, même pas.

Lise (acquiesce) : Les aléas de la contraception. Vous êtes très fertile, c'est pas de votre faute ».

« **Mme F.** : C'est ma faute...

Charlotte (40 ans, généraliste, PH) : Bah non, vous êtes deux ».

Mathieu (60 ans, généraliste, praticien attaché) reçoit une femme pour une deuxième IVG :

« **Mathieu** : C'est fréquent de faire une deuxième IVG ?

Mme C. : Euh... Non ?

Mathieu : Si ! Très fréquent. 40 % des femmes qui font des IVG en font une deuxième ».

Alison (27 ans, généraliste, interne) reçoit une femme de 34 ans accompagnée de sa mère. La femme semble tendue :

« **Alison** : Ça va ?

Mme M. : Oui.

Alison : C'est la décision qui est difficile ?

Mme M. : Non, non, la décision elle est prise, c'est le geste qui est dur. C'est quand même un être humain.

Alison : Bah pour l'instant c'est que des cellules. Vous êtes au tout début de la grossesse, c'est minuscule, moins d'un centimètre ».

Certain·es membres de l'équipe tentent de rassurer les avortantes sur la sécurité de l'acte et son absence de répercussions sur la fertilité – « Il est plus dangereux de garder la grossesse que d'avorter. Il n'y a aucun retentissement de l'IVG sur vos grossesses ultérieures », déclare Mathieu en consultation. Plus souvent que dans les deux autres centres, ces médecins utilisent leur autorité à la fois morale et scientifique pour rassurer les avortantes.

Ces différentes situations montrent que le *care*, et la part de travail émotionnel qu'il suppose, n'échappe pas à la domination, qu'il peut en être un instrument. En cela, le travail médical se rapproche autant du travail de l'agent de recouvrement que de celui de l'hôtesse de l'air. Elles laissent aussi voir la dimension collective que peut prendre le travail émotionnel lors des interactions successives d'une avortante avec les différent·es professionnel·les⁶.

C. La maîtrise du temps et du calendrier médical

Le pouvoir en centre d'IVG repose aussi sur la maîtrise du temps médical et le « gouvernement par l'attente » (Reveillière et Chauvin, 2024). Les médecins ont non seulement le pouvoir de définir, en amont de l'interaction, la norme temporelle du parcours d'avortement (nombre et durée des consultations, espacement entre deux consultations) et celui de déroger à cette norme en octroyant des passe-droits à certaines avortantes, mais, c'est ce que je détaillerai ici, ils et elles contrôlent aussi le calendrier de la prise en charge. Cela leur permet d'imposer discrètement le choix de la méthode d'IVG en rendant certaines options peu attractives par l'invention de délais de prise en charge. L'étape de la programmation de l'IVG joue ainsi un rôle central dans l'exercice du pouvoir médical. Il s'agit de fixer, en concertation avec l'avortante, la date du bloc opératoire pour la méthode instrumentale, ou celle où l'avortante viendra prendre le premier médicament dans le centre pour la méthode médicamenteuse. Elle est réalisée par les médecins et sages-femmes lors de

⁶ Hochschild développe cette idée d'un « travail émotionnel collectif », mais dans un autre sens : celui de l'interaction entre travailleur·se pour s'entre-aider à la gestion personnelle de leurs émotions (calmer une collègue mise en colère par un client) (2017 : 134, 135).

la consultation pré-IVG dans les CIVG 2 et 3, et par les infirmières à la suite de la consultation médicale dans le CIVG 1.

J'observe à de nombreuses reprises dans les CIVG 1 et 2 comment les professionnel·les truquent le planning pour contraindre le choix de l'avortante. C'est le cas lorsque Mme P. réalise une consultation pré-IVG avec Amélie (31 ans), la médecin généraliste du CIVG 1 :

« En consultation pré-IVG, Mme P. se présente comme “schizophrène stabilisée”.

Amélie : Avec votre traitement anticoagulant vous ne pouvez pas faire la méthode médicamenteuse.

Mme P. : Ah mais moi je veux générale, je veux rien entendre.

Amélie : C'est les anesthésistes qui verront avec vous.

Mme P. : Non, non, je veux générale.

Amélie : Je suis pas sûre qu'ils acceptent de vous endormir. Ils pourront vous proposer une anesthésie locale améliorée.

Mme P. : Non, non, je veux rien voir, rien entendre, je suis très stressée.

Amélie : Allez venez, on va faire l'échographie.

Elle réalise l'échographie puis met fin à la consultation. Elle donne le dossier à Armelle, une infirmière, qui va programmer la date d'IVG et lui dit :

Amélie : Je suis pas sûre que les anesthésistes acceptent de l'endormir. Trop d'antécédents : asthmatique, obésité... Ce serait plus simple qu'elle accepte une locale. Elle m'a dit que son mari était en congé jusqu'au 13 octobre [deux semaines plus tard] et qu'elle voulait avoir fait son IVG avant qu'il reprenne le travail, tu peux jouer là-dessus en lui disant qu'avant le 13 on a que des places en locale.

Armelle rencontre Mme P. pour programmer la date de l'IVG :

Armelle : On peut vous proposer avant le 13, mais seulement sous anesthésie locale, ça va ?

Mme P. : Oui, mais je suis très stressée avec tous les problèmes que j'ai eus. Je préfère dormir...

Armelle (interrompt) : Allez, le 8 octobre en anesthésie locale.

Elle inscrit Mme P. en anesthésie locale et la fait sortir. (Notes de terrain, septembre 2021)

Ici, à l'initiative de la médecin, les professionnelles du centre d'IVG jouent collectivement sur la préférence de l'avortante pour un avortement rapide pour faire accepter la méthode qu'elles estiment la plus adaptée. Dans le CIVG 2 où ce sont les gynécologues de la maternité qui réalisent le geste de l'IVG instrumentale à contrecœur et non des médecins occupant des postes dédiés, la gynécologue et la sage-femme qui reçoivent les avortantes en consultation n'hésitent pas à exagérer les délais d'attente pour l'IVG instrumentale afin que les avortantes privilégient la méthode médicamenteuse. L'immense majorité des avortantes, même celles qui disent initialement vouloir avorter sous anesthésie générale, choisissent d'avorter par médicament le lendemain de la consultation plutôt que 10 jours plus tard par aspiration. Le « choix » des avortantes est alors contraint sans qu'il n'y paraisse rien puisque

les avortantes (contrairement à moi) n'ont aucun moyen de savoir que la médecin ou la sage-femme leur ment.

D. « C'est obligatoire » : l'usage instrumental du droit

Leur rôle d'interprétation de la loi dans des normes secondaires et dispositifs applicables permet aux médecins de piocher avec une relative liberté dans le corpus juridique et celui, scientifique-professionnel, des recommandations des autorités de santé. Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, à l'échelle collective du service, ils et elles définissent les règles à suivre selon leurs préférences et selon les contraintes organisationnelles qui leur sont imposées, en exploitant les silences des normes officielles pour faciliter l'accès à l'IVG ou au contraire en mobilisant des versions obsolètes pour le restreindre.

Cet usage instrumental du droit se manifeste également dans l'interaction avec les avortantes. Une pratique récurrente des médecins et sages-femmes pour s'imposer aux avortantes consiste à s'appuyer sur le pouvoir symbolique que leur confère leur position d'intermédiaire du droit patenté·e en invoquant la loi, ou du moins ce qu'ils et elles prétendent qu'elle est. En consultation avec une femme dont elle date la grossesse à 14 semaines d'aménorrhée (SA) et un jour et à qui elle annonce le rejet de sa demande d'avortement, Sandrine en évoque l'implacabilité : « Bah oui mais c'est la loi. [...] Là l'échographie elle est bien faite, malheureusement on a des chiffres, on peut pas... » Je l'ai pourtant vu accepter des demandes plus tardives de femmes dont elle estimait qu'elles méritaient davantage l'avortement.

En exergue de l'introduction de la thèse, j'ai rapporté le déroulement d'une consultation pré-IVG menée par Olivia. L'interne de gynécologie médicale du CIVG 1 refusait de prescrire les médicaments abortifs à Mme T., enceinte à la suite d'un viol, au motif que la grossesse était trop petite pour être visible à l'échographie et qu'il n'était donc pas absolument garanti que celle-ci se trouve bien dans l'utérus, plutôt qu'extra-utérine. Il s'agissait d'une grossesse de localisation indéterminée (GLI) pour lesquelles nous avons vu que les médecins acceptent de réaliser l'interruption ou la diffèrent selon l'importance qu'ils et elles donnent à la possibilité d'avorter rapidement et selon la confiance qu'ils et elles ont dans le fait que les femmes réaliseront un examen de contrôle dans les jours qui suivent. Dans le CIVG 1 (et 2), les médecins diffèrent. Alors que Mme T., sous le choc, dit qu'elle ne « peu[t] pas attendre », Olivia lui affirme que « C'est trop tôt pour une IVG. Légalement on n'a pas le droit ». Quand, dans les instants qui suivent le départ de Mme T., je me permets de signaler à l'interne, pensant qu'elle l'ignore, que la visualisation échographique n'est pas une

obligation légale, celle-ci me répond : « Je sais, mais c'est plus simple ». Afin de mettre en œuvre la règle édictée par les médecins titulaires du service et de faire attendre Mme T. – il faudra près de deux semaines avant qu'elle n'obtienne son IVG –, elle lui a donc menti, invoquant la loi pour couper court à ses protestations.

L'autorité que les professionnel·les allèguent est parfois plus floue que dans la référence explicite à « la loi ». « C'est le protocole », « c'est la procédure » ou « c'est obligatoire » sont des manières communes de répondre aux réticences des avortantes à se plier aux modalités de la prise en charge, par exemple lorsqu'il s'agit d'imposer un entretien psychosocial ou un examen gynécologique, non requis par la loi, ou de faire face aux demandes de réaliser l'avortement le jour même. « On a pas le choix », répond Laure, la sage-femme du CIVG 3 à l'avortante qui refuse l'examen gynécologique et l'échographie endovaginale dans la consultation rapportée en ouverture du chapitre. Comme dans l'échange entre Olivia et Mme T. (« Légalement on a pas le droit »), l'usage du « on » permet à Laure de prétendre son travail régi par la même fatalité qui s'impose à l'avortante contrariée. La référence – y compris fallacieuse – à la loi ou aux protocoles que les professionnel·les seraient contraint·es d'appliquer leur permet de prétendre ne pas avoir de marge de manœuvre et, dans un rapprochement de façade entre pouvoir et impuissance déjà souligné par Pierre Bourdieu et Luc Boltanski, de rendre invisible l'exercice du premier (Bourdieu et Boltanski, 1976). Ils et elles ne font que suivre des règles... qu'ils et elles interprètent ou qu'ils et elles ont définies, individuellement ou à l'échelle du service (systématiser l'examen gynécologique, ne pas faire d'IVG lorsque l'embryon n'est pas visible). « On a pas le choix » et « on a pas le droit » suscitent moins de résistances que « on ne vous laisse pas le choix ».

Le mandat confié par l'État aux médecins les dote donc d'un pouvoir bureaucratique, celui de parler le langage du droit et de jouir de « l'autorité du fonctionnaire » telle que la définit Bourdieu, *i.e.* de s'effacer entièrement et stratégiquement devant la règle pour bénéficier pleinement du pouvoir qu'elle donne (2014 [2000] : 199). « Paradoxalement, la règle n'est pas vraiment le principe de l'action » : elle en est une « arme » (*ibid.* : 206), permettant à celui ou celle qui est chargé·e de la faire appliquer d'imposer comme universel son point de vue particulier. Le droit est non seulement un cadre plus ou moins contraignant que les médecins interprètent, appliquent et parfois transgressent, mais aussi un élément de pouvoir dont ils et elles usent de manière ordinaire et parfois stratégique dans l'interaction⁷.

⁷ Cette analyse plaide ainsi pour élargir aux médecins la démarche consistant à visibiliser et à étudier les usages ordinaires de la loi par les dominant·es (Barrault-Stella et Spire, 2017).

E. Le mensonge, forme élémentaire du pouvoir médical

Dans sa thèse portant sur la prescription de contraceptifs oraux, Leslie Fonquerne écrit que « la rétention d'information était la forme de violence médicale la plus couramment observée sur le terrain » – celui-ci étant formé de 98 consultations de gynécologie observées dans des structures privées et publiques – (2021 : 383). La rétention d'information est très fréquente dans les CIVG 1 et 2 en particulier, où les médecins et sages-femmes n'hésitent pas à ne présenter qu'une partie des méthodes contraceptives ou abortives. Les autres contraceptifs ne sont souvent pas évoqués, et les médecins et sages-femmes n'hésitent pas à minimiser ou à passer sous silence les inconvénients et effets secondaires des contraceptifs de longue durée d'action – douleur à la pose ou au retrait, saignements fréquents ou importants, prise de poids, etc. – afin d'orienter le choix, comme cela a été montré dans d'autres contextes médicaux (Biggs *et al.*, 2020). Il faut alors que les avortantes aient une connaissance *a priori* des autres méthodes et qu'elles aient les ressources interactionnelles suffisantes pour demander une prescription qui n'est pas proposée par les professionnel·les. Toutefois, les médecins ne se cantonnent pas à « l'omission » et au « contrôle de l'information ». Concession faite au prestige des médecins, ces euphémismes tendent à invisibiliser une pratique centrale du travail médical : les médecins mentent activement, et le font souvent. Le mensonge apparaît comme la forme élémentaire du pouvoir médical dans la mesure où son usage est constitutif de la plupart des autres pratiques de pouvoir que j'ai identifiées.

Par exemple, les médecins les plus expérimenté·es du CIVG 3 se rappellent qu'il était d'usage, au début de leur carrière dans le centre, de prescrire systématiquement la pilule au sortir de l'IVG au motif médical que cela permettrait à la muqueuse utérine de repousser. Si cette justification fantaisiste – visant à faire consentir les avortantes à la prise de la pilule – déclenche leur hilarité 20 ans plus tard, la pratique reste répandue dans d'autres centres. Dans le CIVG 2, la gynécologue médicale et la sage-femme, tout en reconnaissant l'absence de fondement scientifique en entretien, affirment ainsi auprès de chaque avortante que la prise de la pilule contraceptive dans le mois qui suit l'IVG fait partie de l'avortement, car celle-ci « aide l'utérus à se nettoyer ». Fabuler un intérêt sanitaire spécifique à la prise de pilule permet de s'assurer du retour immédiat des avortantes à la norme contraceptive.

Le pouvoir symbolique des médecins permet sans doute de comprendre le faible nombre de travaux consacrés au mensonge médical, au regard de sa fréquence⁸. De manière notable, Sylvie Fainzang en a fait un objet d'analyse à part entière dans un ouvrage consacré à

⁸ La place importante du mensonge dans la pratique médicale transparait cependant, au détour de l'analyse, dans divers travaux de sociologie médicale. C'est le cas, par exemple des ethnographies de services de réanimation de Nancy Kentish-Barnes (2007) ou de réanimation néonatale d'Anne Paillet (2007) que je détaille plus bas.

l'étude détaillée du mensonge des médecins oncologues en consultation, et le nomme comme tel. Elle le décrit comme un « outil au service du pouvoir médical », qui est « rationalisé, légitimé, voire éthiquement fondé » (2006a : 68). Élément structurel de la relation thérapeutique, le mensonge est justifié par les médecins par le désir qu'auraient les profanes de ne pas savoir ce qu'ils et elles ont – à rebours des observations de l'anthropologue qui montre que les patient·es, au contraire, regrettent souvent le manque d'information⁹ –, et par l'intérêt des patient·es à rester dans l'ignorance (pour ne pas les inquiéter) : les mensonges des médecins seraient des « pieux mensonges » (2006b). Je retrouve ces éléments dans la prise en charge en centre d'IVG : la fréquence, la légitimation du « pieux mensonge » par l'intérêt supposé des patient·es, ainsi que, autre résultat de Fainzang que je détaille au prochain chapitre, l'exercice différentiel du mensonge, et plus largement des pratiques de pouvoir, selon les caractéristiques sociales des patient·es puisque, dans mon enquête, on ment plus aux patientes racisées, de milieu populaire, ou ayant des troubles psychiatriques.

Une autre raison de la rareté de l'analyse du mensonge médical dans la littérature sociologique est la barrière que représente la connaissance médicale pour le ou la sociologue. Pour observer des mensonges il faut avoir conscience que l'enquêté·e dit quelque chose qu'il ou elle sait être erroné. La connaissance des savoirs médicaux facilite le repérage des mensonges, puisqu'elle permet d'interroger les enquêté·es lorsqu'ils ou elles affirment quelque chose de faux. L'IVG s'y prête particulièrement car les savoirs médicaux à ce sujet sont relativement simples et limités, plus accessibles à une position de « profane-expert·e » (Gelly et Pavard, 2016 ; Koechlin, 2021 : 48) que des branches plus techniques de la médecine. L'approfondissement de ma connaissance de l'objet de recherche – par la multiplication des entretiens réalisés, par le temps passé en observation et par la lecture approfondie de la littérature scientifique, notamment médicale – a amélioré ma capacité à dépister les mensonges des enquêté·es au cours de la recherche.

Pourquoi le mensonge a-t-il un tel poids dans les consultations médicales ? Il est utile, pour y répondre, de faire un détour par la théorie et la sociologie des actes de langage. On sait, depuis John Austin (1962), que la parole n'est pas seulement constative – à but informatif –, mais aussi performative. « Je vous déclare mari et femme », « Je te jure », « Il fait froid, non ? », « je suis en colère » : la valeur de ces énoncés n'est pas mesurée à l'aune du vrai ou du faux, mais de leurs résultats (unir par les liens du mariage, engager sa parole et susciter la confiance, faire se lever son collègue qui va fermer la fenêtre, faire se sentir coupable). Un énoncé performatif réalise une action par le fait même de son énonciation. Austin distingue

⁹ À rebours également d'une enquête menée auprès de 439 patient·es hospitalisé·es en oncologie selon laquelle 92 % préfèrent recevoir toute l'information, bonne ou mauvaise (Blanchard *et al.*, 1988).

plusieurs types d'actes de langage, parmi lesquels l'acte illocutoire (celui qui fait quelque chose, *e.g.* unir par les liens du mariage) et l'acte perlocutoire (celui qui fait faire quelque chose, *e.g.* faire se lever son collègue pour fermer la fenêtre). L'acte illocutoire est « conventionnel » (Austin, 1962 : 103), c'est-à-dire qu'il repose sur des règles communes pré-établies, valables dans un contexte précis, quand l'acte perlocutoire repose, chez Austin, sur la psychologie, c'est-à-dire sur la réaction de l'interlocuteur·ice au propos. La parole médicale en consultation a évidemment un but informatif, mais pas seulement. Elle a une force illocutoire, du fait du pouvoir bureaucratique doté par l'État, celle de déclarer que le délai légal de l'IVG est dépassé, entraînant l'impossibilité d'avorter. Elle a une force perlocutoire, celle de « faire faire », d'orienter le comportement des avortantes, de façonner leur consentement aux décisions médicales. « Ça va être dur d'avoir des enfants si vous continuez à avorter » n'est pas un énoncé descriptif à but informatif, c'est un énoncé performatif. Il ne relève pas du registre de la connaissance, mais il passe pour l'être. Considérer la performativité du discours médical permet d'en souligner sa fonction pratique. Les médecins ne parlent pas toujours pour informer, mais aussi pour agir sur les avortantes.

D'où la banalité d'affirmations fausses – par exemple concernant les risques liés à l'avortement – en consultation ou lors de prises de parole publique. La frontière entre l'ignorance – dont on a vu qu'elle était répandue parmi les gynécologues en matière d'avortement – et le mensonge n'est pas toujours nette. Plutôt s'agit-il ici d'un désintérêt pour la vérité, d'un rapport pratique aux savoirs comme servant d'abord d'outils pour contrôler le déroulement de la consultation (ou, pour ce qui est de la parole publique, pour défendre des intérêts corporatistes), justifiant de mettre à l'écart les éléments de connaissance contraire à leurs buts. Dans les situations évoquées, la mise en avant d'apparents savoirs médicaux sert un but instrumental, celui d'orienter le comportement des avortantes dans le sens souhaité. Dans son essai *On Bullshit*, le philosophe Harry Frankfurt souligne la différence entre le ou la menteur·se, qui a besoin de connaître la vérité pour la travestir, et le ou la « *bullshitter* » (celui ou celle qui « dit des conneries ») qui est indifférent·e à la vérité et, sans trop de considération pour celle-ci, sert son propre dessein. Peut-être faut-il risquer d'être irrévérencieux en disant que ces médecins, en matière d'avortement, plus qu'ignorant·es ou intentionnellement menteur·ses, ont parfois « l'art de dire des conneries » (Frankfurt, 2005), c'est-à-dire qu'ils et elles n'ont pas pour référentiel la vérité mais l'utilité pratique de leur parole.

Bourdieu critique et complète l'analyse d'Austin en s'intéressant aux conditions sociologiques de la performativité du langage – ce qu'il nomme son efficacité symbolique (2001). Les forces illocutoires et perlocutoires ne sont pas purement sémantiques, ni

psychologiques, mais dépendent de la position sociale du locuteur ou de la locutrice. La performativité est liée au fait que l'individu qui énonce le performatif a plus de pouvoir que son interlocuteur, qu'il est socialement institué de la capacité à dire ce qui est ou à donner un ordre. C'est parce que le ou la médecin est doté·e du capital symbolique collectif accumulé par le corps médical que ses conseils, ses mensonges, ses menaces (sur la fertilité future de l'avortante par exemple) ont une telle efficacité symbolique¹⁰. C'est parce que les profanes *croient* que les médecins savent ce qu'eux et elles ignorent et sont mu·es par la défense de l'intérêt des patient·es que leur parole est très rarement mise en doute dans le cadre de la consultation : Mme T., dont j'ai raconté la prise en charge, ne semble pas envisager qu'Olivia, l'interne affable du CIVG 1, puisse inventer une loi interdisant d'avorter trop tôt. Il ne suffit pas de mentir pour que le mensonge soit une pratique de pouvoir efficace, il faut aussi être cru·e. Les médecins ne mentent sans doute pas plus que les profanes mais, du fait de la domination médicale, leur mensonge est particulièrement performatif.

Un autre élément, caractéristique de la domination par l'expertise, fonde le succès de la parole médicale : l'asymétrie d'information entre médecins et profanes. La plupart des avortantes ne connaissent pas la littérature scientifique sur les complications liées à l'IVG ni les détails de la loi sur l'IVG (et encore moins sur l'IMG pour détresse psychosociale), et leur familiarité avec les différentes méthodes contraceptives est inégale. Les médecins luttent contre la mobilisation de sources d'informations extérieures à la consultation médicale, dont la mention les agace. Sylvie Fainzang soulignait déjà que les oncologues « se fâchent » et « réprimandent » les patient·es qui cherchent à s'informer sur internet. Lorsque des avortantes justifient leurs réticences à adopter la méthode de contraception ou d'IVG souhaitée par le ou la médecin ou sage-femme en évoquant les mauvaises expériences d'amies ou de membres de la famille, elles se voient fréquemment rétorquer qu'il ne faut se fier qu'aux conseils des professionnel·les de santé et que les expériences abortives sont différentes et incommensurables. Celles qui disent s'être informées sur internet se le voient parfois reprocher, de même que celles qui utilisent des applications digitales de suivi du cycle. Laurence (65 ans), gynécologue médicale attaché au CIVG 1, s'irrite auprès de moi du succès de ces outils : « Des fois je leur dis “et vous faites pipi sur votre téléphone pour savoir si vous êtes enceinte, aussi ?” Elles me regardent tout effarées... »

¹⁰ Bourdieu écrit : « c'est que le pouvoir des mots réside dans le fait qu'ils ne sont pas prononcés à titre personnel par celui qui n'en est que le “porteur” : le porte-parole autorisé ne peut agir par les mots sur d'autres agents et, par l'intermédiaire de leur travail, sur les choses mêmes, que parce que sa parole concentre le capital symbolique accumulé par le groupe qui l'a mandaté et dont il est le fondé de pouvoir. [...] La plupart des conditions qui doivent être remplies pour qu'un énoncé performatif réussisse se réduisent à l'adéquation du locuteur – ou, mieux, de sa fonction sociale – et du discours qu'il prononce » (2001 : 163-165).

Si les médecins mentent autant – ou du moins prêtent peu d’attention à la véracité de leurs énoncés –, c’est parce que la parole est le principal instrument du pouvoir des médecins dans les centres d’IVG et qu’elle vise autant à faire faire qu’à informer. C’est aussi parce que le mensonge marche : doté·es d’un fort capital symbolique, les médecins sont généralement considéré·es comme des professionnel·les compétent·es et désintéressé·es, et la plupart des avortantes n’ayant pas d’autres sources d’information sur les contraintes légales ou médicales de l’avortement, pressées par l’urgence du délai légal de l’IVG ou par l’envie d’avorter au plus vite, ont peu d’autres choix que de les croire.

J’ai observé des pratiques de pouvoir visant à orienter le comportement des avortantes et à contrôler les modalités des soins dans les trois centres enquêtés. Elles ne sont cependant pas mobilisées avec la même fréquence ni la même intensité selon les positions et dispositions des médecins – elles le sont notamment moins souvent et de manière moins impératives dans le CIVG 3 que dans les deux autres –, et pas toujours dans le même but. Le mensonge, par exemple, s’il peut avoir pour fonction d’imposer la norme contraceptive ou d’orienter vers une méthode qui simplifie le travail du ou de la médecin, peut aussi viser à atténuer la culpabilité de l’avortante :

Lucie (30 ans, gynécologue médicale, assistante) reçoit une femme de 42 ans, mère au foyer ayant quatre enfants :

« **Mme O.** : Ce que je vais faire c’est pas bien. S’il y a une malformation dites-le moi comme ça je me sentirai pas responsable à 100 %. Je suis de confession musulmane et c’est pas possible normalement (*Pleure*).

Lucie : Si c’est pas le moment pour vous, c’est pas le moment. (*Lucie l’interroge sur ses problèmes conjugaux, l’incite à porter plainte pour les violences de son ex-conjoint envers elle et sa fille*).

Mme O. : Le cœur bat déjà ?

Lucie : Je peux pas vous dire, il faut faire l’échographie. Mais vous savez c’est des ébauches d’organes, pas des organes constitués. (*Elle fait l’échographie : 9 SA*).

Mme O. : Mais là le cœur il battait pas ?

Lucie (ment) : J’ai pas regardé. » (Notes de terrain, juin 2022)

Afin de ne pas accroître la culpabilité de Mme O., Lucie lui ment sur l’existence d’une activité cardiaque. L’identification des pratiques de pouvoir ne présume pas de l’usage qui en est fait.

F. Quand les avortantes renversent le rapport de pouvoir

Dans le cadre de l’IVG, le pouvoir des médecins repose sur le fait de produire le consentement des avortantes par les diverses pratiques très concrètes et souvent conscientes évoquées jusqu’ici. Pour faire accepter les modalités de soins qu’ils et elles définissent, qu’il

s'agisse d'orienter le « choix » de la méthode d'IVG, de faire accepter un refus de prise en charge ou le décalage de la réalisation de l'IVG, d'inculquer des dispositions contraceptives ou d'imposer l'accompagnement psychologique ou l'examen gynécologique, ici, pas de camisole et d'hospitalisation forcée. Il ne leur est pas possible de s'imposer sans ce consentement minimal, formel.

En se fondant sur la loi – dès lors qu'elles sont dans les délais de l'IVG, elles ont y droit quel que soit le nombre d'IVG passées, la contraception utilisée et souhaitée, leur distance à la norme procréative –, de rares avortantes renvoient les médecins à une situation de prestataires. Ainsi Christophe (68 ans), chef d'un service de gynécologie-obstétrique où je n'ai pas enquêté, évoquant « l'usure » des personnels d'orthogénie face au travail d'avortement, me raconte son effarement face à une femme qui exige un avortement :

« On a encore eu une 18 ans qui vient pour sa cinquième IVG et qui nous a dit “Faites-moi sauter ça et vite”. Eh bah on tombe du cheval ! N'importe qui tombe du cheval ! » (Entretien du 14 janvier 2021)

De même, Estelle (36 ans), cheffe de service de la maternité 2 qui doit y pratiquer ponctuellement des IVG instrumentales, raconte :

« Quand c'était des patientes où c'était la pilule qui avait pas fonctionné, qu'elles avaient déjà eu des enfants et que vraiment elles pouvaient pas avoir cet enfant et qu'elles venaient faire l'IVG vraiment en pleurant et en étant très très mal, bah là je leur en voulais moins. Mais la petite jeune de 22 ans qui t'explique que “Non je veux pas prendre de contraception parce que les hormones c'est pas bien”, que c'est sa quatrième IVG en deux ans et qui vient faire son IVG comme elle viendrait chez l'esthéticienne, en rigolant presque, avec ses copines, et elle repart... [...] Je lui avais dit “Vous croyez qu'on a que ça à faire ? C'est votre quatrième IVG en un an !” Et elle m'avait répondu – à juste titre – “Bah c'est votre boulot vous êtes payée pour ça”. Et j'avais vraiment envie de la frapper (*rire*). Je lui en voulais beaucoup. » (Entretien du 29 avril 2022)

Le système de croyances qui fonde le pouvoir du médecin ne semble pas avoir tout à fait prise sur ces deux avortantes. En présentant l'avortement comme un dû plutôt qu'en en faisant la « demande », ces dernières désenchantent la relation médicale : les médecins sont dans une position de service – ce sont les avortantes qui décident de l'avortement – et ont un intérêt économique à leur travail. Ce renversement partiel du rapport de pouvoir est vécu comme insupportable par ces deux médecins.

De telles situations de renversement explicite du rapport de pouvoir sont toutefois suffisamment rares pour que je n'y aie jamais assisté, et, dans les consultations observées, les avortantes n'ont que très ponctuellement contesté les modalités d'avortement qui leur étaient imposées – et encore moins souvent obtenu d'en fixer d'autres –, ou douté de la sincérité ou de la bienveillance des médecins ou des autres professionnelles. Par exemple, alors que

beaucoup d'avortantes semblaient y rechigner, je n'ai vu qu'une seule femme échapper à l'examen gynécologique pratiqué au CIVG 2. Il s'agit d'une femme de 33 ans, cuisinière, musulmane pratiquante, ayant quatre enfants et réalisant sa deuxième IVG. Pendant la consultation, elle se montre particulièrement revendicative et méfiante, demandant à Laure (52 ans), la sage-femme, de justifier pourquoi elle lui pose telle ou telle question. Laure – qui la connaît de sa première IVG – semble la craindre et me signalait en amont qu'elle appréhendait la consultation. La sage-femme commence l'examen gynécologique, pose le spéculum, réalise le prélèvement vaginal (pour dépister des infections) puis alors qu'elle s'apprête à faire le frottis – bien que l'avortante en ait déjà réalisé un moins d'un an auparavant –, l'avortante retire d'elle-même le spéculum. Laure s'exclame : « Mais vous le voulez pas mon spéculum ! (- Non, je le veux pas). Bon... on le fera au contrôle, le frottis. Je fais l'échographie, vous me mordez pas ! » Les protestations verbales ne suffisent pas, il faut un refus physique (ici le retrait du spéculum) pour interrompre l'examen.

Outrepasser le consentement : le chantage au soin dans le cadre des demandes d'IMG

Si les situations où le pouvoir médical s'exerce de manière ouvertement coercitive sont rares dans la prise en charge de l'IVG, dans le cadre des demandes d'IMG pour détresse psychosociale, en revanche, le pouvoir de décision officiel dont disposent les médecins les dotent d'une marge de manœuvre d'une toute autre ampleur, rendant possible des pratiques de chantage au soin. La réalisation de l'avortement est expressément subordonnée à l'acceptation de conditions, non requises par la loi, posées par les professionnel·les. Quasi-systématiquement, les médecins offrent un « deal », un « package » : que l'avortante acquiesce à la pose d'une contraception de longue durée, c'est-à-dire, dans les situations observées, un dispositif intra-utérin, un implant ou une stérilisation contraceptive. L'avortement sert de monnaie d'échange pour redresser des conduites non conformes (Perrin, 2023a).

Pourquoi, finalement, est-ce que les avortantes obéissent autant ? D'abord parce que les médecins et, depuis peu, les sages-femmes, ont le monopole de la pratique légale de l'avortement. Sans doute une part des avortantes fait-elle montre de « docilité tactique » (Dubois, 2003a : 296), en acceptant les consultations supplémentaires, en répondant aux questions, en ne rétorquant pas aux brimades, et en mettant en scène leur « bonne volonté sanitaire » (Arborio et Lechien, 2019) en jouant l'adhésion aux normes médicales le temps du parcours d'IVG. Il s'agit ainsi d'anticiper les attentes des médecins : « Maintenant j'arrête les bêtises », affirme en début de consultation une femme ayant recouru plusieurs fois à l'avortement. D'autres prennent un air contrit en disant d'emblée qu'elles ont oublié leur pilule et qu'il va bien falloir mettre un DIU. L'aveu de la faute et l'anticipation de la demande médicale d'adoption d'une contraception plus efficace montre la conscience des normes sanitaires et appelle la mansuétude. N'accédant au discours des avortantes que *via* leur

interaction avec les professionnel·les de santé, il ne m'est pas possible de savoir si elles ont intériorisé la norme ou la nécessité de paraître s'y conformer¹¹.

Une autre raison possible de la faible fréquence des résistances au pouvoir médical est son invisibilité. Si les formes les plus brutales par lesquels les médecins orientent les comportements des patient·es peuvent être dénoncées par celles et ceux qui les vivent comme étant illégitimes, les formes douces qui façonnent le consentement n'apparaissent pas comme telles. Parce que le pouvoir médical dans l'IVG n'est pas officiellement coercitif, les pratiques identifiées dans ce chapitre reposent largement sur la dissimulation du pouvoir comme étant un pouvoir. Les médecins font généralement passer leur volonté, leurs préférences, leurs croyances ou leurs intérêts pour ceux des avortantes, pour la loi ou pour la science.

À l'hôpital et en matière d'IVG, l'ordre dit « négocié » ne l'est qu'à la marge avec les avortantes, à la fois car cet ordre se joue en partie en amont de l'interaction – dans la définition par les médecins du cadre et des règles de la prise en charge, rarement contestées – et parce que l'interaction est particulièrement déséquilibrée par les rapports de domination qui la traversent. Il l'est davantage, en revanche, entre le ou la médecin, ses pair·es, et les professionnel·les subalternes avec lesquels s'organise le travail d'avortement.

II. De la division technique à la division morale du travail : le pouvoir dominé des professionnel·les subalternes

Le contrôle des modalités de l'avortement repose sur des pratiques collectives de pouvoir se jouant, au-delà de l'établissement de normes pratiques communes, dans les interactions des différent·es professionnel·les du service. Certains extraits de terrain présentés plus haut ont donné à voir la dimension chorale du mensonge ou du travail émotionnel, répétés à différents moments du parcours IVG par les médecins, infirmières, conseillères ou secrétaires, parfois de manière sciemment coordonnée, parfois non. Si des professions non médicales exercent le pouvoir – du moins participent à son exercice – pourquoi parler de pouvoir médical ? Ne faudrait-il pas plutôt parler de pouvoir soignant, ou hospitalier ?

L'exercice du pouvoir médical peut être délégué aux professionnel·les subalternes. Les médecins du CIVG 3 sont des avorteurs et avorteuses spécialistes. Leur investissement et leur militantisme revendiqué les amène à davantage contrôler les différentes étapes de la prise en charge, généralement pour tenter d'en simplifier l'accès. En conséquence, le pouvoir y est bien moins délégué aux autres professions et aux jeunes médecins présentes temporairement dans le service (internes et assistantes) et la division du travail y est plus hiérarchique.

¹¹ Pour paraphraser Vincent Dubois au sujet des bénéficiaires de la CAF (2003a : 300).

Paradoxalement, c'est donc leur critique du pouvoir médical (exercé sur les patient·es) qui les conduit à l'exercer sans partage, pour en contrôler l'ampleur, pour éviter que les modalités de soins imposées aux femmes leur soient moins avantageuses. Cela est rendu possible par leur nombre, plus important que dans les CIVG 1 et 2 en regard des IVG réalisées¹². Je n'y observe pas les pratiques de pouvoir exercées par les secrétaires, sages-femmes ou infirmières comme dans les CIVG 1 et 2. Les tâches des infirmières, en particulier, sont clairement délimitées et plus restreintes, se limitant à la prise de sang et à la prise des médicaments. Le moindre pouvoir que celles-ci exercent est accentué par leur roulement puisqu'elles n'occupent pas un poste dédié au sein du CIVG 3 mais partagent leur travail entre les différents services de la maternité.

Dans le CIVG 1, il n'y a pas de praticien·ne hospitalier·e, la direction du service est déléguée par le chef de service de gynécologie à de jeunes assistantes de gynécologie médicale qui se succèdent tous les deux ans. Les deux autres médecins diplômées ont un contrat d'attachée renouvelé chaque année (dont une n'est présente que deux demi-journées par semaine), rejettent une identité professionnelle centrée sur l'avortement et refusent toute responsabilité organisationnelle dans le service. Les infirmières, elles, sont nombreuses (cinq infirmières chaque jour, contre deux dans le CIVG 3 et aucune dans le CIVG 2), ont des postes pérennes et à temps plein. Elles se voient déléguer une partie du travail et, avec lui, du pouvoir médical : elles planifient les interventions (donc contrôlent le calendrier de la prise en charge), voient les avortantes avant et après les médecins et peuvent refuser les demandes d'avortement (« on vous prend pas »), inciter ou obliger par mensonges et menaces à réaliser un entretien psychosocial, à adopter une contraception, à choisir telle ou telle méthode d'IVG.

Dans les CIVG 1 et 2, les médecins délèguent volontiers aux professions subalternes le « travail de contrainte » (Lechevalier-Hurard, 2013). Par le truchement du « protocole petites grossesses »¹³, les médecins confient aux secrétaires le soin de refuser les femmes jugées « trop peu » enceintes, et j'ai observé les trois médecins diplômées enjoindre aux infirmières à mentir quant aux créneaux disponibles ou au déroulement du parcours d'IVG. Juliette (30 ans, assistante de gynécologie médicale), par exemple, considère que les femmes qui dévient de la norme abortive (celles qui avortent plusieurs fois, qui refusent la contraception, qui avortent à un terme proche de la limite légale ou dont la médecin soupçonne l'ambivalence) doivent obligatoirement rencontrer la conseillère pour un entretien psychosocial. Pour autant, elle

¹² Pour rappel, il y a trois fois moins d'IVG réalisées par temps plein médical dans le CIVG 3 que dans le CIVG 1.

¹³ Pour rappel, il s'agit d'une norme locale au CIVG 1 consistant à pré-trier les demandes de rendez-vous en faisant attendre les femmes enceintes à des termes précoces (avant 6 SA) afin d'éviter de recevoir les femmes tant que la grossesse n'est pas visible à l'échographie (voir chapitre 6).

n'apprécie pas de leur forcer la main et en charge plutôt les infirmières. Après une consultation pré-IVG, je l'entends s'adresser discrètement à Armelle (55 ans) et à Véronique (50 ans), deux infirmières, qui s'appêtent à recevoir l'avortante pour programmer la date de l'IVG : « C'est sa quatrième ou cinquième IVG. Je lui ai dit qu'il faut qu'elle fasse l'entretien mais elle ne veut vraiment pas. Vous pouvez insister pendant la programmation ? ». Les infirmières diront à l'avortante que, pour avoir son IVG, elle doit voir la conseillère : « C'est obligatoire, c'est la procédure » (Notes de terrain, novembre 2021).

Si les médecins considèrent comme nécessaire de contrôler les modalités de l'IVG, la plupart sont mal à l'aise avec le fait d'enfreindre la norme professionnelle valorisant le consentement « libre et éclairé » des patient·es. L'exercice du pouvoir relève d'un « sale boulot » qu'ils et elles cherchent à éviter en le déléguant. Ce phénomène est documenté par d'autres travaux de sociologie de la santé. Ainsi, en psychiatrie (Moreau, 2015) et en gériatrie (Lechevalier-Hurard, 2013), l'usage de la contrainte et de la force, perçu comme utile voire nécessaire, n'en est pas moins contraire à la définition que se donnent les professionnel·les des bonnes pratiques. L'exercice du pouvoir s'inscrit donc dans une division non seulement technique, mais aussi *morale* du travail : de même que, selon Hughes, l'avocat qui veut garder les mains propres – et pouvoir ainsi le clamer devant la cour de justice – engage d'autres personnes qui vont se les salir pour lui et réaliser la part moins respectable de son travail (Hughes, 1996b [1971] : 63), les médecins, pour respecter formellement la norme morale et professionnelle du consentement des patient·es, peuvent déléguer les pratiques de pouvoir aux professionnel·les subalternes, explicitement ou, simplement, en laissant faire¹⁴. Plus largement, le maintien de la position de pouvoir des médecins vis-à-vis des patient·es repose en partie sur la délégation de l'exercice du pouvoir aux subordonnés et en particulier aux subordonnées, comme le remarquent Christelle Avril et Irène Ramos Vacca quand elles décrivent les mensonges de la secrétaire, de l'infirmière ou de la femme du médecin visant à justifier les prescriptions du médecin ou à couvrir ses retards (2020 : 98).

Les professionnel·les subalternes auquel·les ce pouvoir délégué échoit peuvent rechigner. C'est le cas des secrétaires du CIVG 1 qui, tout en appliquant le « protocole petites grossesses », en contestent la légitimité et s'agacent entre elles du rôle de tri des avortantes qui leur est donné, ou des infirmières dans l'enquête menée par Anne Paillet dans un service de réanimation néonatale. Elle y analyse l'aversion différenciée des professionnel·les pour le « secret médical » consistant à maintenir dans l'ignorance les parents d'enfants hospitalisés en

¹⁴ Dans l'analyse que fait Hughes de la délégation du « sale boulot », il décrit l'avocat comme se déchargeant de la dimension de son activité relevant de « la fourberie et de la violence », quand l'enjeu pour le médecin, selon lui, consiste surtout à éviter le contact avec « la saleté physique » (1996b : 63, 64). L'étude de la prise en charge de l'avortement révèle aussi la volonté de médecins de se décharger de la dimension coercitive de leur travail.

réanimation néonatale. On cache parfois à celles et ceux-ci la gravité du diagnostic et du pronostic ainsi que les délibérations portant sur l'éventuel arrêt ou la décision de poursuite de la réanimation. Si Anne Paillet n'utilise pas le terme de mensonge c'est pourtant bien, en partie, de cela qu'il s'agit :

« Les infirmières sont les membres des équipes qui assurent la plus grande part du travail de fabrication des secrets. Car il ne s'agit pas seulement pour elles de s'abstenir de parler. Se retrouver en face de parents "qui vous bombardent de questions" (comme le dit un jour une infirmière au chef de son service) et devoir ne pas les éclairer, c'est en pratique participer à la confection des secrets. Être témoin des "décalages" des parents et devoir les "suivre dans leur enthousiasme", cela revient à leur "dire des bobards" (pour reprendre l'expression d'une autre infirmière). Soumises à la fois aux questionnements parentaux et aux consignes médicales de silence, les infirmières se retrouvent dans une position de porte à faux qui les oblige à porter le faux » (2009 : 349).

Les médecins défendent cette pratique au nom du professionnalisme et délégitiment les réticences des infirmières en les expliquant par leur sexe ou par leur absence de formation médicale. Pour Anne Paillet, la différence s'explique plutôt par la position dans la division du travail : ce sont les infirmières qui sont le plus souvent et le plus longtemps en contact avec les parents, elles font face à leurs questions et leurs « décalages » sans avoir le droit de donner des informations diagnostiques ou pronostiques et doivent donc, activement, mentir, en contradiction avec les normes déontologiques de transparence (Baszanger *et al.*, 2002). À la différence des médecins, elles fréquentent les parents dans des interactions répétées, prolongées « des heures durant », du fait de l'hospitalisation de leur enfant. Le parcours d'IVG, constitué d'interactions courtes et ponctuelles, est moins propice à ce que se nouent ces « engagements interactionnels à la loyauté » (Paillet, 2009 : 349) et permet de comprendre que certaines infirmières, à la différence de celles de l'enquête d'Anne Paillet, apprécient l'exercice de ce pouvoir délégué. Les deux infirmières qui ont le plus d'ancienneté dans le CIVG 1 (15 et 20 ans) montrent, en exerçant le pouvoir médical qui leur est délégué, leur supériorité hiérarchique au sein des professionnelles paramédicales. L'une d'elle, Armelle, particulièrement autoritaire, est parfois appelée « P^r Luciani » ou « D^r Luciani » par ses collègues, plaisanterie teintée de respect. Le pouvoir délégué permet, en leur donnant les moyens d'un travail sur les avortantes et d'une différenciation des prises en charge, un enrichissement de leurs tâches qu'elles décrivent comme répétitives et peu techniques¹⁵. Nuançant l'idée que la directivité des médecins s'opposerait à la disponibilité et à la bienveillance des infirmières (Fainzang, 2006a : 58), mes observations laissent apparaître les infirmières comme l'un des rouages de l'exercice du pouvoir médical, et montrent que la

¹⁵ La technicité du travail infirmier varie selon les postes et les services. Les postes les moins techniques sont également les moins valorisés dans l'espace infirmier. Voir Longchamp *et al.* (2020).

propension à l'exercer dépend à la fois de la répartition locale des pouvoirs et des dispositions et trajectoires des professionnel·les.

Le pouvoir des professions subalternes du centre d'IVG sur les avortantes est donc une émanation de celui des médecins, conséquence de sa vacance et/ou de sa délégation. C'est en partie parce qu'elles y sont missionnées – et non seulement par discrétion – qu'il arrive à la sage-femme de mentir, à l'infirmière d'imposer la méthode ou à la secrétaire de différer la prise en charge. Il s'agit d'un « pouvoir dominé » (Bourdieu, 1980 : 188) au sens où celui-ci est hétéronome, exercé sous couvert et contrôle de l'autorité médicale qu'il sert. Dans son analyse du travail des secrétaires médicales, Christelle Avril décrit leur pouvoir – contrôler les prescriptions et faire remonter les erreurs au chef de service, former et réprimander les étudiant·es médecins, filtrer les visiteur·ses auprès des médecins, accéder à des informations tenues secrètes comme les dessous-de-table – comme un « pouvoir domestique », effectif et valorisable uniquement dans l'organisation spécifique où elles travaillent (2019). Il n'est pas associé à un pouvoir symbolique ou économique mobilisable en dehors de ce cadre. Ce résultat semble valoir, en partie, pour les infirmières de centre d'IVG.

Il est attesté par la littérature sociologique que des consultations courtes et des plannings surchargés sont des facteurs favorisant la survenue de maltraitances dans l'accès aux soins. Dans le contexte de la prise en charge gynécologique, Leslie Fonquerne montre par exemple que les consultations courtes des gynécologues libéraux et libérales se prêtent moins à la recherche du consentement et que les médecins s'en passent plus que lors des consultations plus longues en centre de santé (2021 : 670), et Aurore Koechlin, dans son enquête sur la gynécologie médicale, n'a observé qu'une situation pouvant se rapporter à la violence physique : une interne en médecine générale débordée et fatiguée, travaillant dans un box exigü, tente d'insérer avec force un spéculum à une patiente visiblement réticente et en souffrance (2021 : 575). L'étude des trois centres d'IVG enquêtés m'amène à confirmer ce résultat : le CIVG 1, avec ses consultations médicales plus courtes et un flux de demandes d'avortement supérieur aux deux autres centres, est le lieu où l'exercice du pouvoir médical est à la fois plus fréquent et, nous le verrons au chapitre suivant, le plus brutal. Toutefois, certaines des modalités du pouvoir – sans dire qu'il s'agisse là de maltraitances, le pouvoir n'est pas équivalent à la violence – que j'observe dans les CIVG 2 et 3 ne sont possibles que parce qu'il y en a le temps et les moyens humains. Si les professionnel·les peuvent être davantage conduit·es, dans un sentiment d'urgence, à se passer du consentement des patient·es, le fait d'avoir du temps multiplie les manières de s'imposer et les motifs pour lesquels le faire. La plus longue durée des consultations, considérée par les enquêté·es comme un signe de bienveillance et de soin de meilleure qualité – ce qu'elle peut être – est aussi une

manière de se donner les moyens d'un travail plus poussé sur les avortantes, de réaliser des examens non nécessaires ou de faire ingérence dans la décision des avortantes.

III. Qui choisit la méthode d'IVG ? Quand l'offre médicale crée sa propre demande

L'analyse détaillée et comparative du « choix » de la méthode d'IVG dans les trois centres d'IVG étudiés permet d'illustrer l'exercice du pouvoir médical et de donner certains éléments de compréhension de ce qui motive les médecins.

Les recommandations de la HAS limitent la liberté des avortantes à décider de leur méthode d'IVG, selon le terme de la grossesse : avant 9 SA, toutes les méthodes sont possibles, entre 9 et 14 SA, seules les méthodes instrumentales sous anesthésie locale (AL) et générale (AG) le sont¹⁶. Les méthodes ont chacune des avantages différents, et les avortantes rencontrées lors de l'enquête avaient des préférences variables, forgées au préalable ou au cours de la prise en charge médicale.

La méthode médicamenteuse permet aux femmes de choisir avec plus de flexibilité la date de l'avortement, d'avorter chez elles entourées de leur(s) proche(s), de limiter la remise de soi au corps médical. Il y a cependant un risque que la méthode échoue (entre 1 % et 5 % selon les études), et il y a une incertitude quant au moment précis du déclenchement de l'avortement. Les méthodes instrumentales permettent de s'assurer du succès de l'IVG dès sa réalisation (les médecins du CIVG 3 disent en ce sens qu'elle est plus « radicale ») et sont souvent moins douloureuses, en particulier sous AG, qui nécessite cependant un temps d'hospitalisation supérieur. Les méthodes instrumentales sont parfois privilégiées lorsque les avortantes cachent la grossesse à leur entourage et souhaitent éviter un avortement à domicile. Au-delà de ces différents avantages et inconvénients des méthodes, les préférences des avortantes dépendent de leurs expériences abortives passées ou de celles de leurs proches (la douleur d'amies lors de l'IVG médicamenteuse peut conduire à privilégier l'instrumentale) et, surtout, de la disponibilité des méthodes. La méthode médicamenteuse est généralement proposée dans les jours qui suivent la consultation pré-IVG (pour les CIVG 1 et 2) ou le jour même (pour le CIVG 3) là où les méthodes instrumentales supposent de réaliser une consultation avec un·e anesthésiste (pour l'AG) et d'attendre qu'une place au bloc opératoire se libère, délai qui variait entre une semaine et 20 jours après la consultation pré-IVG selon les centres et les moments du terrain. J'ai très souvent assisté à des consultations où les

¹⁶ En 2024, les recommandations concernant l'IVG entre 14 et 16 SA sont en cours d'élaboration.

avortantes exprimaient une préférence forte pour l'IVG instrumentale mais finissaient par accepter la méthode médicamenteuse par souci de rapidité.

Dans une enquête menée auprès de 4650 femmes, Caroline Moreau, James Trusell, Julie Desfrères et Nathalie Bajos montrent que seule la moitié des femmes qui remplissaient les critères pour recourir aux deux méthodes (restreintes à instrumentale et médicamenteuse) ont pu choisir (Moreau *et al.*, 2011) et Gail Pheterson soulignait déjà en 2001 que le choix de la méthode d'IVG dépendait avant tout du contexte médical – méthodes disponibles et manière dont les méthodes sont présentées. Mon enquête confirme et prolonge ces analyses en montrant, au-delà de la question de la disponibilité des méthodes (et notamment des places au bloc opératoire), le rôle des préférences des médecins : contrôler le choix de la méthode leur permet autant d'imposer des soins qu'ils et elles jugent bons pour les avortantes que de maîtriser la définition et les conditions de leur travail, et d'en réduire la charge.

Si les femmes choisissaient librement les méthodes d'IVG, la répartition des différentes méthodes devrait être *grosso modo* la même dans les trois centres enquêtés. Or les choix que font les femmes dans les trois centres diffèrent radicalement : 1/3 des femmes choisissent chacune des méthodes dans le CIVG 1, 84 % l'IVG médicamenteuse et 16 % l'AG dans le CIVG 2, et dans le CIVG 3, 60 % choisissent l'AL, 15 % l'AG, 25 % l'IVG médicamenteuse. Dans chaque service, les choix majoritaires reflètent les préférences des médecins.

A. Les femmes choisissent la méthode, mais certaines la choisissent plus que d'autres (CIVG 1)

Dans le CIVG 1, la plupart des femmes peuvent choisir la méthode d'IVG sans que les médecins ou la sage-femme n'interviennent ou ne les orientent vers une méthode plutôt qu'une autre. Elles sont interrogées en consultation sur une éventuelle connaissance des méthodes et une préférence *a priori* (« Vous avez une idée de la méthode que vous voulez ? ») et, en cas de réponse négative, la professionnelle les lui explique. Mais les professionnelles restreignent le choix de certaines avortantes. Il y a principalement quatre catégories d'avortantes à qui on ne propose pas l'AL, et qui sont donc systématiquement endormies lorsqu'elles choisissent l'IVG instrumentale : les mineures, les femmes qui n'ont jamais accouché, avec de rares exceptions pour celles « qui comprennent bien » (dans mes observations, toujours blanches et de classe moyenne ou supérieure), les non-francophones, auxquelles il faut ajouter, de manière moins systématique, les femmes jugées ambivalentes dans leur décision d'avortement dont on craint que l'expression de douleur physique et morale

lors de l'intervention ne rende celle-ci pénible pour elles comme pour les médecins. Cette règle est explicitée et partagée par toutes les médecins du service – les internes y sont rapidement socialisées – et par la sage-femme. Laurence (65 ans), gynécologue médicale diplômée, évoque ainsi le moment de la consultation consistant à choisir la méthode : « Oui je suis intrusive là-dedans. Je leur demande leur avis, mais bon... Les gamines je les envoie en AG ». Auriane (27 ans), la première interne de gynécologie médicale explicite aussi cette norme informelle en entretien : « En général les patientes qui ont déjà accouché on les pousse plutôt vers l'AL. C'est moins dangereux car il y a pas d'anesthésie, mais il faut être à l'aise avec l'examen gynécologique. »

L'anesthésie générale permet de s'assurer de l'immobilité de femmes qui ne sont pas ou peu habituées à l'examen gynécologique et aux gestes endo-utérins, ou à qui le déroulement de l'IVG n'a pas pu être expliqué du fait d'une différence de langue. C'est un moyen, pour les médecins, de restreindre le travail émotionnel et relationnel à réaliser pendant l'IVG, de limiter la probabilité d'une intervention difficile pour l'avortante et chronophage pour les médecins, de se passer du recours à un interprète. Amélie (médecin généraliste, 31 ans) le reconnaît : « c'est plus confortable pour moi les AG ». Ce résultat fait écho aux travaux de sociologie portant sur l'utilisation de l'anesthésie péridurale lors des accouchements. Pour des obstétricien·nes et sages-femmes agacé·es ou mal à l'aise face aux mouvements et aux cris des parturientes en souffrance, la péridurale devient un outil de régulation de leurs comportements et de pacification du contexte de travail (Carricaburu, 2005 ; Arnal, 2016)¹⁷.

Le recours à l'AG entraîne toutefois une augmentation des risques – certes limités – et une intervention plus lourde. La minorité, la nulliparité, l'allophonie ou l'ambivalence supposée ne sont pas des contre-indications médicales à l'AL. Comment les médecins et la sage-femme du service contraignent-elles le choix des avortantes ? En leur offrant un choix tronqué, ne présentant que les méthodes qu'elles souhaitent que les avortantes choisissent. Ainsi, lorsqu'une avortante mineure sans enfant annonce à Sandrine (46 ans) que des membres de son entourage ont eu recours à l'aspiration – sans préciser le type d'anesthésie –, la sage-femme lui prescrit l'IVG instrumentale sous AG sans mentionner la possibilité de l'AL. Lors d'une consultation avec une autre avortante, Sandrine déclare :

« Vous êtes presque à 14 semaines. (*Inspiration horrifiée de la patiente*). Ne vous inquiétez pas, ils vont réussir à vous trouver une place. Bon, normalement il y a AL et AG mais comme

¹⁷ Dans l'enquête de Danièle Carricaburu sur l'accouchement comme dans la mienne sur l'avortement, des professionnel·les s'énervent face aux femmes qui expriment trop fortement leur douleur.

vous avez 20 ans, pas d'enfant, et que vous êtes à la limite de l'avortement, je vous propose pas l'AL. » (Notes de terrain, octobre 2021)

De même, Olivia (26 ans), l'interne de gynécologie médicale, en consultation avec une avortante de 18 ans qui a dépassé la limite pour l'IVG médicamenteuse, sans avoir évoqué les différences entre AL et AG, décide : « Bon au vu du terme, ce sera une IVG chirurgicale. Sous AG, d'accord ? ». À l'inverse, elle affirme à une autre avortante qui souhaite une IVG instrumentale : « Par aspiration, comme vous avez déjà eu un enfant, vous avez le droit d'avoir l'AL. »

C'est parce que les médecins en ont le pouvoir que le passage du classement du public à la différenciation effective du travail médical peut se faire, permettant aux professionnel·les de santé, comme les travaux de sociologie du guichet appliquée à la santé l'ont montré, de « produire et maintenir une situation idéale de travail » (Foubert, 2020 : 100), de « rendre leur travail plus facile ou plus maîtrisable » (Gelly, 2023 : 164).

B. Faire choisir la « meilleure » méthode : l'heureuse conjonction de l'intérêt des femmes et de celui des médecins (CIVG 3)

Il n'y a pas un phénomène aussi important et explicite de catégorisation des avortantes et de différenciation des soins dans le CIVG 3 que dans le CIVG 1. Les médecins, la sage-femme et la conseillère conjugale et familiale (qui participe à orienter le choix de la méthode lors de la « consultation d'accueil ») ont cependant une franche aversion pour l'AG et une nette préférence pour l'AL, et cela pour plusieurs raisons : la conviction de la supériorité objective de la méthode par anesthésie locale, l'histoire du service, l'autonomie que leur permet l'AL à la différence de l'AG par rapport aux gynécologues-obstétricien·nes, la charge de travail supplémentaire qu'entraîne le choix de l'AG.

En entretien comme en consultation, les médecins, la sage-femme et la conseillère du CIVG 3 expriment leur enthousiasme pour la méthode instrumentale sous AL et leur conviction qu'elle est une méthode objectivement supérieure aux autres. S'ils et elles considèrent qu'il y a de très bonnes raisons de choisir les autres méthodes (la volonté d'avorter chez soi ou sans attendre ; la volonté de ne rien sentir ou la douleur ressentie lors d'un examen gynécologique), ils et elles expriment le fait que la préférence première de nombreuses avortantes pour l'AG est liée à l'ignorance des avantages de l'AL, plus rapide et moins risquée. Lise (52 ans) m'explique : « Quand on leur propose de manière objective, y'a pas photo : elles choisissent la locale. Elles ont raison ». Le travail émotionnel et relationnel que suppose la pratique d'une intervention où l'avortante n'est pas endormie ne les rebute pas, au contraire, et est moins déléguée aux infirmières que dans le CIVG 1.

Cette préférence pour l'AL est largement répandue parmi les avorteurs et avorteuses spécialistes en dehors du CIVG 3. Gaëlle (42 ans, PH), médecin généraliste et responsable d'un centre d'IVG, s'exalte : « C'est génial, l'AL ! » Elle souligne la « légèreté » de la procédure, plus rapide et moins médicalisée, permettant une prise en charge plus « entourante » :

« C'est pas juste un acte technique quoi, c'est vraiment tout un accompagnement. C'est intéressant, on s'adapte, on est obligé de s'adapter complètement à la patiente, à ce qu'elle est en train de vivre. [...] Au bloc tu perds en qualité pour les patientes. » (Entretien du 12 juillet 2021)

L'AL est fréquemment opposée par les avorteurs et avorteuses spécialistes à l'AG, qui ne nécessiterait pas « d'implication émotionnelle ». La pratique de l'AL rend nécessaire l'acquisition de compétences techniques – il faut réaliser le geste rapidement – et relationnelles plus poussées que pour l'IVG sous AG ou pour l'IVG médicamenteuse. La promotion de l'AL est donc, aussi, un enjeu de spécialisation et de distinction pour les avorteurs et avorteuses. La gynécologisation de l'avortement a porté un coup à la pratique de l'AL, peu à peu supplantée par celle des IVG instrumentales sous AG puis par celle des IVG médicamenteuses. Elle n'est plus proposée que dans une partie des centres d'IVG et, en 2020, l'IVG instrumentale sous AL n'était pratiquée dans aucun centre d'IVG dans 12 départements (Chaput, *et al.*, 2022).

Dans le CIVG 3, la conviction partagée par les différent·es professionnel·les que l'AL serait la meilleure méthode, conditionne le choix des avortantes dès la « consultation d'accueil » avec Andrée (57 ans), la CCF. Dans le parcours d'IVG, Andrée est la première professionnelle du centre à évoquer les différentes méthodes auprès des avortantes, les amenant à réaliser un choix avant même la consultation médicale. Or Andrée estime l'IVG instrumentale sous AL « beaucoup plus pratique » (me confie-t-elle entre deux entretiens) que la méthode médicamenteuse :

« Les femmes se précipitent sur la méthode médicamenteuse, elles ont tendance à la surestimer. L'aspiration c'est quand même beaucoup plus pratique ! Donc je l'explique bien. Une femme qui veut absolument le faire par médicament c'est suspect. C'est que la décision est pas très claire. C'est comme si elle faisait une fausse couche. » (Notes de terrain, juin 2022)

J'assiste à un entretien en présentiel qu'elle réalise auprès d'une femme blanche d'une vingtaine d'années. Elle prenait la pilule lorsqu'elle est tombée enceinte et Andrée la convoque – plutôt que de réaliser l'entretien par téléphone comme elle le fait le plus souvent – afin d'identifier les causes de l'« échec contraceptif ». Après lui avoir longuement présenté les différents contraceptifs, elle aborde les méthodes d'IVG. Alors que l'avortante lui dit que

sa priorité est de ne pas avoir mal, Andrée vante surtout les mérites de l'AL, en évoquant à peine l'AG.

C'est également l'histoire du service – racontée au chapitre 2 – qui a fait du CIVG 3 « le temple de l'IVG sous locale » (Mathieu). Entre 1975 et 1981, le CIVG 3 a fonctionné avec une grande autonomie, indépendamment du service de gynécologie-obstétrique. Par la suite, afin de mettre au pas des avorteurs et avorteuses jugées trop militantes et dont on soupçonnait qu'ils et elles enfreignaient la loi (dans un sens libéral), le centre a été intégré au service de gynécologie et placé sous la lointaine direction du P^r Calame. Quand le centre d'IVG était administrativement et géographiquement autonome, il n'y avait aucun accès au bloc opératoire et les IVG étaient réalisées sans aucune anesthésie. Quand le P^r Calame en a pris la direction, il a d'abord refusé que soient pratiquées des anesthésies, générales ou locales, les jugeant trop dangereuses, à en croire les récits d'avorteurs et avorteuses ayant connu cette époque, comme Gérard (73 ans), alors généraliste dans le centre :

« **Raphaël** : Pourquoi est-ce que Calame interdisait l'anesthésie générale ?

Gérard : Ah mais on faisait même pas d'anesthésie locale ! Les anesthésistes ils disaient que c'était trop dangereux, l'anesthésie locale. Donc c'était aspiration sans rien du tout. On a commencé la BPC¹⁸ vers 1995. Avant, elles avaient juste un peu d'antalgiques. Calame voulait pas d'emmerdes, il voulait pas qu'il y ait d'accident. L'anesthésie générale c'était un risque pour lui. C'était sa motivation principale. Et puis, on n'était pas des chirurgiens, on était tous des généralistes, ou des CES [certificat d'études spécialisées] de gynécologie médicale. Il voulait qu'on fasse le minimum de médical. » (Entretien du 17 juin 2022)

Le recours à l'AG ne s'est développé que très progressivement. D'abord, les médecins du service devaient solliciter une place au bloc opératoire de gynécologie auprès du chef de service (Calame et ses successeurs) au cas par cas. Les premières avortantes pour lesquelles les gynécologues et anesthésistes ont accepté une prise en charge sous AG ont été des femmes victimes de viol et pour lesquelles l'examen gynécologique était particulièrement difficile. Progressivement, la part des IVG sous AG a augmenté jusqu'à ce que des créneaux réguliers de bloc opératoire soient dédiés à l'IVG, il y a quelques années. Aujourd'hui, quatre créneaux sont réservés chaque semaine, à 7h30. Ce sont les médecins du centre d'IVG qui pratiquent l'aspiration, dans le service de gynécologie (hors du centre d'IVG, donc), avec l'équipe paramédicale et l'équipe d'anesthésie de la gynécologie, alors que les IVG sous AL sont réalisées dans le « petit bloc » du centre d'IVG. La démarginalisation et déstigmatisation progressive du travail d'avortement a ouvert l'accès au bloc opératoire aux avorteurs et avorteuses. Dans le CIVG et la maternité 3, 1 % des IVG étaient faites sous AG en 2000, 15 % en 2022.

¹⁸ Bloc para-cervical : il s'agit de l'injection d'un anesthésique local dans le col de l'utérus.

Mais c'est aussi l'intérêt bien compris des médecins orthogénistes du CIVG 3 qui les amène à orienter les avortantes vers l'AL plutôt que l'AG. Celui-ci est double. D'abord, les médecins du CIVG 3 – tou·tes généralistes, je le rappelle – ne se sentent pas à leur place au bloc de gynécologie. Bien que PH pour la plupart, ils et elles ont intériorisé une position de dominé·es dans l'espace de la gynécologie. Deux médecins de l'équipe me racontent qu'elles n'arrivent pas à dormir la veille des IVG instrumentales au bloc de gynécologie, comme Charlotte (40 ans) :

« Au début c'était pas facile d'aller au bloc parce qu'on était mal accueillie. Avant je dormais pas la veille des blocs sous AG. On se prenait des remarques, des blagounettes, de la part des anesth[ésistes], des IBODE, des IADE [infirmier·e de bloc opératoire et infirmier·e anesthésiste]. Et puis les jugements sur les patientes. » (Notes de terrain, juin 2022)

Alors que Mathieu (60 ans) a l'habitude d'occuper l'espace sonore du bloc du CIVG 3 où se réalisent les IVG sous AL, en chantant, fanfaronnant, plaisantant, lorsque je le suis au bloc de gynécologie pour réaliser une IVG sous AG, il parle très peu et tout bas. L'intervention terminée, il me confie : « Quand on va au bloc, c'est pas notre monde, c'est leur monde. C'est un milieu hostile ! » Cette dimension est même évoquée par Lise (52 ans), la responsable du centre, en consultation lorsqu'elle décrit les différentes méthodes à une avortante : « L'AL ça se passe dans le service, *entre nous*. L'AG c'est chez nos confrères de gynécologie ». Elle sous-entend une proximité entre avortantes et orthogénistes dont sont exclu·es les gynécologues-obstétricien·nes.

L'AG suppose donc des orthogénistes qu'ils et elles se plient à des contraintes organisationnelles et des protocoles qu'ils et elles ne contrôlent pas. Surtout, l'AG représente une charge de travail supplémentaire pour les médecins du CIVG 3. Alors que les IVG instrumentales sous AL peuvent avoir lieu à tout moment de la journée, dans le centre, le seul créneau disponible pour l'AG est le matin à 7h30, quand la journée de travail habituelle au centre débute habituellement à 9h ou 9h30. Les médecins, dont la conviction de l'intérêt supérieur du recours à l'anesthésie locale pour les avortantes est aiguisée par le rejet d'une extension du temps de travail, peuvent se montrer insistant·es lors du choix de la méthode. Mathieu l'assume lors d'un échange informel :

« On dit qu'elles ont le choix mais on peut orienter. La locale la plupart du temps ça se passe très bien. Et puis faire 1h30 de bénévolat... Il faut se coucher tôt, c'est chiant. Une fois de temps en temps, ok. »

Le jour même, je peux assister à la manière dont il « oriente » les avortantes vers l'AL en consultation pré-IVG. Lorsqu'arrive le moment consacré au choix de la méthode, il déclare :

« **Mathieu** : L'IVG c'est un truc simple. Il y a quatre méthodes, mais à votre terme il y en a deux. Anesthésie générale ou anesthésie locale. C'est vous qui choisissez, moi j'ai pas d'avis. Encore que... *(Il montre une canule, raconte qu'on fait deux fausses couches dans sa vie en moyenne)*. Faire une IVG c'est organiser une fausse couche, c'est tout. C'est facile pour moi, et c'est pas très méchant pour votre utérus. Dans l'IVG il y a V. Volontaire. Vous avez le droit de faire une IVG. Donc faire une IVG c'est de la gnognotte pour moi. Physiquement, c'est pas grand-chose, la douleur elle est dans la décision. Il me paraît pas *(il appuie le mot) justifié* de vous endormir pour ça. C'est même abusif. *(Il détaille le déroulement de l'anesthésie locale)* Une anesthésie locale, c'est trois heures ici – une heure avant, deux heures après –, vous travaillez le lendemain. Les patientes disent que ça fait moins mal que les règles, elles sont soulagées. Après, si l'anesthésie générale vous dit plus, c'est tout à fait possible. Il faut rester la journée.

Mme B. : Je préfère dormir.

Mathieu : Ok.

Il continue la consultation, réalise un toucher vaginal et insiste :

Mathieu : Bon dites-moi, au sujet de la technique d'aspiration que vous voulez... Là, vous êtes détendue, parfaitement examinable : la locale c'est la cagnotte pour vous.

Mme B. : Je préfère endormie.

Mathieu : D'accord, je vous organise ça *(Il regarde les disponibilités du bloc opératoire sur l'ordinateur)*. La prochaine dispo avec moi c'est dans trois semaines. Trois semaines sous anesthésie générale ou maintenant sous locale ?

Mme B. : Je préfère anesthésie générale.

Mathieu : Ok ! *(Il lui explique qu'il faudra se rendre à 7h au service de gynécologie)* Moi, arriver à 7h30 ça me pique un peu le cul, normalement je commence à 9h. Mais je viens vous voir avant que vous ne dormiez. » (Notes de terrain, juin 2022)

Pour orienter le choix de l'avortante Mathieu tend à exagérer les mauvais côtés de l'anesthésie générale (les avortantes partent en réalité en début d'après-midi et non en fin de journée, et peuvent tout autant travailler le lendemain qu'avec l'anesthésie locale) et à sous-estimer ceux de l'anesthésie locale, minimisant la douleur ressentie. Le fait que « les patientes disent que ça fait moins mal que les règles » est factuellement faux. Dans les études portant sur la douleur ressentie lors de l'IVG sous anesthésie locale, les avortantes évaluent en moyenne la douleur comme étant plus importante que celle des règles (Jamil, 2013).

L'analyse de cette situation suppose de replacer l'organisation du travail d'avortement dans l'économie plus générale de l'hôpital et dans les choix administratifs qui ont été faits : le centre d'IVG ne dispose pas de son propre bloc d'AG, les chefs du service de gynécologie successifs ont décidé d'une allocation limitée des places de bloc à l'IVG, les seuls créneaux disponibles supposent que les médecins du centre d'IVG travaillent davantage, gratuitement. Dans une certaine mesure, les contraintes organisationnelles leur sont imposées, et leur position relative dominée dans la hiérarchie hospitalière se répercute sur les soins donnés aux avortantes.

Si l'orientation de la méthode n'est pas impérative – pour preuve, l'échec de Mathieu à faire prévaloir « son » choix – l'information orientée donnée par la conseillère et l'insistance des médecins permet de comprendre que près de deux avortantes sur trois, en moyenne, choisissent l'AL dans le CIVG 3.

C. « Vendre la médicamenteuse » : quand le dégoût des médecins restreint le choix des avortantes (CIVG 2)

La maternité 2 comprend un local dédié à l'activité de planification, le centre d'IVG, où travaillent à plein temps une secrétaire (Monique) et une sage-femme (Laure), ainsi qu'une gynécologue-médicale (Valérie) trois demi-journées par semaine. Le centre d'IVG prend en charge 300 IVG par an, dont 84 % sont réalisées par méthode médicamenteuse, et oriente les avortantes qui choisissent l'IVG instrumentale vers le service de gynécologie de la maternité, où le geste est pratiqué.

Il y a trois gynécologues-obstétricien·nes diplômé·es, PH, dans la maternité. Étienne (49 ans), de nationalité roumaine, qui invoque la « clause de conscience » en estimant que la pratique des avortements est contraire à sa religion (il est chrétien orthodoxe pratiquant) ; Adjilé (49 ans), de nationalité béninoise, catholique pratiquant, qui accepte à contrecœur, par confraternité vis-à-vis des autres médecins, de réaliser ponctuellement quelques IVG ; Estelle (36 ans), cheffe de service et catholique pratiquante elle aussi. Si la pratique des avortements lui répugne violemment, elle estime important d'en garantir l'accès aux femmes. Estelle et Adjilé, qui pratiquent les IVG par devoir et non par goût, critiquent Étienne pour sa position de retrait. Pour ces trois médecins, leur réserve n'affecte en rien leur « mission » de service public puisque les avortantes n'en pâtiraient pas : « Je pense qu'on arrive à prendre toutes les patientes qui arrivent dans notre centre », me dit Estelle, et ses deux collègues justifient leur choix de ne faire pas ou très peu d'IVG par la faible demande.

Une enquête plus approfondie laisse voir les limites d'une telle posture : en matière de choix des méthodes, l'offre *crée* sa propre demande plus qu'elle ne s'y adapte – pour reprendre la loi économique formulée par Jean-Baptiste Say. Lorsqu'une femme qui consulte au CIVG 2 choisit l'IVG médicamenteuse, elle est intégralement prise en charge dans le centre. Lorsqu'elle doit avoir une IVG instrumentale – soit qu'elle a dépassé le délai pour la méthode médicamenteuse, soit, plus rare, qu'elle a réussi à obtenir l'IVG instrumentale à un terme inférieur à 9 SA – c'est à Laure, la sage-femme du centre d'IVG, et parfois Valérie, la gynécologue médicale, d'appeler le bloc de chirurgie pour savoir quand il y aura une place disponible, de prévenir le ou la gynécologue qui réalisera l'aspiration (et donc de subir

l'expression de son mécontentement) et de prendre rendez-vous avec un des anesthésistes, qui n'en sont guère plus ravis que leurs collègues gynécologues. Anticipant le travail administratif, la négociation d'une place de bloc opératoire et l'irritation de collègues qui les dominent dans les hiérarchies hospitalières (en particulier Laure, la sage-femme), Laure et Valérie dissuadent les femmes qui le peuvent encore de recourir à la méthode instrumentale, sans jamais le leur interdire frontalement pour autant. Charles, gynécologue en fin d'internat, nouvellement arrivé dans le service et qui a passé quelques jours à suivre Laure et Valérie en consultation, commente : « Quand elles ont le choix, le planning [le centre d'IVG] les oriente vers la médicamenteuse. Elles hésitent pas à vendre surtout l'IVG médicamenteuse ». Si la sage-femme affirme laisser absolument le choix aux avortantes, la gynécologue médicale, elle, reconnaît un interventionnisme visant à limiter le travail organisationnel : « On les pousse vers la médicamenteuse. C'est plus simple », me dit-elle entre deux consultations.

Pour « vendre » la méthode médicamenteuse, Laure et Valérie mobilisent les différentes pratiques de pouvoir par lesquelles les médecins « font faire », identifiées dans ce chapitre : mensonge sur les risques des différentes méthodes, contrôle du planning et mensonge sur les délais de disponibilité du bloc opératoire, conseils insistants, report de la décision et ajout de consultations tant que l'hésitation de l'avortante ne la fait pas pencher vers l'IVG médicamenteuse. En consultation, la présentation des méthodes met à l'honneur la technique médicamenteuse. Laure insiste systématiquement sur la dangerosité de l'aspiration, évoquant les « risques de l'anesthésie » et le « risque de lésion au niveau du col de l'utérus », qu'elle met en regard de la méthode médicamenteuse « plus simple », sûre, avec « moins de 1 % de chances d'échec », en contradiction avec les données scientifiques sur le sujet¹⁹. En outre, la procédure d'IVG instrumentale est présentée comme fastidieuse et les délais pour obtenir un rendez-vous d'anesthésie et une place au bloc sont souvent exagérés : « Il peut n'y avoir de rendez-vous que dans deux semaines », entends-je Laure prévenir une avortante, alors qu'elle sait qu'il y a en réalité des places trois jours plus tard. Elle ajoute : « Le médicament, on peut le faire dès demain », achevant de convaincre son interlocutrice. Enfin, elle refuse absolument de programmer des IVG instrumentales avant 6 SA et demie, le justifiant par deux « mauvaises expériences » (en 10 ans de travail en orthogénie) d'avortantes

¹⁹ Le taux d'échec de la méthode médicamenteuse fait l'objet de débats, mais le livret officiel d'information sur l'IVG que Laure délivre aux avortantes indique un taux d'échec de 5 %, contre 0,3 % pour l'IVG instrumentale. Par ailleurs, un travail conséquent de synthèse bibliographique a été réalisé par le CNGOF, montrant que les IVG instrumentales sont en moyenne mieux vécues, entraînent moins d'hémorragie et ont des taux d'échecs plus faibles. Ce travail bibliographique a été publié dans le *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, vol. 45, n°10, en décembre 2016.

où les grossesses se sont poursuivies après l'IVG instrumentale²⁰. Quels que soient les délais pour obtenir une place au bloc opératoire, une avortante qui insisterait pour avorter par méthode instrumentale serait donc contrainte d'attendre ce terme.

Je n'ai assisté qu'à deux situations où les deux professionnelles du centre d'IVG ont concédé la méthode instrumentale à une avortante à un terme inférieur à 9 SA. La première était une femme avec un handicap physique (jambe immobilisée) et des antécédents d'opérations gynécologiques (conisation²¹). Je retranscris ici le déroulement de la seconde situation :

Mme A., une femme de 22 ans, blanche, assistante de vie scolaire en école primaire, sans enfant, consulte à 6 SA pour sa première IVG. Elle est d'abord reçue par Valérie. En fin de consultation, lorsque Valérie aborde les méthodes d'IVG, Mme A. demande ce qui est le moins douloureux.

« **Valérie** : C'est l'IVG chirurgicale.

Mme A. : Alors je veux bien ça, si c'est pas trop contraignant pour vous.

Valérie : Bah... C'est pas facile, mais on y arrive toujours. C'est surtout que ça va être loin pour vous. Vous savez, les médicaments on vous donne des antidouleurs. Bon, vous verrez ça avec la sage-femme.

Mme A. retourne en salle d'attente, Laure rentre et Valérie lui raconte la consultation :

Valérie : Elle est même pas à 6 SA. Par contre elle préfère chirurgicale. Mais elle dit que si c'est pas trop compliqué pour nous, elle est mignonne.

Laure reçoit Mme A. dans son bureau, lui explique le déroulement de l'IVG médicamenteuse, puis discute des dates où elle pourrait prendre les médicaments et faire l'expulsion, précisant que c'est possible de le faire dès cette semaine. Elle ajoute :

Laure : Par aspiration ce sera pas cette semaine. Peut-être la semaine prochaine...

Mme A. : C'est ce qui fait le moins mal, hein ?

Laure : Euh...

Mme A. : J'ai eu des retours sur l'IVG médicamenteuse.

Laure (sur un léger ton de reproche) : Vous êtes allée sur les sites ! Vous avez des règles douloureuses ?

Mme A. : Oui.

Laure : Bah ça vous changera rien !²² Et puis on vous donne des anti-douleurs. Après, moi je vous accompagnerai dans la méthode que vous choisirez.

Mme A. : Médicamenteux c'est plus simple ? (*Laure acquiesce*) Bon...

Elles discutent d'un moment où elle pourra être accompagnée pour la prise du second médicament et l'expulsion du fœtus. C'est difficile de trouver un moment qui convienne avec l'emploi du temps de l'avortante. On fait alors entrer le partenaire (ambulancier), qui était en salle d'attente, pour qu'il donne ses disponibilités. Il s'étonne :

Partenaire : Je croyais que tu voulais le faire sous anesthésie ?

Mme A. : Bah c'est chiant pour eux pour trouver un rendez-vous.

²⁰ Si le taux d'échec de la méthode instrumentale est plus élevé en début de grossesse que plus tard, il reste pourtant plus faible que celui de la méthode médicamenteuse.

²¹ Opération consistant à enlever une portion du col utérin.

²² Les études sur la douleur ressentie lors de l'IVG médicamenteuse montrent pourtant une corrélation positive entre douleurs des règles et douleur de l'IVG (Jamil, 2013).

Laure : Oh c'est moi qui trouve le rendez-vous, hein.

Partenaire : Mais si ça fait moins mal...

Mme A. (à Laure) : Oui mais si c'est chiant pour vous.

Laure : Surtout on vous donne des anti-douleurs. La bouillotte chaude ça marche très bien ! *(Elle explique les autres médicaments : Ibuprofène et Lamaline en suppositoire).* Mais bon je vous oblige pas à faire cette méthode, hein.

À nouveau, il et elles discutent des dates possibles pour l'IVG médicamenteuse. Mme A est embêtée parce que le seul moment où son partenaire est disponible pour être avec elle au moment de l'expulsion, elle a une importante action bénévole qu'elle organise et à laquelle elle souhaite participer.

Mme A. : Tant pis je vais annuler... Ah fait chier, ça m'embête de leur dire au dernier moment !

Laure : Ah bah vous avez un problème de santé, hein ! Bon, ce que je vous propose, on part sur médicamenteux, et si vous changez d'avis je vous programme en chirurgical.

Partenaire : Mais... Tu préfères pas en anesthésie ??

Mme A. : Si c'est en chirurgical, je loupe combien de jours d'école ?

Laure : Vous seriez hospitalisée mercredi.

Mme A. : Ce serait parfait, c'est mon jour de repos ! Moi ça me rassure plus de faire celle à l'hôpital.

Partenaire : Au moins t'es suivie, s'il y a un problème. C'est le mieux, non ? Après c'est ton choix.

Laure : Vous pouvez aussi être hospitalisée avec le médicament.

Mme A. : Non mais je vais faire le médicament si c'est plus simple...

Laure : Bon vous allez faire un tour et vous revenez dans deux heures pour me dire ce que vous voulez faire. Le bloc c'est les mercredis, et on ne sait pas s'il y a de la place. C'est très contraignant qu'il n'y ait pas d'autre moment possible.

Mme A. sort après 30 minutes de discussion principalement consacrée au choix de la méthode. Laure appelle le service de gynécologie et demande s'il y a de la place au bloc mercredi de la semaine suivante (dans neuf jours) : oui. Elle se tourne vers moi :

Laure : J'ai pas précipité pour qu'elle passe ce mercredi parce que je me serais fait tuer par les anesthésistes, et surtout pour qu'elle ait le temps de poser les choses. Tu as vu comme elle était indécise ? C'est une petite grossesse donc on peut attendre.

Mme A. revient à l'heure prévue. Elle demande sans hésiter l'IVG instrumentale. Lorsqu'elle revient une semaine après prendre le médicament préparant le col de l'utérus à la pratique de l'IVG instrumentale (deux jours avant l'intervention), Laure lui demande une dernière fois :

Laure : On change pas d'avis sur la méthode ? » (Notes de terrain, mai 2022)

L'avortante dispose donc, formellement, du choix de la méthode – choix tronqué, cependant, puisque l'AL n'est pas proposée – ainsi que le lui rappelle Laure à deux reprises (« je vous accompagnerai dans la méthode que vous choisirez », « je vous oblige pas à faire cette méthode »). Il faut pourtant l'intervention du partenaire, dont on peut supposer que le travail dans le champ de la santé comme ambulancier le dote d'une assurance lui permettant de faire face à Laure, pour que la sage-femme cesse de tenter de convaincre Mme A. d'adopter la méthode médicamenteuse et qu'elle cesse de différer la conclusion de la consultation, après une consultation particulièrement longue suivi d'un temps d'attente de

deux heures. S’immisçant dans le « colloque singulier », c’est-à-dire dans le rapport de pouvoir sans témoin entre la professionnelle et l’avortante, le conjoint rappelle et défend la volonté et l’intérêt de cette dernière. Par ailleurs, alors qu’un créneau de bloc est libre deux jours plus tard, Laure repousse l’intervention à la semaine suivante. Elle se justifie auprès de moi par une supposée indécision de la patiente et par la nécessité de temporiser pour « poser les choses » (« on peut attendre »), et par le mécontentement des anesthésistes face à une demande faite dans des délais relativement réduits, qu’elle cherche à esquiver. Sans doute veut-elle aussi éviter d’avoir à se contredire puisqu’elle a d’abord affirmé l’indisponibilité de la méthode instrumentale (« Par aspiration ce sera pas cette semaine. Peut-être la semaine suivante... »). Notons enfin qu’à deux reprises, Laure va jusqu’à nier le fait que l’IVG sous AG soit moins douloureuse que l’IVG médicamenteuse, au point de faire rivaliser les propriétés analgésiques d’une bouillotte chaude avec celles de l’anesthésie générale.

De manière générale, dans les trois services, de façon plus ou moins contrainte selon les caractéristiques des avortantes, la socialisation au pouvoir des médecins et le poids des normes définissant les pratiques de tri dans le service, les femmes choisissent ce que les médecins veulent qu’elles choisissent²³. L’intérêt des patient·es n’est donc pas le seul ressort de l’action des médecins. Ils et elles ne sont pas des consultant·es désintéressé·es mais des travailleurs et travailleuses affectivement disposées, engagées dans une organisation du travail dans laquelle ils et elles occupent des positions plutôt dominées. Leurs décisions et prescriptions médicales sont guidées par la vision qu’ils et elles ont du bien des femmes qui leur font face, mais aussi par des enjeux logistiques (allouer des ressources limitées comme des places au bloc opératoire²⁴, gonfler le nombre d’actes réalisés, etc.), par des relations avec leurs collègues, subordonné·es et supérieur·es, ainsi que par leurs propres intérêts et priorités. Avoir conscience des rapports de pouvoir dans lesquels les interactions sociales s’inscrivent ne suffit pas à les faire disparaître, et même des médecins explicitement critiques du paternalisme médical et dont l’exercice du pouvoir est plus parcimonieux comme celles et ceux du CIVG 3, lorsque leurs intérêts professionnels sont en jeu, peuvent s’appuyer plus ou moins volontairement sur leur position de pouvoir. Cette enquête prolonge le travail de Danièle Carricaburu. Constatant la variation de l’utilisation des techniques d’aide à l’accouchement (déclenchement et accélération de l’accouchement, péridurale, césarienne) d’une maternité à une autre, elle montrait que leur démocratisation ne faisait pas que répondre à une demande des parturientes, mais aussi à une rationalisation de l’organisation du travail et

²³ Avec, bien sûr, des échecs, comme le montre le cas de Mme A. au CIVG 2 ou de Mme B. au CIVG 3.

²⁴ Les choix médicaux d’allocations de ressources limitées ont été étudiés dans divers autres contextes, tels que la répartition des doses de vaccins contre le Covid (Gelly, 2023) ou des greffes d’organes (Elster et Herpin, 1992).

une optimisation des ressources (planifier les accouchements, réduire le temps de travail nécessaire, éviter les accouchements la nuit) comme à des enjeux de « confort » et de « convenance » des professionnel·les (2005)²⁵. La domination médicale est loin de se restreindre à la prise en charge de l'avortement.

On ne peut réellement saisir l'ampleur de l'effet restrictif de l'indisposition des médecins de la maternité 2 sur le choix des avortantes qu'en considérant la structure territoriale de l'offre de soins dans laquelle s'inscrit l'hôpital. Je marque ici un léger pas de côté par rapport au fil rouge de ce chapitre – comprendre les modalités du pouvoir médical – pour en analyser un de ses effets : la limitation de l'accès à l'IVG dans les « déserts médicaux ».

D. Une ethnographie du « désert médical » : le rôle des professionnel·les de santé dans la production des inégalités territoriales d'accès à l'IVG

Plusieurs rapports publics ou articles de démographie affirment l'existence et la force des inégalités territoriales de santé en matière d'IVG. Ils en donnent quelques éléments de compréhension : fermeture des maternités de proximité qui réduit les accès hospitaliers en milieu rural (Battistel et Muschotti, 2020) ; inégal développement de l'IVG en centres de santé et en centres de planification et d'éducation familiale (Bousquet et Laurant, 2013 : 55, 56) ; baisse de la démographie médicale qui, quoi que moins rapide dans les zones les moins denses, y accentue une pénurie médicale déjà marquée (*ibid.* : 54, 58, 59) ; impossibilité d'accéder à l'IVG instrumentale sous AL dans plusieurs départements français et restriction du choix de la méthode à l'IVG médicamenteuse (Chaput *et al.*, 2022). Si ces textes ont l'intérêt d'objectiver des différences et des inégalités territoriales de recours à l'IVG et de souligner les insuffisances de l'offre de soins (pénurie de médecins, distance des centres d'IVG), ils présentent deux limites : ils ne permettent pas de saisir ce qui, dans ces inégalités, est spécifique à l'avortement ou s'inscrit dans des insuffisances plus générales du système de santé ; ils se heurtent parfois à des difficultés pour caractériser et expliquer les mécanismes de production des inégalités territoriales qu'ils constatent en matière d'IVG, et, partant, rabattent généralement la question de la restriction du choix de la méthode ou de la limitation de l'activité d'IVG sur des enjeux économiques (l'avortement en général, ou telle ou telle

²⁵ Elle analyse ainsi la consultation d'un obstétricien qui tente de convaincre une patiente hésitante d'accepter le déclenchement de l'accouchement. Il insiste, passe sous silence les complications et inconvénients possibles malgré les questions de son interlocutrice, affirme « C'est mieux pour vous et pour le bébé » puis, quand la patiente lui demande confirmation (« Vous pensez vraiment que c'est mieux ? »), il met en avant sa conviction personnelle : « Si je vous en parle et que je vous le propose, c'est bien parce que j'en suis persuadé ». Pourtant, au sortir de la consultation, il confie à l'enquêtrice (« Il faut quand même que je sois honnête avec vous ») qu'il prône le déclenchement non pour des raisons médicales mais de rationalisation de l'organisation du travail.

méthode en particulier, ne seraient pas assez bien payées), dont nous avons vu au chapitre 3 qu'ils étaient souvent surévalués.

Mon approche ethnographique qui met en regard les pratiques concrètes à l'œuvre dans le CIVG 2 avec l'offre et l'organisation des soins à l'échelle du département rural du Buissonnois apporte un éclairage complémentaire à ces travaux. Il s'agit là de la complémentarité, que souligne Muriel Darmon (parmi d'autres), de l'ethnographie et de l'enquête statistique. La seconde fournit des constats solides qu'elle laisse sous forme de boîtes noires quand la première donne les moyens d'expliquer les associations entre variables en réduisant les « sauts interprétatifs » :

« C'est alors paradoxalement (quand on croit au pouvoir d'objectivation supérieur des techniques statistiques) l'ethnographie qui peut fournir des outils pour passer de la corrélation à la causalité, ou en tout cas à la localisation et à l'identification des processus de formation de ces inégalités sociales » (Darmon, 2021 : 86).

Le Buissonnois est un « désert médical ». Sans entrer dans des débats définitionnels (Chevallard *et al.*, 2018), j'emploie ce terme tel qu'il est le plus usuellement défini, comme la construction comme problème public d'un déficit de l'offre de soins primaires dans une région déterminée, déficit qui entraîne un accroissement des délais ou des distances nécessaires pour accéder aux soins (Hassenteufel *et al.*, 2020). Au moment de la réalisation de l'enquête, le département du Buissonnois compte quatre maternités auxquelles les femmes peuvent s'adresser pour une IVG, la cinquième ayant fermé quelques années auparavant par manque d'activité. Sept professionnelles (deux généralistes et cinq sages-femmes) pratiquent les IVG en libéral dans le département. À l'exception de la maternité 2, qui dispose d'un centre d'IVG avec des locaux et un personnel dédié, toutes les maternités du Buissonnois réalisent les IVG dans le service de gynécologie, dont ce sont les sages-femmes ou les médecins qui reçoivent les avortantes et qui pratiquent les IVG en marge du reste de leur activité.

La loi n'est pas appliquée : l'IVG instrumentale sous AL n'est accessible nulle part dans le département, aucun service ne propose un entretien psychosocial auprès d'une CCF ou d'une psychologue, et la loi du 2 mars 2022 allongeant le seuil légal d'IVG à 16 SA n'est appliquée dans aucune des maternités quand j'y réalise mon terrain, deux mois après son vote. Les femmes en demande d'avortement entre 14 et 16 SA sont orientées vers le centre hospitalo-universitaire d'un département frontalier, à 150 km de la préfecture du Buissonnois où est située la maternité 2.

En outre, ces quatre maternités ne proposent qu'un accès aléatoire et tronqué à l'IVG. Le cas de la maternité 2 a été détaillé ci-dessus : l'IVG y est réalisée jusqu'à 14 SA, mais sans

réel choix de la méthode du fait des réticences des gynécologues-obstétricien·nes à pratiquer les IVG instrumentales.

Dans la deuxième maternité du département, les deux seuls gynécologues titulaires invoquent la « clause de conscience » pour des raisons religieuses. Les IVG y sont réalisées par les sages-femmes et toutes faites par la méthode médicamenteuse. Aucune demande n'est acceptée au-delà de 9 SA.

Dans la troisième maternité, l'unique gynécologue-obstétricien titulaire est en arrêt de travail depuis plusieurs mois, et la gynécologue médicale qui dirige le service n'est pas formée aux IVG instrumentales. Le service de gynécologie fonctionne grâce à la présence de médecins remplaçant·es, la plupart étrangèr·es, relevé·es toutes les deux semaines. Seul·es quelques-un·es des remplaçant·es habituel·les acceptent de faire des IVG instrumentales, et jamais au-delà de 12 SA. « Les remplaçants sont tellement difficiles à trouver, je ne peux pas imposer qu'on fasse des IVG, sinon j'ai personne », me confie la cheffe de service. Dans le contexte de pénurie de médecins, les remplaçant·es sont en position de force et, à la différence d'internes, assistant·es ou PH, n'ont pas d'enjeu réputationnel dans le service et peuvent refuser leur part du « sale boulot ». Dès lors, les femmes qui souhaitent ou qui ne peuvent qu'avorter par méthode instrumentale doivent attendre que le roulement des remplaçant·es amène un gynécologue volontaire pour pratiquer les IVG (sans dépasser 12 SA), ou doivent se rendre à la maternité 2 (à 60 km).

Dans la quatrième maternité, une gynécologue-obstétricienne accepte de faire les IVG instrumentales jusqu'à 14 SA, deux ne l'acceptent que très ponctuellement et jamais au-delà de 12 SA, un dernier invoque la « clause de conscience ». La première gynécologue travaille à mi-temps, et si elle est absente ou en congés, les avortantes à un terme supérieur à 12 SA sont orientées vers la maternité 2 (à plus de 60 km). Les consultations d'IVG sont réalisées par les sages-femmes de la maternité sur leur temps de garde. Avant 9 SA, la méthode médicamenteuse est systématiquement imposée et, entre 7 et 9 SA, les femmes sont obligatoirement hospitalisées pour la prise du médicament – ce qui permet de multiplier les actes médicaux, enjeu de survie pour cette maternité menacée de fusion avec une maternité voisine. En 2021, on y réalise 12 IVG instrumentales (7,5 %) et 148 IVG médicamenteuses (92,5 %) dont 112 avec hospitalisation (soit 76 % des IVG médicamenteuses).

Par ailleurs, le nombre de médecins réalisant des IVG en libéral est particulièrement faible : aucun·e gynécologue, et seulement deux généralistes parmi les 233 recensé·es par l'Atlas de la démographie médicale, soit, pour cette spécialité, 0,9 % des médecins alors que la moyenne nationale est de 2,6 % (en 2019) (Vilain *et al.*, 2020 : 5). Là où des médecins généralistes travaillant en libéral dans une grande ville ont pu évoquer en entretien l'intérêt de

l'IVG pour attirer une patientèle en gynécologie, les médecins enquêtés en milieu rural déclarent avoir une activité déjà profuse et rechignent à réaliser des consultations d'IVG chronophages, pour lesquelles il faut suivre une formation spécifique (pour les généralistes) et solliciter une convention avec un hôpital²⁶. Les deux seules médecins généralistes réalisant des IVG dans le Buissonnois, avec lesquelles j'ai réalisé des entretiens, ont un attrait particulier pour le travail d'avortement. Cet intérêt est lié à une socialisation politique de gauche et féministe et à la socialisation professionnelle, réalisée dans le cadre d'un stage d'internat dans un centre de santé communautaire, à une médecine décrite comme « sociale » intégrant la pratique de l'IVG. Ce résultat n'est pas propre au Buissonnois, mais aux territoires ruraux plus largement, comme on peut en déduire du modèle de régression logistique que j'ai réalisé à partir des données de l'enquête Fécond. Celui-ci laisse voir un effet propre négatif de l'exercice en milieu rural sur la pratique des IVG pour les généralistes comme pour les gynécologues ($p < 0,01$) (Tableau 6).

Tableau 6 : Les facteurs déterminants de la pratique de l'IVG médicamenteuse en cabinet ou à l'hôpital par les gynécologues (régression logistique)

		Coefficient (logit)	95 % int. conf.	p-value
Sexe	Homme	ref		
	Femme	0	-0.39, 0.38	>0,9
Âge	< 55 ans	ref		
	> 55 ans	0,3	0.01, 0.71	0.047
Couple	Célibataire	ref		
	En couple	-0.20	-0.68, 0.31	0.4
Enfant	Non	ref		
	Oui	0.27	-0.38, 1.0	0.4
Recours à l'IVG	Non	ref		
	Oui	0.32	-0.08, 0.71	0,11
Taille de la ville d'exercice	Patientèle en ville > 100 000 hab.	ref		
	Patientèle en ville < 100 000 hab.	-0,07	-0.45, 0.29	0.7
	Patientèle en milieu rural	-0.87	-1.5, -0.33	0.002
Avoir enseigné à l'université dans les 10 dernières	Non	ref		
	Oui	-0.13	-0.64, 0.36	0.6

²⁶ D'après une enquête de la DREES de 2007, la durée de travail hebdomadaire des médecins généralistes est en effet plus importante quand ils et elles exercent en zone rurale ou à faible densité médicale (Aulagnier *et al.*, 2007).

années				
Secteur	Secteur 1	ref		
	Secteur 2 ou hors convention	0.7	0.34, 1.1	<0,001
Exercer seul	Exercice collectif	ref		
	Exercice solitaire	-1	-1.5, -0.6	<0,001
Spécialité	Gynécologue-obstétricien·nes	ref		
	Gynécologue médical·e	0.06	-0.40, 0.51	0.8

Champ : médecins gynécologues pratiquant en cabinet en France métropolitaine.
Source : enquête Fecond 2010-2011, volet « médecins », INSERM-INED.

C'est moins la faible densité médicale du département que l'infime part de ceux et celles qui pratiquent les IVG qui cause des problèmes d'accès aux soins. Les distances que certaines femmes doivent parcourir pour avorter sont très importantes. Une femme qui habiterait dans le nord du département doit parcourir plus de 50 km pour se rendre à la maternité ou auprès de la professionnelle libérale pratiquant l'IVG la plus proche. Cette contrainte est accrue par les pratiques des médecins et sages-femmes qui réalisent les IVG, puisque ceux et celles-ci imposent aux femmes la réalisation de deux ou trois rendez-vous préalables à l'IVG bien que la loi ne l'exige plus.

Les travaux analysant l'émergence des « déserts médicaux » l'expliquent par l'évolution de la démographie médicale, la diminution du temps de travail médical et les choix d'installation des jeunes médecins (Hassenteufel *et al.*, 2020). Les rapports publics et les articles de démographie portant sur les limites de l'accès à l'IVG ajoutent à ces raisons la trop faible rémunération de l'IVG. S'ils en surévaluent l'effet, ils ont l'avantage de faire entrer dans l'équation la propension (sous la forme de l'intérêt économique) des professionnel·les et des structures de soins à organiser la prise en charge des IVG. L'ethnographie d'un « désert médical » a rendu visible l'articulation de la pénurie médicale avec les réticences de médecins à pratiquer les IVG – ou à pratiquer un certain type d'IVG, « tardives », par méthode instrumentale –, en lien avec leurs socialisations professionnelles, politiques, religieuses, incorporées sous la forme du dégoût. L'« offre » médicale n'est pas substituable, abstraite et indifférenciée. Elle est positionnée et disposée. Dans ce contexte où, en raison du faible nombre de médecins, il est rare de pouvoir déléguer le travail à des avorteurs et avorteuses spécialistes volontaires ou à des professionnel·les suffisamment

dominé·es pour ne pas pouvoir le refuser²⁷, l'effet sur l'accès aux soins des indispositions des gynécologues envers le travail d'avortement est décuplé. Le rôle de la religion – variable déterminante du rejet de la pratique de l'IVG –, notamment, apparaît particulièrement fort là où il est marginal dans les hôpitaux de grandes villes étudiés²⁸. Le faible nombre de médecins accentue donc l'effet de leurs indispositions (il n'y a personne pour se substituer aux médecins qui ne veulent pas faire d'IVG) et, inversement, leurs indispositions aggravent le manque de médecins disponibles pour pratiquer des IVG.

L'étude des inégalités territoriales de santé gagne donc bien à s'appuyer sur des enquêtes qualitatives attentives aux positions des médecins, à leurs dispositions, et au rôle de leurs pratiques professionnelles dans la production de ces inégalités, ainsi qu'y invitent Maud Gelly, Audrey Mariette et Laure Pitti (2021 : 9). En miroir, il faut garder en tête que l'espace professionnel de l'avortement est un espace géographique et non seulement conceptuel, qu'il est ancré dans des territoires aux structures et histoires différentes.

Mais les dispositions des médecins ne peuvent avoir de conséquence sur les soins prodigués que parce que les médecins ont les moyens de contrôler effectivement les modalités de la prise en charge. C'est la domination médicale qui rend possible que le choix des avortantes reflète en partie les préférences des médecins. L'analyse de la domination médicale et de ses manifestations concrètes permet ainsi d'affiner la compréhension de la production médicale des inégalités de santé.

Par ailleurs, le manque de médecins ou de structures dédiées à la pratique de l'IVG accroît la dépendance des avortantes à l'égard du/de la médecin ou de la sage-femme qu'elles consultent, et donc l'intensité de la domination. Cela éclaire sous un jour nouveau la lutte contre la « pléthore médicale » (Bungener, 1984), c'est-à-dire l'alliance des médecins voulant limiter la concurrence, avec l'administration publique préoccupée par la croissance des dépenses de santé, aboutissant à l'instauration du *numerus clausus* au début des années 1970 et à l'apparition de la pénurie de médecins (Peneff, 2005a). Si les travaux portant sur le sujet ont prouvé qu'il s'agissait là d'une stratégie consciente de la profession pour augmenter son pouvoir politique et peser, notamment, dans la négociation des tarifs de consultation (Hassenteufel, 1997 ; Deplaud, 2015), cette enquête montre que la rareté de l'offre médicale a aussi pour effet d'accroître le pouvoir des médecins sur les patient·es.

²⁷ Sauf, trois mois avant mon arrivée sur le terrain, la maternité 2 qui a réussi à « obtenir » son premier interne. Celui-ci réalise depuis toutes les IVG instrumentales.

²⁸ Le chef de service de gynécologie de la maternité 3, qui a la responsabilité administrative du CIVG 3, est catholique pratiquant et refuse à titre personnel de pratiquer les IVG. Il en délègue l'entière responsabilité à Lise, la responsable de l'unité fonctionnelle (du centre d'IVG) et la pratique aux médecins et à la sage-femme qui occupent des postes dédiés sans que son refus n'ait d'impact visible sur l'accès aux soins. Il m'affirme par ailleurs qu'il n'a aucune intention de faire obstacle à l'IVG et qu'il souhaite respecter la loi par républicanisme.

Conclusion de chapitre

Au cours de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, le régime de pouvoir médical a changé : dans une relation thérapeutique moderne qui se pose en rupture avec un schéma médical ouvertement paternaliste (Jaunait, 2003), il s'agit, pour une large part, de « faire consentir » les patient·es (Memmi, 2003a). Pour cela, les médecins ont de leur côté le poids des normes secondaires par lesquelles ils et elles définissent le parcours d'IVG. Celui-ci s'impose avec la force symbolique commune à toute structure, le fétichisme qui invisibilise le processus social de production de l'institution et sa contingence – comme l'analysait Bourdieu au sujet de l'État, dont « l'amnésie de la genèse » constitue la force (2012 : 196-199). Ce n'est que lorsque le cadre de soins est contesté ou que les médecins en dévient qu'ils et elles, bien que dépourvu·es d'un pouvoir officiellement contraignant, se servent des moyens interactionnels dont ils et elles disposent pour orienter le comportement des avortantes.

Les médecins doivent se faire obéir des avortantes pour contrôler les modalités de l'IVG et, par-là, non seulement faire correspondre le travail à la définition qu'ils et elles en donnent (un travail *sur* les avortantes), mais aussi en maîtriser les conditions et la quantité selon leur intérêt et leurs préférences. Le choix des modalités de l'IVG – nombre, durée, espacement, contenu des consultations, choix de la méthode – fait l'objet d'un « conflit de perspectives » (Freidson, 1970b : 121), certes, mais aussi, dans une certaine mesure, d'un conflit d'intérêt entre médecins et avortantes.

Les médecins se donnent pour norme officielle le respect du consentement. Alexandre Jaunait, analysant l'évolution du code de déontologie médicale au cours du temps, écrit :

« La priorité du consentement informé et son statut de droit du patient aujourd'hui font du choix du patient une dimension essentielle. La fonction traditionnelle du médecin de “décider pour”, qu'on retrouve défendue dans le paternalisme médical, est aujourd'hui soumise à la nécessité d'un consentement qui renforce davantage l'argumentation libérale que l'argumentation paternaliste » (2003 : 78).

Mais l'observation des pratiques, des normes locales et informelles plutôt que nationales et officielles montre que, si le consentement est en effet rarement transgressé, il est largement façonné par les pratiques de pouvoir médical, et que le monopole médical de l'accès aux soins rend les protestations potentiellement coûteuses pour les patient·es. Le consentement, tel qu'il est pratiqué par les médecins, à rebours du consentement tel qu'il est théorisé, correspond bien plus à une absence d'opposition formelle qu'à l'idée d'adhésion « libre et éclairée ». À l'hôpital, de fait, céder c'est consentir. Comme dans le cadre des

relations sexuelles, l'asymétrie du rapport de domination brouille la question du consentement (Garcia, 2021).

En décrivant « l'ordre négocié à l'hôpital », Anselm Strauss attirait l'attention sur le fait que les modalités de la relation médicale sont le résultat des interactions entre les médecins, les professionnel·les subalternes, les patient·es et leurs proches, dont les définitions de la situation et les objectifs sont différents. Constatant l'instabilité des règles dans le temps et le renouvellement de l'ordre social, il mettait ainsi l'accent sur « l'importance de la négociation – les processus de donnant-donnant, de diplomatie, de marchandage – qui caractérise la vie d'une organisation » (1992 : 88). Cette approche, notamment dans ses utilisations contemporaines, est souvent mobilisée pour nuancer le pouvoir d'imposition des médecins – aussi bien vis-à-vis des patient·es que des professions subalternes. Insister sur la négociation de l'ordre social, médical en particulier (Baszanger, 1986 ; Pennec *et al.*, 2014), est souvent présenté comme une manière d'être précis·e, scientifique, non manichéen·ne (Koechlin, 2021 : 583) mais aussi, en quelque sorte, démocratique et pluraliste (Dodier, 2014) voire, en donnant à voir l'agentivité des dominé·es, féministe (Gasquet, 2015). De fait, cette analyse peut s'avérer féconde en faisant apparaître, par exemple, le rôle décisif que joue la présence d'un·e allié·e en consultation qui, en rompant le huis clos, perturbe la relation médecin-patient·e et accroît le pouvoir de négociation des avortantes, ou en permettant de montrer les variations d'une avortante à une autre de la capacité à s'affirmer face aux professionnel·les de santé. Toute situation est effectivement négociée à un certain degré, et présenter l'ordre social comme le fruit d'une coconstruction interactionnelle a des vertus heuristiques dès lors que cela permet de voir ce qui passait jusque-là inaperçu (la marge de manœuvre laissée aux dominé·es, les aménagements et collaborations). Pour autant, comme tout concept, celui-ci, en faisant ressortir certains éléments du réel, en laisse d'autres de côté. On peut tout à fait trouver un intérêt scientifique à analyser le couple hétérosexuel, la relation sociale entre parent et enfant, entre gardé·e à vue et policièr·e sous l'angle de la négociation de l'ordre social, mais cette perspective devient un obstacle intellectuel si elle cesse d'être un outil pragmatique pour devenir une interprétation écrasante du monde social, notamment si elle conduit à sous-estimer les rapports de pouvoir, ou à délégitimer comme normative ou réductrice une approche centrée sur leur analyse. Surtout, tout n'est pas interactionnel dans l'interaction. Les capacités de construction de l'ordre social doivent leur félicité aux structures symboliques, dispositionnelles et organisationnelles dans lesquelles elles s'inscrivent. L'ordre social fait l'objet d'une pré-adhésion partielle, incorporée, qui précède sa négociation. D'où l'intérêt d'une approche en termes de domination, qui considère autant les pratiques concrètes

de pouvoir que les processus de socialisation aux structures sociales (qu'il me reste encore à détailler dans la suite de cette thèse, pour ce qui est des médecins).

En analysant les manières individuelles et collectives par lesquelles les médecins orientent les conduites des avortantes et contrôlent les modalités de leur travail, ces deux derniers chapitres ont permis d'objectiver les manifestations concrètes de la domination médicale. Il s'agit désormais de considérer son interaction avec les autres rapports de pouvoir en rendant compte de manière plus détaillée et systématique de l'activité de catégorisation et de différenciation du travail au guichet de l'avortement, ainsi que des inégalités de santé qui en résultent dans leur dimension tant prescriptive (le traitement médical que l'on reçoit) qu'interactionnelle (la manière dont on est traitée).

Chapitre 8 : De la domination à la discrimination

« Et toujours se posait, et sans aucun doute se posera à l'avenir, la question de savoir quels sont les cas légitimes – qui a le droit de demander à avorter. La classe sociale, l'âge, la situation de famille, les risques découlant de la naissance de l'enfant : ces variables, et d'autres, détermineront sans aucun doute un médecin à accepter ou non de provoquer l'avortement de sa cliente – même lorsque la loi l'autorise. La légitimité du besoin et du service qui le satisfait semble ainsi résider en partie dans la nature du problème, en partie dans la personne, dans sa situation et dans l'origine de ses difficultés, et aussi en partie dans l'état de la société. Les limites des besoins légitimes et des services professionnels légitimes ne sont pas fixées, mais tendent à varier avec l'époque, la personne, et les circonstances » (Hughes, 1996b [1971] : 132).

Cinquante ans après la publication initiale de ce texte particulièrement lucide d'Everett Hughes, alors que la légitimité du recours à l'avortement a largement progressé, je l'observe encore dans les centres d'IVG français : toutes les avortantes et toutes les demandes d'avortement ne se valent pas. Alors que la loi et les recommandations ne prévoient aucune différence de traitement entre les avortantes, à l'exception de celle liée au terme de la grossesse¹, la réponse donnée à la demande d'IVG et les modalités de la prise en charge varient selon les caractéristiques de la demandeuse et de sa demande. Au même terme de grossesse, auprès du ou de la même médecin, certaines demandes sont acceptées et d'autres refusées. Certaines femmes se voient imposer un examen gynécologique, un implant contraceptif, une méthode d'IVG plutôt qu'une autre ou un entretien psychosocial, quand les autres s'en voient laisser le choix. Certaines sont traitées avec froideur ou brutalité, quand d'autres suscitent l'empathie et la bienveillance des médecins et sages-femmes. C'est là l'objet de ce chapitre : après avoir étudié les mécanismes de pouvoir permettant aux médecins de contrôler les modalités des soins, donner à comprendre comment ceux-ci sont mobilisés pour *faire de la différence*.

Il s'agit donc d'analyser la production médicale des inégalités de santé dans l'avortement. Ce chapitre s'ancre dans une sociologie des pratiques professionnelles, et plus précisément, à la suite des recherches analysant le pouvoir dans les relations de service qui confrontent des « client·es » à des agent·es public·ques, à la caisse des allocations familiales (Dubois, 2003a [1999]), à la poste, la mairie ou le centre social de quartiers populaires (Siblot, 2006), à la préfecture (Spire, 2008) ou au centre de dépistage (Gelly, 2018), il s'agit ici de proposer une ethnographie du guichet de l'avortement. Si les médecins sont doté·es d'un pouvoir institutionnel de production de normes et d'une position de domination et de

¹ Pour rappel, en dessous de 14 puis 16 SA, l'IVG est autorisée ; au-dessus, elle est interdite ; au-dessus de neuf semaines d'aménorrhée (SA) la méthode médicamenteuse n'est pas recommandée par la Haute autorité de santé (HAS).

coordination de la division du travail hospitalier qui les distinguent des *street-level bureaucrats* habituellement étudié·es, les différentes consultations qui ponctuent le parcours d'IVG se rapprochent, par bien des aspects, d'un guichet. Ce sont des interactions relativement courtes et occasionnelles, qui se déroulent en suivant une même trame, auxquelles les femmes qui requièrent un service (avorter) sont forcées de se soumettre et dont la réponse à la demande dépend officiellement de critères déterminés *a priori* (le fait d'être enceinte, le terme de la grossesse), dans une « relation inégalitaire [...] structurellement asymétrique » (Dubois, 2003a : 115) ayant des effets significatifs sur leur existence.

L'intérêt de ce chapitre est double. Descriptif, d'abord : j'y montre que les femmes n'ont pas toutes le même accès à l'avortement, ni le même contrôle sur les modalités de soin. Or, on l'a vu au sujet de l'accès à l'IVG en milieu rural, les inégalités de santé en matière d'IVG sont principalement étudiées par des enquêtes quantitatives qui peinent à les expliquer ou à en saisir les différentes facettes. Par exemple, les enquêtes quantitatives menées sur l'IVG ne visibilisent pas les inégalités raciales dans les départements métropolitains, pourtant frappantes sur mes terrains. L'ethnographie permet d'en éclairer les mécanismes en mettant en évidence les critères de classement et de jugement utilisés en centre d'IVG, les rapports de pouvoir sur lesquels ces critères se fondent, et les discriminations qui en résultent.

L'intérêt de ce chapitre est théorique, ensuite : il contribue à la compréhension de la « fabrique des discriminations » (Chappe *et al.*, 2016) dans le domaine de la santé en inscrivant l'analyse des inégalités sociales de santé et celle des violences gynécologiques et obstétricales dans le cadre conceptuel de la domination médicale. Comme je l'ai annoncé en introduction de la thèse, l'analyse du rapport de domination médicale permet un pas de côté par rapport aux travaux existants sur les violences gynécologiques et obstétricales. Elle amène à considérer celles-ci comme étant non pas « d'abord » des violences de genre, mais plutôt des violences *médicales* qui résultent de l'intersection du rapport de domination médicale et des autres rapports de domination, sans hiérarchiser *a priori* ces rapports de domination ni invisibiliser la singularité de la relation médicale. Elle fournit un cadre pour comprendre la survenue des violences sans avoir à les délimiter. Est-ce que parler sèchement à une avortante est de la violence ? Est-ce que ne pas informer de l'existence d'une méthode de contraception, ou en conseiller une avec insistance, est de la violence ? Nous avons vu que le consentement était largement façonné par les pratiques médicales. Il l'est en réalité plus ou moins, de même que les interactions avec les professionnel·les de santé peuvent être plus ou moins brutales. Je chercherai ici à comprendre ce qui rend possibles ces traitements brutaux ou particulièrement contraignants, et les logiques qui guident leurs variations selon les avortantes.

Parler d'inégalité et de discrimination plutôt qu'uniquement de différenciation des pratiques suppose tout de même un geste axiologique (Carde, 2021a). Certaines différences sont plus évidemment des inégalités que d'autres : les différences de revenus ou d'espérance de vie par exemple. Or, sauf exception, les médecins justifient toutes leurs pratiques, y compris différenciées et différenciantes et y compris quand elles s'opposent à la volonté des avortantes, comme étant dans l'intérêt de ces dernières. Juger que leurs pratiques, par exemple l'allongement du parcours d'IVG ou l'imposition de gestes médicaux, relèvent de l'inégalité et, quand elles sont rattachées systématiquement aux différents rapports de pouvoir, de la discrimination, revient à assumer une position de surplomb vis-à-vis des justifications que donnent les enquêtées à leurs actions. Je m'appuie largement sur les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) et je considère que des gestes, prescriptions, consultations et délais non recommandés ni requis par la loi relèvent d'un préjudice dès lors qu'ils sont imposés plutôt que proposés².

Ce chapitre mobilise principalement les observations réalisées dans les trois centres d'IVG et les entretiens réalisés avec les professionnel·les qui y travaillent. L'observation des consultations successives d'avortantes différentes auprès d'un·e même professionnel·le permettent de saisir les variations des pratiques selon les caractéristiques sociales des avortantes. La mise en regard des consultations et du commentaire qu'en font les professionnel·les avant la consultation suivante, en entretien ou dans les moments d'échanges informels entre enquêtées, permettent de saisir les modes de catégorisations des avortantes. Les extraits de terrain mobilisés portent davantage sur le CIVG 1 que sur les deux autres, et cela pour deux raisons. Premièrement, j'y ai assisté à un nombre plus grand de consultations, et leur format plus court comme leur organisation sérielle (on y réalise toutes les consultations pré-IVG puis les consultations post-IVG puis éventuellement des consultations de contraception, là où les différentes consultations se mélangent dans les CIVG 2 et 3) se prêtent particulièrement à l'objectivation des variations. Deuxièmement, la différenciation des pratiques selon les caractéristiques des avortantes y est bien plus forte que dans le CIVG 3 – ce qui est un résultat important sur lequel je reviendrai.

Nous verrons comment les médecins prennent en charge différemment les avortantes selon la position qu'elles occupent dans les rapports de pouvoir et selon leur écart à la norme abortive, à l'origine d'inégalités dans l'accès aux soins (accéder à l'avortement, y accéder vite) (I.) mais aussi d'inégalités interactionnelles : les modalités de soin sont plus ou moins contraintes et les prises en charge plus ou moins brutales, selon les jugements portés par les

² Dans l'enquête menée comme dans d'autres travaux, les avortantes, dès lors qu'elles se rendent au centre d'IVG, expriment presque systématiquement le souhait d'avorter au plus vite (Bousquet et Laurant, 2013 : 39).

professionnel·les du centre d'IVG sur les avortantes (II.). Cette analyse sera illustrée à partir du cas détaillé des femmes racisées et des femmes migrantes, particulièrement pénalisées par ces variations des pratiques médicales (III.). Le terme de race renvoie ici au rapport de pouvoir fondé sur des marqueurs corporels et/ou culturels historiquement investis d'une dimension héréditaire et stable. Celui de racialisation au processus par lequel la race est produite, ce qui permet de souligner la dimension construite et « imaginaire » de catégories raciales qui n'en sont pas moins performatives. Tout en considérant que les personnes perçues comme blanches sont tout autant prises dans le rapport de domination raciale, je ne désignerai comme racisées que celles qui subissent cette domination (Brun, 2022).

I. La production médicale d'inégalités d'accès à l'IVG

Les professionnel·les des centres d'IVG distinguent des bonnes et des mauvaises avortantes selon leur respect de la norme abortive³. Les bonnes avortantes leur permettent de donner un sens plus valorisant à leur travail et de réduire la contradiction entre les normes professionnelles qui entourent le travail d'avortement (l'humanisation des fœtus, la valorisation du droit à l'avortement). Or, comme les sociologies du guichet et des relations de service l'ont montré, les jugements sociaux et moraux, et leur cristallisation en catégories de client·es par les professionnel·les, influencent le travail réalisé. Celui-ci peut être différencié selon les client·es afin de permettre aux professionnel·les de rationaliser leur travail – par exemple en définissant des priorités d'accès aux lits de réanimation ou aux vaccins pendant le COVID, ou en ciblant les individus à dépister du SIDA (Gelly, 2023) –, ou afin d'accroître le contrôle sur leur activité, notamment à l'hôpital : faire attendre les « habitués » des urgences – toxicomanes, alcooliques, personnes atteintes de maladies psychiatriques – face à la porte d'entrée pour qu'ils et elles partent avant d'être pris·es en charge (Peneff, 2005b [1992] : 91), prévenir les revendications des « râleurs » définis par opposition aux « gentils » (*ibid.* : 93-95), anticiper la surcharge de travail de manutention que posent les patient·es corpulent·es aux aides-soignantes (Arborio, 2012 [2001]), concentrer ses efforts sur le « beau cas », le « malade intéressant » dont la « “belle” maladie » en fait un « capital », un « matériau rare et précieux de l'activité médicale par excellence » (Herzlich, 1973 : 46, 51, 56) et, à l'inverse, fuir ou déléguer la gestion du « malade “tout venant” » (*idem* : 56) ou, pire, des « crocks »,

³ *i.e.* selon le terme de la grossesse, le recours ponctuel ou réitéré à l'avortement, le suivi de la norme contraceptive, l'écart à la norme procréative et le respect du rôle d'avortante.

celles et ceux dont l'absence de pathologie claire rend la prise en charge particulièrement chronophage (Becker, 1993), etc.⁴

Les conditions d'accès et le parcours d'IVG sont encadrés par la loi et par les normes secondaires d'application définies à l'échelle du service. Mais les médecins, sages-femmes et, parfois, dans le CIVG 1, certaines infirmières, peuvent déroger à la règle et accorder des passe-droits⁵ à certaines avortantes en accélérant leur prise en charge ou en acceptant une demande hors délai, ou, à l'inverse, retarder ou refuser certaines demandes. Pierre Bourdieu l'avait souligné au sujet des fonctionnaires de l'administration territoriale, l'application stricte des règlements « se présente comme une alternative possible – ouvrant ainsi la porte au jeu stratégique – à la conduite opposée, qui consiste à se montrer “compréhensif”, “humain”, à tirer parti (et profit, fût-ce un profit purement moral de conformité éthique) de la liberté de jeu que tout poste laisse toujours à ses occupants » (1990 : 87). Il s'agira ici de montrer comment la personnalisation de la prise en charge de l'IVG, justifiée par une norme professionnelle d'adaptation aux besoins des patient·es, peut être source de discrimination et revient à « donner plus à ceux qui ont plus » (Darmon, 2021 : 185).

Quand les médecins ont officiellement un mandat de différenciation des soins : l'interruption médicale de grossesse (IMG) pour détresse psychosociale

Si jusqu'à 14 semaines de grossesse les femmes enceintes sont – en principe – seules décisionnaires de la poursuite ou de l'interruption d'une grossesse, au-delà de ce terme l'interruption est soumise à une autorisation médicale. Les femmes peuvent alors entrer dans une procédure complexe d'IMG pour détresse psychosociale, qui leur impose d'objectiver et de défendre les raisons qui rendent la poursuite de leur grossesse impossible lors de consultations obligatoires avec un·e gynécologue, un·e psychologue, un·e assistant·e social·e et souvent un·e psychiatre. Dans ce contexte, les médecins ont un mandat officiel de différenciation des soins : suite à une délibération en réunion de concertation pluridisciplinaire, ils et elles décident si les candidates à l'avortement ont droit d'avorter ou non. Cette procédure repose sur la pathologisation de certaines vies et conduites procréatives. L'écart à la norme procréative est construit comme un problème médical : dans les situations observées, il s'est agi de candidates mineures, pauvres, consommatrices de drogues, handicapées, incarcérées par le passé ou ayant un conjoint incarcéré, victimes ou autrices de violences conjugales, victimes de viol, victimes de viol incestueux, ayant des enfants placé·es, ayant réalisé une transition de genre, travailleuses du sexe, exhibitionnistes. Les parentalités déviantes font ainsi l'objet d'un diagnostic qui objective et médicalise l'inaptitude de certaines femmes à la maternité et rend légitime non seulement l'avortement hors du délai de l'IVG, mais aussi la prévention de grossesses futures par l'imposition d'une contraception de longue durée d'action. La dimension thérapeutique du travail médical est ici reléguée au second plan au profit d'un rôle biopolitique de tri des candidates à l'avortement et de maintien de l'ordre reproductif. Les positions des médecins lors des délibérations varient largement selon leur position dans l'espace professionnel : les avorteurs et avorteuses spécialistes sont souvent bien plus favorables à l'acceptation des demandes d'IMG, et certain·es se donnent pour rôle de convaincre les gynécologues, là où les gynécologues-obstétricien·nes jouent davantage un rôle d'avocat·es du fœtus. Je détaille le fonctionnement de ce « tribunal des femmes enceintes » dans un

⁴ Pour une analyse générale des pratiques médicales de catégorisation, voir la thèse de Camille Foubert (2020).

⁵ J'utilise ce terme sans que cela désigne nécessairement des pratiques hors-la-loi. Il s'agit de passe-règles ou de passe-habitudes-locales, c'est-à-dire de dérogations par rapport aux normes pratiques définies à l'échelle du service.

A. L'avortement à deux vitesses : des parcours plus ou moins longs

Les avortantes accèdent plus ou moins vite à l'IVG selon les moyens organisationnels et les normes locales du centre dans lequel elles en font la demande. Mais elles y accèdent aussi plus ou moins vite au sein d'un même centre. Individuellement ou après des formes de délibération collective, les professionnel·les peuvent accélérer ou retarder l'accès d'une avortante à l'IVG.

1. Retarder les ambivalentes

Si la semaine « de réflexion » exigée par la loi a été abolie en 2016, un délai minimal d'un jour entre la consultation pré-IVG et la réalisation persiste dans les CIVG 1 et 2, celui-ci pouvant être allongé à la discrétion des professionnelles selon l'ambivalence qu'elles diagnostiquent chez l'avortante. La temporisation de la demande d'IVG est présentée comme une personnalisation des soins selon les besoins – conscients ou non – des femmes. Anne-Hélène, psychologue et ancienne conseillère conjugale et familiale (CCF) du CIVG 1 pendant sept ans, me raconte les entretiens systématiques qu'elle réalisait avec toutes les avortantes jusqu'à son départ en 2016⁶ : « J'ai pas vu une femme qui ne pleure pas. J'en voyais mille par an, hein ! » Lorsqu'elle ne les sentait « pas prêtes », elle « redonnai[t] rendez-vous, [elle] retardai[t] ». Si l'entretien n'est plus systématique aujourd'hui dans le CIVG 1, les différentes professionnelles suggèrent aux avortantes jugées ambivalentes d'attendre, ou les y obligent.

« Virginie (56 ans, infirmière-conseillère) réalise une prise de sang à Mme P., une femme blanche de 29 ans en école d'infirmière :

Virginie : Qu'est-ce qui n'est pas possible dans cette grossesse pour vous ?

Mme P. (pleure) : Je suis étudiante, c'est pas possible.

Virginie : Votre conjoint qu'est-ce qu'il en pense ?

Mme P. : Il est d'accord.

Virginie : Bon est-ce que demain c'est pas trop tôt pour le RU [médicament abortif] ? Est-ce que vous voulez pas réfléchir plus ? On n'est pas dans l'urgence, vous êtes à six semaines.

Mme P. : Non non, je préfère le faire au plus vite.

Virginie : Qu'est-ce que vous utilisiez comme contraception ?

Mme P. : Rien.

Virginie : Pourquoi rien ?

Mme P. : Je fais de l'endométriose, je pensais que j'étais stérile.

⁶ Quinze ans après la suppression de la systématique de l'entretien dans la loi, donc.

Virginie : Oui l'endométriose c'est un peu la maladie à la mode, c'est pas parce qu'on a des règles douloureuses qu'on a de l'endométriose ! Bon moi je pense que demain c'est un peu tôt pour faire l'IVG. Vous voulez pas prendre quelques jours pour réfléchir ?

Mme P. : Non.

Virginie : Pour en rediscuter bien avec votre conjoint ?

Mme P. : Non, non.

Virginie : C'est tout discuté.

Mme P. : Oui.

Virginie : Bon, donc demain, sûre ?

Mme P. : Oui.

Virginie : Bon. Vous avez des questions ?

Mme P. : Je suis un peu sonnée.

Virginie : Ce serait bien d'en parler un jour. Pensez-y. Pour mettre du sens sur cette grossesse. Nous on est là. » (Notes de terrain, décembre 2021)

Virginie questionne Mme P. sur les raisons de son recours à l'avortement et interprète ses larmes comme un signe d'ambivalence. Elle lui suggère d'attendre avant de réaliser l'IVG, et insiste à plusieurs reprises lorsque Mme P. refuse. Si l'infirmière ici n'est pas en mesure de ralentir le parcours d'IVG, des professionnel·les ayant plus de pouvoir – médecins ou sages-femmes – ou des infirmières au moment de programmer l'IVG et dans l'interaction avec des avortantes plus dominées (notamment racisées et allophones) n'hésitent pas à imposer des délais. Je me trouve auprès d'Annick (53 ans), infirmière du CIVG 1, lorsque Laurence (gynécologue médicale, 65 ans), sortant d'une consultation pré-IVG, la hèle avant qu'elle ne reçoive l'avortante pour programmer son intervention. La médecin lui dit soupçonner un désir d'enfant et ajoute : « Ne la programme pas trop tôt ! Il faut qu'elle prenne le temps d'avancer dans sa réflexion. Dis-lui qu'il n'y a pas de place pour le moment ». Estimant que l'avortante précipite sa décision d'avorter et gagnerait à attendre pour, peut-être, changer d'avis, Laurence profite du contrôle qu'ont les médecins sur la temporalité de la prise en charge et délègue à l'infirmière la charge de mentir à l'avortante pour différer la réalisation de l'IVG.

Une situation similaire survient dans le CIVG 2, où la gynécologue et la sage-femme repoussent le moment de la prise de décision d'une avortante, ajoutent des consultations et diffèrent la prise du médicament, considérant que l'hésitation qu'exprime l'avortante est le signe qu'elle ferait mieux, dans son intérêt, de garder la grossesse. Je demande à Valérie (67 ans) la gynécologue médicale du CIVG 2 :

« **Raphaël** : Tu as déjà refusé une IVG ?

Valérie : Non, mais honnêtement on peut manipuler. Dans les situations limites. Mais c'est plus pour pousser les gens à le faire. Celles où tu te dis qu'elles pourraient pas avoir un enfant. Qu'elles le font pour se donner un sursaut, comme on adopte un chien mignon. Tu

peux les pousser à avorter. Ou celles qui sont ambiguës, tu peux les pousser à garder la grossesse. »

C'est à la seconde possibilité – pousser à garder la grossesse – que j'ai assisté quelques jours plus tard :

Mme M., une femme blanche de 31 ans salariée d'une association et dont le conjoint est artisan, vient pour une première IVG. Elle a eu un enfant cinq mois auparavant alors qu'elle prenait la pilule (elle l'a sans doute vomie, conclut Valérie qui la reçoit d'abord). Elle veut avoir d'autres enfants, mais pas aussi vite. Elle dit être fixée, même si la décision est difficile. Elle pleure doucement au cours de la consultation. L'examen gynécologique puis l'échographie endovaginale que pratique Valérie semblent très douloureuses mais la gynécologue les mène jusqu'au bout, l'invitant à respirer et l'interrogeant sur sa décision :

« **Valérie** : Et le conjoint qu'est-ce qu'il en pense ?

Mme M. : Il est plus pour l'IVG, il pense aussi que ce n'est pas le moment. Non, c'est vraiment pas possible, je viens d'avoir ma fille, j'aurais peur de pas pouvoir profiter d'elle comme je le voudrais.

Valérie : Je vais vous mettre la sonde dans le vagin. Vous respirez et vous soufflez. (*Elle insère la sonde, la patiente pousse un cri et pleure*). On est à sept semaines [d'aménorrhée]. Ça peut se faire par médicaments à domicile ou à l'hôpital. Vous allez voir Mme Bernard [la sage-femme] qui va vous expliquer.

Mme M. : C'est douloureux ?

Valérie : Oui. Ça donne des contractions. Mais on vous donne des médicaments antidouleurs.

Mme M. : Je vais voir quelque chose ?

Valérie : Oui, mais pas une forme humaine. Vous allez voir des formes, des caillots.

Mme M. : J'ai beaucoup de temps ?

Valérie : Vous pouvez prendre le temps. Votre décision n'a pas l'air vraiment sûre.

Mme M. : C'est que c'était pas prévu.

Valérie : Vous avez mis du temps à tomber enceinte ?

Mme M. : Non.

Valérie : Si vous aimez planifier, il faut peut-être prendre le temps d'intégrer l'information. Je vous sens indécise, là.

Mme M. retourne en salle d'attente, Laure, la sage-femme, entre.

Valérie : Elle est pas prête, cette dame que tu vas voir.

Laure : Bah on va lui laisser le temps.

Valérie : Oui mais elle est à sept. Et elle veut rien voir, ni faire en IVG chir[urgicale].

Laure reçoit la patiente :

Laure : Mme Lartiges [Valérie] m'a dit que vous étiez indécise. C'est votre décision. Votre conjoint est au courant ?

Mme M. : Oui, oui.

Laure l'interroge sur son métier, celui de son conjoint, sa contraception et son suivi gynéco. Elle lui explique les méthodes disponibles, puis lui enjoint de prendre le temps d'en discuter avec son conjoint et avec sa psychologue.

Mme M. : C'est douloureux ?

Laure : Déjà, il y a la douleur que vous avez déjà, morale, psychologique. Après la médicamenteuse est plus douloureuse que la chirurgicale.

Mme M. : Et on reconnaît quelque chose ? (*Laure ne répond pas*). Parce que deux enfants rapprochés c'est quand même compliqué, non ?

Mme M : Alors moi je peux pas orienter votre décision. Je suis pas dans votre vie. Vous faites un tableau pour/contre, vous en parlez avec votre conjoint. D'ici la fin de semaine on aura tout de prêt, il ne manque que votre décision. Par contre j'ai mis la prise de sang comme si vous gardiez la grossesse. Je vous ai mis toxoplasmose, rubéole... Pour éviter d'avoir à les refaire. Et je vais vous interdire quelque chose, c'est que si vous décidez de garder la grossesse, je vous interdis de culpabiliser d'être venue nous voir. Quelle que soit la décision que vous prenez, ce sera la bonne. Parlez-en à votre psy mercredi et on se voit après. (*Mme M. sort*).

Laure (à moi) : Fiou là, c'est dur. Horrible. Elle va le garder. Mais il va falloir la surveiller + +, si elle a déjà fait une dépression du post-partum. (*Elle va voir Valérie* :) On prend les paris ? (*Les deux parient que Mme M. gardera la grossesse*).

Mme M. revient deux jours après. Elle est reçue par Laure :

Laure : Je vous conseille de ne pas trop attendre parce qu'après vous allez voir passer des caillots. Dans votre situation, plus vous allez attendre, plus ça va être compliqué.

Mme M. : Je change d'avis toutes les heures. Je pourrais le garder en soi, mais je ne me vois pas revenir dans la grossesse, les premiers mois du bébé... Et puis avec la grossesse j'arriverai pas à m'occuper de ma fille. J'arrive pas à trancher. Qu'est-ce que je fais ?

Mme M. : Je peux pas prendre la décision pour vous. Il faut que ça soit vous qui décidiez sinon vous allez le regretter, vous allez dire qu'on vous a forcé la main. Votre conjoint il en pense quoi ?

Mme M. : Il est d'accord pour interrompre. On veut pas passer à côté de notre fille. Non mais c'est la bonne décision.

Mme M. : Il y a plusieurs choses à faire. Déjà, si vous décidez de garder la grossesse, il faudra pas culpabiliser d'avoir pensé à l'interruption. Il y a un travail à faire là-dessus. Ensuite, si vous décidez d'interrompre et que plus tard vous avez du mal à avoir des enfants, il faudra pas...

Mme M. (affolée, l'interrompt) : Ah parce que c'est plus dur pour avoir des enfants après ??

Laure (gênée) : Ah euh... non. Mais il faut que cette décision, après, ça soit une affaire classée.

Mme M. : Ce qui me freine, c'est la peur de la douleur de l'IVG avec les médicaments. Non mais je pense qu'il faut que j'arrête [la grossesse]. Je suis pas sûre à 100 %, mais il faut prendre une décision.

Laure : On peut attendre encore quelques jours, mais pas plus.

Mme M. : Vous feriez quoi, vous ?

Laure : Je peux pas vous dire. Votre mari il arrive à être disponible avec votre fille ?

Mme M. : Un peu.

Laure : Et vous, avec votre travail, vous feriez comment si vous gardiez la grossesse ?

Mme M. : Ce serait compliqué, mais je me mettrais à temps partiel.

Laure : Et l'interruption chirurgicale vous en pensez quoi ?

Mme M. : Oh ce serait donner beaucoup d'importance à ça... (*Silence*). Si je me dis tout ça, c'est que je ne suis pas sûre ? Tout le monde n'est pas sûre, vous croyez ?

Laure : Ah si, si, il y en a qui sont sûres ! Mais qu'on soit décidée à faire ce geste ou non, c'est quasi tout le temps psychologiquement difficile. Et pour vous encore plus.

Mme M. : Vous croyez qu'il faut le garder ?

Laure : Je peux pas vous dire, cherchez pas (*Laure rit*). Est-ce que vous voulez aller travailler un petit peu, revenir à 11h30 ?

Mme M. : Non, non, qu'on en finisse. (*Laure lui donne le papier du consentement à l'IVG, pose les médicaments et le verre d'eau sur la table devant Mme M.*). Il mesure combien de cm ? C'est petit encore ?

Laure : On est à un centimètre.

Mme M. : Là aujourd'hui, il ressent rien, n'est-ce pas ?

Laure : Le cachet ça arrête la grossesse. Il y a un petit risque qu'elle se poursuive.

Mme M. : Oui mais l'embryon, il ressent rien.

Laure : J'ai envie de vous dire non, ce serait plutôt au second médicament.

Mme M. : Parce que j'ai pas envie de lui faire du mal non plus (*Pleure*).

Laure : Même si on est à une grossesse plutôt petite, on a ce caillot plus volumineux, l'œuf, qui a tout, les membranes formées et tout.

Mme M. : Quand vous dites ça j'ai plus envie de prendre les médicaments... (*Silence*) Je peux encore changer d'avis ?

Laure : Tant que vous n'avez pas encore avalé celui-là, oui.

Mme M. : Je peux le prendre chez moi ?

Laure : Non, non, ici. On peut repousser l'heure.

Mme M. : Non, j'en ai marre de revenir (*Elle saisit le comprimé*).

Laure : Revenez à 11h30. Je dois voir une autre patiente. Moi, perso, je préfère attendre. Je veux pas que vous l'avaliez comme ça, sur un coup de tête.

Mme M. : Vous croyez que je veux le garder ?

Laure (avec un ton et un regard entendu) : Je pense que vous avez la réponse. Vous ne pourrez pas tout calculer dans votre vie tout le temps. Revenez tout à l'heure.

Laure se lève pour mettre un terme à la consultation. Mme M., désespérée, prise de sanglots violents, se tourne vers moi :

Mme M. : Et vous, vous en pensez quoi ? Vous ne pouvez pas me dire ce que je dois faire ?

Raphaël : Vous savez, je suis pas soignant, je suis sociologue.

Mme M. : Je vous en supplie, aidez-moi. Vous pensez qu'au fond je veux le garder ?

Raphaël : Je pense que vous voulez à la fois un peu le garder et qu'en même temps vous avez des très bonnes raisons de ne pas vouloir continuer la grossesse. C'est pour ça que le choix est difficile.

Mme M. : Oui, c'est vrai. (*Silence. Elle sort*).

Laure (à moi) : J'ai merdé non ? J'aurais pas dû parler de l'œuf... Mais bon il y a une activité cardiaque, c'est pas rien. Si elle va voir sur les forums, après elle va dire que je lui ai menti, j'aurai des ennuis. Bon, moi je sais qu'elle doit la garder, sa grossesse. Si tu veux, les raisons qu'elle donne sont mauvaises. Elle dit qu'elle veut passer du temps avec sa fille, mais si elle est enceinte elle sera arrêtée et elle pourra passer du temps avec sa fille. Mais bon, je peux pas lui dire explicitement de le garder. (*Silence*) C'est violent, une IVG.

Raphaël : C'est-à-dire ?

Laure : Psychologiquement. Et parfois physiquement. Je les plains. Elle, je suis persuadée que n'importe quelle décision qu'elle prenne, elle va en souffrir.

Laure va voir Valérie et lui raconte la consultation.

Valérie : Non, mais il faut pas qu'elle le fasse.

Laure : Je suis d'accord. (*À moi :*) Tu en penses quoi ?

Raphaël : Je sais pas trop. Est-ce que l'avortement c'est pas une décision moins définitive que la parentalité ? Si elle veut pas un autre enfant maintenant...

Valérie (me coupe) : C'est définitif l'avortement. L'avortement, après, il leur reste dans la tête. Elles fêtent l'anniversaire en disant "Il aurait eu 27 ans", etc. C'est pas un poids dans le corps, c'est un poids dans la tête.

Laure : Je suis d'accord, il faut pas qu'elle le fasse.

Mme M. revient deux heures plus tard, accompagnée d'une amie. Elles s'installent dans le bureau avec Laure et moi. Mme M. prend la parole :

Mme M. : Faut pas qu'on parle, parce que si vous commencez à me parler, je me dégonfle.

Laure (un peu sèche) : D'accord, j'ai compris.

Mme M. : C'est pas contre vous, hein.

Laure : J'ai compris la démarche. Je peux expliquer quand même ?

Mme M. : Oui, oui, évidemment.

Laure explique le déroulement de l'IVG médicamenteuse, sans prendre la voix douce qu'elle a habituellement en consultation. Mme M. est émue. Laure lui donne les instructions concernant les antidouleurs.

Mme M. : Et si j'ai des douleurs qui durent ?

Laure : Vous en aurez pas, sauf votre douleur psychologique.

Mme M. (sortant le médicament de la tablette et demandant à son amie) : Tu crois que c'est le bon choix ?

Amie : Oui.

Mme M. avale le médicament, boit l'eau, pleure. Son amie la prend dans ses bras. Laure ne dit rien, regarde, puis après quelques secondes dit :

Laure : Mettez-vous dans l'idée que c'est pas marqué sur votre visage.

Mme M. demande un arrêt de travail pour le lendemain (entre les prises des deux médicaments), disant que, même si ce n'est que le second qui déclenche l'expulsion, elle ne sait pas si elle aura la force d'aller travailler.

Laure : Non, il faut que vous alliez travailler pour vous changer les idées. C'est pas une bonne chose que vous restiez toute seule à la maison avec ce que vous vivez.

Mme M. : Je serai pas seule, mon mari restera avec moi. Je sais vraiment pas si je peux aller travailler...

Laure : Non, il faut aller travailler. Ça permet que la vie continue. *(La consultation se termine et Mme M. sort. Laure se tourne vers moi :) J'ai perdu. (Silence) C'est bien, elle était carrée (fait un geste avec ses mains tendues parallèles).* Mais ça va être dur, la suite. Ça va être très très dur, la suite. » (Notes de terrain, mai 2022)

Ce long extrait rendant compte d'une suite de consultations (quatre consultations, pour une durée cumulée d'une heure et cinquante minutes) montre comment une médecin et une sage-femme peuvent inciter à garder une grossesse, sans coercition – pour preuve, leur échec –, sans ingérence explicite dans le choix, Laure répétant plusieurs fois qu'elle ne peut et ne doit pas donner son avis. Il ne s'agit pas de professionnelles anti-IVG dont l'agenda caché serait d'empêcher les avortements ou d'en restreindre l'accès, loin de là. C'est parce qu'elles valorisent la maternité, dramatisent l'avortement présenté comme un traumatisme, qu'elles considèrent que, dans l'hésitation où se trouve Mme M., le meilleur choix est de garder la grossesse (« moi je sais qu'elle doit la garder cette grossesse », « il faut pas qu'elle le fasse »). L'accès aux coulisses du travail médical – les discussions entre les deux professionnelles – permet de comprendre la posture de la sage-femme en consultation : les mentions voilées de Laure au fait qu'elle estime préférable de garder la grossesse (« Je pense que vous avez la réponse. Vous ne pourrez pas tout calculer dans votre vie tout le temps »), son invitation à

anticiper des souffrances psychologiques ou des difficultés à procréer par la suite, son refus de dédramatiser l'avortement en dévalorisant l'embryon, le fait qu'elle reporte plusieurs fois le moment de prendre le médicament abortif dès que la décision de Mme M. s'affermit. Considérant que c'est dans l'intérêt de Mme M. de ne pas avorter, Laure participe à alimenter son hésitation⁷. L'ambivalence est, sinon produite, du moins accentuée par l'interaction médicale. Remarquons qu'à l'inverse de la sage-femme qui alimentait les hésitations de l'avortante, son amie la conforte sans hésitation dans sa décision.

Notons également le refus de la demande d'arrêt de travail de Mme M. malgré son insistance. La sage-femme le justifie par une meilleure connaissance que Mme M. de ce qui est bon pour elle (se changer les idées par le travail plutôt qu'être avec son mari). Des indices peuvent laisser penser qu'il s'agit également d'une manière, pour Laure, de réaffirmer son pouvoir : l'avortante a agi à l'encontre de sa volonté (« j'ai perdu ») et la sage-femme interprète la situation, lors de l'interaction finale, comme antagonique. Elle dira ensuite à la secrétaire que l'avortante a été « un peu agressive » avec elle lors de cette dernière consultation.

Les médecins et les sages-femmes n'hésitent donc pas à temporiser l'accès à l'avortement pour les femmes qu'ils et elles jugent ambivalentes.

2. Accélérer le parcours des « nanas sympas »

À l'inverse, certaines avortantes peuvent se voir proposer une prise en charge particulièrement rapide au regard des normes locales. C'est flagrant dans la comparaison de deux interactions successives entre Armelle (55 ans) – une infirmière dotée d'une autorité particulièrement établie dans le CIVG 1 – et des avortantes qu'elle rencontre après leur consultation médicale pour réaliser la prise de sang et programmer la date de l'IVG :

La première est une étudiante infirmière blanche française de 20 ans, à cinq semaines d'aménorrhée (SA), qui réalise sa première IVG. Armelle la trouve visiblement sympathique, se montre affable et l'interroge sur ses études. L'avortante signale qu'elle a ses partiels la semaine suivante. Armelle prend l'initiative d'appeler le coursier de l'hôpital et lui demande d'emmener les prélèvements sanguins en urgence au laboratoire pour que les résultats reviennent rapidement et que l'avortante puisse prendre le médicament abortif dans la journée⁸.

⁷ Une enquête portant sur les déterminants du vécu de l'avortement aux États-Unis a montré qu'un avortement est mieux vécu lorsque le personnel médical qui le prend en charge rassure l'avortante sur la moralité de son choix, sur sa moralité en tant que personne, et reconnaît la validité des raisons qui l'amènent à avorter, notamment pour des avortantes qui sont certaines de leur décision tout en étant « morally conflicted » (Altshuler *et al.*, 2017).

⁸ Pour rappel, les avortantes du CIVG 1 ne peuvent pas avorter avant d'avoir obtenu les résultats d'un bilan sanguin extensif. Cette règle – non requise par la loi ni recommandée par la Haute autorité de santé (HAS) –

La seconde rencontre est celle d'une avortante nigériane anglophone de 28 ans qui réalise sa seconde IVG. Elle dit habiter très loin du centre d'IVG, dans un quartier populaire de la ville, et exprime sa volonté de faire l'IVG dès aujourd'hui. Armelle refuse : il faut attendre les résultats du bilan sanguin, l'avortement ne sera possible qu'à partir du lendemain. L'avortante insiste, annonçant qu'elle peut attendre toute l'après-midi dans le centre si nécessaire. L'infirmière lui oppose une fin de non-recevoir : « Non, il faut réserver les bilans en urgence pour les "vraies urgences". » (Notes de terrain, octobre 2021)

Armelle, comme ses collègues, revendique une prise en charge « au cas par cas » : « Les protocoles on s'en fout », m'affirme-t-elle. Les pratiques inégalitaires et discriminatoires que cela rend possibles sont bien visibles ici. Elle propose spontanément à la première avortante, jeune, particulièrement respectueuse de la norme abortive et avec laquelle elle partage le (futur) métier et la couleur de peau, un traitement préférentiel qu'elle refuse à la dernière qui le lui demande pourtant avec insistance.

Certaines avortantes ont une « valeur mobilisatrice » plus grande que d'autres. Nicolas Dodier et Agnès Camus définissent ainsi la valeur sur le « marché des patients » à l'intérieur de l'hôpital, qui conduit les médecins à accepter une admission ou à l'inverse à chercher à transférer un·e patient·e vers un autre service (1997). Dans le cadre du centre d'IVG, la question du transfert ne se pose pas, mais la valeur mobilisatrice détermine les efforts que les professionnel·les sont prêt·es à réaliser dans la prise en charge. Celles qui donnent « l'envie de les aider » ont plus de chance d'obtenir un accès à l'IVG exceptionnellement rapide, ou hors délai, que les « têtes à claques » (Sandrine, 46 ans). Comme le dit Laurence (65 ans) : « La nana qui est sympa on a plus envie d'accéder à sa demande que la gaga qui te crie dessus ». Camille Foubert l'a montré, les patient·es jugé·es « gentil·les » sont ceux et celles qui obéissent, se laissent faire, posent de rares questions avant tout pratiques (2020 : 146). Mais les deux avortantes rencontrées par Armelle étaient cordiales et dociles. Ce qui les distingue ici, c'est la race, l'âge et la classe. La « nana sympa », à qui on octroie des passe-droits, est généralement blanche, jeune et de classe moyenne ou supérieure (quoiqu'elle puisse parfois, dans les situations observées, ne pas avoir l'une de ces caractéristiques), elle respecte la norme abortive et elle n'a pas de handicap, en particulier mental, ou du moins elle ne le laisse pas voir. Par bien des aspects, la « nana sympa » est celle qui ressemble socialement aux professionnel·les, ces dernière·s pouvant s'identifier à elle ou, pour les plus âgées, y voir la proximité avec leur(s) fille(s).

Ce résultat est illustré par une autre différence d'accès à l'IVG dans les CIVG 1 : dans le CIVG 1, les avortantes étrangères racisées n'ont pas le droit d'avorter dans les jours qui

permet aux professionnelles d'imposer un délai d'attente incompressible jugé nécessaire à la réflexion des femmes, sauf à de très rares exceptions comme ici.

précèdent un voyage, là où les avortantes étrangères blanches y sont autorisées. J'assiste à la consultation pré-IVG d'une avortante belge, blanche, de 34 ans, régisseuse dans un théâtre, dont c'est la seconde IVG. Elle se rend en Belgique cinq jours après la consultation et exprime le souhait d'avorter avant. « Oui, je comprends », lui dit l'interne de gynécologie, et les infirmières programment la prise du médicament pour le lendemain. D'autres avortantes dans une situation similaire, à la différence qu'elles sont racisées et de classe populaire, doivent, elles, avorter à leur retour de voyage. C'est le cas d'une femme catégorisée comme « Rom » par les professionnelles, d'entre 35 et 40 ans. Elle part la semaine suivante en bus en Roumanie pour les fêtes de fin d'année. Armelle, l'infirmière, refuse de lui donner le médicament abortif avant son départ, invoquant des raisons de sécurité – éviter qu'une hémorragie ne se déclare lors du trajet ou hors de France, et s'assurer que l'avortante réalisera la consultation de contrôle post-IVG. Elle lui laisse le choix : l'avortante peut annuler son voyage en Roumanie et avorter rapidement par la méthode qu'elle a choisi (l'IVG médicamenteuse), ou n'avorter que dans deux semaines à son retour, par méthode instrumentale (le délai pour la méthode médicamenteuse sera alors dépassé). L'avortante tente de convaincre Armelle, puis cède : elle passera les fêtes en France. Armelle le lui fait promettre puis programme la prise du médicament, non pas le lendemain comme à l'habitude du service, mais la semaine suivante⁹. La seconde avortante est jugée moins capable que la première de gérer une éventuelle complication de l'IVG médicamenteuse, et moins fiable dans la réalisation d'une consultation de contrôle. La distance de race et de classe qui sépare les professionnelles d'elle, à la différence de l'avortante belge, ne dispose pas les médecins à leur octroyer un passe-droit.

La catégorie d'avortantes qui bénéficie systématiquement de passe-droits, ce sont les professionnelles médicales, paramédicales ainsi que, dans un cas, une secrétaire travaillant en centre d'IVG. Cette dernière, à l'époque où elle travaillait au CIVG 1, a réussi à obtenir de la gynécologue, Laurence, avec laquelle elle est amie, que celle-ci réalise une IVG pour une grossesse de localisation indéterminée (GLI), alors qu'elle s'y refuse catégoriquement pour les autres avortantes¹⁰. La situation est particulièrement intéressante dans les cas où l'avortante est médecin. Je n'ai vu la sage-femme et la gynécologue du CIVG 2 faire qu'une seule exception à leur règle d'imposer la prise du médicament abortif dans le service et à la suite d'un délai incompressible d'un jour après la première consultation. Il s'agissait d'une avortante médecin généraliste, blanche, de 33 ans, réalisant sa première IVG. Avant de la

⁹ Je n'ai pas pensé à lui demander la raison de ce délai en rupture avec les usages du service. Il s'agit probablement d'une manière de s'assurer que l'avortante ne partira pas quand même une fois le médicament pris.

¹⁰ Pour rappel, il s'agit d'une grossesse qui n'est pas localisable à l'échographie et dont il existe un risque, faible, qu'elle soit extra-utérine.

recevoir, Laure me prévient : « Je lui donnerai peut-être direct les RU, elle est médecin et je la connais ». Puis, débutant la consultation, elle déclare, souriante : « Je fais comme si vous étiez Mme Lambda, je regarde pas la profession ! » Bien que l'avortante n'ait semblé avoir qu'une connaissance vague de la procédure d'IVG, Laure propose de lui donner, dès la première consultation, tous les médicaments à prendre chez elle. Par ailleurs, elle ne réalise pas le travail normatif habituel, n'interrogeant pas sur les raisons de l'avortement, n'abordant que très brièvement la contraception et ne demandant pas si l'avortante fume (elle suggère à toutes les autres avortantes d'arrêter de fumer). Coraline (30 ans), une assistante de gynécologie médicale enquêtée, me fait part d'une expérience similaire lorsqu'elle-même a eu recours à l'IVG en fin d'internat :

« **Coraline** : Vu que j'étais gynéco, j'ai pas du tout eu le truc où j'allais dans le centre... Enfin voilà, c'était une assistante qui faisait les IVG, qui m'a mise dans son bureau et... Voilà, ça a pas été du tout... On a fait un dossier quand même, hein. Mais oui, elle m'a filé les médicaments, je les ai pris chez moi deux jours après. J'ai pas eu tout le tralala de l'IVG.

Raphaël : T'as pas vu la conseillère.

Coraline (éclate de rire) : Non ! Après, voilà vraiment à l'époque, là, j'étais à [ville], mon mec, ça faisait deux mois que je le connaissais enfin voilà, c'était pas du tout... C'était un oubli de pilule, hein, maintenant je les crois ! Et puis... et puis voilà, en fait non, pas du tout possible, quoi. Dans trois mois je rentre à [autre ville], je vais pas revenir avec un bébé sous le bras. [...] [Mon copain] a été ultra présent, c'est un anesthésiste donc il m'a fait tout un protocole de gestion de la douleur (*rire*). Il a pillé son hôpital pour avoir des bons médicaments donc c'est bon voilà, je l'ai bien vécu. » (Entretien du 11 février 2022)

Non seulement ces deux avortantes disposent bien d'un passe-droit : elles accèdent à l'avortement dès qu'elles en font la demande, sans avoir à parcourir les différentes étapes – « tout le tralala de l'IVG » – qui apparaissent, dans le discours de Coraline, comme des contraintes fastidieuses. Mais, à la différence des autres avortantes, elles ne sont pas dans une situation de domination-dépendance envers la médecin ou la sage-femme qui prescrit l'IVG. Elles sont dotées du même capital culturel et symbolique médical, et en ce qui concerne la possible relation de dépendance vis-à-vis de la sage-femme ou de la médecin qui contrôlent l'accès à l'IVG, celle-ci est contournée par la hiérarchie entre les deux professionnelles (dans la première situation), par l'informalité de l'interaction et l'aide du conjoint anesthésiste (dans la seconde). L'absence de travail normatif et la simplicité de l'accès à l'IVG (pas de délai, pas d'obligation de prise du médicament dans le centre, pas d'obligation de réaliser un entretien psychosocial, pas d'interrogation sur les raisons de l'avortement, une unique consultation) font apparaître, en creux, les contraintes qui se posent aux dominées dans le rapport de domination médicale.

Camille Foubert remarque elle aussi la position particulière des professionnel·les médicales lorsqu'elles occupent le rôle de patient·es. Perçu·es comme des patient·es dignes de confiance, ils et elles peuvent toutefois agacer celles et ceux qui les prennent en charge en « utilis[ant] leurs connaissances et leurs ressources pour questionner et intervenir et ainsi outrepasser leur rôle de patient·es » (Foubert, 2020 : 195). Anselm Strauss note également que les équipes de l'hôpital psychiatrique qu'il étudie considèrent la gestion de ces malades comme « compliquée » du fait des demandes supplémentaires qu'ils font (Strauss, 1992 : 102), et Sylvie Fainzang montre que les oncologues considèrent les médecins comme une catégorie de patient·es difficile du fait de leur niveau ou de leur désir d'information plus important (2006a : 44). Les médecins n'ont pas l'habitude des relations de soin sans (ou avec moins de) domination, et y sont moins à l'aise.

L'ordre de passage au bloc opératoire

La question de l'ordre de passage des avortantes au bloc opératoire ne se pose pas pour les CIVG 2 et 3 : dans le premier, les « choix » d'IVG instrumentale sont rares et dans le second les passages au bloc opératoire sont répartis à différents moments de la journée selon les disponibilités des médecins et des avortantes (pour l'anesthésie locale (AL)), ou ont lieu lors de l'unique créneau prévu au bloc de gynécologie, pour l'anesthésie générale (AG), le matin tôt. Dans le CIVG 1, en revanche, une série d'entre quatre et six IVG instrumentales a lieu tous les matins. Les avortantes sont toutes convoquées à la même heure (8h), passent l'une après l'autre et repartent quand elles sont prêtes (l'AG suppose un temps de récupération plus long). Les AG sont toujours réalisées avant les AL, afin de libérer les anesthésistes le plus rapidement possible. Au-delà de l'ordonnancement par type d'anesthésie, l'ordre de passage est défini par l'âge et l'origine de la grossesse – les mineures et les femmes victimes de viol passent en priorité – puis par ordre croissant de terme de la grossesse – l'attente permettant que le col de l'utérus de celles dont la grossesse est plus avancée soit davantage dilaté ce qui facilite l'aspiration de fœtus plus gros. Les raisons organisationnelles recourent des jugements moraux : on fait passer en priorité celles dont on veut abréger l'attente.

B. Accepter ou refuser à la limite légale

« On y va ou on y va pas ? C'est à cet instant que tu regardes bien. A nouveau. Comme pour la première fois. Le visage. L'homme ou l'accompagnante. Le dossier, ou plutôt ce que tu as imaginé en le lisant. Comme pour la première fois tu entends les mots qu'elle a dits. Tu repasses. Tu révises. Tu tranches. Souverainement. [...]

Là, c'est pas long : On y va pas.

Pas envie.

Ce n'est pas comme quand quelque chose en elle t'a touché lorsqu'elle est entrée. Bougie jusqu'à la garde tu te demandes alors si malgré tout. Tu te tâtes. Tu hésites, doute pas une seule seconde, ne sait pas ne saura jamais que dans cette tête au-dessus de la blouse que. Que ça n'a rien à voir avec le terme. Ni la Loi. Rien qu'avec le temps qu'il faisait en arrivant, le baromètre intérieur, l'estomac plus ou moins détendu, l'esprit plus ou moins libre des sempiternelles raisons de se plaindre. Rien que ça. Et le regard de A. Et les consignes muettes ou explicites données tout à l'heure dans le couloir avant l'entrée de *Cette dame-ci c'est un cas social. On la connaît bien. C'est vraiment pas de sa faute. C'est à cause de, ou bien Elle*

a passé beaucoup de temps avec moi à parler l'autre jour son histoire n'est pas facile elle sort d'un divorce très douloureux et. Toujours de très bonnes raisons » (Martin Winckler, La Vacation, 1989, p. 97).

Dans cet extrait du roman de Martin Winckler, largement autobiographique, un médecin généraliste orthogéniste, dans un monologue intérieur, hésite à réaliser un avortement légèrement au-delà du délai légal. Il est partagé entre la reconnaissance de la situation spécifique de l'avortante d'un côté et, de l'autre, le fait qu'elle ne l'a pas ému et qu'il est mal luné ce jour-là. Il refuse. Cependant, d'après mon enquête, contrairement à ce que l'auteur écrit, l'acceptation ou le refus d'une demande au terme limite n'est pas lié au temps qu'il fait mais bien au terme, à la situation de l'avortante, aux raisons que la femme invoque, à la manière dont elle parle et à ses caractéristiques sociales. C'est leur combinaison qui « touchent » plus ou moins les professionnel·les, ou, pour reprendre les mots de Didier et Monique, deux médecins ayant fondé le CIVG 1, qui suscite leur empathie :

« **Didier** : Moi, j'ai le souvenir, parce que j'étais forcément dans le coup, de Colette, Paule, elles venaient en disant, "Ah fait chier, elle a dépassé, mais bon, ça serait bien de le faire". Donc on décidait – pas seul, mais bon quand même – en fonction de l'histoire qui avait été entendue et en fonction du volume de l'utérus, indiscutablement.

Raphaël : C'est quoi les histoires qui font que vous allez accepter ou non ?

Monique : Il y a pas de d'histoire-type.

Didier : On avait pas de critères, je crois. Il n'y avait pas de critère. Je pense que c'était purement empathique.

Monique : Il y a aussi... Comment on ressentait cette femme, enfin quelles pouvaient être les conséquences sur cette femme. C'est difficile à évaluer, ça, mais les conséquences de telle décision ou de telle autre... C'est très... bon, après on se trompe hein, aussi, c'est évident. Mais on tenait compte de ça aussi. Pas que de sa situation matérielle *et cetera*. Mais de ce qu'elle disait. » (Entretien du 1^{er} mars 2022)

L'absence de « critères » *a priori* de prise en charge à la limite du légal, et la différenciation des pratiques selon le « ressenti » des professionnel·les, sont des causes d'inégalités et de discriminations. Ce qu'on a commencé à voir avec la possibilité d'accélérer le parcours d'IVG, l'examen des refus et acceptations d'IVG à la limite du terme le confirme¹¹.

Les médecins et sages-femmes de centre d'IVG disposent d'une marge de manœuvre pour accepter ou refuser des demandes lorsque celles-ci sont faites à un terme proche du délai légal. Non pas parce que ces situations supposent un arbitrage, comme celui réalisé par les guichetièr·es de la caisse d'allocations familiales observé·es par Vincent Dubois pour les « cas "à problèmes" » : ceux que les textes ne prévoient pas ou qui se trouvent à la frontière de

¹¹ J'ai observé trop peu de demandes d'IVG à la limite du terme légal dans les CIVG 2 et 3 pour pouvoir identifier des variations selon les avortantes. Dans cette sous-section, je me concentre sur l'analyse des observations réalisées dans le CIVG 1.

deux catégories » (2003a : 287), mais parce que ces situations frontières donnent le pouvoir de refuser une demande dans les délais (en arguant que le délai est tout juste dépassé) ou d'accepter une demande hors délai (en prétendant qu'elle ne l'est pas, en « trichant » avec l'échographie). Quand les demandes sont faites bien avant ou bien après le seuil limite, les médecins n'ont pas la même liberté d'accepter (hors délai) ou de refuser (dans les délais).

Qui sont les femmes que les médecins et sages-femmes refusent ? Ce sont celles qui n'ont pas une valeur mobilisatrice suffisante pour justifier l'effort organisationnel que suppose une prise en charge en urgence et/ou celles qui s'éloignent de la norme abortive, notamment celles qui sont jugées ambivalentes. En ouverture de la thèse, j'ai rapporté le refus d'Olivia (26 ans), l'interne de gynécologie médicale du CIVG 1, de la demande d'IVG de Mme B. à 13 SA et cinq jours – tout juste dans les délais, donc. Sa demande, faite un vendredi, suppose une prise en charge en urgence et donc un effort organisationnel auquel l'interne rechigne. Mme B. est une femme de classe populaire d'entre 30 et 40 ans. Elle évoque son mari qui la bat et son fils handicapé, mais Olivia estime qu'elle ment pour tenter de susciter son empathie. L'interne m'exprime son scepticisme : Mme B. ne lui semble pas victime de violence, et un enfant handicapé n'aurait pas dû l'empêcher d'avorter plus tôt (Notes de terrain, novembre 2021).

Autre exemple, en salle de pause, Delphine (27 ans), l'interne de médecine générale, me fait le récit d'une consultation qu'elle vient de réaliser. La femme en demande d'IVG était à 14 SA et trois jours. J'ai observé des demandes plus tardives acceptées (voir plus bas) mais nous sommes vendredi, comme pour Mme B., et, surtout, la femme est considérée comme « psy » car elle a demandé à l'interne effarée s'il était possible de récupérer l'embryon extrait pour en faire une crème. Sollicitée par Delphine, l'assistante de gynécologie a tranché : pas la peine de demander l'autorisation au chef de service de gynécologie pour une prise en charge en urgence, il s'agit d'une « folle » (Notes de terrain, février 2022).

Autre exemple encore, lorsque je reviens brièvement au CIVG 1 quelques mois après la fin du terrain d'observation que j'y avais réalisé, j'échange avec Laetitia, une des deux secrétaires du service. Je l'interroge sur l'application de la loi permettant l'IVG entre 14 et 16 SA, votée deux mois auparavant. Elle m'affirme que la loi est appliquée dans le centre, tout en me racontant la situation d'une femme reçue la veille par l'interne de gynécologie qui a succédé à Olivia, à 15 SA et deux jours – dans les (nouveaux) délais de l'IVG, donc. La consultation a lieu un lundi, et il n'y a pas de place au bloc opératoire dans la semaine (jeudi et vendredi sont fériés). Surtout, la femme est décrite comme une ancienne toxicomane, qui a rencontré son conjoint en cure de désintoxication. La grossesse était initialement désirée, mais le conjoint aurait « flippé » (au point de se blesser en se cassant une bouteille de verre sur la

tête). La demande de la femme est refusée au nom du dépassement du délai (la demande est pourtant faite cinq jours avant le terme limite), et elle est orientée vers l'IMG pour détresse psychosociale : elle et son conjoint s'éloignent suffisamment de la norme procréative – *i.e.* de l'image des bons parents – pour qu'elle ait de bonnes chances de voir une demande d'IMG acceptée (Notes de terrain, mai 2022).

Dans ces trois situations observées, des enjeux organisationnels se combinent avec la faible valeur mobilisatrice d'avortantes considérées comme des « cassos », contraction de « cas social », une catégorie péjorative fréquemment mobilisée par les professionnel·les désignant des membres de la fraction la plus précaire des classes populaires et/ou considérées comme « psys » ou « folles ». Elles sont traitées avec moins d'égards que les autres avortantes et sont vues comme ne méritant pas l'effort que supposerait leur prise en charge. Surtout, leur situation sociale permet aux médecins de déléguer la charge organisationnelle que suppose la prise en charge de ces « patientes difficiles » (Carde, 2020) à l'équipe de la maternité réalisant les IMG, et de se dédouaner de la responsabilité morale (et, peut-être, légale) d'un refus de soin en considérant que ces femmes pourraient demander et éventuellement obtenir une IMG¹².

Il n'est pas anodin que les trois situations rapportées impliquent les internes – bien que j'assiste aussi à des refus de la part de médecins diplômé·es ou de sages-femmes. Comme dans l'administration, où la distance au rôle et l'application souple de la règle sont davantage permises aux dominant·es (Bourdieu, 2014 [2000] : 203, 204), les médecins, a fortiori diplômé·es, praticien·nes hospitalier·es (PH), chef·fes de service, vieux ou vieilles, gynécologues de spécialité d'internat et *a fortiori* obstétricien·nes, disposent d'un plus grand contrôle sur leur travail (et sur celui des autres). Les internes, tout en étant rapidement amenées à travailler en autonomie, voient la validation de leur stage, et la possibilité d'une carrière hospitalière future, soumises à l'évaluation de leurs chef·fes. « Faire passer » une femme qui demande un avortement au terme limite suppose de bousculer le centre d'IVG et le service de gynécologie : demander l'autorisation expresse au chef de service, déranger un·e anesthésiste qui réalisera une consultation en urgence, trouver une médecin diplômée pour faire le geste « tardif » que, dans ce service, les internes ne font pas seules et que les cheffes n'aiment pas faire. Elles en ont les moyens (je l'observe parfois), mais sans doute pas l'intérêt.

¹² Avec d'importantes conséquences pour ces femmes : elles doivent passer par la procédure longue et incertaine d'IMG pour détresse psychosociale, réaliser quatre consultations supplémentaires avant d'avoir une réponse. En cas de réponse positive, elles avorteront entre une et trois semaines après en avoir fait la première demande, seront hospitalisées pendant plusieurs jours, expulseront le fœtus en salle de naissance avec une péridurale plutôt que sous anesthésie générale par méthode instrumentale (puisque aucune des gynécologues de la maternité participant à la procédure d'IMG n'accepte de faire le geste instrumental).

Les autres femmes dont les médecins refusent les demandes faites à la limite, ce sont celles qu'elles jugent ambivalentes. C'est le cas de Mme C., une femme blanche de 35 ans. Celle-ci se rend au CIVG 1 avec un bilan sanguin complet et une échographie réalisée en libéral. En consultation pré-IVG, Sandrine (46 ans), la sage-femme, date la grossesse à 14 SA et un jour :

« **Sandrine** : Vous dépassez la date limite. (*Mme C. commence à pleurer et ne s'arrêtera pas pendant les 10 minutes que durera encore la consultation*). C'est difficile pour vous ?

Mme C. : Bah le père ne veut pas. Je vais me retrouver seule avec deux enfants...

Sandrine : Bah oui mais c'est la loi... En plus le rendez-vous anesthésiste c'est pas possible là...

Mme C. : Si c'est trop tard, c'est trop tard.

Sandrine : Je peux vous orienter vers le planning pour aller en Espagne.

Mme C. : Non, je sais que j'irai pas.

Sandrine : C'est une bonne nouvelle ce que je vous dis ? (*Mme C. ne répond pas, elle pleure bruyamment*) Vous avez un psy ?

Mme C. : Non.

Sandrine : Vous pouvez revenir demain voir la psychologue pour parler un peu de ça. Ou plutôt je vous recommande d'aller voir en PMI dès aujourd'hui, elles vous aideront. Parce que là vous n'avez pas le choix, hein. Ça va aller ? On aurait été à "13 [SA] + 4 [jours]", "13 + 5", on aurait pu jouer avec l'écho, mais là l'échographie elle est bien faite, malheureusement on a des chiffres, on peut pas...

La consultation se termine. Mme C. sort, Sandrine se tourne vers moi :

Sandrine : Dans ce que je ressens de cette dame, c'est elle qui dit "C'est bon, ok". Parce que sinon, tu sais, on peut proposer aux femmes qui dépassent de passer devant un staff pour une IMG, un gynéco, une sage-femme, etc. C'est une commission d'éthique. Et les femmes qui sont effondrées, tu fais la démarche, mais c'est lourd psychologiquement... De toute façon, une femme qui arrive comme ça avec son dossier tout fait, l'échographie, c'est que c'est un projet de grossesse. C'est une dame qui est dans l'ambivalence et qui a besoin que ça soit nous qui disions non, qui fixions les limites. Même si pour elle c'est compliqué parce que le père est parti, elle aurait réagi différemment si elle voulait avorter. (*Silence*) Parfois c'est aussi une tentative pour reconvaincre les mecs avec qui elles sont.

Sur le dossier de Mme C., Sandrine note "soulagée de savoir qu'elle dépasse 14 SA".

Raphaël : J'ai vu des patientes à "14 + 1", "14 + 2", jusqu'à 15 semaines [d'aménorrhée], être acceptées ici.

Sandrine : Oui. C'est nous qui décidons. Mais t'as la loi. Et puis je suis sage-femme, faut pas que je me loupe. Une femme que je reçois à "14 + 1" mais qui serait vraiment dans le désarroi... bon. Mais là, non.

Plus tard, Sandrine raconte la consultation aux gynécologues médicales, Olivia (26 ans) et Laurence (65 ans). Elles abondent en son sens.

Olivia : Peut-être qu'elle avait besoin qu'on lui dise non pour elle.

Sandrine : Si elle avait pleuré en disant que c'est vraiment pas possible... Tu peux pas prendre la misère du monde, dire oui à tout le monde alors que tu as des dates. Bon je dis pas, celle qui a pas le choix, ou la mineure violée qui arrive à 14 [SA]... » (*Notes de terrain, novembre 2021*)

Mme C. n'apparaît ni comme trop jeune, ni comme trop vieille pour avoir un nouvel enfant, elle est en couple, a déjà un enfant, à la différence d'une « mineure violée ». Surtout, elle laisse penser à Sandrine qu'elle pourrait vouloir la grossesse, au fond, ou du moins finir par l'accepter – même si à l'en croire cela risque de se faire au péril de son couple. Elle ne semble pas « vraiment dans le désarroi » aux yeux de la sage-femme, non pas parce qu'elle n'exprime pas de détresse (elle m'a semblée, à moi, totalement effondrée à partir de l'annonce du refus) mais parce qu'elle ne conteste pas la décision et n'accepte pas l'idée d'aller avorter à l'étranger. Mme C. ne sait pas que son refus relève d'une décision médicale, et qu'une marge de manœuvre existe.

Ce qui distingue les demandes acceptées des demandes refusées, au-delà de la valeur mobilisatrice des femmes, c'est leur fatalisme – que les médecins interprètent comme de l'ambivalence. Le fatalisme ou, à l'inverse, le sentiment de pouvoir se soustraire à des règles qui s'imposent à tou·tes, sont socialement situés. Muriel Darmon distingue ainsi le « rapport dominé au destin corporel et social » caractéristique des classes populaires, de l'« *ethos* de contrôle sur le destin social » qui amène les patient·es de classes moyennes et supérieures à attendre des professionnel·les de santé, comme d'elles et eux-mêmes, un niveau plus important de récupération de leur capacités à la suite d'un AVC (2021 : 262). Aurore Loretti, quant à elle, souligne les exigences différenciées des patient·es à l'égard des médecins : les patient·es de classes moyennes et supérieures « considèrent que le jugement médical est faillible », font preuve de « suspicion », et certain·es insistent en consultation pour que la prise en charge soit plus rapide ou comparent les propositions de différent·es médecins, là où les patient·es de classes populaires les considèrent davantage comme « interchangeables » (2021 : 52, 53). Les avortantes de classes moyennes ou supérieures sont en effet plus promptes à considérer que l'application de la règle est flexible, et plus à même de maintenir leur demande face à un refus, et ce sans agressivité – comportement parfois observé parmi des femmes de milieu populaire et immédiatement discrédité par les professionnel·les. Il y a une forme de domestication de l'institution médicale par les dominantes¹³ – qui reste relative, la domination médicale continuant de l'emporter sur les autres rapports de pouvoir. De même que celles et ceux qui en ont les moyens peuvent court-circuiter les files d'attente pour l'accès

¹³ Pour paraphraser Alexis Spire décrivant le rapport relativiste des classes dominantes à la règle dans le cas du paiement de l'impôt. Son analyse s'applique assez bien à notre objet : « Ce que partagent ceux qui se situent en haut de l'espace social, c'est la certitude que les règlements sont nécessaires pour le bon fonctionnement de la société mais que ceux qui sont en responsabilité doivent pouvoir s'en affranchir au nom des contraintes spécifiques qui pèsent sur eux » (2011 : 63).

aux soins à l'hôpital public (Gelly et Spire, 2022), celles qui osent demander et insister pour obtenir une IVG malgré le dépassement du terme limite peuvent l'obtenir¹⁴.

Les médecins et sages-femmes refusent donc davantage les demandes des femmes ayant une faible valeur mobilisatrice, ainsi que les demandes des femmes qui ne savent pas que la règle est flexible, ni comment bénéficier de passe-droits. En miroir, certaines avortantes ont plus de chances d'obtenir un traitement préférentiel. Quelques jours avant d'avoir refusé la demande de Mme T., Olivia reçoit une avortante de 18 ans, noire, étudiante en classe préparatoire de biologie, qui réalise sa première IVG. Elle est à 13 SA et trois jours. Elle dispose déjà d'un bilan sanguin complet réalisé en libéral. Elle ne parle ni trop, ni trop peu, et l'interne s'adresse à elle de manière enjouée. Il n'y a pas de place disponible au bloc opératoire avant cinq jours – elle aura donc légèrement dépassé le délai. Olivia demande à une infirmière d'appeler le chef de service pour lui demander l'autorisation de sa prise en charge hors délai, qu'il donne rapidement. De manière similaire, Sandrine (46 ans), la sage-femme du CIVG 1, accepte sans remarque particulière la demande d'une avortante blanche de 20 ans qui a tout juste dépassé la limite légale. Après la consultation, elle retire du dossier médical l'échographie qui indique un terme légèrement différent de celui qu'elle y inscrit, et se tourne vers moi : « J'ai été gentille ». Le pouvoir médical, c'est aussi celui d'être magnanime avec certain·es patient·es, en particulier, là encore, avec les plus jeunes. Ces deux avortantes avortent pour la première fois, sont jugées trop jeunes pour avoir des enfants. Le fait d'être étudiante est considéré incompatible avec, et prioritaire sur, la parentalité (Gaide, 2020 ; Thizy, 2023b : 367-370)¹⁵.

Enfin, les avortantes qui obtiennent l'IVG hors délai sont celles qui le demandent. Je détaille une dernière situation, l'acceptation de la demande de Mme L., qui synthétise différents résultats obtenus jusqu'ici.

Mme L. est une femme blanche de 40 ans, qui travaille comme commerciale. Elle est atteinte d'une maladie auto-immune. Juliette (30 ans), l'assistante de gynécologie médicale qui la reçoit, suspecte que les médicaments qu'elle prend depuis peu ont rendu inefficace sa pilule, qu'elle dit avoir prise sans interruption (ce qui explique sa découverte tardive de la grossesse). La médecin date la grossesse : 14 SA et cinq jours. Juliette se renseigne quant à un possible effet des traitements que prend Mme L. sur le développement du fœtus et découvre qu'ils sont, en effet, contre-indiqués en cas de grossesse et entraînent des risques – faibles – de malformation fœtale. Elle annonce à Mme L. qu'elle pourra peut-être bénéficier d'une IMG et qu'elle va l'orienter vers les professionnel·les du diagnostic prénatal. Mme L.

¹⁴ Cela exclut d'emblée les avortantes allophones, généralement racisées, avec lesquelles la communication est presque impossible, comme détaillé plus bas.

¹⁵ L'effet particulièrement mobilisateur du jeune âge des patient·es était déjà noté par Dodier et Camus dans les décisions d'admission des patient·es dans un service hospitalier (1997), ou par David Sudnow montrant que la mort d'une personne âgée perturbe moins le déroulement du travail quotidien que celle d'un enfant, qui bouleverse le service hospitalier (1967).

lui demande si ça n'est pas possible, plutôt, de passer en IVG. Juliette décide de s'en référer au chef de service. Elle l'appelle, lui explique la situation (notamment l'effet de la médication de Mme L. sur la pilule contraceptive). Il interroge l'assistante sur la mesure échographique de la taille du fœtus puis demande si Mme L. « comprend bien », à quoi Juliette répond : « Ah oui oui, carrément. Elle est un peu choquée mais elle comprend très bien ! ». Il accepte, dit à Juliette de programmer l'IVG de Mme L. au bloc de gynécologie, trois jours plus tard (à 15 SA et un jour, donc). L'IVG sera réalisée par un interne de gynécologie-obstétrique (Notes de terrain, octobre 2021).

Plusieurs éléments ont sans doute joué en faveur de Mme L. ici. D'abord, le suivi de la norme abortive, puisqu'elle est relativement âgée par rapport à la norme procréative, qu'elle est tombée enceinte malgré son observance contraceptive, qu'elle ne donne aucun signe laissant suggérer une ambivalence aux professionnel·les, et qu'il s'agit de sa première IVG. Ensuite, le fait que la grossesse résulte d'une inattention médicale, le ou la prescripteur·ice de son médicament ne l'ayant pas mise en garde contre son effet sur la pilule contraceptive. Aussi, le fait que, malgré le refus initial de Juliette, elle demande s'il n'est tout de même pas possible d'obtenir l'IVG. Enfin, le fait que la médecin estime qu'elle « comprend bien ». Ce dernier jugement agrège plusieurs caractéristiques sociales, comme le montre Camille Foubert de l'usage de la catégorie de « cortiqué »¹⁶ désignant autant le sang-froid, l'implication dans la prise en charge et le « bon » rapport à la parole que la proximité sociale (notamment de classe) avec les professionnel·les (2020 : 139-146).

Les inégalités d'accès à l'IVG se jouent bien, aussi, une fois franchie la porte du centre d'IVG. La prise en compte simultanée d'une pluralité de critères d'évaluation des avortantes détermine les efforts organisationnels que sont prêt·es à faire les professionnel·les et, avec eux, leurs chances de recevoir un traitement préférentiel supposant de contourner la règle ou, à l'inverse, de se voir refuser les soins. L'analyse trouve un écho dans les travaux de Barney Glaser et Anselm Strauss (1965, 1968), de David Sudnow (1967) ou de Julius Roth (1972), montrant que les soins prodigués et les informations données varient selon ce qu'ils nomment la « valeur sociale » des patient·es¹⁷. Celle-ci condense des jugements moraux liés aux comportements des patient·es (blessures liées à des combats, prostitution, alcoolisme, tentative de suicide) et à leurs caractéristiques sociales (l'âge, la couleur de peau, le métier, le statut social, la beauté, etc.). La « valeur sociale » des avortantes dépend concomitamment de leur comportement, à commencer par leur respect de la norme abortive, et de la position qu'elles occupent dans les rapports de pouvoir. Ce n'est pas consciemment (ni

¹⁶ Par référence au cortex cérébral. Sur mon terrain, les professionnel·les utilisent davantage celui de « cérébrée ».

¹⁷ Par exemple, David Sudnow observe ainsi que les individus ont plus ou moins de chance de faire l'objet d'efforts soutenus des équipes de réanimation à condition physique similaire selon leur âge et selon leur « valeur morale » estimée par les professionnel·les (1967 : 101-109). Anne Paillet en rend compte dans un article de synthèse du travail de ces quatre auteurs étatsuniens (2021).

systématiquement) que les professionnel·les privilégient les avortantes jeunes, blanches et de classe moyenne ou supérieure ou des franges stables des classes populaires. C'est parce que ces positions dans les rapports sociaux sont traduites dans des jugements moraux et des catégories psychologiques qui, elles, sont mobilisées de manière explicite. Elles n'évoquent pas leur proximité professionnelle, de classe ou de race avec les avortantes, mais le fait qu'elles sont « sympas », qu'elles « comprennent bien », que celles-ci les « touchent » et « ne peuvent vraiment pas » garder la grossesse, ou qu'à l'inverse elles sont « folles », des « cassos », ou ambivalentes si bien qu'il serait dans leur intérêt de différer ou refuser leur prise en charge. La « sociologie spontanée des médecins » les amène à « tradui[re] des propriétés sociales en différences psychologiques ou de “caractère” » (Gelly, 2023 : 137)¹⁸. Cette traduction est encore plus visible dans les pratiques de catégorisation et de différenciation de la prise en charge des femmes racisées, détaillées plus loin. Pourtant c'est bien la position dans les rapports de pouvoir qui détermine non seulement l'accès à l'IVG – l'acceptation de la demande, la vitesse du parcours – mais aussi, et sans doute plus encore, la forme que prend l'interaction avec les médecins.

II. Maltraitements différentiels

Les inégalités produites par la différenciation des pratiques médicales en centre d'IVG ne se résument pas à la question de l'accès à l'avortement. Cette section élargit l'objet étudié aux inégalités interactionnelles, c'est-à-dire à la forme que prend la relation médicale. Les avortantes ne sont pas *ou non* contraintes, elles le sont plus ou moins, de même que la brutalité des interactions avec les professionnel·les varie d'une situation à une autre. Il s'agit désormais de comprendre ce qui fait que certaines avortantes sont plus exposées à se voir imposer les modalités de leurs soins ou à être confrontées aux formes explicites et assumées que peut prendre la domination médicale.

A. Le consentement comme privilège

Selon les avortantes, les pratiques de pouvoir identifiées au chapitre précédent – le mensonge, la référence au droit (« c'est obligatoire »), la menace de complications, le contrôle du temps médical – visant à les faire obéir ne sont pas mobilisées de la même façon. Dans le

¹⁸ Comme l'écrit Luc Boltanski, cité par Maud Gelly : « parce que le type de formation qu'ils ont reçue et l'idéologie qui est la leur les prédisposent à manifester plus d'intérêt pour les différences psychologiques que pour les différences sociales, les médecins prétendent adapter leurs comportements et leurs attitudes non pas aux caractéristiques sociales de leurs malades mais au “caractère” particulier de chacun d'eux » (Boltanski, 1968 : 54)

cadre de l'IVG, les avortantes se voient inégalement dotées du choix de la méthode d'avortement, de la réalisation d'exams et de gestes intrusifs, de la réalisation d'un entretien psychosocial, de l'adoption d'une contraception.

Au chapitre précédent, j'ai évoqué le fait que, dans le CIVG 1, certaines femmes ont un choix limité de la méthode d'IVG. Les mineures, les femmes qui n'ont jamais accouché, avec de rares exceptions pour celles qui « comprennent bien », les non-francophones et les femmes jugées ambivalentes ne se voient pas proposer l'IVG sous AL et sont donc systématiquement endormies lorsqu'elles choisissent l'IVG instrumentale¹⁹. De manière générale, les femmes racisées, pauvres, jeunes ou catégorisées comme « psy », se voient plus souvent retirer le choix de la méthode d'IVG quand les médecins ou la sage-femme estiment qu'une méthode est plus adaptée. Une interaction entre Laurence (65 ans) et Juliette (30 ans), les deux gynécologues diplômées du CIVG 1, et Sandrine (46 ans), la sage-femme, l'illustre. Je discute dans le secrétariat avec les deux médecins lorsque Sandrine sort de consultation. L'avortante qu'elle vient de recevoir souhaitait une méthode que la sage-femme jugeait sous-optimale. Cette dernière a respecté le choix de l'avortante mais, craignant d'avoir commis une erreur, cherche à se justifier et à être rassurée par les deux médecins :

« **Sandrine** : Je viens d'avoir une patiente qui est juste avant neuf semaines [d'aménorrhée], qui veut absolument faire une médicamenteuse à domicile – elle a eu une mauvaise expérience de l'aspi[ration]. Mais elle est un peu anémiée. J'ai insisté pour qu'elle fasse l'aspiration mais elle changeait pas d'avis alors je lui ai dit OK²⁰.

Laurence (interrompt) : Tu aurais dû mentir. Lui dire que c'est une contre-indication. Des fois il faut pas être trop gentille.

Sandrine : Ça m'a un peu perturbée. Je lui ai conseillé le changement de méthode mais elle veut pas.

Juliette : Oui c'est un peu chiant, mais si tu lui as bien expliqué les risques...

Sandrine : Elle avait bien conscience de tout. Elle est bien cérébrée, donc je me voyais pas lui imposer. C'est pas une de celles qui va râler (*prend une voix haut perchée*) "Oh mais on m'avait pas dit !" si on doit lui faire une perfusion ou une aspi[ration]. Enfin, je pense pas. » (Notes de terrain, septembre 2021)

Là où la première réaction de la médecin la plus expérimentée du service est de recommander l'utilisation du mensonge pour convaincre l'avortante de se soumettre à la raison médicale, Sandrine justifie le respect de son choix par le fait que l'avortante est « cérébrée », ce qui présume d'un rapport à la parole et à l'institution médicale socialement

¹⁹ La seule avortante nullipare n'ayant pas déjà réalisé d'IVG sous AL à laquelle on a proposé cette méthode devant moi était une femme de 30 ans, blanche, française, de classe moyenne, qui a vécu en Colombie ce qui ravit l'assistante de gynécologie qui la reçoit qui y a elle-même voyagé et échange joyeusement avec elle sur le pays.

²⁰ L'association professionnelle du Réseau ville-hôpital pour l'orthogénie recommande la méthode instrumentale en cas de taux d'hémoglobine trop bas.

situé, comme on l'a vu. Cela donne à voir, en creux, celles à qui les professionnelles estiment qu'il peut être légitime d'imposer les modalités de l'avortement et de mentir.

Un autre aspect du travail d'avortement auquel les femmes sont différemment contraintes concerne la réalisation d'exams et de gestes non requis par la loi, dont certains sont intrusifs. Si un toucher vaginal est imposé à toutes les avortantes de manière indiscriminée au CIVG 2 avant la réalisation de l'IVG, dans le CIVG 1, il est réalisé en consultation post-IVG pour vérifier le succès de l'avortement, pour certaines femmes seulement²¹. J'observe Laurence (65 ans), la gynécologue médicale, enchaîner deux consultations post-IVG. La première est celle d'une femme blanche de 25 ans. La médecin l'interroge sur son expérience de l'avortement, sur d'éventuelles douleurs ou saignements, puis, lisant les résultats de la prise de sang que la femme a réalisée et voyant que le taux d'hormones de grossesse, faible, indique avec certitude la réussite de l'IVG, elle lui dit : « Le taux d'hormones est très bon. Est-ce que vous préférez que je fasse un examen pour vous confirmer le succès ? » La femme décline la proposition, la consultation se termine. Une seconde femme entre. Elle a une trentaine d'années, est racisée et porte le voile. La consultation se déroule de manière identique à la différence que, cette fois, Laurence ne laisse pas à la femme le choix de l'examen – le taux d'hormones est pourtant tout aussi « bon ». Elle lui demande de se dévêtir partiellement, l'installe sur la table d'examen, réalise un toucher vaginal et une échographie endovaginale. La consultation terminée, je l'interroge sur cette pratique différenciée. Elle m'explique :

« Je les examine toutes de principe, pour pas qu'elles repartent en se disant "Mais peut-être..." Donc même si je suis sûre que l'IVG a marché, je leur fais, c'est plus vite fait. Celle d'avant elle est plus structurée mentalement, et la forcer à avoir un examen gynéco c'est plus difficile. Elle va avoir mal et tout. Mais la plupart c'est plus vite fait de les examiner que de papoter. » (Notes de terrain, février 2022)

L'examen gynécologique n'a ici aucune valeur informative pour la médecin, il n'apporte pas d'élément supplémentaire par rapport au calcul du taux d'hormones par prise de sang ou test urinaire. Il a pour but de performer l'action médicale, de faire comprendre que l'avortement a bien marché en mettant en scène le fait d'aller voir la vacuité de l'utérus (par la vision échographique et par le toucher), plutôt que d'expliquer le fonctionnement et l'évolution des hormones de grossesse, ce que Laurence présente comme une interaction fastidieuse et chronophage. Il s'agit donc, pour elle, de déterminer ce qui sera le plus simple, selon les femmes, entre l'explication verbale et la réalisation de gestes intimes non

²¹ Plus précisément, la médecin et sage-femme les plus âgées du service (et aussi les seules professionnelles consultantes à y travailler à temps plein) pratiquent des touchers vaginaux en consultation post-IVG là où les médecins plus jeunes ne le font pas. J'aborde l'effet de la socialisation générationnelle dans le chapitre suivant.

nécessaires. Or, là encore, l'identification des femmes « structurées mentalement », comme celles qui « comprennent bien », qui sont « cérébrées », « sympas », qui ont le bon rapport à la parole, est un jugement qui mobilise implicitement des critères de classe et de race.

Une troisième modalité du parcours d'IVG pour laquelle les avortantes sont plus ou moins contraintes selon les situations est l'entretien psychosocial. Depuis 2001, la loi prévoit que les avortantes puissent choisir de réaliser l'entretien, ou non. Si dans le CIVG 3, l'entretien avec la CCF est systématique, et qu'il n'a jamais lieu (faute de personnel) dans le CIVG 2, les professionnelles du CIVG 1 le proposent à toutes, mais se font plus insistantes voire l'imposent à certaines en prétendant que la loi l'exige ou, de manière plus floue, que « c'est obligatoire »²². « Ça m'arrive d'être directive, de dire “Vous allez voir la conseillère” », me dit Laurence. Il s'agit soit de fournir un espace d'échange et de travail psychologique pour des avortantes qui semblent douter de leur décision – celles qui pleurent, qui souffrent, qui manquent des rendez-vous, qui avortent tard ou qui attendent entre la découverte de la grossesse et la demande d'avortement –, soit de se donner davantage de prise pour le travail de normalisation des comportements lorsque les professionnelles l'estiment nécessaire. Le manuel de gynécologie-obstétrique que transporte avec elle Olivia (26 ans), rédigé par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), explicite cette norme professionnelle : « Si ambivalence, la patiente sera revue une ou plusieurs fois si besoin + proposition d'un entretien +++ »²³. Lorsqu'une avortante manque ou annule un rendez-vous, elle se voit imposer de revenir dans le service pour en prendre un nouveau (plutôt que de le faire par téléphone) et est parfois forcée de réaliser un entretien.

Laetitia (45 ans), une secrétaire du CIVG 1, reçoit un appel d'une avortante qui n'est pas venue à son rendez-vous pour une prise du médicament abortif la semaine précédente car elle hésitait sur sa décision. Elle veut un nouveau rendez-vous pour réaliser l'IVG. La secrétaire demande à Sandrine, la sage-femme, l'autorisation de lui donner directement un rendez-vous de prise du médicament. Cette dernière refuse : « On la fait venir pour prendre rendez-vous. Qu'elle fasse l'effort de se représenter, on lui proposera de voir la conseillère. Parce que comme elle a changé d'avis... ».

Le même jour, une avortante qui a manqué son rendez-vous d'IVG instrumentale (sans préciser, à la différence de la précédente, s'il s'agit d'une hésitation ou d'un empêchement) appelle pour avoir un autre créneau. Armelle (55 ans, infirmière) dit à Laetitia : « Tu lui dis de venir jeudi, on la greffe avec Cécile [la CCF], tu lui dis que l'entretien est obligatoire, que c'est le protocole du service. » (Notes de terrain, octobre 2021)

Dans ces deux cas, le rendez-vous manqué justifie de faire venir l'avortante dans le service et, dans le second cas, de l'obliger à réaliser un entretien. La réalisation de l'IVG est retardée, autant afin de réaliser un travail de *care* auprès d'avortantes soupçonnées d'être

²² Pour rappel, l'entretien psychosocial est bien requis par la loi pour les mineures.

²³ *Protocoles en gynécologie-obstétrique*, CNGOF, Elsevier, 4^e édition, 2018

ambivalentes (« comme elle a changé d'avis... ») que de créer des conséquences au fait de manquer un rendez-vous médical sans prévenir : elles doivent faire un effort pour mériter leur prise en charge.

L'entretien est également proposé avec plus d'insistance, ou imposé, aux femmes qui recourent à l'avortement plusieurs fois. Olivia (26 ans), en consultation avec une avortante italienne francophone, blanche, de 25 ans, qui réalise sa troisième IVG, lui dit :

« La conseillère du service est là pour discuter, surtout avec les femmes qui font plusieurs IVG. C'est pas obligatoire, mais c'est très recommandé. Je pense que ce serait bien pour vous. – Mais je sais pas quoi dire. – C'est pas grave. – Ok. » (Notes de terrain, novembre 2021)

Nul besoin de contraindre lorsque les avortantes suivent les conseils et suggestions des médecins ou de la sage-femme. Mais quand ces avortantes « récidivistes » résistent et se montrent réticentes à rencontrer la conseillère, les professionnelles peuvent mobiliser les pratiques de pouvoir, permettant de *faire faire*, décrites au chapitre précédent. C'est le cas de Mme H., une avortante francophone d'origine turque. Mme H. est de milieu populaire. Sa mini-jupe, jugée vulgaire, fait l'objet de commentaires critiques parmi les professionnelles. Je me trouve avec deux infirmières, Armelle et Véronique (55 ans et 50 ans), quand Juliette, l'assistante de gynécologie, sort d'une consultation pré-IVG avec Mme H. Avant que les deux infirmières ne réalisent la prise de sang et ne programment la date de l'IVG de Mme H., Juliette s'adresse à elles :

Juliette : La patiente avec la jupe courte. C'est sa quatrième ou cinquième IVG. Je lui ai dit qu'il faut qu'elle fasse l'entretien mais elle veut vraiment pas. Vous pouvez insister pendant la programmation ?

Armelle : Quatrième ou cinquième IVG, moi je leur dis que c'est obligatoire, que c'est la procédure.

Juliette : Oui, je fais ça aussi d'habitude...

Véronique : C'est pas une IVG qu'il lui faut, c'est une ligature.

Armelle et Véronique rencontrent Mme H. Elle est à 7 SA :

Armelle : Rendez-vous le jeudi 2 [trois jours après].

Mme H. : Ah non, c'est trop tard. Avant c'est pas possible ?

Armelle : Non, non, vu vos antécédents, la procédure c'est que vous voyiez la conseillère.

Mme H. : Mais je pars en Turquie...

Armelle : On programme au retour alors. C'est quand ?

Mme H. : Le 10.

Armelle : Ah, mais vous aurez dépassé pour l'IVG médicamenteuse. On n'aura plus le droit de vous donner. Il faut faire par aspiration.

Mme H. : Ah non ! J'ai trop peur ! J'ai pas envie. J'ai peur de l'anesthésie. [Mme H. a fait ses quatre dernières IVG par méthode médicamenteuse]

Armelle : De toute façon on n'a pas le choix. Ou vous restez à [ville], ou on vous le fait par aspiration à votre retour. Vous partez quand ?

Mme H. : Le 3.

Armelle : Eh bien, là, vous allez voir la conseillère tout de suite après cette consultation – c’est obligatoire c’est la procédure – et on vous programme en anesthésie générale à votre retour. » (Notes de terrain, décembre 2021)

Malgré le fait que Mme H. ne le veuille « vraiment pas », l’entretien avec la conseillère lui est présenté comme « obligatoire ». Armelle ne propose pas de rendez-vous pour la prise du médicament le lendemain comme c’est l’usage dans le CIVG 1, mais diffère l’avortement de quelques-jours, si bien que celui-ci n’est plus possible avant le départ de l’avortante en Turquie. Elle avortera donc deux semaines plus tard et par une méthode qui l’inquiète. Ce traitement particulièrement défavorable s’explique ici par le fait qu’elle soit considérée comme une mauvaise avortante (en avortant plusieurs fois) et qu’elle occupe une position dominée dans les rapports de race et de classe – les jugements sur la vulgarité de sa tenue qui ne correspond pas aux codes de la féminité respectable (Skeggs, 2015) croisent sexisme et mépris de classe.

Si l’entretien psychosocial est imposé aux femmes qui avortent plusieurs fois, c’est à la fois parce que les professionnelles – dans les trois centres – se représentent l’avortement répété comme le symptôme d’un problème latent qu’il leur revient d’identifier, et parce que l’entretien est l’un des moyens du travail sur les avortantes, offrant du temps et des moments d’interaction permettant leur socialisation. Cette fonction est visible dans une troisième catégorie d’avortantes auxquelles l’entretien est imposé (après les ambivalentes et les « récidivistes »). Olivia a appris au cours de son stage d’internat à exiger de certaines femmes qu’elles réalisent l’entretien psychosocial. Elle me raconte que l’assistante lui a enjoint de le présenter comme obligatoire en mentant si besoin. Quand je lui demande dans quels cas elle estime cela nécessaire, elle me désigne non seulement les femmes « très tristes », « qui pleurent », mais aussi celles « qui ont des vies décousues » :

« Celles qui ont trois enfants de trois hommes différents, ou plusieurs partenaires au même moment, ou des enfants placés, ou trois IVG ou plus, ou celles qui sont en refus de contraception. » (Entretien du 19 décembre 2022)

Le *care* apparaît bien comme un moyen de soumettre à un travail normatif les femmes qui s’écarteraient des normes, non seulement abortives, mais plus largement sanitaires, sexuelles et conjugales.

Enfin, l’intensité du rappel à la norme contraceptive se fait différemment selon les caractéristiques sociales des avortantes et leur respect de la norme abortive. Coraline (30 ans), assistante de gynécologie médicale responsable d’un centre d’IVG, l’affirme :

« Bah c’est à dire quand ça fait six IVG qu’elle fait et qu’elle veut toujours pas de contraception, là, quand même... T’as vraiment un rôle... Enfin voilà, j’insiste, quoi. Vraiment. » (Entretien du 11 février 2022)

Les femmes qui ont déjà avorté ou qui ont dépassé le délai de l'IVG (notamment dans le cadre des procédures d'IMG pour détresse psychosociale) sont exposées à une plus grande insistance non seulement pour qu'elles adoptent une contraception – par des injonctions répétées, la mention d'éventuelles séquelles de l'avortement, plus rarement des formes de culpabilisation –, mais pour que celle-ci soit une contraception de longue durée et indépendante de l'observance. Elles ont plus de chances d'avoir une présentation tronquée ou biaisée des méthodes de contraception. Ainsi Mme R., qui réalise sa seconde IVG à 22 ans et consulte à 13 SA et cinq jours en ayant attendu sept semaines après sa première prise de contact au CIVG 1 ne se voit proposer que le dispositif intra-utérin (DIU), à poser pendant l'IVG sous AG, par Auriane, l'interne en gynécologie médicale qui la reçoit. « C'est la meilleure méthode de contraception », lui dit-elle sobrement, escamotant la présentation des autres méthodes alors qu'habituellement elle évoque aussi la pilule et l'implant. Je demande à Olivia, l'interne qui lui succède lors de mon terrain, comment elle prescrit une contraception plutôt qu'une autre. Elle répond :

« Ah c'est important de ne pas choisir à leur place ! Sauf les patientes qui ont eu plein d'IVG, là je leur dis on met l'implant, pas le choix. Après on peut aussi orienter plus ou moins. »
(Notes de terrain, décembre 2021)

Lorsqu'une avortante de 16 ans qui réalise sa quatrième IVG est prise en charge dans le centre, Olivia répète à deux reprises à ses collègues qu'« il faut lui mettre un implant à celle-là ». Les mauvaises avortantes sont soumises à une plus grande « coercition contraceptive » (Senderowicz, 2019).

Des recherches ont montré que les femmes pauvres (Bretin et Kotobi, 2016 ; Congy *et al.*, 2021) et racisées (Jones *et al.*, 2012), jugées moins aptes à gérer la contraception, se voient plus souvent prescrire des implants que le reste de la population. Sans pouvoir isoler à partir de données ethnographiques un effet propre du rapport de race des autres rapports sociaux auxquels il se mêle et dont il est consubstantiel (Kergoat, 2009), j'observe que les méthodes proposées aux avortantes racisées sont fréquemment limitées à l'implant dans le CIVG 1. En particulier, la difficulté des professionnel·les à communiquer avec les avortantes allophones, le plus souvent racisées, les conduit à n'expliquer que cette méthode-là²⁴.

²⁴ J'ai évoqué en encadré, au chapitre précédent, le degré particulièrement important de « coercition contraceptive » auquel les avortantes sont exposées dans le cas de la procédure d'IMG psychosociale. Leur demande, en effet, quand elle est acceptée, l'est généralement sous réserve qu'elles adoptent une contraception de longue durée, incorporée (implant, DIU ou, dans un cas observé, stérilisation contraceptive). Une conséquence de la procédure d'IMG psychosociale, c'est l'imposition d'une contraception incorporée aux femmes hors délai d'IVG qui n'ont pas les moyens d'avorter à l'étranger et qui sont jugées inaptes à la maternité, c'est-à-dire, sauf exception, les pauvres, étrangères, victimes de violences, invalides, déviantes des normes sexuelles, judiciaires, familiales ou sanitaires. Pour ces femmes, toute sortie de la maternité doit être, sinon définitive, du moins durable.

Certaines avortantes, à l'inverse, sont soumises à des injonctions contraceptives bien plus légères. Ce sont non seulement celles qui, symétriquement, respectent la norme abortive (elles avortent dans les délais de l'IVG, une fois, sans que leur responsabilité contraceptive soit mise en cause), mais aussi celles qui disent « avoir un gynéco » en libéral. Dans ces cas-là, les médecins ou la sage-femme se déchargent de la responsabilité d'assurer le respect de la norme contraceptive et acceptent que l'avortante ressorte sans contraception, ou « seulement » avec une ordonnance de préservatifs. Or le recours régulier à un·e gynécologue en libéral est socialement situé (Koechlin, 2022b) et ce sont presque uniquement des avortantes de classes moyennes et supérieures qui ont évoqué leur gynécologue pour esquiver la prescription des professionnel·les du centre d'IVG.

Non seulement les efforts que les professionnel·les sont prêt·es à faire pour permettre ou accélérer l'accès aux soins est fonction de la « valeur sociale » des avortantes, mais celle-ci détermine également le fait de pouvoir choisir les modalités de la prise en charge. La recherche du consentement « libre et éclairé » n'est une norme professionnelle contraignante que face à certaines avortantes. Les femmes qui occupent une position dominée dans les rapports de classe, de race, d'âge, et celles qui s'écartent des normes sanitaires et sexuelles, ne sont pas jugées aussi responsables et capables de prendre des décisions éclairées que celles qui « comprennent bien », qui sont « structurées mentalement ». La charge morale du paternalisme en est plus faible : cela devient un devoir professionnel que de leur imposer la raison médicale, y compris quand celle-ci va à l'encontre de leur demande explicite, ainsi que l'étude de la socialisation des internes l'illustrera. Le pouvoir médical s'exerce donc davantage à l'encontre des patient·es dominé·es. Il s'exerce, aussi, sous des formes plus visible et brutale.

La sociabilité informelle comme moment de formation collective du jugement

La formation des jugements que les professionnel·les portent sur les avortantes se joue en partie en amont et en aval des consultations, dans les moments de sociabilité informelle au sein des services : discussions entre deux consultations, pauses café et déjeuner, lors desquelles les protocoles du service, les débats autour de l'opportunité de l'allongement du délai, les dossiers médicaux et comportements des avortantes sont parmi les principaux sujets de conversation. En incise de l'argumentation de ce chapitre, je fais ici l'analyse de ces moments de sociabilité informelle.

Ces moments ont plusieurs fonctions. Ils permettent de mettre à distance les situations difficiles en partageant les récits de consultations et souvent en fustigeant les avortantes jugées pénibles. Vincent Dubois note cette fonction des échanges informels entre travailleur·ses de la Caisse d'allocations familiales : « En particulier, les cas d'allocataires connus comme posant problème donnent systématiquement lieu à des échanges entre collègues avant et après interaction, comme pour rappeler à celui qui les reçoit seul dans son box qu'il est soutenu par une équipe » (2003a : 257). Ainsi, au sortir d'une consultation avec une avortante qui porte une culotte conçue pour l'examen gynécologique – dotée d'une fente permettant à la médecin d'accéder à la vulve sans que la femme se dénude – et au cours de laquelle l'avortante a demandé à être examinée de côté (ce que la médecin a

refusé), Laurence (65 ans) raconte la situation auprès des deux secrétaires, et commente :

« C’est toujours moi qui ai les foldingues. Elle voulait pas mettre les pieds sur les étriers. Tu peux pas voir s’il y a une infection au niveau vulvaire. Je lui ai dit soyez sympa, sur le côté je vais tâtonner, ça va être compliqué, il faut que je puisse voir ».

Les deux secrétaires s’indignent : « Elle cache quoi ? », « On a eu que des cas », et Laurence acquiesce : « Que des fous » (Notes de terrain, novembre 2021). Un jour que je prends le café avec des infirmières dans la salle de pause du CIVG 1, Amélie (31 ans) entre, fulminante. Elle termine tout juste les trois IVG instrumentales sous AL de la matinée. « Elles ont oublié leur cerveau ce matin », nous dit-elle en faisant mine de se tirer une balle dans la tête. Je demande des précisions. Elle répond :

« Il y avait pas une patiente pour rattraper l’autre. Elles ont pas pris leurs antalgiques, leurs antibiotiques. Et la troisième patiente arrive dans le bloc en disant qu’elle supporte pas le spéculum. Mais alors pourquoi vous avez choisi l’anesthésie locale ?! Elles ont mal été orientées. Parce qu’une patiente qui se met à gigoter en disant “Je peux pas”, tu as juste l’impression d’être un boucher, de la torturer. Elle hurlait, je la touchais même pas. Même la toilette [la désinfection des cuisses et de la vulve à la Bétadine] c’était compliqué. Donc je me suis énervée, j’ai jeté le spéculum et j’ai dit on arrête tout, on vous reprogramme en AG. Et là elle a dit “Non, non, c’est bon, ça va aller”. Et ça s’est très bien passé ensuite. Que des cassos.

Armelle (infirmière, 55 ans) : Elle vient d’où ?

Véronique (infirmière, 50 ans) : De [ville].

Armelle : Ah bah voilà, c’est sûr c’est les logements sociaux ».

S’ensuit un échange entre la médecin et les deux infirmières sur la stupidité des avortantes : « Elles ont deux de QI ! », « Il y en a elles te disent “Je suis en dépression” mais moi aussi je suis en dépression ! », « Il y en a une elle m’a dit “Je trouve pas de boulot parce que je suis surdouée”, mais elle avait un QI de 0, plus proche du Q que du I », etc. (Notes de terrain, octobre 2021).

Ces moments de connivence ont une autre fonction que la mise à distance des situations jugées pénibles et l’expression collective de solidarité professionnelle. Ils sont un cadre où peuvent se forger, et où assurément se rappellent, des manières communes de juger et de catégoriser les avortantes. Ces moments de sociabilité informelle sont propices au fait de critiquer, souvent sur le ton de la plaisanterie, les « mauvaises » avortantes, à travers différentes catégories fondant la différenciation du travail. On discute de l’ambivalence de telle ou telle avortante qui, au fond, aurait un « désir d’enfant » qu’elle se cache à elle-même et, ainsi que j’ai pu l’entendre dans le CIVG 1, on se plaint de « la psy » schizophrénique, on condamne l’irresponsabilité contraceptive des pluri-avortantes (« Elles savent pas comment ça fonctionne la pilule, elles savent que où mettre un zizi ! », lance Armelle), on participe à la construction de catégories racialisantes : les différents comportements (sexualité, retard, douleur exprimée, etc.) sont rapportés à des origines géographiques supposées. Les médecins, sages-femmes et infirmières du CIVG 1 disent avoir développé une expertise leur permettant de deviner quelles avortantes resteront calmes et lesquelles souffriront, prédictions le plus souvent fondées sur les catégories racialisantes (« la malgache », « les nigérianes », etc.). Chaque nouveau cas d’avortante difficile est commenté à l’aune de cette expertise.

Enfin, les coulisses et le « hors-travail au travail » (Pruvost, 2011) servent aux professionnel·les à obtenir une validation collective de leurs pratiques, et notamment des pratiques de pouvoir qu’ils et elles exercent en consultation. C’est le cas lorsqu’Olivia, l’interne du CIVG 1, après avoir refusé une demande d’IVG à 13 SA et cinq jours, demande confirmation qu’elle a bien agi auprès des infirmières qui discutent dans le secrétariat (« Oui oui, ça va, elle n’avait qu’à venir plus tôt, il faut pas abuser », la conforte Annick), ou de Sandrine, la sage-femme qui, après avoir débouté une femme qui dépassait le délai d’un jour au nom de son ambivalence, raconte la consultation à Olivia et Laurence qui confirment son jugement.

B. Signifier la domination

Si la domination médicale prend principalement aujourd'hui des formes qui tendent à l'invisibiliser, elle s'exprime parfois sans masque ni pincettes, de manière plus brutale et plus assumée. C'est le cas, aussi, sans but médical ni ethopolitique, simplement parce que les médecins – et parfois d'autres professionnelles – le peuvent. Vincent Dubois l'observait dans les interactions des agent·es de la CAF avec les bénéficiaires :

« [L]a confrontation au guichetier est de fait l'occasion d'humiliations, d'injonctions qui dépassent de loin le seul traitement administratif du dossier (recherche d'emploi, stabilité familiale, éducation des enfants...), mais que le rapport de force établi dans le cadre bureaucratique rend possibles. » (2003b).

Au guichet de l'IVG, le rapport de domination médicale rend possible, dans certains cas – notamment à l'hôpital où il n'y a pas d'enjeu de fidélisation de la patientèle –, de se montrer cassant·e, moqueur·se, voire d'humilier les avortantes.

« LE MASQUE !!! », tonitruait Armelle (55 ans) en salle d'attente face à une jeune avortante qui porte son masque chirurgical sous le menton. *Paf*, Armelle lui claque le dossier médical qu'elle tient dans ses mains sur le sommet du crâne en passant. Dans les CIVG 1 et 2, j'assiste à divers comportements relevant d'une certaine brutalité (verbale, à ce coup de dossier près) : avortantes sur lesquelles on crie, dont on ignore ostensiblement les questions et inquiétudes, à qui on intime de se taire, à qui on coupe la parole ou parle sèchement. Ces pratiques interactionnelles sont uniquement destinées aux avortantes qui « soulent » (Laurence) les professionnelles. Ces mauvaises patientes sont d'abord celles qui ne permettent pas aux professionnelles de donner à leur travail le sens valorisant qu'elles souhaitent y donner. En avortant plusieurs fois, sans exprimer de détresse, en refusant la contraception proposée par les médecins et sages-femmes, mais aussi en restant mutiques ou en ne parlant pas français et ne donnant donc pas prise au gouvernement par la parole, elles renvoient les professionnelles à la dimension technique de leur travail, jugée peu intéressante²⁵. Laure (52 ans) me raconte ainsi avoir « engueulé » deux femmes ayant demandé un avortement à un terme trop proche du délai légal, confrontant la sage-femme du CIVG 2 à l'image échographique d'un fœtus plus développé qu'à des termes antérieurs :

« Après moi je cache pas que j'ai eu deux fois où j'ai pas été très sympa avec les patientes qui arrivent avec des grossesses tardives, à 13 semaines [d'aménorrhée], et elles te disent : "J'ai pas eu le temps j'étais en vacances". Là, wouuuuw, j'ai pas été sympa. [...] Elle est venue ici le jour limite. Ah je l'ai engueulée ! Si tu veux quand tu fais l'écho et que tu es à 13

²⁵ Le constat de la frustration des médecins lorsque les échanges sont pauvres ou impossibles fait écho aux observations de Maud Gelly dans le contexte d'un autre travail médical centré sur le « travail relationnel » et l'inculcation de normes préventives, celui du dépistage du VIH (2023 : 171-173).

semaines... Bon et la deuxième elle avait déjà fait une IVG à 13 semaines. Et elle revient six mois après faire une IVG, encore à 13 semaines, alors qu'elle avait fait la prise de sang bien bien à l'avance. Je lui dis "Mais pourquoi vous êtes pas venue avant ?" Et elle me répond "J'étais trois semaines en vacances". (*Mime deux boules au niveau des amygdales*) Voilà ! [...] [C]es deux situations où j'ai été méchante avec les patientes c'est que j'ai fait l'écho, ça a été violent pour moi. » (Notes de terrain, mai 2022)

Ces mauvaises patientes ce sont, ensuite, celles qui ne maîtrisent pas les règles langagières de l'interaction médicale et parlent trop. Sandrine, la sage-femme du CIVG 1, évoque les avortantes « qui sont épuisantes, des têtes à claques » :

« **Sandrine** : Elles t'écoutent pas, tu leur parles d'avortement et elles te disent "Ma pilule je la commence quand ?". Ou alors tu expliques les trois méthodes et elles te disent "Vous choisiriez quoi, vous ?".

Raphaël : C'est qui la dernière qui t'a soulée ?

Sandrine : Il y en a une qui a fait une médicamenteuse hospitalisée hier, je l'avais eu en pré[-IVG]. Ça a duré... En plus elle a fait je sais pas combien d'IVG ! Elle parle beaucoup, elle t'interrompt tout le temps. Et intellectuellement, elle galère un peu. Il faut simplifier tout ce qui est déjà simple. Elle te bouffe ton énergie. Et puis, hier, elle sonnait tout le temps, elle appelait... À la prise de sang c'était pareil, elle faisait tout un foin. Mais celles-ci elles énervent toute l'équipe, hein. Là, ça faisait longtemps qu'il y en avait pas une qui m'avait autant énervée. Heureusement qu'avec le masque ça se voit moins ! » (Notes de terrain, octobre 2021)

La familiarité au « bon » rapport à la parole dans la relation médicale, ni trop ni trop peu, est socialement située. Non seulement le silence en consultation peut être le signe d'une intériorisation de la domination sociale amenant les avortantes de classes populaires à faire profil bas, par méconnaissance de la procédure et par crainte du ou de la médecin²⁶. Mais le fait, à l'inverse, de perturber le déroulement de la consultation par de trop fréquentes questions ou des récits de vie non sollicités est, pour Sandrine, le fait des patientes peu « cérébrées » qui « galère[nt] » « intellectuellement » – catégorie dont on a vu qu'elle masquait avant tout des rapports de classe. Il ne s'agit pas tant, ici, de savoir mettre ses maux en mots, compétence dont l'inégale répartition est à l'origine d'inégalités de santé (Boltanski, 1971 ; Darmon, 2021), mais de respecter les implicites de l'interaction – à commencer par le fait de ne parler que quand la parole est donnée – au risque, sinon, de se voir rappeler à l'ordre médical. Laurence (65 ans), la gynécologue, n'hésite pas à faire comprendre aux avortantes trop loquaces que leurs questions l'agacent :

Lors d'une matinée où j'assiste à quatre de ses consultations successives, alors qu'elle se montre très cordiale avec trois des avortantes (l'une la remercie en sortant : « Merci, vous avez été très gentille »), Laurence est remarquablement sèche et expéditive avec Mme G., la quatrième. Cette femme blanche de 36 ans, gérante d'un restaurant, venant pour sa troisième

²⁶ Comme c'est aussi le cas au guichet de la Sécurité sociale (Dubois, 2003a : 170).

IVG, parle trop. Elle ne répond pas de manière directe et efficace aux questions de la médecin, elle se plaint sans y avoir été sollicitée de ses problèmes respiratoires (elle est asthmatique), puis raconte avoir eu un unique rapport sexuel non protégé. À cette évocation, Laurence fait une moue désapprobatrice, remarquée par Mme G. qui ajoute, l'air coupable, « Je sais... ». Elle enchaîne :

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

Laurence : Des risques de quoi ?

Mme G. : De stérilité, de...

Laurence : Vous voulez des enfants ?

Mme G. : Plus tard, je sais pas.

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

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

Laurence (visiblement agacée) : Écoutez, j'ai pas de boule de cristal. Dernières règles ? »

Mme G. prévient qu'elle se sent mal d'avorter. Laurence ne répond rien et ne donne aucun signe qu'elle a entendu, elle écrit en regardant son ordinateur. Mme G. répète que ça la stresse, qu'elle se sent coupable mais que c'est vraiment impossible, vu sa situation, de garder la grossesse. La médecin la coupe : « Soyez gentille, répondez juste à mes questions », puis lui reproche d'un ton sec de n'être pas venue plus tôt. Jusqu'à la fin de la consultation, Mme G. n'osera plus prendre la parole sans y avoir été invitée. Laurence l'interroge de manière lapidaire, sans laisser de place à la discussion, cherchant à terminer la consultation au plus vite :

« **Laurence** : Votre copain il est au courant ?

Mme G. : C'était juste une fois, c'est pas mon copain.

Laurence : Bon, copain, pas copain, on l'appellera comme vous voudrez : il est au courant ?

Mme G. : Oui.

Laurence : Il est d'accord ?

Mme G. : Oui. [...]

Laurence : Contraception après.

Mme G. : Après ?

Laurence : Après l'avortement.

Mme G. : Euh... J'ai pas l'intention d'avoir un rapport (*silence*). La pilule ?

Laurence (agacée) : Et mettre un préservatif ça vous vient pas à l'esprit ? Si vous avez pas l'intention d'avoir des rapports pourquoi vous me dites que vous voulez la pilule ?

Mme G. : Bah je sais pas, c'est vous qui me demandez... »

La consultation finie, Laurence se tourne vers moi et soupire :

« **Laurence** : Je déteste ce genre de meufs. Comment on peut être victime à ce point ? De la vie, de son mec...

Raphaël : Victime ?

Laurence : Oui. Elle se plaint. C'est jamais sa décision. J'aime pas quand les femmes elles sont trop victimes, quand elles ont l'air de subir leur vie. Il y a des gamines qui s'en sortent beaucoup mieux qu'elle qui a 36 ans. (*Silence*) Je suis pas gentille, moi. »

Avec l'avortante suivante, une femme blanche de 27 ans réalisant sa première IVG, Laurence se montre de bien meilleure humeur, adopte un ton doux, rit. Lorsqu'à la fin de la consultation, l'avortante demande si « il n'y a pas de risque de plus tomber enceinte », Laurence répond, sans exprimer d'agacement cette fois : « Alors, je prédis pas l'avenir, mais c'est pas prévu comme ça. Non mais ne vous inquiétez pas, ça va bien se passer. » (Notes de terrain, octobre 2021)

Pourquoi cette brutalité avec Mme G. ? Sans doute l'écart à la norme abortive joue-t-il (elle avorte pour la troisième fois, à un terme proche du délai légal, et elle n'a pas utilisé de contraception). Géraldine Bloy a montré que les patient·es qui ne respectent pas les normes préventives sont considéré·es avec plus d'hostilité (« la bienveillance s'absente ») (2015 : 44)²⁷. Mais surtout, Mme G. parle sans y être invitée et d'une manière qui importune Laurence : en exprimant sa culpabilité et en se justifiant de sa décision. Cette attitude, qu'elle soit sincère ou tactique – comme peut le laisser penser la proposition timide de Mme G. de prendre la pilule afin de donner un signe de « bonne volonté sanitaire » (Arborio et Lechien, 2019)²⁸ – suppose que les médecins prennent du temps pour rassurer les avortantes. De plus, elle rend explicite le rôle officieux de contrôle social exercé par les médecins. Elle est, selon Laurence, le propre des « vieilles » : « les patientes vieilles sont chiantes. Elles ont fait une connerie de contraception, elles se sentent coupables donc obligées d'enrober la demande, de parler... ». Les femmes de plus de 30-35 ans se justifieraient trop de leur avortement. Une fois que Laurence m'a eu expliqué sa distinction entre « vieilles » et « jeunes », il m'a en effet semblé que les avortantes plus âgées avaient tendance à davantage expliquer leur impossibilité de garder la grossesse. On peut faire l'hypothèse que, pour les avortantes plus jeunes, sans enfant, sans emploi ou conjoint stable, dont l'avortement est ainsi en accord avec la norme procréative, il relève de l'évidence et se passe de justification. On peut supposer, aussi, que les avortantes plus âgées ont intériorisé le stigmate de l'avortement (Thizy, 2023b) à une époque où celui-ci était plus fort.

Un autre type d'interaction, plus ponctuel, où le rapport de domination se donne à voir tel quel, c'est une forme de familiarité autorisant, de manière unilatérale, la moquerie et l'humiliation. Dans les CIVG 1 et 2, les plus jeunes avortantes – en particulier les mineures – et les femmes racisées font l'objet de vannes, de jugements et, pour ces dernières, d'humiliations, que les professionnelles se permettent rarement avec les autres avortantes. Dépourvues d'intention malveillante et conçues comme une forme de travail relationnel visant à amener de la légèreté dans l'interaction – parfois non sans succès –, ces pratiques témoignent de l'écart de statut qui les autorise. J'assiste ainsi aux fréquentes remarques faites aux jeunes avortantes sur leur tenue vestimentaire, les professionnel·les se moquant par exemple de leurs baskets à plateforme jugées ridicules et encombrantes, de leurs faux ongles décrits comme hideux ou peu pratiques, ou d'une chaîne portée autour de la taille, accessoire

²⁷ Les observations menées dans cette thèse complètent ainsi l'enquête de Géraldine Bloy en montrant que cette hostilité se manifeste bien, non seulement dans le discours *sur* les patient·es lors des entretiens réalisés auprès des médecins, mais aussi dans les interactions avec les patient·es. La virulence à l'encontre des « mauvais[·es] » patient·es ne se limite pas aux coulisses, bien qu'elle y prenne des formes moins policées.

²⁸ C'est d'ailleurs l'unique cas observé où un·e médecin incite à descendre dans la gradation des moyens de contraception.

regardé comme saugrenu. Face à une femme de 22 ans aux cheveux rouges et rasés sur le côté du crâne, ayant plusieurs tatouages dont un sur le cou, Laure (52 ans), sage-femme du CIVG 2, entame la consultation par des exclamations de dégoût, et, en désignant le cou de l'avortante, exprime son incompréhension des « gens qui s'infligent ça ». Elle ajoute en grimaçant : « C'est comme celles qui ont des piercings au bout du téton – alors c'est peut-être vous ! ». Face à une lycéenne qui lui dit oublier tout le temps sa pilule, Laurence, gynécologue au CIVG 1, taquine : « Il faut que votre tête elle serve. Vous pouvez vous aider de votre téléphone, mais la tête c'est pas mal non plus ! » Et quand cette même avortante demande à Armelle de décaler la date prévue de l'IVG car elle est finalement prise par un déménagement, l'infirmière s'exclame devant elle, sur un ton ironique : « Chieuse ! Chieuse cette petite ! (*Plus doucement*) Bon c'est bien vous déménagez avec maman. Vous inquiétez pas je vais tout bousculer pour vous ». De manière similaire, Laure me dit avoir « disputé une gamine » qui venait pour une deuxième IVG « pour la faire réagir », et ajoute : « Après on les engueule de manière maternelle, cocooning ».

Cette familiarité brutale peut revêtir un caractère raciste. Dans le CIVG 1, les avortantes dont le nom ou prénom a une consonance africaine sont fréquemment accueillies par les infirmières par une chanson, inventée ou reprise d'un tube, à partir de leur patronyme (en ma présence : « Mélissa métisse d'Ibiza » de Julien Clerc, « Macumba » de Jean-Pierre Mader, « Salma ya salama » de Dalida). Une femme noire disant s'appeler Awa a entendu les deux infirmières qui lui faisaient face pousser un long cri guttural : « Awawawawawa ». Elle est restée stoïque.

Nicolas Jounin caractérise les insultes et plaisanteries proférées de manière systématique aux « Mamadou » sur les chantiers de construction comme des mécanismes de production d'obéissance (2008). Si la répétition de ces comportements infériorisants à l'hôpital peut sans doute avoir cet effet (par exemple en limitant la disposition des patient·es à poser des questions ou exprimer des préoccupations), elle apparaît moins comme une stratégie du pouvoir médical que comme une manifestation gratuite de domination : il ne s'agit pas, ici, de faire faire, ni de faire taire comme dans l'interaction de Laurence avec Mme G. Il s'agit plutôt, lorsque la domination médicale recoupe d'autres axes de domination, de jouir de l'asymétrie de position, sans doute en partie afin de se distraire d'un travail répétitif où les professionnel·les, souvent, s'ennuient. Au guichet de la sécurité sociale qu'étudie Vincent Dubois, l'évaluation sociale de leur interlocuteur·ice permet aux agent·es d'accueil d'ajuster la prise en charge, non pas seulement afin d'améliorer le service mais pour « juger ce qu'ils peuvent se permettre envers les allocataires en fonction de la perception qu'ils ont de leur position et de leur disposition à accepter humour, injonctions ou remontrances »

(2003a : 219). Les attitudes, et en particulier la familiarité, par opposition au respect d'une distance professionnelle, que les médecins, sages-femmes ou infirmières peuvent se permettre diffèrent elles aussi selon le statut social de l'avortante.

Ces récits d'observation ou extraits d'entretien laissent voir que la profonde asymétrie entre médecins ou infirmières et patient·es rend possible des comportements relativement brutaux et infériorisants. Les professionnel·les peuvent se montrer franchement incivil·es, humilier, « engueuler » ou fouetter d'un coup de dossier des inconnues, sans que celles-ci ne protestent ni n'interrompent l'interaction. Cette situation spécifique où des individus dans un état de vulnérabilité se trouvent placés dans une dépendance institutionnalisée envers les médecins – et, par délégation du pouvoir, les professionnel·les subalternes – conduit les dominé·es de la relation médicale à s'adresser à l'institution médicale, à se soumettre aux différentes injonctions et, parfois, aux pratiques intrusives et maltraitantes au risque, sinon, de retarder l'accès aux soins et de s'exposer à un refus de prise en charge. Quant aux médecins, la dimension de soin de leur travail leur sert de justification à la domination, y compris lorsqu'elle enfreint le consentement ou prend la forme de remontrances : celles-ci sont présentées comme étant dans l'intérêt de l'avortante, ou sont parfois assumées comme une forme gratuite de domination (« Je suis pas gentille, moi ») légitimée par le service rendu. J'observe surtout ces formes explicites quand la domination médicale prend appui sur d'autres rapports de domination.

C. La violence médicale à l'intersection des rapports de domination

Le pouvoir médical ne s'exerce donc pas uniformément sur les différentes avortantes, bien que le cas de Mme G., l'avortante blanche de 36 ans et de classe moyenne malmenée par Laurence, ait révélé que la domination médicale pouvait tout à fait s'exercer brutalement sans que les médecins ne soient dans une position de domination de race, de classe ou d'âge. Les individus ne sont pas seulement inégaux et inégales devant la maladie, ou la mort, mais aussi devant les médecins. Si le terrain réalisé en centre d'IVG l'illustre de manière éloquente, ce résultat était préfiguré par les analyses de Sylvie Fainzang, lorsqu'elle montrait l'utilisation différenciée du mensonge selon les patient·es : les médecins cachent moins souvent l'information à celles et ceux jugé·es capables de « l'encaisser » (2006a : 48), c'est-à-dire aux patient·es diplômé·es et de classes moyennes et supérieures, sans même qu'ils et elles la demandent. « Tu peux y aller, c'est une prof », ou « Elle a un niveau culturel suffisant », entend Sylvie Fainzang (*ibid.* : 50, 51). À l'inverse, on ment davantage aux patient·es les plus

jeunes et les plus pauvres²⁹. Et l'anthropologue de commenter : « Aux tristement célèbres inégalités sociales d'accès aux soins parmi les patients, s'ajoute donc une *inégalité sociale d'accès à l'information* que ce mécanisme contribue à favoriser » (*ibid.* : 52)³⁰. Plus récemment, Dorothée Prud'homme a observé que les gynécologues sollicitent moins le consentement des femmes « Roms » et ne leur exposent pas les différents traitements possibles pour une même pathologie (2016). Les travaux documentant les violences gynécologiques et obstétricales ont par ailleurs montré qu'elles touchaient, en priorité, les femmes pauvres et racisées (Paris, 2020 ; El Kotni et Quagliariello, 2021 ; Sestito, 2023).

La violence médicale a-t-elle un genre ? J'ai soutenu plus haut qu'il était heuristique de considérer les violences gynécologiques – et parmi elles les violences abortives – comme des violences médicales plutôt que « seulement » ou « d'abord » des violences de genre. Cette perspective permet d'envisager non seulement que les hommes puissent être exposés à la domination médicale, y compris dans ses formes brutales et ses gestes non consentis, mais aussi de comprendre que la féminisation de la médecine ne se soit pas traduite mécaniquement par des pratiques plus favorables aux femmes : c'est la socialisation médicale et non pas, ou pas seulement, la socialisation de genre qui explique la reproduction des violences gynécologiques. Il ne s'agit pas pour autant de nier que la domination médicale s'avère particulièrement violente envers les femmes et les minorités de genre. Mon terrain en centre d'IVG ne permet pas de comparer la prise en charge d'hommes et de femmes. Cela n'empêche pas d'identifier des logiques de genre dont on peut faire l'hypothèse qu'elles rendent propice un exercice plus assumé de la domination, et de comparer les prises en charge entre des femmes différemment positionnées dans le rapport de genre.

Bien que le stigmate attaché au recours à l'avortement se soit sensiblement atténué au cours des cinquante dernières années, en particulier dans le milieu médical, Laurine Thizy a montré qu'il demeurerait prégnant et trouvait des échos dans les différentes sphères du monde social : dans le couple, dans la famille, à l'école, ainsi que dans les représentations que les avortantes ont d'elles-mêmes, partageant des normes et valeurs qui condamnent plus ou moins

²⁹ On ment aussi plus souvent, indépendamment des caractéristiques des patient·es, lorsque les résultats d'un examen sont mauvais, que le diagnostic est grave, et on explique moins le traitement prescrit lorsqu'il est palliatif et non curatif.

³⁰ On trouve également chez Peneff l'idée que les professionnel·les ne se comportent pas de la même manière selon la classe sociale des patient·es : « Les pompiers sifflent en brancardant un patient de classe pop, mais moins des classes moyennes ou sup. [...] Les internes apprennent qu'on n'entre pas dans le box d'un bourgeois et d'un poivrot de la même manière ; ils devinent qu'on doit, dans le premier cas, ouvrir la porte avec moins de brusquerie, l'air que l'on arbore doit paraître plus avenant et les premières paroles : "Comment avez-vous fait ça ?" ne peuvent pas être dites sur le même ton. Certains internes s'adaptent vite, d'autres non. C'est un art difficile que de deviner par intuition l'origine sociale du patient couché et demi-nu alors que le médecin de famille s'appuie sur la connaissance de sa clientèle ou sur des critères évidents tels que : allure, prestance, habits ou autres indicateurs de la position sociale. » (2005b [1992] : 132).

fortement le recours à l'avortement (l'autrice parle d'autostigmatisation). Laurine Thizy a montré que cette stigmatisation était liée aux normes de genre qui définissent les bonnes manières d'être une femme, telle que la norme maternelle (2023b : 337) ou la condamnation de la sexualité récréative des femmes (*ibid.* : 293). Elle montre que cette persistance d'un stigmate de l'avortement conduit les avortantes à réaliser un « travail d'invisibilisation » (Thizy, 2021) par lequel elles masquent leur avortement à leur entourage – quelques confidentes féminines mises à part. On peut faire l'hypothèse que ce tabou de l'avortement rend possible des formes particulièrement coercitives de pouvoir, non seulement en autorisant les médecins à corriger des comportements caractérisés comme déviants, mais en rendant difficile pour les avortantes de se révolter contre d'éventuelles maltraitements, soit que certaines les jugent mérités, soit qu'elles ne puissent pas les dénoncer voulant garder leur avortement secret. Les risques sont faibles qu'une femme réalisant une IVG se plaigne à l'administration de l'hôpital, ou même à ses proches, de la rudesse d'un·e médecin ou d'une infirmière, et ce d'autant plus quand elle est sans papiers, mineure ou non francophone³¹.

Par ailleurs, la domination médicale s'exerce différemment sur les femmes selon leur position dans le rapport de genre. Certaines des avortantes correspondent à un modèle de féminité légitime – hégémonique pourrait-on dire –, que partagent les médecins enquêtés : en couple hétérosexuel monogame, elles sont mères ou, pour les plus jeunes, souhaitent l'être, elles respectent la norme abortive et n'avortent qu'une fois – ou deux fois à plusieurs années d'intervalle –, à un terme peu avancé, utilisent une contraception médicalisée. Elles s'opposent aux mauvaises avortantes ou aux femmes qui ont des « vies décousues » (Olivia). On pourrait s'attendre à ce que l'expérience des pluri-avortantes leur donne un avantage, dans la relation médicale, par rapport aux femmes qui avortent pour la première fois : elles connaissent la procédure, les (ou une) méthodes, peuvent comparer leur prise en charge avec une autre structure, ou dans la même structure avec un·e autre médecin. Pourtant, l'avantage d'être des « *repeat players* » (joueuses régulières) plutôt que des « *one-shotters* » (joueuses d'un jour), pour reprendre la distinction faite par Marc Galanter pour étudier les ressources différenciées dont disposent les plaignant·es au tribunal (Galanter, 2013 [1974]), est largement compensé par le fait que leur déviance à la norme abortive légitime l'exercice d'un pouvoir médical fort. Les avortantes qui occupent une position plus dominante que les autres

³¹ J'ai réalisé un entretien avec un gynécologue ayant dispensé une formation dans le cadre d'une association professionnelle d'avorteurs et avorteuses, portant sur les « précautions à prendre », en tant que médecin réalisant des IVG, afin d'éviter les procès. Il constate qu'il y a moins de plaintes que dans les autres « spécialités » médicales, la seule condamnation qu'il recense concernant un médecin niçois ayant fait payer 2000 € un médicament abortif en 2003. Son powerpoint indique : « Même si pas bien traitées, le soulagement prime sur le mécontentement ». Le tabou de l'avortement et la discrétion recherchée par les avortantes en sont sans doute des explications bien plus probables.

dans le rapport de genre sont généralement mieux traitées par les médecins. Elles se voient moins imposer les modalités des soins et peuvent éventuellement obtenir des passe-droits. Le genre n'est pas qu'une bicatégorisation mécanique entre hommes et femmes, mais un rapport de pouvoir qui hiérarchise et oppose aussi les femmes entre elles (comme les hommes entre eux). Étudier des pratiques de soin qui ne concernent directement que des femmes (ou que des hommes) n'empêche pas d'analyser les logiques de genre qui les traversent³².

Maud Gelly distingue trois origines aux inégalités de santé, qui donnent lieu à trois types de recherches en sciences sociales (2023 : 12-14) : les inégalités de santé comme produits de l'usure socialement inégale des corps, liée à l'exposition aux risques, notamment professionnels, et aux substances toxiques (Aiach, 2010 ; Thébaud-Mony, 2008) ; les inégalités de santé comme produits d'un recours et usage socialement différencié du système de santé (Boltanski, 1971 ; Arborio et Lechien, 2019) ; les inégalités de santé comme produits de pratiques différenciatrices des professionnel·les de santé (Sauvegrain, 2013 ; Prud'homme, 2015 ; Baudelot *et al.*, 2016 ; Morel, 2016, 2023 ; Loretti, 2019, 2020 ; Belorgey, 2021 ; Darmon, 2021 ; Gelly *et al.*, 2021). C'est dans l'analyse de ce troisième type d'inégalités que cette thèse s'inscrit.

Or, deux formes de production médicale d'inégalités de santé, qui se croisent sans se superposer, ressortent des observations. La première forme est l'inégalité dans l'accès aux soins, les traitements et les prescriptions. Toutes les femmes qui demandent l'avortement n'ont pas les mêmes chances d'y accéder ni ne sont prises en charge à la même vitesse. La seconde forme d'inégalité produite par l'institution médicale est une inégalité interactionnelle, liée aux modalités que prend la relation médecin-patient·e (et plus largement le contact avec l'institution médicale) et non plus à son résultat en termes de prescription. Ce n'est pas seulement le traitement qui varie, mais la forme et l'intensité du pouvoir médical, la manière dont le comportement des patient·es est orienté pour que le traitement soit accepté. Le consentement « libre et éclairé » et le choix des modalités de prise en charge sont des biens inégalement répartis. Suivre l'invitation de Didier Fassin à « qualifier les inégalités » par l'ethnographie qui permet « d'identifier l'impondérable et de dévoiler l'invisible » et, partant, « d'explorer ce que l'on décide de faire entrer dans l'étude des inégalités sociales de santé » (2000 : 128) conduit donc à considérer les inégalités de santé non seulement comme des différences face à la mort, aux maladies et aux situations de vulnérabilité corporelle et

³² Je poursuis ici l'invitation de Raewyn Connell à éviter une approche catégorielle du genre qui minore la diversité qui existe au sein des catégories de genre. Il existe des différences de genre au sein des catégories générales de genre, comme entre les masculinités hégémoniques et subordonnées (2014 : 240-249). Les travaux d'Emmanuel Beaubatie montrent également l'hétérogénéité des positions et les trajectoires au sein de l'« espace social du genre » (2021).

psychique, ni seulement comme des différences dans leur traitement médical – la réponse prescriptive qui est faite –, mais aussi sous l’angle des formes plus ou moins brutales que prennent les interactions des profanes avec l’institution médicale.

Or ces deux niveaux d’inégalités ne sont pas toujours corrélés. La violence médicale n’implique pas que les médecins refusent les soins ni qu’ils et elles imposent un traitement médicalement défavorable. À l’inverse, un accès privilégié aux soins peut s’accompagner d’expressions intenses et explicites du pouvoir médical. C’est le cas lors de la prise en charge d’avortantes jeunes. La domination médicale se traduit par un travail d’éducation visant à inculquer aux patient·es des bonnes manières de vivre, morales et sanitaires, et s’approche ainsi, par certains aspects, de la domination-dépendance entre parents et enfants. Dans les situations observées, les médecins ne sont jamais plus à l’aise, face aux avortantes, que quand l’autorité médicale peut prendre la forme de celles des parents, une forme de paternalisme à la fois assumé et bienveillant – d’autant que, dans les centres enquêtés, tou·tes les médecins diplômé·es sont parents, sauf les assistantes qui ne le sont pas encore mais souhaitent l’être. Les avortantes jeunes se font certes plus souvent « engueuler », mais se voient aussi plus souvent octroyer des passe-droits. Leur irresponsabilité sexuelle ou contraceptive supposée les expose à des remontrances en même temps qu’elle est excusée par leur jeune âge et leur manque d’expérience : les médecins n’attendent pas d’elles qu’elles soient déjà socialisées à la norme contraceptive, c’est-à-dire qu’elles connaissent les contraceptifs, sachent où et comment se les procurer. Et leur recours à l’avortement est légitimé par le fait qu’elles n’ont pas le « bon âge » pour avoir des enfants (Bajos et Ferrand, 2006c ; Ruault, 2015). Les moqueries et bousculades dont peuvent faire l’objet les femmes racisées, à la différence des jeunes avortantes, ne s’accompagnent pas d’un accès privilégié aux soins, au contraire. Comme pour les avortantes appartenant aux franges les plus pauvres des classes populaires ou à celles que les médecins caractérisent comme « pys », les deux niveaux d’inégalités, ici, se recourent. Elles se voient régulièrement imposer un choix tronqué de méthodes contraceptives et abortives, et les professionnel·les leur refusent fréquemment des parcours rapides d’IVG qu’elles et ils accordent à des (jeunes) avortantes blanches. Les avortantes racisées, *a fortiori* étrangères, font fréquemment l’objet de pratiques discriminatoires, qu’il s’agit d’analyser de manière plus systématique dans la section suivante.

Avant cela, à ce stade du chapitre, il faut apporter une précision sur la place des différents terrains réalisés et la comparaison qu’il est possible d’opérer entre les manières de différencier selon les centres. Anne Paillet invite à prêter attention à la « différenciation au carré », c’est-à-dire la manière dont varie « d’un contexte à l’autre et d’un travailleur sur autrui à l’autre les façons de prendre en compte les caractéristiques sociales des clients et de

différencier les pratiques de travail en fonction d'elles » (2016 : 4). Dans ce chapitre, j'ai encore peu évoqué les pratiques des médecins du CIVG 3. C'est que, si ceux et celles-ci partagent certains critères de classements et représentations des avortantes avec les médecins des deux autres centres – ils et elles utilisent tout autant des catégories psychologiques et se réfèrent implicitement à la norme abortive –, je ne les ai pas vu imposer des parcours de soins différents aux mauvaises avortantes. Ne nous y trompons pas, les médecins de ce centre exercent bien des formes de pouvoir médical : les consultations médicales sont particulièrement longues et l'entretien avec la CCF est systématiquement imposé, l'importance de la contraception est rappelée avec insistance, le choix de la méthode d'IVG est orienté vers l'AL, que préfèrent les médecins, j'ai parfois observé des formes de culpabilisation, et les deux hommes de l'équipe médicale sont assez prompts à réaliser des examens gynécologiques. L'un des deux hommes, par ailleurs, tente systématiquement de dédramatiser l'interaction avec les avortantes par une familiarité qui jure avec le professionnalisme de ses collègues, et des plaisanteries parfois sexistes qui témoignent de la manière dont la domination masculine peut s'exprimer dans la relation médicale, non sans ressemblance avec la familiarité paternaliste par laquelle la domination d'âge et de race peuvent s'exprimer dans les CIVG 1 et 2 (j'y reviendrai). Mais, à la différence des professionnel·les de ces deux centres, il s'agit là de sa manière de mener les consultations avec toutes les avortantes, sans discrimination.

Si les médecins du CIVG 3, malgré leur rejet explicite du pouvoir médical, exercent bien un contrôle sur les modalités de l'avortement (de manière souvent moins impérative que dans les deux autres centres), ils et elles n'utilisent pas leur pouvoir pour différencier les prises en charge. Charlotte (40 ans), médecin généraliste, au sortir d'une consultation avec une avortante qui a d'abord hésité à garder la grossesse, commente à mon intention :

« Avant je savais moins accompagner cette douleur, la difficulté du choix. Aujourd'hui ça ne me surprend pas cette douleur. C'est normal d'être ambivalente. C'est toujours difficile de choisir. »

Lors d'une consultation avec Lise (52 ans), médecin généraliste et responsable du centre, une avortante, tout en disant sa décision prise, commence à pleurer, sans que la médecin ne tente pour autant de la dissuader ou de retarder son avortement. J'ai assisté à plusieurs consultations, à l'instar de celles-ci, où des avortantes sont jugé·es ambivalentes ou expriment une détresse, sans que les médecins ne remettent en question leur décision d'avorter, ce qui ne serait jamais arrivé dans l'un des deux autres centres.

De manière générale, je n'ai jamais décelé d'accélération ou de ralentissement des parcours d'IVG selon les avortantes dans le CIVG 3, ni d'octroi de passe-droits à certaines

avortantes ayant dépassé le délai plutôt qu'à d'autres. Peut-être est-ce là un effet de la socialisation politique des enquêté·es : tou·tes politisé·es à gauche ou à l'extrême gauche et revendiquant leur féminisme, à la différence de la plupart des professionnel·les des deux autres centres, ils et elles valorisent davantage l'accès égal des avortantes racisées ou des franges les plus précaires des classes populaires, et rejettent le contrôle moral des mauvaises avortantes. Je n'y ai jamais entendu les professionnel·les du service mobiliser des catégories racialisantes – ici encore, à la différence, flagrante, des deux autres centres. Le degré de différenciation des pratiques médicales selon les patient·es pourrait donc dépendre des dispositions politiques des médecins.

Ce résultat doit cependant être considéré avec une certaine prudence, du fait des conditions d'enquête moins propices à saisir ces variations dans le CIVG 3. D'une part, en observant les manières de mener les consultations de la plupart des médecins du centre (les cinq médecins diplômé·es, une des deux assistantes, l'interne), j'ai réalisé moins d'observations auprès de chacun·e que dans les CIVG 1 et 2, ce qui me laisse un peu moins d'opportunités de saisir les manières dont ces médecins différencient les soins d'une avortante à une autre. D'autre part, car le seuil limite de recours à l'IVG était plus large dans le CIVG 3 (16 SA) que dans les CIVG 1 et 2 (14 SA) lorsque j'y ai réalisé l'enquête³³. Comme il y a moins de demandes d'avortement à des termes plus avancés, mécaniquement, les demandes autour du terme limite de 16 SA sont moins fréquentes que les demandes autour du terme limite de 14 SA. Par ailleurs, la loi allongeant le délai venant tout juste d'être votée, les médecins du CIVG 3, anxieuses et anxieux de pratiquer un geste à un terme auquel ils et elles avaient encore peu l'habitude, sous surveillance de leurs collègues de gynécologie-obstétrique qui s'attendaient à une augmentation des complications, suivaient plus strictement la norme qu'ils et elles s'étaient fixé·es et s'interdisaient, temporairement du moins, d'octroyer des passe-droits à des avortantes légèrement hors délai. La question d'accepter ou refuser une demande en raison de son terme ne s'est en réalité jamais posée lors de mon terrain dans le CIVG 3 et je n'ai donc pas pu observer d'éventuels traitements différenciés à ce niveau.

III. De la différence au traitement discriminatoire : le cas de l'IVG des femmes migrantes

J'assiste à la programmation de la date de passage au bloc opératoire d'une avortante noire portant des tresses confectionnées par une coiffeuse à partir d'extensions capillaires, qu'Armelle (infirmière, 55 ans) qualifie de « perruque » avec insistance. L'infirmière la

³³ Dans le CIVG 1, la loi allongeant le délai de 14 à 16 SA n'avait pas encore été votée au moment du terrain, dans le CIVG 2, elle n'était pas appliquée.

prévient qu'elle devra les enlever pour accéder au bloc (et donc pour avorter). L'avortante refuse, arguant qu'elle vient de les faire, que la pose est longue et coûteuse. Le ton monte. Armelle insiste : « C'est obligatoire. Arrêtez de faire des simagrées ». L'avortante accuse l'infirmière d'être raciste, ajoute qu'elle ne « demanderait pas ça à une blanche ». L'accusation touche, Armelle lâche l'affaire et laisse partir l'avortante. (Notes de terrain, décembre 2021)

Cette observation d'une interaction entre une infirmière du CIVG 1 et une avortante noire est intéressante à trois titres. D'abord, elle illustre l'une des pratiques de pouvoir décrites au chapitre précédent : l'infirmière se prévaut d'une autorité extérieure floue, loi ou protocole médical (« c'est obligatoire »), pour légitimer une règle qu'elle-même invente. Ensuite, elle montre les maltraitances ordinaires dont les femmes racisées peuvent faire l'objet dans un contexte de soin. Les réglementations et recommandations d'anesthésie n'exigent que le retrait du maquillage et des bijoux, et nullement celui d'extensions capillaires (elles seront enserrées dans une charlotte). L'infirmière se montre inflexible, alors que les professionnelles du CIVG 1 acceptent volontiers, généralement, que les avortantes conservent des accessoires dont le retrait est difficile ou définitif, tels que certains piercings ou les faux ongles³⁴. La tolérance avec laquelle la règle est appliquée par les professionnelles dans les autres situations, y compris par Armelle, laisse voir le traitement défavorable dont les avortantes racisées peuvent faire l'objet. Enfin, il s'agit d'un des très rares cas observés où l'avortante résiste, et obtient gain de cause. L'évocation de la dimension discriminatoire du traitement le fait cesser. On retrouve ici le constat de Priscille Sauvegrain qui conclut son analyse de l'utilisation de protocoles obstétricaux spécifiques aux parturientes catégorisées comme « Africaines » qui aboutissent à des taux de césariennes plus élevés :

« Dans le domaine des soins, il est très difficile et fort mal reçu d'évoquer la discrimination à l'égard des patients. Nous avons pu le vivre personnellement et l'expérimenter lors de discussions professionnelles. Cette conviction d'être hors du racisme et des discriminations s'appuie sur une certitude, partagée par la quasi-totalité des personnels médicaux, d'agir au mieux pour le bien des personnes soignées » (2012 : 94).

Dans l'IVG, la personnalisation des soins est revendiquée par les professionnel·les comme un gage de leur qualité lorsqu'elle se traduit par l'octroi de passe-droits aux « nanas sympas » ou par l'imposition de délais, gestes intrusifs, entretiens psychosociaux non souhaités et les injonctions contraceptives plus fortes aux mauvaises avortantes dont on estime que c'est là leur intérêt. Elle perd, à leurs yeux, sa légitimité lorsqu'elle apparaît comme une discrimination à l'encontre des femmes les plus dominées socialement : d'où le fait qu'Armelle cède devant l'accusation de racisme. Comment comprendre alors le traitement

³⁴ À l'exception de celui de l'index où doit être placée une pince permettant de mesurer le taux d'oxygène dans le sang.

défavorable dont font l'objet les femmes racisées ? Cette section montrera d'abord les logiques de racialisation à l'origine des pratiques discriminatoires avant de considérer comment la gestion de l'allophonie des femmes migrantes par les médecins rend leur prise en charge très dégradée par rapport aux autres avortantes (« catastrophique », ai-je pensé plus d'une fois pendant mon enquête).

A. *Aborting while black* : Logiques de racialisation et discrimination dans l'accès à l'IVG

Les recherches qui s'intéressent à la prise en charge en périnatalité ont montré comment les représentations culturalistes – *i.e.* l'explication des comportements d'individus en les rapportant à une vision simplifiée et homogène de leur « culture » – mènent au moins bon traitement des femmes racisées. Alexandra Nacu a ainsi étudié comment l'essentialisation des « Africaines » pouvait amener les professionnel·les à ne pas considérer leurs « choix » concernant l'accouchement – par exemple le refus de la péridurale – comme des décisions informées et rationnelles mais comme le résultat d'une incompréhension des technologies et procédures médicales et d'une obéissance passive à la tradition, et, partant, à moins en tenir compte que pour les femmes blanches (Nacu, 2011). Priscille Sauvegrain montre comment les professionnel·les des maternités catégorisent de manière homogène les femmes noires, y compris nées en France, comme « Africaines », avec l'idée qu'elles auraient génétiquement des bassins plus étroits que les femmes « Caucasiennes » quand, en réalité, l'étroitesse du bassin est corrélée à des facteurs environnementaux (dénutrition, maternité précoce, port de charges lourdes, etc.). Cette racialisation a des conséquences négatives sur leur prise en charge : quelques consultations prénatales supplémentaires, un déclenchement plus précoce des accouchements, un taux de césarienne légèrement plus important (Sauvegrain, 2012)³⁵. Les travaux de Dorothée Prud'homme ont montré comment l'adaptation des soins gynécologiques aux différences culturelles supposées des femmes « Roms » leur portait préjudice – par exemple en présumant à tort le désintérêt des femmes « Roms » pour la contraception et leur désir d'avoir beaucoup d'enfants (Prud'homme, 2016). Ces différentes recherches laissent voir que les femmes racisées peuvent être exposées à des pratiques différenciées discriminantes y compris en l'absence d'intentions racistes de la part des professionnel·les, voire au nom de la volonté d'apporter un traitement qui leur soit adapté.

³⁵ La sociologue estime que les effets de la racialisation sur la prise en charge sont réels mais relativement limités dans son enquête, et invite à multiplier les recherches pour les saisir davantage.

Je n'ai pas observé la mobilisation de catégories racialisantes de la part des professionnel·les du CIVG 3, sans doute en raison de leurs dispositions politiques (certain·es revendiquent un anti-racisme), et très rarement de la part de celles du CIVG 2, sans doute en raison des modalités de l'enquête (plus courte que dans le CIVG 1) et de la sociologie différentes des avortantes dans ce centre : elles y sont bien moins souvent racisées et je n'ai assisté à aucune consultation avec une femme étrangère.

Il en va bien différemment du CIVG 1. La ville dans laquelle le centre se trouve connaît une importante immigration d'Afrique, du Nord notamment. Les femmes originaires – réellement ou supposément – d'Afrique, ou leurs conjoints, y font l'objet de plaisanteries racistes quotidiennes. Ainsi lorsque le conjoint d'une avortante récupérant d'une IVG instrumentale sous AG s'adresse depuis l'extérieur du centre aux professionnelles en pause déjeuner (la fenêtre de la salle de pause donne sur la cour de l'hôpital) pour demander quand sa conjointe sortira, une infirmière lui intime de revenir après la pause puis commente : « On peut pas les éduquer, hein : ils ont grandi au milieu des chameaux », déclenchant l'hilarité des trois autres infirmières et de la sage-femme présentes. Un autre jour, après qu'Armelle et Véronique (50 ans) ont reçu une avortante pour réaliser une prise de sang, Véronique déclare : « On va ouvrir un peu la fenêtre, ça sent le comorien. Avec toutes les épices qu'ils mangent ! » En pause, une infirmière demande ce que leur ancienne cadre, d'origine antillaise, devient depuis qu'elle a été mise à pied pour avoir refusé la vaccination contre le Covid. Armelle (55 ans) lui répond : « Elle grimpe sur les arbres cueillir les noix de coco ». Au-delà de ces plaisanteries, Virginie, une infirmière qui travaille dans le service depuis 20 ans, ne cache pas ses positions politiques opposées à l'immigration. Elle dit ainsi à l'assistante de gynécologie – qui ne la contredit pas :

« Le social c'est bien, mais après, la France, c'est la terre d'asile. Ça te donne envie de voter Zemmour, il dit pas que des conneries. Après on me dit que je suis raciste, mais quand tu les as au quotidien, après, tu peux plus... Là, la Roumaine, elle va à la PASS [permanence d'accès aux soins de santé], soi-disant elle a pas les sous pour payer son IVG, mais elle a quand même les sous pour aller en Roumanie à Noël ! Moi ça me fatigue, c'est n'importe quoi la France. » (Notes de terrain, décembre 2021)

Une des secrétaires, de parents tunisiens, se plaint en chuchotant auprès de moi du racisme décomplexé qui traverse le service³⁶. Elle dit ne pas en faire les frais mais est choquée de remarques faites à l'encontre des patientes, et de la pratique consistant à entonner des chansons à partir des noms à consonance africaine. Si ce racisme décomplexé est

³⁶ Les deux secrétaires ont des parents tunisiens pour l'une, malgaches pour l'autre, l'aide-soignante est Guadeloupéenne. Toutes les autres professionnelles du service sont blanches – tout comme moi, ce qui a pu favoriser l'expression sans filtre de propos racistes en ma présence.

principalement le fait de quelques infirmières, celles-ci sont particulièrement influentes dans le service, et leurs propos donnent le ton, créant un espace symbolique favorable à l'affirmation de représentations racialisantes et stéréotypées et à leur mobilisation dans les soins par les médecins et sages-femmes.

Jusqu'ici, j'ai montré que différentes catégories sont mobilisées par les médecins pour différencier les avortantes et, partant, les manières de les traiter : « ambivalentes », « cérébrées », « psys », « vieilles », « cassos »... Or, après celle d'ambivalente, ce sont les catégories racialisantes qui sont les plus mobilisées. Peu intéressées par la nationalité et la trajectoire migratoire réelles des avortantes, les professionnelles tendent à les catégoriser – à l'aide de leurs noms, couleur de peau, ou en leur demandant directement « d'où elles viennent » – en « Maghrébines », « Méditerranéennes » ou « Africaines », affinant parfois la catégorisation selon les nationalités (les Nigérianes, les Nigériennes et les Comoriennes, en particulier, sont singularisées). Au-delà des avortantes associées à l'Afrique, les « Roumaines » et les « Asiatiques » font également l'objet d'une catégorisation à part. À ces catégories sont associés trois types de caractéristiques essentialisantes et infériorisantes : des attitudes dans l'interaction médicale (être douillettes et simulatrices) ; des comportements sexuels, contraceptifs et relationnels déviants (être irresponsables) ; une situation matérielle (la précarité). Je les détaille avant d'en montrer l'effet sur la prise en charge.

Il est attendu d'une bonne avortante qu'elle montre un certain degré de contrition. Mais l'expression d'une souffrance intense, physique ou psychologique, complique le travail des professionnel·les en imposant de fournir un travail émotionnel et, au bloc opératoire, de réaliser le geste plus doucement. Amélie (31 ans), la médecin généraliste titulaire du CIVG 1, sortant d'une matinée passée à réaliser des IVG instrumentales sous AL avec des avortantes dites « douloureuses », s'en plaint :

« **Amélie** : Tu as l'impression d'être un bourreau.

Raphaël : Parce qu'elles souffrent ?

Amélie : Dans leur tête oui. Mais ça n'a rien à voir avec un accouchement. » (Notes de terrain, octobre 2021)

Les médecins du CIVG 1 décrivent comme pénible et chronophage la prise en charge des avortantes qui souffrent. Or les « Africaines » ou les « Maghrébines » sont perçues comme étant particulièrement douillettes, ou, pire, simulatrices. Commentant la matinée difficile d'Amélie au bloc opératoire, Virginie (56 ans) m'explique qu'il s'agit là du fameux « syndrome méditerranéen »³⁷ :

³⁷ Croyance répandue parmi les professionnel·les de santé selon laquelle certaines personnes étrangères auraient tendance à exagérer leurs symptômes.

« **Virginie** : Tu le sais mieux que moi mais il y a des ethnies, des peuples, qui se comportent mieux que d'autres.

Raphaël : C'est-à-dire ?

Virginie : Bah entre les Méditerranéennes et celles du Nord... Tu verras jamais une Asiatique pleurnicher au bloc.

Raphaël : Qui est-ce qui pleure ?

Virginie : Les Maghrébines. Elles crient, elles pleurnichent, tu as l'impression qu'elles vont mourir. C'est la Méditerranée. » (Notes de terrain, décembre 2021)

Selon l'infirmière-conseillère, ce serait un fait socio-anthropologique que les « Maghrébines » se « comportent » mal en surjouant leur souffrance. Pour Laurence (65 ans), la gynécologue médicale attachée du CIVG 1, ce n'est pas l'apanage des « Méditerranéennes », mais plutôt des « Africaines » en général, qui mentent et exagèrent tant et si bien qu'il ne faudrait pas se fier aux symptômes qu'elles expriment.

J'accompagne Laurence en salle d'attente lorsqu'elle appelle une avortante noire de 23 ans réalisant sa deuxième IVG, à 11 SA. Celle-ci suit la médecin vers la salle de consultation en marchant très lentement, courbée, le regard vers le sol. Lors de l'interrogatoire médical, elle parle en murmurant ce qui, de concert avec le fait qu'elle est affalée sur sa chaise et exprime son mal-être physique, agace visiblement Laurence. La gynécologue lui demande de mieux se tenir (« remettez-vous debout »), n'explique pas les différentes méthodes d'anesthésie, demandant simplement : « Vous voulez être endormie ? ». L'avortante, qui n'a jamais eu de contraception, se voit uniquement proposer l'implant contraceptif, sans que ne soient évoqués les autres moyens de contraception, ni les effets secondaires de l'implant : « – Est-ce que vous voulez une contraception ? – Oui. – Vous voulez qu'on vous pose un implant pendant l'intervention ? – Oui ». La consultation est expéditive. Laurence n'annonce pas le terme de grossesse qu'elle mesure, c'est l'avortante qui le lui demande au moment de sortir, ce à quoi la médecin répond : « 11 semaines passées. Eh oui, vous avez bien laissé traîner ». Après la consultation, Laurence soupire : « C'est culturel ça. On dirait qu'elle va mourir. (*Silence*) Tu as vu comme elle a sauté sans problème sur la table d'examen alors qu'elle se traînait jusqu'à la salle ? Elle ment sans doute sur le fait qu'elle a fait un test de grossesse il y a un mois [...]. Les Africaines, elles arrivent, tu as l'impression qu'elles sont à moitié mortes. Tu l'as vue marcher, on aurait dit qu'elle avait la polio ! Les Africaines, elles sont dans la mise en scène de leurs symptômes de grossesse. Ça veut pas dire qu'elle a rien, hein, elle a des nausées, elle est pas accompagnée, son copain l'a laissée... Mais c'est dommage, ça la décrédibilise. » (Notes de terrain, novembre 2021)

Il y a donc les patientes crédibles, qui peuvent exprimer leur souffrance sans qu'on estime qu'elles la « mettent en scène », et il y a les « Africaines ». Plus tard dans la matinée, Laurence raconte l'attitude de cette avortante – « la *black* » – dans la salle de pause. Sandrine (46 ans), la sage-femme, abonde et complète l'analyse : « Et quand il y a leur copain elles en rajoutent. Elles veulent être sûres qu'on va les prendre en charge plus vite », avant de raconter à son tour une consultation survenue plus tôt avec une « Africaine ».

Qu'il existe différents rapports sociaux ou culturels au corps, c'est un résultat de longue date des sciences sociales (Mauss, 1936 ; Boltanski, 1971). Mais les professionnelles

du CIVG 1 ne se contentent pas de décrire différentes cultures somatiques : elles les hiérarchisent (il y a les bonnes et mauvaises manières de se comporter physiquement lors de l'IVG), elles les rattachent, de manière mécanique, à la couleur de peau ou à l'origine supposée, et elles adaptent la prise en charge à ces cultures supposées. Une avortante roumaine prise de crampes au ventre et de nausées ne sera pas soupçonnée de simuler sa souffrance dans un but stratégique car, comme me l'explique Sandrine suite à une consultation où elle a incité une femme à choisir l'IVG instrumentale sous AL : « Les Roumaines elles résistent bien à la douleur. Je mets pas les gens dans les cases, hein ! » À l'inverse, les médecins et la sage-femme rechignent à laisser les « Africaines » et les « Maghrébines » choisir l'IVG sous AL et mettent en doute leur sincérité lorsqu'elles expriment de la douleur. C'est le cas d'une avortante de 35 ans, qui fait l'objet des critiques des infirmières qui ont réalisé la prise de sang :

« **Armelle** : Elle geint pour qu'on la plaigne et qu'on lui pose pas de questions.

Raphaël : Ah bon ? Elle nous a dit qu'elle pouvait pas garder la grossesse pour des raisons de santé.

Armelle : Soi-disant ! C'est une excuse. Elle pourrait si c'était que ça. Non, si tu creuses un peu tu vois qu'elle est psy. Elle a pas de cerveau. Tu as beau vomir, tu marches pas comme ça pliée en deux. Regarde la jeune d'avant, elle était malade mais elle marchait pas comme ça.

Virginie : Il y a une certaine complaisance dans la douleur. » (Notes de terrain, novembre 2021)

L'avortante est comparée avec celle précédemment rencontrée qui montre les mêmes symptômes mais qui, étant blanche, est prise au sérieux. Tous les corps n'ont pas la même légitimité à souffrir. Suspectes de duplicité, les avortantes qui souffrent sont traitées avec moins de douceur et d'empathie lorsqu'elles sont perçues comme noires ou arabes.

La deuxième représentation associée aux avortantes racisées, c'est leur irresponsabilité contraceptive et sexuelle. Autour d'un café en salle de pause, Laurence me dit être « intimement persuadée » qu'il faut garantir l'accès à l'IVG, et ajoute : « Mais je suis énervée par le laxisme des femmes. En particulier celles qui sont issues de l'immigration ». Les femmes « issues de l'immigration » auraient un rapport plus distant à la norme contraceptive, que Laurence attribue à un manque de rigueur (plutôt qu'à un accès moins aisé à la contraception, par exemple). Héritage du stéréotype raciste de l'hypersexualité des femmes noires (Peiretti-Courtis, 2021 : 96), les avortantes catégorisées comme « Africaines » (pas les « Maghrébines »), sont plus souvent suspectées d'avoir des rapports sexuels « à risque » (d'exposition à des infections sexuellement transmissibles (IST)) en plus d'être incapables de discipline contraceptive. Une règle que me disent suivre les médecins du service consiste à prescrire systématiquement un dépistage des IST aux avortantes de moins de 25 ans, et à ne le

faire pour les avortantes plus âgées que lorsqu'elles ont un nouveau partenaire. Pourtant je les vois régulièrement prescrire un dépistage aux avortantes noires étrangères de plus de 25 ans sans leur avoir posé de question sur leur situation conjugale ou sur d'éventuels rapports « à risque », et même le réaliser pendant la consultation – c'est un prélèvement vaginal – par crainte que l'avortante ne se rende pas au centre de dépistage. C'est le cas lors d'une consultation d'une avortante noire anglophone de 28 ans, qui réalise sa première IVG, bien qu'elle ait dit à Olivia (26 ans) qu'elle a réalisé un dépistage l'an dernier, et que l'interne de gynécologie médicale ne lui ait pas posé de question sur sa situation conjugale. La médecin insiste également pour prescrire un DIU à l'avortante qui dit pourtant ne pas en vouloir. J'assiste aussi à la prise en charge de Mme U., une avortante noire de 31 ans par Juliette (30 ans), l'assistante de gynécologie, et Delphine (27 ans), l'interne de médecine générale. Mme U. a un enfant et n'a jamais eu recours à l'IVG.

« **Juliette** : You speak english ?

Mme U. : Je parle français aussi.

Juliette : Mais vous êtes de quelle nationalité ?

Mme U. : Nigériane.

Juliette : Ah et vous parlez français ? Ah bah c'est bien !

Mme U. semble comprendre parfaitement, mais Juliette lui parle très fort et très lentement pendant toute la consultation.

Juliette (à Delphine, parlant à un volume normal, audible pour la patiente) : Peut-être qu'on va en profiter pour faire le frottis à cette dame. Parce que j'ai peur qu'elle revienne pas en post. (À la patiente, en criant :) Ça vous va si on fait le frottis de dépistage ?

Mme U. : Euh... oui.

Juliette (à Delphine) : On va lui faire directement HPV, chlamydiae et tout, ce sera fait.

Elle lui fait le prélèvement, et lui prescrit également un dépistage du VIH et des hépatites. À la fin de la consultation elle demande en criant :

Juliette : Vous me comprenez ?

Mme U. : Oui oui, je comprends tout ce que vous me dites, vous savez ! » (Notes de terrain, décembre 2021)

Pour des raisons qu'elle n'explicite pas mais qui tiennent sans doute à des stéréotypes de race, Juliette n'a pas confiance dans le fait que Mme U. viendra à la consultation post-IVG. Sans autre élément que la nationalité de la patiente, sans lui demander si elle a déjà fait un test ni l'interroger sur sa situation conjugale ou sa sexualité, elle réalise un dépistage en consultation (geste chronophage que je ne l'ai jamais vu faire avec une avortante blanche). Comme le note Maud Gelly observant le travail des agent·es de dépistage, « la peau noire étant traitée comme un facteur de risque pour le VIH, inutile d'en chercher d'autres » : s'en tenir à cet indice permet d'éviter d'avoir à poser des questions gênantes sur les pratiques sexuelles du ou de la consultant·e (Gelly, 2018). Les médecins pourraient pourtant éviter à

certaines de ces avortantes ces tests et gestes intimes supplémentaires si elles leur posaient les mêmes questions qu'aux avortantes blanches, et si elles tenaient leurs réponses pour crédibles.

Une troisième représentation associée aux avortantes racisées, *a fortiori* étrangères, est qu'elles vivraient dans de mauvaises conditions matérielles. Les médecins enquêtés infèrent des positions de classe à partir de la couleur de peau et de la nationalité³⁸, et refusent de prescrire la méthode médicamenteuse si elles supposent que le domicile de l'avortante n'est pas un cadre approprié à la réalisation de l'IVG. Elles ne prescrivent l'IVG à domicile qu'après avoir vérifié que l'avortante racisée et étrangère vit dans son propre domicile (et non dans un foyer), qu'elle a un proche, adulte, pour la surveiller, qu'elle n'a pas ou peu d'enfants dont elle doit s'occuper pendant l'avortement. Alors que Mme U., l'avortante nigériane évoquée un peu plus tôt, exprime une franche préférence pour la méthode médicamenteuse, Juliette objecte :

« **Juliette** : Mais... vous vivez dans un appartement, et tout ?

Mme U. : Oui.

Juliette : Vous avez quelqu'un qui peut vous surveiller ?

Mme U. : Oui, oui, la voisine est une amie, elle peut venir.

Juliette : Vous préférez pas plutôt l'IVG à l'hôpital ?

Mme U. : (*Silence*) Comme tu veux.

Juliette : Vous préférez chez vous ?

Mme U. : Oui.

Juliette : Vos enfants vont à l'école ?

Mme U. : Oui.

Juliette : Vous serez pas seule, hein ?

Mme U. : T'inquiète.

Juliette : D'accord ».

Aux deux avortantes suivantes, deux femmes blanches de 27 et 41 ans, Juliette ne pose aucune question sur le cadre dans lequel elles réaliseront l'IVG médicamenteuse précisant simplement : « Il ne faut pas que vous soyez seule chez vous ». Un autre jour, j'assiste au refus de prescrire l'IVG à domicile à une avortante noire francophone qui dit être seule chez elle, quand une avortante blanche de 25 ans (qui tient un exemplaire de *Notre Dame de Paris*, de Victor Hugo, dans les mains) qui demande à faire une IVG médicamenteuse hospitalisée en disant qu'elle n'est pas sûre d'avoir quelqu'un chez elle pour la surveiller le jour de l'IVG, et change d'avis en apprenant le délai d'attente (il n'y a pas de place à l'hôpital avant une semaine), obtient l'IVG à domicile sans que cela ne soulève aucune remarque de la part de la sage-femme. Les avortantes étrangères sont aussi jugées moins capables de faire face à d'éventuelles complications de l'IVG médicamenteuse lorsqu'elles sont racisées, comme on

³⁸ Comme le notaient déjà Maud Gelly (2018 : 17) ou Camille Foubert (2020 : 168, 169).

l'a vu lorsque des professionnelles refusent à des avortantes roumaines ou turques une IVG médicamenteuse dans la semaine qui précède un voyage alors qu'elles l'acceptent pour une avortante belge. Le fait de s'assurer qu'un traitement prescrit est adapté aux conditions de vie d'un·e patient·e est certes un des facteurs qui permet de réduire les inégalités d'accès aux soins (Cognet *et al.*, 2012). Mais, dans le cas des avortantes racisées, cette prise en compte se combine, d'une part, à une représentation stéréotypée de leurs conditions de vie, d'autre part, à la relégation au second plan de leur autonomie, au nom de la prise en compte des conditions matérielles de suivi du traitement³⁹.

Je retrouve donc, dans le contexte de l'avortement, ce résultat commun aux travaux portant sur la différenciation des soins en périnatalité : l'adaptation supposée aux spécificités culturelles des femmes racisées aboutit à une prise en charge qui leur est globalement défavorable. Surtout, l'étude plus détaillée de la prise en charge des avortantes racisées montre comment l'infériorisation de certain·es patient·es – ici par la racialisation mais il en va de même pour les « cassos », « psy », « zinzin », « gamines » et pour celles que leurs mauvais comportements sanitaires et procréatifs exposent à des jugements moraux – justifie l'exercice des formes plus visibles et coercitives du pouvoir médical. Leur caractérisation comme simulatrices et irresponsables participe à diminuer la charge morale de la transgression de la norme du consentement des patient·es et de la bienveillance à leur encontre. Elle autorise les incivilités et humiliations, les consultations expéditives et l'information parcellaire, la réalisation de gestes intrusifs que les médecins cherchent à épargner aux avortantes perçues comme blanches, la restriction du choix de la méthode d'IVG et de contraception. Par ailleurs, en miroir des traitements défavorables, l'analyse comparative des consultations successives dévoile le traitement préférentiel des avortantes blanches, qui suscitent davantage l'empathie des professionnelles et bénéficient ponctuellement de passe-droits.

Dans le CIVG 2, l'usage de catégories racialisantes s'est limité à l'expression d'étonnement de la sage-femme et de la secrétaire suite à la consultation d'une avortante qui ne correspondait pas aux représentations stéréotypées que les deux professionnelles ont sur les « gens du voyage » (comme étant agressives avec le personnel médical et comme étant toujours victimes de violences). Quant au CIVG 3, je n'y ai été témoin d'aucune plaisanterie raciste ni de l'usage de catégories racialisantes. Cela ne veut pas dire qu'il ne puisse pas y avoir une discrimination sans racisme, comme le montre l'analyse de la prise en charge des avortantes allophones.

³⁹ Une quatrième représentation racialisante est liée à la religion. J'ai déjà évoquée le fait que les femmes musulmanes, *a fortiori* quand elles portent le voile, sont d'emblée perçues comme étant soumises et victimes de violences. Je ne le détaille pas ici car je n'ai pas observé d'effets de cette croyance sur la prise en charge.

B. Une « médecine vétérinaire » pour les avortantes allophones

Le 25 mars 2024, dans un hôpital de Prague, des médecins ont pratiqué par erreur un avortement sur une femme venue pour un suivi de grossesse. Cette femme asiatique a été confondue avec une autre en salle d'attente. Elle ne parle ni tchèque, ni allemand, et les médecins n'ont pas sollicité d'interprète : elle a été prise en charge sans qu'aucune information n'ait pu être échangée et a signé un formulaire de consentement dans une langue qu'elle ne comprend pas. Une enquête est ouverte pour « négligence grave » de la part des médecins⁴⁰. Cette situation aurait pu survenir en France, dans l'un des trois centres enquêtés. Laurence (65 ans) me raconte comment le CIVG 1 a reçu il y a quelques années une femme chinoise avec laquelle il n'avait été échangé aucun mot compréhensible. Elle est programmée en IVG sous AG, et c'est Laurence, qui n'a pas réalisé elle-même la consultation pré-IVG, qui pratique l'IVG au bloc opératoire. Alors que la gynécologue mime, d'un geste, le fait de vider l'utérus, la femme crie « *No no no !* ». Elle n'était là que pour un suivi de grossesse. Laurence commente : « Cette nana on n'avait jamais entendu un mot de sa bouche. Cette nana elle avait eu une consultation avec un anesthésiste qui avait eu aucune information ». Le CIVG 1 n'est pas passé loin d'offrir un précédent au cas tchèque. Il ne s'agit pas d'une erreur ponctuelle, mais de la simple conséquence du refus systématique des médecins de recourir à l'interprétariat.

En 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) affirme la nécessité de recourir à l'interprétariat professionnel pour suivre le principe de non-discrimination de la Charte Européenne (Virole, 2022)⁴¹. Pourtant, malgré l'observation quasi-quotidienne de consultations avec des avortantes allophones dans les CIVG 1 et 3, l'interprétariat n'y a jamais été utilisé au cours des mois de terrain. La situation ne s'est pas présentée dans le CIVG 2, en raison du nombre plus faible de consultations observées, mais Laure (52 ans), la sage-femme du CIVG 2, qui me dit recourir parfois à l'interprétariat, se montre mal à l'aise quand je lui en demande la fréquence, et incapable de m'en donner une estimation. Monique (51 ans), la secrétaire, me dit :

« **Monique** : Oh c'est rare. On le fait pas beaucoup.

Raphaël : Une fois par mois ?

Monique : Oh non ! Moins !

⁴⁰ Voir par exemple https://www.bfmtv.com/international/europe/republique-tcheque-un-hopital-realise-un-avortement-sur-la-mauvaise-patiente_AN-202404020588.html.

⁴¹ La HAS « considère que seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical » (2017 : 22).

Raphaël : Une fois par an ?

Monique : Moui... peut-être. » (Notes de terrain, avril 2022)

Dans le CIVG 1, qui reçoit plusieurs milliers d'avortantes par an, un service d'interprétariat a été sollicité trois fois en un an. Le recours à l'interprétariat professionnel est donc extrêmement rare dans ces trois centres – et plus largement à l'hôpital (Foubert, 2020 : 306).

D'autres travaux ont déjà montré l'effet de la « barrière de la langue » – expression émique qui sublime en obstacle objectif ce qui résulte d'une absence de prise en charge de la différence linguistique – sur les relations entre les professionnel·les⁴². Cette thèse, poursuivant le travail de Dorothee Prud'homme, en aborde les conséquences sur les patient·es, la qualité des soins pâtissant considérablement de la difficile intercompréhension, et plus encore auprès des avortantes allophones non anglophones.

Face à la « barrière de la langue », les médecins et sages-femmes en centre d'IVG mettent en place différentes stratégies. La première consiste à restreindre les méthodes proposées, en évitant celles qui nécessitent le plus de communication. Dans les CIVG 1 et 2, les avortantes allophones ne sont généralement pas autorisées à recourir à l'IVG instrumentale sous AL, faute de pouvoir communiquer facilement pendant l'opération⁴³. Dans le CIVG 2, elles ne sont pas non plus autorisées à recourir à l'IVG médicamenteuse à domicile faute de pouvoir en comprendre les consignes et précautions : « c'est hospitalisation obligatoire », me dit la sage-femme. Cette pratique de restriction des méthodes, relativement commune, m'est aussi décrite par plusieurs médecins interrogé·es en dehors des trois centres observés, à l'instar de Coraline (30 ans), une assistante de gynécologie médicale responsable d'un centre d'IVG, qui me raconte la prise en charge récente d'une avortante allophone récemment arrivée en France :

« **Coraline** : Du coup on l'a fait au bloc. Parce qu'on s'est dit, au moins, voilà, y'a pas le truc où elle saigne chez elle, qu'elle doit appeler s'il y a trop [de sang], puis de devoir la revoir... Là on fait le bloc, on vérifie, on pose un implant. Enfin, il y avait tout qui était cadré plus ou moins en une seule fois et c'était pas très grave si elle revenait pas à sa consult[ation] post-IVG. [...]

Raphaël : Raconte-moi un peu. Elle était de quel pays ?

Coraline : Alors elle, je crois qu'elle était... C'est horrible, je me souviens plus trop. Elle était *black*, mais elle parlait pas anglais. Donc c'était pas un pays qui parlait anglais. Et donc du coup il y avait vraiment zéro langue possible, quoi. Et en fait, elle venait de débarquer et elle connaissait personne (*souffle*). On n'avait pas trop compris si c'était quelqu'un qui... En

⁴² C'est le cas de Camille Foubert, qui a étudié l'effet de l'allophonie sur la division ethnoraciale du travail, les patient·es allophones étant orientées vers les professionnel·les qui parlent leur langue (2020 : 294).

⁴³ Il y a cependant un conflit de perspective entre les orthogénistes ou gynécologues qui réalisent l'aspiration et ne souhaitent pas que l'avortante soit éveillée, et les anesthésistes qui ne souhaitent pas endormir une avortante sans connaître ses antécédents faute de pouvoir communiquer.

plus elle était limite, elle était à... oui, elle était à 8 [semaines d'aménorrhée]. Je sais que c'était possible en méd[icamenteux], mais que c'était pas non plus trop long d'attendre la chir[urgicale] donc du coup, je crois qu'elle était à 8. Elle avait fait son pays-Italie-France, tu vois. J'avais pas compris si le rapport avait eu lieu en Italie ou dans son pays. Enfin bon voilà, c'était hyper... Quand on lui demandait les règles... Enfin bref, on a galéré. Franchement, je suis pas sûre qu'on ait bien compris le truc. C'est peut-être pour ça que je sais même pas d'où elle vient, parce que je suis pas sûre qu'on ait élucidé le truc, en fait. Et parce que pareil, sans papier, enfin, vraiment en mode, je débarque, quoi. Ça a été hyper compliqué. [...]

Raphaël : Et c'était sous anesthésie générale ?

Coraline : Ouais mais pareil, vraiment, on l'avait endormie mais on savait pas ses antécédents, enfin on comprend rien, quoi. Les anesthésistes, ils râlaient.

Raphaël : Et pourquoi pas locale ?

Coraline : Pour le coup, locale, c'est galère dans le sens où tu peux pas lui parler. Tu vois, en fait, si jamais elle a mal, qu'elle bouge, qu'elle saute. C'est pour ça qu'on avait... Parce que la locale, faut quand même... Même pour nous, c'est...

Raphaël : Vous utilisez jamais l'interprétariat ?

Coraline : Non. Ça marche pas.

Raphaël : Ah bon ?

Coraline : Enfin je te dis ça parce que on m'a dit que ça marchait pas, mais j'avoue faudrait que j'arrête de dire ça et que j'essaye. Ouais, faudrait que je commence par essayer. »
(Entretien du 11 février 2022)

Plutôt que d'organiser le recours à l'interprétariat, il apparaît plus simple aux médecins d'endormir l'avortante – malgré les risques opératoires accentués par la méconnaissance de ses antécédents médicaux – afin de ne pas avoir à expliquer le geste, à gérer les sensations corporelles et notamment la douleur que l'avortante ressent, ou à prévoir une consultation de contrôle, et afin de lui poser un implant sans avoir pu ni lui en expliquer le fonctionnement et les effets secondaires, ni lui proposer d'autres contraceptifs. Un autre effet défavorable aux avortantes de l'obligation de réaliser les IVG sous AG est le délai d'attente bien plus important que cela impose aux avortantes (Moisy, 2011).

Les autres manières de gérer la « barrière de la langue », à la différence de la restriction des méthodes, reposent sur le fait d'assurer une communication minimale. Il s'agit, d'abord, du recours à l'anglais lorsque les avortantes le parlent. Mais la maîtrise approximative de la langue par les avortantes et, surtout, par les professionnel·les – Laurence recourt aux mimes –, rend parfois leurs explications peu compréhensibles. « I'm just cutting the fil of the dispositif, please be distressed », dit Olivia (26 ans), l'interne de gynécologie du CIVG 1, souhaitant inciter l'avortante à se détendre alors qu'elle finit la pose d'un DIU⁴⁴. Delphine (27 ans), l'interne de médecine générale, prévient que les « sexual rapports » sont interdits après l'IVG. Salomé (31 ans), praticienne hospitalière d'anesthésie demande à une

⁴⁴ Un fil est attaché à la tige des DIU, permettant leur retrait. Les professionnel·les peuvent le raccourcir afin qu'il ne soit pas gênant.

avortante : « do you ever had IVG ? (*Elle se tourne vers moi :*) Mince, comment on dit IVG ? ». Elle me dira à la fin de la consultation d'anesthésie : « quand on parle pas la langue, on fait de la médecine vétérinaire ». Autrement dit, on en est réduit à traiter les avortantes comme on traiterait des animaux. Les méthodes sont présentées sommairement, les détails des prises en charge sont escamotés. Les notices d'information sur les différentes méthodes ou sur le parcours d'IVG, ainsi que les formulaires de recueil de consentement que doivent signer les avortantes, dans les trois centres d'IVG, ne sont rédigés qu'en français. J'assiste à des malentendus – au sens où l'emploie Sylvie Fainzang, d'un décalage dans la manière dont le ou la patient·e et le ou la médecin comprennent un terme ou une situation (2006a : 119) – dont les conséquences pénalisent l'avortante :

Une avortante noire, anglophone, de 24 ans, rencontre Olivia en consultation pré-IVG. L'interne lui présente les méthodes dans un mauvais anglais. L'avortante exprime son angoisse à l'idée de souffrir, mais Olivia comprend à tort que c'est la méthode de l'aspiration qui l'inquiète et lui prescrit l'IVG médicamenteuse – pourtant plus douloureuse que l'IVG sous AG. Elle présente l'entretien psychosocial avec la conseillère d'une manière qui laisse penser que c'est obligatoire, au même titre que les autres consultations du parcours (alors qu'elle précise que ça ne l'est pas lorsqu'elle fait la consultation en français). L'avortante botte en touche en disant « *later* », ce qu'Olivia semble interpréter comme étant une volonté de réaliser l'entretien. Une fois la consultation terminée, Olivia signale au secrétariat que l'avortante « veut » voir la conseillère. Cette dernière n'étant pas là aujourd'hui, l'entretien *et* la réalisation de l'IVG sont reportées à la semaine suivante. La secrétaire, embêtée de différer autant la prise en charge, demande : « Elle est ambivalente, c'est ça ? », à quoi l'interne répond : « Je sais pas mais elle voulait voir la conseillère. » (Notes de terrain, novembre 2021)

Ici, la mauvaise maîtrise de l'anglais de la médecin et l'absence d'interprète conduit à prescrire une méthode d'IVG à l'opposé des besoins de l'avortante et à retarder la réalisation de l'IVG.

La troisième manière courante de surmonter la « barrière de la langue » consiste à se servir d'un logiciel de traduction sur téléphone, comme j'y assiste plusieurs fois. Là encore, cela ne permet que de donner des informations sommaires en consultation, l'avortante n'a pas la possibilité de dire d'autres choses que ce qui lui est demandé, et cela se prête mal aux échanges au bloc opératoire :

Juliette, l'assistante de gynécologie médicale du CIVG 1 me raconte la prise en charge d'une avortante albanaise vivant dans un squat, à 13 SA. Elle vient en consultation pré-IVG accompagnée d'un interprète de Médecins du Monde. Elle est programmée pour une IVG sous AG. Quand elle revient sans son traducteur quelques jours plus tard pour réaliser la consultation d'anesthésie, la médecin, trouvant laborieux d'appeler un·e interprète téléphonique et refusant d'endormir l'avortante sans connaître ses antécédents médicaux, change la méthode pour l'IVG sous AL (qui ne nécessite pas la présence d'un·e anesthésiste et donc pas de consultation d'anesthésie). Le jour du bloc opératoire, à nouveau sans

interprète, l'avortante ne comprend pas qu'on ne l'endorme pas comme cela lui avait été expliqué lors de la consultation initiale. Juliette et les infirmières tentent de lui faire comprendre le changement et communiquent, lors de l'opération, par une application de traduction. L'assistante conclut : « C'était un énorme sketch. La patiente a beaucoup souffert. » (Notes de terrain, octobre 2021)

Enfin, il arrive que les médecins et sages-femmes sollicitent un·e accompagnant·e de l'avortante pour lui servir d'interprète (ou que l'avortante le propose d'elle-même). Il s'agit généralement du conjoint. Ce recours a cependant des inconvénients, à commencer par la moindre intimité que l'intervention d'un tiers procure. Surtout, dans des situations que j'ai observées, l'échange a pu se faire directement entre le ou la professionnel·le et l'accompagnant·e afin d'économiser le temps de la traduction, évinçant l'avortante de son propre avortement. C'est le cas lors de la consultation d'une avortante algérienne de 40 ans avec Sandrine (46 ans), la sage-femme du CIVG 1.

Constatant, lorsqu'elle vient la chercher en salle d'attente, que la femme parle mal français, Sandrine propose spontanément à son conjoint, qui l'accompagne, de servir d'interprète – sans en demander l'autorisation à l'avortante, sans proposer de recourir à un service d'interprétariat, ni de réaliser la consultation en anglais. Lors de la consultation, Sandrine donne toutes les explications en français, en s'adressant au conjoint. Celui-ci ne traduit pas une seule phrase à l'avortante – la sage-femme ne lui en laisse de toute façon pas le temps – et répond lui-même aux questions :

« **Sandrine** : Est-ce que vous avez déjà eu des IST ?

Conjoint : Non, non.

Sandrine : Le dernier frottis il remonte à quand ?

Conjoint : Pas de frottis.

Sandrine : Et en bas, en ce moment, ça vous brûle, ça vous gratte ?

Conjoint : Non, non. [...]

Sandrine : Vous avez déjà eu une IVG ici, ça s'était bien passé ?

Conjoint : Oui, oui. [...]

Sandrine : Vous voulez parler avec une conseillère ?

Conjoint : Non. »

Quand Sandrine demande quelle contraception l'avortante et son conjoint souhaitent, la femme, jusque-là muette, comprenant le mot « contraception », s'adresse à son conjoint en arabe. Il traduit : « La pilule, mais elle se plaint que ça lui fait des boutons ». La sage-femme, ne tenant pas compte de l'inconfort que l'avortante signale, sans proposer d'autres méthodes, lui donne une ordonnance pour la même pilule que celle qu'elle utilisait jusque-là. Elle commence à expliquer la méthode d'IVG, toujours sans que le conjoint ne traduise, quand celui-ci l'interrompt en disant que la consultation est trop longue, qu'il doit aller travailler et qu'il et elle savent comment ça se passe. Sandrine lui confie alors les documents d'information et le formulaire de recueil du consentement et met fin à la consultation. (Notes de terrain, décembre 2021)

Non seulement l'avortante ne peut pas confier des choses à la sage-femme dont elle ne souhaiterait pas que son conjoint soit au courant, mais elle se retrouve exclue de la consultation dont elle ne comprend que quelques mots et dans laquelle la sage-femme et son

conjoint ne lui laissent qu'une position de spectatrice passive (bien qu'une résistance ponctuelle émerge lorsqu'elle comprend le terme « contraception » et intervient). Elle ne bénéficie pas de conseils, qu'elle sollicite pourtant, visant à trouver une contraception plus adaptée.

La manière dont les médecins du CIVG 3 mènent les consultations laisse voir une attention plus grande à la compréhension des avortantes allophones. En témoigne l'interaction entre une avortante libanaise non francophone, son conjoint qui traduit, et Charlotte (40 ans). La généraliste s'adresse ouvertement à la femme (en la regardant elle), et non à son conjoint, et lorsque celui-ci répond aux questions directement, Charlotte insiste pour qu'il traduise. Elle le fait sortir quelques minutes et utilise une application de traduction pour vérifier auprès de l'avortante qu'il s'agit bien de sa décision, et lui demander si elle est victime de violences. Pour autant, pas plus que dans les CIVG 1 et 2 les médecins n'y recourent à l'interprétariat, les différents documents y sont, aussi, toujours en français, et les médecins qui pratiquent habituellement les IVG dans le cadre de grossesses de localisation indéterminée (GLI) se refusent à le faire aux avortantes allophones par crainte qu'elles comprennent mal qu'elles doivent impérativement réaliser un bilan de contrôle pour vérifier que l'avortement a marché et que la grossesse n'était pas extra-utérine.

Quelques avorteuses spécialistes travaillant dans d'autres centres, interrogées dans le cadre de l'enquête par entretiens, revendiquent de recourir à l'interprétariat professionnel téléphonique plusieurs fois par mois et s'insurgent contre la restriction des méthodes d'IVG pour les avortantes allophones. Pour Gaëlle (42 ans), médecin généraliste responsable d'un centre d'IVG, la mise en contact avec un interprète prend cinq minutes et ne nécessite pas d'anticipation particulière. Certain·es médecins des centres d'IVG enquêtés ignorent que ce service leur est accessible. D'autres invoquent le coût élevé du recours à l'interprétariat, tout en reconnaissant pourtant ne pas recevoir de pressions liées aux questions financières (« On pourrait, c'est vrai qu'on ne nous embête pas avec les sous », me dit Elisabeth, gynécologue-obstétricienne de la maternité 1). La plupart arguent du temps d'attente de quelques minutes que suppose la mise en contact téléphonique avec un·e interprète. Pourtant l'observation laisse voir des plannings de consultation éclaircis par les absences des avortantes aux rendez-vous (notamment post-IVG) et des consultations sur des créneaux larges au rythme modéré (dans les CIVG 2 et 3) plutôt que des médecins pris·es dans le *rush* de consultations courtes qui s'enchaînent frénétiquement. Il s'agit moins d'une réelle contrainte que d'une façon de justifier des manières de faire qui reposent en réalité sur le sens pratique et le suivi de routines. Si les médecins ne recourent pas à l'interprétariat c'est surtout, d'une part, parce qu'ils et elles n'en ont jamais pris l'habitude, et d'autre part, parce qu'invoquer la « barrière

de la langue » (et l'inscrire sur le dossier médical) est une manière de légitimer les libertés prises vis-à-vis de la loi et des recommandations, à commencer par le peu d'informations données et le non-respect du consentement des avortantes.

La plupart des avortantes non francophones sont des femmes migrantes étrangères résidant en France – les touristes n'ayant pas droit au remboursement de l'IVG, rares sont celles qui réalisent l'avortement sur le sol français. Dans les situations observées, il s'est agi quasi-intégralement d'avortantes racisées, originaires de pays d'Afrique ou de Roumanie. Les femmes racisées subissent à la fois une discrimination directe – traitements préférentiels pour les avortantes blanches, pouvoir exercé de manière plus brutale à leur encontre, restriction du choix des méthodes et de l'information délivrée – dans le CIVG 1⁴⁵, et, quand elles sont allophones, une discrimination indirecte dans les trois centres. La discrimination en actes n'a pas besoin de s'accompagner d'une discrimination dans les discours, ni même dans les représentations. Il y a des logiques de classements qui ne donnent pas lieu à des différences de traitement (par exemple, l'identification d'avortantes ambivalentes ou recourant plusieurs fois à l'avortement dans le CIVG 3) comme, à l'inverse, il y a des différences de traitement qui ne s'ancrent pas dans des différences de représentations. La discrimination indirecte des allophones ne résulte pas des représentations culturalistes des professionnel·les mais dégrade encore davantage la prise en charge des avortantes racisées.

L'analyse de la production médicale des inégalités de santé gagne à adopter une perspective intersectionnelle, attentive aux discriminations spécifiques produites à l'intersection des rapports de pouvoir (Crenshaw, 1991). L'approche initiée par Kimberlé Crenshaw permet de saisir comment les rapports de pouvoir – en particulier de genre, race et classe – se recomposent plus qu'ils ne s'additionnent mécaniquement. Elle est mobilisée de manière féconde quoiqu'encore rare en sociologie de la santé (Foubert, 2020 ; Carde, 2021b ; Koechlin, 2021). L'analyse de la prise en charge des avortantes racisées en montre l'intérêt : parce qu'elles sont et femmes, et racisées, elles font l'objet d'une domination médicale particulièrement forte, fruit de processus de catégorisations spécifiques hérités de l'histoire coloniale et de la dégradation de la position de classe par la race (la pauvreté, réelle ou supposée, des avortantes devient un obstacle au choix de la méthode quand elles sont racisées). Les analyses précédentes ont par ailleurs montré que les effets de la position dans les différents axes de pouvoir ne se superposent pas : ce ne sont pas les mêmes logiques de catégorisation, ni tout à fait les mêmes manières d'être (mal)traitées. J'ai par exemple évoqué l'ambivalence du rapport d'âge dans le cadre de la demande d'IVG.

⁴⁵ Je n'ai pas assisté à assez de consultations dans le CIVG 2 pour savoir si c'est le cas ou non dans ce centre.

Cependant, si la domination médicale ne s'exprime pas de la même manière selon les rapports de pouvoir qu'elle croise, un résultat important de mon enquête est que ces rapports sont aussi, dans une certaine mesure, substituables et additifs. L'analyse de la prise en charge des « Africaines », tout en montrant des logiques propres de domination que les femmes racisées subissent (et on pourrait, avec un grain plus fin, distinguer les logiques de domination différentes au sein du groupe des avortantes racisées), en laisse voir l'homologie avec celles que subissent les « cassos », les « psy » ou les « récidivistes ». Au-delà de leur singularité, il est frappant de noter que l'occupation des positions dominées a des effets non-spécifiques et cumulables. *Non-spécifique* car il y a une communauté existentielle de la domination subie : les avortantes considérées par les professionnel·les comme pauvres, « psys » ou étrangères ont en commun de moins souvent bénéficier de passe-droits ni du pouvoir de choisir leur méthode d'IVG ou de contraception, de plus souvent être la cible de mensonges ou de traitement brutaux de la part des médecins ou des professionnelles subalternes. Elles sont d'ailleurs confondues dans le terme générique, péjoratif, de « population », très utilisé par les professionnelles du CIVG 1. L'occupation des positions dominées a aussi des effets *cumulables* dans la mesure où les plus mal traitées et maltraitées sont celles qui sont très dominées sur un seul axe de pouvoir – celles qui sont à la fois noires et étrangères ; qui appartiennent aux franges les plus précaires des classes populaires ; qui ont avorté, non pas deux ou trois fois mais huit ou neuf (les *très* mauvaises avortantes), etc. – ou celles qui cumulent différentes positions dominées. Ce sont, par exemple, les femmes racisées *et* pauvres, celles qui demandent l'IVG au délai limite *et* sont considérées comme « psy », celles qui avortent plusieurs fois *et* sont de classes populaires.

C. Observer (passivement) la domination : de la méthodologie à l'épistémologie

À ce stade du manuscrit, il faut s'arrêter sur certaines implications méthodologiques et épistémologiques de l'observation de la domination (médicale) en actes. J'ai évoqué en début de thèse mon entrée relativement « facile » sur le terrain. Confronté à certaines pratiques de pouvoir et prises en charge discriminatoires, à la souffrance qu'elles peuvent produire, c'est de rester sur le terrain qui s'est avéré difficile.

Un matin, sur le terrain, je craque. Je viens de voir Olivia, l'interne du CIVG 1, mentir à une femme victime de viol pour que celle-ci se résigne – dévastée – à attendre que la grossesse se développe avant de réaliser l'avortement (afin qu'elle soit visible à l'échographie), puis refuser la demande d'IVG d'une autre femme, victime de violences

conjugales, parce qu'elle est à deux jours du délai limite et qu'il s'agit d'une « cassos »⁴⁶. Je sors de la salle de consultation, je m'enferme aux toilettes, je pleure. D'empathie pour ces femmes dont les vies s'effondrent sous un arbitraire médical, et d'indignation face à la désinvolture et le détachement d'Olivia dont les propos et décisions ne sont pas un instant remises en cause par des femmes qui se fient à elle. Ces deux consultations ne sont pourtant que deux scènes tout à fait banales de domination médicale comme j'en ai alors déjà vu des dizaines, mais justement, après quatre mois de présence quotidienne dans le CIVG 1, je ne le supporte plus. Je reprends contenance – *poker face* –, je sors. Je m'applique à sourire à l'interne. Elle semble satisfaite de sa matinée de travail. Je me fais violence et, la boule au ventre, m'impose de rester sur le terrain cet après-midi-là, par rigueur professionnelle, pour consigner tous les échanges dans l'équipe auxquels ces consultations pourraient donner suite : ces moments, pour tragiques qu'ils soient, constituent un matériau de premier ordre. Comme me le disait entre deux sanglots une femme que j'ai un jour guidée dans les couloirs labyrinthiques de l'hôpital vers sa consultation de suivi de grossesse – elle venait tout juste de se voir refuser l'avortement, ayant dépassé le terme limite – « au moins vous n'aurez pas perdu votre temps », ce en quoi elle avait tout à fait raison. Les jours qui suivent, ma présence dans le service est une souffrance, ma patience est à bout, mon équilibre émotionnel précaire, menacé par tout ce qui me semblait relever d'un nouvel abus de pouvoir médical. Je quitte le terrain, quasi définitivement – je n'y réaliserai que quelques jours d'observation complémentaires, plusieurs semaines plus tard – et de manière anticipée par rapport à mon plan initial.

J'ai analysé ce burn out ethnographique et certains des enjeux du « travail émotionnel de terrain » dans un article (Perrin, 2023b). J'y traitais notamment des enjeux éthiques de la confrontation à des situations de domination sur le terrain : comment agir en tant qu'observateur·ice de violences lorsque celles-ci ne prennent pas des formes déviantes mais qu'elles sont institutionnalisées et normalisées ? Lorsqu'Isabelle Clair écrit qu'il peut sembler « inacceptable » de ne pas intervenir lorsqu'un·e chercheur·se est témoin de violences, elle décrit des phénomènes dont la qualification comme violence est plus répandue que la plupart de celles que j'observe, notamment « des violences physiques, psychiques ou sexuelles à l'encontre de filles/femmes » (Clair, 2016b : 78). De même lorsque Nicolas Jounin (2009) dénonce à l'inspection du travail une agence d'intérim qui refuse de payer ses salariés (cet exemple est commenté par Anne-Marie Arborio et Pierre Fournier évoquant les possibilités d'intervention des sociologues sur le terrain (2021 [1999] : 92)). Comment faire lorsqu'il s'agit d'une manière d'interpréter la loi, de mesurer le terme de la grossesse, de privilégier un

⁴⁶ Il s'agit des deux consultations successives rapportées en ouverture de la thèse.

protocole plutôt qu'un autre ? Certains des comportements qui ont pu me sembler violents ne relèvent absolument pas d'une déviance au regard des normes légales ou professionnelles (à l'échelle nationale comme locale). Dans cet article, j'abordais également certaines questions méthodologiques que pose l'observation de la domination : bien que l'hôpital n'apparaisse pas *a priori* comme un terrain difficile (Rodgers, 2007 ; Avanza, 2008), comment développer des relations d'enquête fructueuses lorsque les enquêté·es sont des dominant·es et que le chercheur ou la chercheuse doit dissimuler, au moins partiellement, ses opinions et émotions ? Comment assurer sa sécurité émotionnelle en tant que chercheur·se, *a fortiori* – mais pas seulement – précaire ou dominé·e⁴⁷ selon différents rapports de pouvoir ?

Ce sont plutôt les enjeux épistémologiques de l'implication émotionnelle sur le terrain que je souhaite détailler ici, c'est-à-dire, non plus ce que cette implication permet ou menace dans la production des données (à commencer par la capacité à poursuivre le terrain), mais ce qu'elle fait aux données, en particulier l'outil qu'elle peut constituer pour leur analyse.

Les émotions du terrain sont d'abord un instrument du travail de réflexivité et d'auto-analyse de l'engagement plus ou moins intense du chercheur ou de la chercheuse dans son objet. Les « vertiges » (Clair, 2022b) ou le « malaise » (Le Renard, 2019) rendent manifestes les dispositions incorporées. Impossible de croire à sa position surplombante, de se laisser prendre à l'illusion d'objectivité totale quand on se voit pleurer dans les toilettes. Les émotions de la chercheuse ou du chercheur le situent, rendant visibles ses représentations et conceptions morales. Elles n'agissent donc pas tant comme biais que comme rappel de la position située d'observation : on fait toujours du terrain à partir d'un certain « point de vue » (Haraway, 1991 ; Harding, 1991 ; Puig de la Bellacasa, 2003).

Ensuite, les émotions ethnographiques sont un outil d'analyse non seulement réflexive, mais de l'objet empirique lui-même dès lors qu'on adopte une perspective comparative. Pour Anne-Marie Arborio et Pierre Fournier, la confrontation des systèmes de références des enquêté·es et du chercheur ou de la chercheuse « transplantée » dans un univers différent du sien entraîne un « frottement », un « désajustement », vécu par l'ethnographe, qui peut être révélateur (Arborio et Fournier, 2021 [1999] : 61, 62). Ce frottement n'est pas seulement cognitif, il ne s'agit pas que de manières de penser, mais bien de sentir. Si éprouver n'est pas prouver (Laé, 2002), le décalage entre les émotions ressenties sur le terrain et celles exprimées, par leurs mots ou par leur corps, par les enquêté·es, peut signaler une différence dispositionnelle. L'apathie d'Olivia (apparente et dont témoigne le fait qu'elle n'en parle pas outre un rapide débrief en salle de pause) lorsqu'elle retarde ou refuse la demande d'IVG des deux femmes évoquées plus haut, parce qu'elle détonne avec le trouble que je ressens, est un

⁴⁷ Ce qui n'est mon cas que sous l'angle du statut d'emploi ou de l'âge.

élément de preuve de la désensibilisation opérée par la socialisation médicale – ainsi que sans doute, symétriquement, de la sensibilisation entraînée par ma propre socialisation. Si l'apprentissage du métier de sociologue, du moins tel que je le pratique, suppose notamment d'aiguiser son regard, et peut-être sa sensibilité, pour saisir des rapports de pouvoir, l'apprentissage du métier de médecin suppose, lui, une capacité à ne pas être trop empathique, à ignorer, au moins partiellement, la souffrance des patient·es, y compris celle que cause le ou la médecin elle-même⁴⁸.

Dès lors qu'elle est objectivée et analysée, l'implication émotionnelle du chercheur ou de la chercheuse ne représente pas un obstacle épistémologique (méthodologique, c'est autre chose – ne serait-ce que sous l'angle de la capacité à être sur le terrain). Au contraire, en considérant que ce que me fait mon terrain *est du terrain*, l'attention aux émotions ressenties peut s'avérer féconde, en particulier dans le cadre d'une sociologie réflexive de l'incorporé et de l'incorporation. Cela suppose de reconnaître que l'ethnographe est non seulement situé·e, mais qu'il ou elle cherche nécessairement avec son corps, c'est-à-dire « à partir du corps (from the body) comme sujet socialement constructeur du monde et siège de la connaissance tacite et pratique » (Wacquant, 2023 : 196)⁴⁹.

Dans mon cas, les sentiments décrits de tristesse et de colère ont été caractéristiques d'un moment, relativement circonscrit, du travail de thèse. Ils ont surtout eu cette virulence lors du premier terrain (CIVG 1), plus long et plus dense en observations que le second terrain (CIVG 2), et où les pratiques de pouvoir sont plus fréquentes que dans le troisième (CIVG 3). L'intelligence des logiques d'action des enquêté·es, croissante à mesure que l'analyse progressait, a ensuite rendu possible une approche plus compréhensive. Ce premier moment de la recherche, et la façon dont l'ethnographie m'a affecté, ont sensiblement contribué à clarifier l'enjeu théorique de ma thèse : la domination médicale.

Conclusion de chapitre

« L'histoire du traitement médical des pathologies liées à l'avortement porte à jeter un regard critique sur la réalité de l'universalisme, de la laïcisation et de l'homogénéité territoriale du service public » (Cahen, 2016 : 361, 362).

⁴⁸ Des travaux étudient le processus de socialisation émotionnelle des médecins. Ceux de Kelly Underman montrent par exemple le développement du cynisme et de la dépersonnalisation des patient·es comme une réponse à la confrontation à la souffrance et à la mort, et analyse la compétence comme une émotion qu'il s'agit d'apprendre à ressentir et à performer (2022).

⁴⁹ C'est aussi ce qu'a fait Julie Pagis dans son enquête sociohistorique sur la domination charismatique exercée au sein d'un groupe de militant·es maoïstes dans les années 1970. Elle raconte sa propre fascination, par archives interposées, pour leur chef, et la manière dont la colère et l'aversion, en découvrant peu à peu la violence de sa domination, lui ont permis de se déprendre de son charisme et de comprendre le phénomène de prise et de déprise qu'ont connu ses enquêté·es (2024 : 305-308).

Le constat que fait Fabrice Cahen des traitements violents et vexatoires dont ont surtout fait les frais, avant la dépénalisation de l'avortement, les femmes issues des « catégories les plus dominées en termes de statut social, de niveau économique et d'âge », peut être conjugué au présent. Dans la suite des travaux portant sur la production médicale des inégalités de santé, ce chapitre a montré l'accès différencié des femmes à l'avortement au sein d'un même centre d'IVG. La capacité des médecins à contrôler les modalités des soins leur permet de personnaliser les soins, alors que la loi ne prévoit pas de variation de la prise en charge autre que le choix de la méthode et de l'entretien par les avortantes. Les « bonnes » avortantes qui respectent la norme abortive, ainsi que celles dont la « valeur sociale » plus élevée motive les professionnel·les à se mobiliser pour elles et dont la conscience de cette « valeur sociale » pousse à demander des traitements de faveur, ont plus de chance d'accéder à l'avortement, et d'y accéder rapidement. Cette différence d'accès ne doit cependant pas être exagérée : la marge de manœuvre des professionnel·les est restreinte (on ne peut refuser une avortante dans les délais ou accepter hors délai que si le terme est proche du seuil limite) et l'effet des caractéristiques sociales identifiées n'est pas mécanique.

En revanche, l'effet s'avère massif sur la manière dont les professionnel·les interagissent avec les avortantes. Les médecins contrôlent davantage, et plus visiblement, les modalités des soins lorsque les avortantes occupent une position dominée dans les rapports de genre, de classe, de race ou d'âge ou que les médecins identifient un trouble mental. À la fois parce qu'ils et elles les jugent moins capables de prendre des décisions éclairées dans leur propre intérêt, et parce que la distance sociale autorise des formes explicites et brutales de domination médicale. Autrement dit, quand la domination médicale croise les autres rapports de pouvoir, les médecins n'ont pas besoin de faire semblant que l'interaction est égalitaire, l'obéissance des patient·es peut se fonder plus ouvertement sur la contrainte plutôt que sur l'adhésion. Les inégalités face à la maladie résultant de l'interaction avec l'institution médicale sont sans doute relativement marginales par rapport à celles liées à l'usure des corps au travail, aux modes de vie et au (non) recours aux soins (Fassin, 2010 : 416, 417)⁵⁰, et la différenciation des prises en charge dans l'avortement en particulier n'a pas non plus les conséquences en termes de vie ou de mort qu'elle peut avoir dans d'autres domaines de la médecine (la chirurgie du cancer par exemple)⁵¹. Mais au fond, la domination médicale et la différenciation des pratiques qu'elle rend possible font bien plus que créer des différences

⁵⁰ Comme le souligne Anne Paillet, il se pourrait cependant que l'impact de la différenciation des pratiques médicales sur les inégalités sociales de santé, encore peu étudié, soit sous-estimé (2016 : 184, 185).

⁵¹ L'existence de ces femmes n'en est pas moins bouleversée par l'arrivée, ou non, d'un·e enfant non souhaité·e. On peut également souligner, au-delà de facteurs psychologiques, l'intérêt sanitaire à avorter plus rapidement, les risques de complications de l'avortement s'accroissant avec le terme de la grossesse.

d'accès aux traitements. Aux côtés d'autres institutions comme l'école, l'Eglise, la police ou la justice, la médecine contribue au processus de production et d'intériorisation des hiérarchies sociales. Elle n'est pas une simple courroie de transmission de rapports de genre, de classe, de race ou d'âge qui la dépassent, mais participe à les former, d'une part, en faisant de différences des marqueurs signifiant de supériorité ou d'infériorité, d'autre part, en y socialisant les patient·es. Dans le cadre de l'avortement, elle distingue les femmes qui sont dignes de respect et laissées maîtresses de leur existence, de celles qui doivent s'en remettre aux médecins, accepter l'asymétrie et les maltraitances qu'elle autorise pour être soignées : les femmes qui s'éloignent de la féminité hégémonique, les femmes racisées, étrangères, celles qui appartiennent aux fractions les plus précaires des classes populaires, celles que les médecins jugent « psy ». Approcher la question des inégalités de santé à partir d'une sociologie de la domination nous a amené·es à considérer non pas seulement ce que l'ordre social fait à la médecine – comment les inégalités sociales se répercutent dans l'accès aux soins –, mais bien, aussi, ce que la médecine fait à l'ordre social – comment la domination médicale institue et reproduit les inégalités sociales.

Il faut garder à l'esprit que, même pour les patient·es les plus dominé·es, la domination médicale ne s'exerce pas gratuitement – elle n'est pas tyrannique – mais bien en contrepartie d'un soin. Que les professionnel·les reproduisent, amplifient ou créent des inégalités ne veut pas dire qu'ils et elles ne soignent pas, ne fournissent pas un service utile ou essentiel, ne sont pas investi·es dans leur travail, ni qu'ils et elles discriminent activement ou souhaitent restreindre l'accès à l'IVG. Du fait de la dépendance institutionnalisée des profanes envers les médecins, ces dernier·es sont indispensables à l'accès aux soins autant qu'ils et elles participent à produire certaines des inégalités de santé.

Leur rôle dans la production des inégalités de santé et, plus largement, sociales, doit cependant être affiné. La part qu'ils et elles y prennent varie selon leurs dispositions et leur position dans l'espace professionnel. S'il vaut globalement mieux avorter au CIVG 3 que dans les deux autres centres enquêtés, cela est d'autant plus vrai pour les avortantes qui s'éloignent de la norme abortive ou qui occupent des positions dominées dans les différents rapports de pouvoir, étant donné qu'il semblerait que les médecins, selon leur socialisation politique, différencient moins les soins selon les avortantes. Par ailleurs, certaines pratiques peuvent participer à l'inverse à réduire les inégalités sociales : orienter des avortantes vers l'assistante sociale pour une ouverture de droits, proposer des examens médicaux à des femmes qui n'ont par ailleurs qu'un mauvais accès aux soins, mettre en avant des normes de conjugalité plus égalitaires, donner des ressources aux femmes victimes de violences, etc. Il ne faut certes pas en exagérer ni la dimension subversive, ni la portée : je n'ai assisté à de tels

échanges que très rarement et presque uniquement dans le CIVG 3. Mais cela laisse voir qu'une médecine plus favorable aux dominé·es est possible.

La mise en évidence de la domination médicale, notamment dans ses manifestations les plus brutales ou contraignantes, interroge : pourquoi des médecins, *a fortiori* des femmes, favorables au droit à l'avortement, parfois jeunes et féministes, parfois critiques du pouvoir médical, restreignent l'accès à l'IVG, en imposent les modalités aux avortantes, différencient l'accès de manière discriminatoire ? Les chapitres qui précèdent ont posé les jalons d'une analyse de la *libido dominandi* des médecins. Ils et elles cherchent à contrôler leur travail dans un sens qui leur semble souvent favorable aux femmes, qui leur semble plus valorisant professionnellement, qui leur permet de simplifier leurs conditions de travail ou qui réponde à des contraintes logistiques et organisationnelles. Mais il manque un élément important de compréhension. Les médecins dominant comme ils et elles soignent : au sens pratique, en grande partie. Le chapitre suivant portera sur la socialisation médicale pensée comme un processus d'incorporation de dispositions à la domination.

Chapitre 9 : La socialisation médicale : apprendre la domination

Près d'un an après la fin des dernières observations réalisées dans le CIVG 1, je réalise un nouvel entretien avec Olivia (26 ans), la gynécologue médicale dont j'ai suivi le début du stage d'internat dans le service. J'évoque une scène, à laquelle j'ai assisté, où il lui a été reproché de ne pas assez s'imposer aux avortantes. En effet, me dit-elle, elle a appris à « forcer » les femmes à réaliser un entretien psychosocial avec la conseillère. À ce moment d'avancement de la thèse où je n'ai plus d'enjeu d'intégration au terrain et où je ne cherche plus à contrôler l'effet de ma présence sur les pratiques des enquêtées, je m'autorise à lui dire que présenter l'entretien comme « obligatoire » me semble « *border* » par rapport à la loi qui, pour rappel, l'a rendu optionnel depuis 2001. Elle acquiesce : « Bah ouais, moi aussi ». Si elle n'a pas de réticences lorsqu'il s'agit de forcer les femmes à faire un examen qu'elle juge « intellectuellement et médicalement utile » comme un frottis, me dit-elle, rendre incontournable un acte dont elle doute de l'intérêt ne correspond pas à son « idéal de médecine », et elle le fait avant tout parce que ses chef-fes le lui demandent. Elle ajoute qu'une fracture de la jambe la rendant incapable de travailler l'a soulagée de ce conflit éthique en anticipant de quelques semaines de la fin de son stage (Entretien du 19 décembre 2022).

La situation d'Olivia, que je détaillerai plus avant dans le chapitre, est révélatrice de la crise dispositionnelle – *i.e.* des tensions résultant du décalage entre les dispositions d'un individu et celles que requièrent une situation (Lahire, 1998) – à laquelle font face certain·es étudiant·es en médecine à mesure que l'enseignement théorique laisse la place à l'enseignement pratique. Alors que le code de déontologie auquel Olivia a été initiée garantit le respect du « consentement libre et éclairé » des patient·es, elle est amenée, dans la pratique, à apprendre à s'imposer aux avortantes. C'est ce processus d'apprentissage qu'il s'agit d'étudier ici.

Dans l'histoire de la sociologie, la profession médicale a été utilisée comme le cas d'étude idéaltypique de la socialisation professionnelle (Darmon, 2006 : 77). La socialisation médicale, indissociablement scolaire et professionnelle, est un processus massif et enveloppant : l'apprentissage de la médecine est long, il se déroule dans une institution relativement close (l'hôpital), il suppose une implication subjective et objective – un temps d'étude et de travail (Garcia *et al.*, à paraître) – particulièrement importante car faire médecine, *a fortiori* au moment des concours, c'est d'une certaine manière ne faire (presque) que ça. Elle consiste, les fonctionnalistes comme les interactionnistes étatsunien·nes l'ont montré, en la transformation du profane en médecin, *via* l'intériorisation des normes constitutives de la « culture médicale » (Merton *et al.*, 1957) ou *via* une succession de moments d'initiation et de conversion opérant le « passage à travers le miroir » (Hughes,

1955). Pour Robert Merton, le processus de socialisation qui a lieu à la faculté de médecine a pour fonction d'apprendre aux étudiant·es à « devenir médecins », en conciliant des injonctions contradictoires qui définissent le « rôle médical » : passer le plus de temps possible au chevet des patient·es *et* se tenir informé·e des dernières avancées de la médecine, faire preuve d'empathie *et* ne pas s'impliquer émotionnellement auprès de ses patient·es, etc. Critique de cette approche jugée spéculative, une équipe d'interactionnistes, dans l'ouvrage *Boys in white*, réalise auprès d'étudiant·es une enquête qui n'analyse pas les buts officiels de l'instance de socialisation et son résultat final (supposé), mais la socialisation au contact des pair·es, processus évolutif et discontinu selon les différentes étapes de la formation (Becker *et al.*, 1997 [1961]). Anne-Chantal Hardy (2013), à partir de l'étude des cours dispensés aux étudiant·es lors des six premières années de médecine, prolonge ces deux perspectives en s'intéressant à la manière dont l'apprentissage de connaissances abstraites façonne la représentation que les médecins ont du corps, de la maladie et de la médecine, c'est-à-dire de « l'objet de leur travail », relativement autonome de la demande qui leur est faite par un·e patient·e. D'autres travaux les complètent, plus attentifs au moment de l'apprentissage par la pratique : en analysant les remplacements en cabinet libéral comme un moment critique de la socialisation des médecins généralistes qui se réalise pourtant hors de l'institution hospitalo-universitaire, esquissant ainsi la diversité des socialisations professionnelles selon la spécialité médicale (Baszanger, 1981) ; en montrant la transmission de la culture professionnelle des aîné·es aux internes en pédiatrie lors de stages en service de réanimation, qui conduit à la production d'approches morales « de médecin » (Paillet, 2007 : 197, 198) ; ou en étudiant la matrice de socialisation chirurgicale, qui repose sur le renforcement des dispositions socialement construites comme masculines (Zolesio, 2012).

La socialisation médicale (ainsi que son articulation aux autres instances de socialisation) est un champ de recherche qui reste encore à explorer, et ce chapitre vise à en éclairer un aspect particulièrement peu étudié : l'intériorisation d'une position de domination et l'incorporation de manières de faire (faire) et de (se) penser qui en découlent. Les médecins enquêté·es inventent des lois, menacent de séquelles physiques exagérées, prétendent que des examens médicaux sont obligatoires, retardent l'accès aux soins voire bousculent les avortantes dès lors qu'ils et elles l'estiment bon ou, simplement, le souhaitent. Devenir médecin ne suppose pas seulement d'apprendre des gestes techniques et d'accumuler des connaissances, ni de contrôler les émotions qu'il faut exprimer ou non selon les contextes professionnels (Crowe et Brugha, 2018 ; Underman, 2022). Ce chapitre montre que devenir médecin, c'est aussi apprendre des manières d'exercer un pouvoir et acquérir le sentiment de sa légitimité à le faire.

« Attraper » une disposition, c'est-à-dire la repérer et la décrire, suppose une opération scientifique et non seulement une déduction mécanique à partir du discours qu'un·e enquêté·e tient sur lui ou elle-même (Darmon, 2019). Muriel Darmon propose trois techniques que je mobiliserai dans ce chapitre pour appréhender les dispositions : par les transformations, par les conflits et luttes internes, par la comparaison. La transmission des dispositions médicales à la domination n'est pas automatique, elle suppose un processus de socialisation que l'observation de l'arrivée et de l'intégration des entrant·es dans le centre d'IVG, à commencer par les internes, permet de saisir sur le vif. Il ne s'agit donc pas d'analyser seulement le système dispositionnel médical d'ensemble, achevé, mais, à partir de l'étude empirique précise et comparative à l'échelle des individus, de saisir ses modalités concrètes de production.

Pour comprendre l'exercice du pouvoir par les médecins, ce chapitre fera un détour par l'analyse de l'action médicale, en défendant l'idée que le travail médical obéit à des logiques pratiques relevant d'habitudes et de schèmes incorporés autant que de délibérations réflexives (I.). Les pratiques de pouvoir n'y font pas exception : elles résultent de dispositions incorporées et actualisées dans la pratique, et il est possible d'objectiver le processus de socialisation au paternalisme des internes dans le centre d'IVG (II.). Là où les travaux portant sur la socialisation médicale soulignent généralement sa dimension uniformisante, ce chapitre s'intéresse également à la complexité dispositionnelle des médecins résultant de la diversité *des* socialisations médicales et de leur interaction avec des socialisations non professionnelles, à l'origine des critiques médicales et des variations pratiques de l'exercice du pouvoir (III.). Enfin il ouvre l'analyse à la socialisation médicale des profanes, en considérant leur processus d'intériorisation d'une position dominée dans le rapport de domination médicale et ses effets sur la relation médecin-patient·e (IV.).

I. (Dé)raison médicale : soigner au sens pratique

À quelles logiques d'action le travail médical obéit-il ? Commençons par examiner une pratique commune aux médecins et sages-femmes des CIVG 1 et 2, qui refusent de pratiquer des IVG instrumentales avant sept semaines d'aménorrhée (SA), même quand la grossesse est bien localisée, prenant des libertés vis-à-vis de la loi et des recommandations des autorités de santé. Si la datation de la grossesse indique un terme plus précoce, les avortantes doivent attendre. C'est le cas de Mme C., une avortante de 33 ans, blanche, qui réalise une consultation pré-IVG avec Laurence (65 ans). Après avoir rempli le dossier médical et fait l'échographie, la gynécologue médicale demande :

Laurence : Vous avez une idée de la méthode ?

Mme C. : Oui, par aspiration.

Laurence : Houlà... On est très tôt là, il va falloir attendre longtemps ! Vous êtes sûre ?

Mme C. : Oui.

Laurence : Bon. Mais il va falloir revenir faire une écho.

Mme C. : Parce qu'il y a un terme minimal ?

Laurence : Oui. Quand c'est trop petit il y a un risque de passer à côté de la grossesse ou d'abimer l'utérus. Là il va falloir attendre au moins 15 jours, mêmes trois semaines. On est le 6 ? Après Noël ce serait bien. » (Notes de terrain, décembre 2021)

Celles qui ne souhaitent pas attendre doivent choisir la méthode médicamenteuse. Certaines expriment pourtant une forte préférence pour l'instrumentale. Mme O., une femme blanche de 38 ans ayant deux enfants, réalise sa première IVG dans le CIVG 2. Elle a fait une hémorragie de la délivrance lors de son dernier accouchement et a « cru mourir ». Elle se dit terrorisée à l'idée de faire une IVG médicamenteuse dont le déroulement lui rappelle l'accouchement. Dès le début de sa consultation avec Laure (52 ans), elle prévient qu'elle souhaite une IVG instrumentale. La sage-femme lui demande la date de ses dernières règles : moins de cinq semaines plus tôt.

« **Mme O.** : Même sur un début de grossesse on peut faire une aspiration ?

Laure : Oui, mais on attendra. Parce que si c'est trop tôt on risque de la louper. On attend six semaines et demie. Ça m'est arrivé de programmer une aspiration tôt, pour rendre service à une patiente, et la grossesse a continué. Donc je le fais plus.

Mme O. s'inquiète, affirmant qu'elle ne peut pas attendre car elle a des nausées « atroces », handicapantes. Laure répond qu'elle va lui prescrire du vogalène. Mme O. dit qu'elle en a pris et que ça n'a pas marché.

Laure : Après, il faut essayer de respirer. Et vous dire que ça n'est pas écrit sur votre visage que vous avortez. (*En tendant une ordonnance du vogalène :*) Vous en prenez deux par jour. Après, on est sûr de faire l'interruption ? [C'est la troisième fois qu'elle demande, malgré l'affirmation de la patiente]

Mme O. : Oui, oui, c'est bon, c'est sûr. Mais j'aimerais vraiment que ce soit rapide. C'est quoi les délais ?

Laure : Ça va dépendre de l'échographie.

L'échographie confirme la datation de la grossesse (moins de 5 SA). Laure répète qu'on doit attendre deux semaines pour faire une IVG instrumentale. Mme O., partagée entre sa peur panique de l'IVG médicamenteuse et la perspective de passer deux semaines à subir les nausées de la grossesse, choisit finalement l'IVG médicamenteuse. » (Notes de terrain, mai 2022)

Pour retarder l'accès à l'IVG (jusqu'à trois semaines) ou contraindre le choix de la méthode d'une aussi large part des avortantes, sans doute les médecins et sages-femmes ont-elles et ils de bonnes raisons. Laurence et Laure évoquent le « risque de passer à côté de la grossesse ». Le risque d'échec de la méthode instrumentale est en effet plus important pour des grossesses précoces : l'embryon mesurant moins de cinq millimètres, il est possible de croire avoir aspiré le sac gestationnel alors que celui-ci est toujours dans l'utérus. Cependant,

le risque d'échec reste toujours plus faible que celui de la méthode médicamenteuse (ANAES, 2001 ; HAS, 2010)¹ : les avortantes qui souhaitent initialement une IVG instrumentale doivent donc attendre pour que le risque d'échec diminue... ou choisir une méthode moins efficace. Il s'agit bien d'une décision médicale « absurde » – ainsi que Christian Morel désigne une action persistante et radicale contre le but recherché par l'individu qui la met en œuvre (2014 [2002] : 65) –, dont les conséquences potentiellement dramatiques ressortent particulièrement de certaines situations :

Une avortante turque est reçue par Juliette (30 ans), l'assistante de gynécologie médicale du CIVG 1. Elle dit être régulièrement battue par son mari. Elle lui cache la grossesse et l'avortement, ce qui devient de plus en plus difficile en raison des violentes nausées qui la prennent depuis une semaine. Elle souhaite recourir à l'IVG instrumentale sous anesthésie locale (AL) afin d'avorter en quelques heures à l'hôpital, rejetant la méthode médicamenteuse qui suppose l'expulsion du fœtus à un moment difficile à prédéterminer et des saignements durant parfois plusieurs jours après l'avortement, qu'elle juge donc trop peu discrète. L'assistante date la grossesse à 5 SA et refuse de la programmer pour une IVG instrumentale avant deux semaines, au nom de l'« augmentation des risques de complications ». L'avortante choisit alors l'IVG médicamenteuse, malgré ses craintes. (Notes de terrain, décembre 2021)

L'intérêt des femmes sert de justification à des décisions médicales non seulement paternalistes – puisque les avortantes ne peuvent pas décider d'accepter ce risque d'échec légèrement augmenté en raison d'autres considérations – mais contre-productives – puisque le choix de la méthode médicamenteuse expose l'avortante à la violence de son conjoint *et* aboutit à une augmentation du risque d'échec de l'avortement. Plusieurs mois après la fin de l'ethnographie, j'écris à Juliette pour lui demander la raison de cette norme pratique interdisant le recours à l'IVG instrumentale avant 7 SA – cela m'interroge alors d'autant plus que je sais désormais que cette pratique, répandue, n'est pas généralisée. Elle me répond par SMS :

« En fait je suis même pas sûre que ce soit noté quelque part dans les textes ça, dans le service je crois qu'on faisait ça pcq initialement y avait plus de risque d'échec. Mais c'était avant d'avoir un appareil d'échographie au bloc ».

L'augmentation du risque d'échec à des termes précoces a largement diminué depuis que la présence d'appareils d'échographie dans les blocs d'IVG s'est généralisée, permettant de vérifier la vacuité utérine après l'intervention. Or cela fait cinq ans qu'il y a un appareil d'échographie à demeure dans le bloc opératoire du CIVG 1. L'inertie de pratiques décidées plusieurs années auparavant justifie des décisions contraignantes et défavorables aux

¹ Le dossier-guide IVG du ministère de la santé indique un taux d'échec de 0,3 % contre 5 % pour la méthode médicamenteuse.

avortantes – y compris sur le plan sanitaire puisque le risque hémorragique est lui aussi plus important avec la méthode médicamenteuse qu’instrumentale.

On peut facilement soutirer des incohérences aux pratiques médicales, dont certaines ont des effets qui vont clairement à l’encontre de leur but officiel, si on considère que le travail médical est rationnel et réflexif. Il est, en réalité, bien loin de relever uniquement de « logiques logiques », en particulier dans la prise en charge de l’IVG où la dimension routinière et standardisée du travail, ainsi que la relative urgence découlant de la succession de consultations courtes et minutées, sont caractéristiques de la *pratique* telle que la définit Bourdieu (1980 : 138). Le travail médical y est constitué d’actions habituelles et répétitives plutôt que d’un jugement réfléchi au cas par cas visant à répondre à des situations complexes et différentes à partir de savoirs objectifs accumulés pendant les études de médecine. Bref, les médecins soignent – en partie – au sens pratique. Leurs actions sont encadrées dans des habitudes, des règles et des normes pratiques qui cessent d’être pensées pour être suivies. Elles sont transmises par le biais des protocoles et des structures du service qui s’imposent autant aux internes et aux nouveaux et nouvelles entrantes – pour partie par une action pédagogique mais aussi, largement, par imitation et par intériorisation sans justification explicite et rationnelle – qu’aux avortantes. Les médecins apprennent ainsi des manières de faire sans toujours connaître l’origine et la raison de celles-ci. L’ethnographie amène les médecins à produire des explications à leurs actions qu’ils et elles n’ont habituellement pas à expliquer : concrètement, je leur demande pourquoi ils ou elles ont prescrit tel médicament, restreint tel choix, donné des informations différentes à telle et telle avortante. Or, la logique pratique

« ne peut organiser toutes les pensées, les perceptions et les actions au moyen de quelques principes générateurs étroitement liés entre eux et constituant un tout pratiquement intégré, que parce que toute son économie, qui repose sur le principe de l’économie de logique, suppose le sacrifice de la rigueur au profit de la simplicité et de la généralité » (Bourdieu, 1980 : 144).

Toutes les pratiques transmises par la socialisation latente des jeunes médecins par les médecins titulaires et les plus vieilles infirmières du service, ou par l’héritage muet des habitudes du service, font l’objet d’un « recyclage symbolique » (Lignier et Pagis, 2017 : 119-121)², c’est-à-dire qu’elles sont interprétées, par défaut et par réflexe, à l’aune du principe

² Wilfried Lignier et Julie Pagis montrent que les enfants réinvestissent, « recyclent » les formes symboliques acquises dans des contextes pratiques particuliers (propre/sale, beau/moche, bon/mauvais, etc.), notamment la sphère domestique ou scolaire, pour organiser symboliquement le monde qui les entoure (amitiés/inimitiés, monde professionnel, politique, etc.). Les deux sociologues montrent par exemple que les enfants « savent d’abord ce qu’il faut penser politiquement avant de savoir pourquoi » (*ibid.* : 274), et justifient leur positionnement (qui est celui de leurs agent·es socialisateur·ices) *ex-post* (un enfant n’aime pas tel homme politique parce qu’il est moche ou méchant).

explicatif légitime, fédérateur de toutes les pratiques médicales : l'intérêt des patient·es. Il s'agit là du « ciment symbolique » de l'ordre médical, la « rationalisation justificatrice de toute action qui viendrait à être contestée » (Strauss, 1992 : 95)³. Autrement dit, quand les enquêté·es m'expliquent et s'expliquent une pratique qu'ils et elles ne semblaient pas interroger jusque-là, c'est presque toujours l'intérêt des avortantes qui est invoqué, y compris quand la pratique en question va visiblement à l'encontre de cet intérêt.

Comment ces pratiques et leur justification implicite résistent-elles à l'épreuve des faits ? De même que l'anthropologue James Frazer se demande pourquoi les acteurs et actrices des pratiques magiques ne finissent pas par se rendre compte de leur inefficacité⁴, on peut s'interroger : pourquoi les médecins ne se rendent-ils et elles pas compte quand leurs raisons médicales sont médicalement déraisonnables⁵ ? Que des pratiques comme le refus de pratiquer des IVG instrumentales avant 7 SA, mais aussi la réalisation systématique d'examens gynécologiques complets, le refus de réaliser une IVG lors de grossesses de localisation indéterminée (GLI), la multiplication des consultations d'IVG, ou des prises de position comme l'opposition à l'allongement du délai d'IVG de 14 à 16 SA, sont dépourvues de l'intérêt sanitaire qui leur sert pourtant de justification voire portent préjudice aux avortantes⁶ ?

Cela s'explique, d'une part, parce que l'incorporation des manières de voir, de faire et de penser les dote d'une certaine résilience face aux contradictions. Une situation comme celle de l'avortante turque cachant l'avortement à son conjoint violent ne suffit pas pour que les médecins enquêtés remettent en cause le bien-fondé de leur pratique et réalisent le caractère absurde et iatrogène de la règle qu'ils et elles se donnent. D'autre part, car, dans beaucoup de ces cas, les médecins n'ont pas intérêt à changer leurs pratiques. Par le confort que peut procurer l'habitude – le pouvoir médical est bien aussi celui de ne pas interroger ses pratiques, d'imposer sa routine contre l'avis des avortantes ou les données de la science –, mais aussi parce que le sens pratique est souvent ajusté aux structures du champ dans lequel est pris l'individu. Le refus de pratiquer des IVG instrumentales avant 7 SA, au nom d'une

³ Strauss décrit la dimension idéologique de ce discours : « L'objectif [que partage le personnel de l'hôpital] est de rendre les malades au monde extérieur en meilleure forme. Cet objectif est le ciment symbolique grâce auquel, en termes métaphoriques, l'organisation se maintient : le symbole auquel le personnel peut, confortablement et fréquemment, se référer – avec l'assurance que sur ce point au moins, tout le monde est d'accord. [...] Ces fondements, ce contrat, ne sont jamais ouvertement mis en question ; pas plus que d'autres objectifs, quels qu'ils soient ne prennent le pas sur eux de manière explicite [...]. De plus, ces fondements constitutifs peuvent être utilisés par n'importe quel membre du personnel comme rationalisation justificatrice de toute action qui viendrait à être contestée » (Strauss, 1992 : 95).

⁴ Il est cité par Samuel Lézy (2010 : 7).

⁵ C'est-à-dire, pour rappel, quand les résultats produits sont contraire aux buts recherchés (Morel, 2014 [2002] : 65).

⁶ Certaines, comme la multiplication des consultations ou de gestes non recommandés, sont aussi irrationnelles du point de vue de l'économie des moyens hospitaliers.

réduction contestable du risque d'échec, a l'effet de réguler le flux de demandes qui nécessitent d'accéder au bloc opératoire – surchargé – en conduisant les femmes qui souhaitent avorter au plus vite à « choisir » la méthode médicamenteuse.

On comprend mieux ainsi la pratique de l'examen gynécologique systématique avant et après l'IVG telle qu'elle a lieu dans le CIVG 2, qui ne découle ni d'une intention malveillante des professionnelles, ni d'un intérêt financier à facturer des actes. Quand j'interroge Laure (52 ans) sur les raisons de cet examen systématique, elle argue d'un intérêt médical : cela permettrait de déterminer la position et la grosseur de l'utérus⁷, cela permet d'offrir un suivi gynécologique à une « population » qui est mal suivie. « Et puis c'est aussi nos habitudes (rire) », ajoute-t-elle. Valérie (67 ans), sa collègue gynécologue médicale, invoque le même système de justification. Quand je l'interroge sur l'examen des seins, elle me répond :

« Ah ça c'est moi ! Je suis gynéco-méd', je fais un examen parce qu'elles sont pas bien suivies. Moi c'est mon côté Zorro. C'est mon traumatisme parce qu'on m'a appelée une fois et une fille que j'avais pas palpée avait un cancer du sein. Depuis je le fais. Je palpouille vite, c'est pas un bel examen, mais au moins j'ai bonne conscience. Voilà, c'est ma formation médicale. Beaucoup n'ont pas de suivi gynéco, et on a le temps. Il faut pas faire le truc à la tête des gens, sinon tu as des jugements, donc je le fais systématiquement. » (Notes de terrain, mai 2022)

Il en va de même pour le frottis : « c'est l'occasion », me dit-elle. La routinisation de cette pratique les amène à réaliser des examens intimes – certains supposent une pénétration vaginale –, qu'elles présentent comme obligatoires aux femmes réticentes, y compris lorsqu'elles ne sont pas recommandées par les autorités de santé : les avortantes qui affirment avoir un suivi gynécologique récent, qui ont réalisé un frottis de dépistage peu de temps auparavant ou qui n'ont pas encore l'âge de le faire, y sont soumises tout autant que les autres. À une avortante blanche de 33 ans, Laure demande : « Il date de quand le dernier frottis ? (« De 2019 ») On va en faire un quand même ! »⁸. Ces pratiques à l'intérêt médical douteux, fréquemment imposées contre leur gré aux avortantes, sont simplement le fruit d'habitudes prises par ces deux professionnelles, forgées par des expériences « traumatiques » mais ponctuelles, comme celles d'un unique cancer non détecté. L'inscription de leur travail dans une routine et l'intérêt professionnel qu'elles y trouvent – le travail de prévention est au

⁷ Depuis la généralisation de l'échographie, l'intérêt de déterminer « à la main » le terme de la grossesse (selon la taille de l'utérus) et la forme de l'utérus, antéversé ou rétroversé – cette information étant censée guider le geste d'aspiration – est devenu très faible sinon nul. Laure ne réalise d'ailleurs pas elle-même l'IVG instrumentale, ne note jamais le résultat de son exploration dans le dossier pour en informer l'opérateur·ice, et réalise le même examen pour les avortantes qui souhaitent avorter par méthode médicamenteuse.

⁸ L'observation ayant eu lieu en avril 2022, l'examen remonte donc à trois ans auparavant. La Haute autorité de santé (HAS) recommande de réaliser un frottis tous les cinq ans entre 30 et 65 ans.

cœur de l'identité de gynécologue médicale (Koechlin, 2021), et c'est aussi un moyen pour Laure, sage-femme, de s'en revendiquer – ne les conduit pas à questionner leurs pratiques.

Relire la pratique médicale à l'aune d'une théorie bourdieusienne de l'action permet d'en éclairer les contradictions, d'expliquer les violences médicales ou les obstacles mis à l'accès à l'IVG autrement que par la méchanceté, la condamnation morale, ou par la seule défense consciente d'un intérêt bien compris. Cette perspective pourrait sans doute s'avérer féconde pour analyser le travail médical bien au-delà de la seule prise en charge de l'avortement, à l'instar, pour ne donner qu'un exemple, de la réalisation d'épisiotomies « de routine » ou la systématisation de la rupture artificielle des membranes, pratiques souvent considérées comme normales, mais dont des réseaux scientifiques et militants ont montré, des centaines d'études d'épidémiologie à l'appui, qu'elles étaient inadaptées (Diniz *et al.*, 2021). Elle permet également d'expliquer les pratiques de pouvoir – les manières de « faire faire » – en montrant que celles-ci résultent d'une incorporation de dispositions à la domination.

II. *Girls in white* : apprendre à exercer (le pouvoir)

Mentir ou menacer un·e patient·e de séquelles physiques pour lui imposer une prise en charge ou des modalités de prise en charge qu'il ou elle ne souhaite pas ne sont pas des pratiques qui vont de soi. L'exercice du pouvoir médical suppose un apprentissage, et les internes n'y ont pas encore la même aisance que les médecins diplômé·es. Il s'agit de voir ici comment cet exercice se transmet et se banalise.

La durée du terrain réalisé dans le CIVG 1 a permis d'assister à la rotation semestrielle des internes. J'ai accordé une attention et un temps d'observation importants au suivi des nouvelles internes dans le but de saisir le processus de socialisation médicale.

A. La socialisation au paternalisme : entre action pédagogique, imitation et intériorisation des structures

Les pratiques de pouvoir médical et leurs modes de justification font l'objet d'une socialisation spécifique que l'observation du travail d'avortement permet de mettre en évidence : les internes en médecine générale, gynécologie médicale ou obstétrique, mais aussi les sages-femmes qui participent aux consultations d'IVG développent, par une action pédagogique explicite, par imitation, ou par une incorporation plus diffuse des structures médicales, un sens pratique médical par lequel ils et elles s'imposent aux avortantes.

L'apprentissage des pratiques de pouvoir s'effectue, d'abord, par une transmission directe, explicite, des médecins diplômé·es, *via* conseils et reproches donnés lors de discussions informelles portant sur les avortantes et les consultations effectuées. J'ai assisté à plusieurs reprises à des échanges entre une interne ou une sage-femme se plaignant qu'une femme en demande d'avortement fasse un choix qu'elle jugeait mauvais, et des médecins diplômé·es les enjoignant à s'imposer aux avortantes par le mensonge ou la coercition. Nous avons vu au chapitre précédent, que lorsque Sandrine (46 ans), sage-femme du CIVG 1, raconte aux gynécologues que malgré son insistance elle n'a pas réussi à convaincre une femme « un peu anémiée » de choisir la méthode instrumentale car celle-ci a eu une mauvaise expérience de cette méthode par le passé, Laurence (65 ans), la gynécologue médicale, l'interrompt : « Tu aurais dû mentir. Lui dire que c'est une contre-indication. Des fois il faut pas être trop gentille ». Le mensonge n'est pas une pratique professionnelle déviante propre à quelques médecins : c'est un moyen conscient, assumé et enseigné de faire obéir les patient·es. Les jeunes médecins et les sages-femmes apprennent qu'il est légitime – et qu'on attend d'elles – qu'elles s'imposent aux avortantes. À Sandrine qui lui raconte, un autre jour, une consultation avec une femme « qui n'arrêtait pas de parler », Laurence l'incite à se montrer directive, incisive : « il faut leur dire quand elles te soulent. » L'évolution des pratiques d'Olivia (26 ans), l'interne de gynécologie médicale du CIVG 1, est éclairante. Vers le troisième mois de son semestre d'internat, j'assiste aux violentes remontrances que lui fait Armelle (55 ans), une infirmière particulièrement influente travaillant dans le service depuis 15 ans, qui lui reproche de n'avoir pas imposé l'entretien psychosocial à une avortante qui s'y refusait, au motif que celle-ci avait d'anciennes cicatrices de scarification sur le bras. Dans les couloirs du service, l'infirmière crie à l'interne qu'elle fait mal son travail et que « quand on ne considère qu'un organe au lieu de la patiente dans sa globalité, on fait de la merde !! C'est pas qu'un utérus, une patiente ! ». Penaude, Olivia en discute avec la conseillère conjugale et familiale (CCF) et, alors que nous sommes tou·tes les trois en salle de pause, reconnaît qu'elle doit apprendre à laisser de côté ses scrupules et imposer une prise en charge non désirée aux femmes qui en auraient besoin :

« Armelle elle a géré de le voir [les scarifications] et de te l'envoyer. Elle repère bien. Il faut que je fasse plus... après c'est un métier ! (*Sourit*) Mais il faut que je voie mieux celles qui ont besoin et celles où non. Les infirmières elles sont fortes là-dessus. [...] C'est pas facile de les forcer, parce qu'on est plus dans une médecine patriarcale. Je suis pas à l'aise de les forcer. » (Notes de terrain, janvier 2022)

Lorsqu'après deux mois d'absence je reviens dans le service pour quelques jours, la pratique d'Olivia a changé. Elle insiste davantage sur la nécessité d'adopter une contraception de longue durée (qu'elle se refuse à utiliser pour elle-même) et, en fonction de ses

interlocutrices, omet parfois de préciser que l'entretien psychosocial n'est qu'optionnel. Une femme de 18 ans arrive quatre jours avant le terme limite. À Olivia, elle explique qu'elle consulte tardivement du fait d'un voyage aux États-Unis et car elle a ensuite été malade du COVID. L'interne lui présente l'entretien avec la conseillère comme l'étape suivante de la procédure d'IVG. Quand la femme s'inquiète du fait qu'on voudrait la faire changer d'avis, Olivia la rassure – « Non, non, c'est juste pour une prise en charge globale » – sans pour autant lui donner le choix de réaliser, ou non, l'entretien. En l'espace de quelques mois, elle a appris à pratiquer la « médecine patriarcale », ou en tout cas paternaliste, qu'elle rejetait, à s'imposer aux avortantes au nom d'une « prise en charge globale » c'est-à-dire, tel qu'on l'entend dans le service, d'une prise en charge qui prenne en compte les désirs inconscients supposés des femmes autant que leurs demandes explicites. Olivia me confie que, suite aux reproches des infirmières, elle a demandé des consignes à Juliette (30 ans), l'assistante de gynécologie médicale responsable du centre d'IVG – sa cheffe, donc –, qui lui a enjoint, lorsqu'elle l'estime nécessaire, de « faire l'effort de trouver les bons mots pour les convaincre, et sinon de les forcer en disant que c'est dans le parcours ». Quand je l'interroge sur les critères qui l'amènent à mentir sur la procédure, l'interne évoque les femmes « ambivalentes », et celles qui ont des « vies décousues » : celles qui ont plusieurs partenaires sexuels en parallèle, celles qui ont plusieurs enfants de pères différents, celles qui font leur troisième IVG ou plus, celles qui refusent la contraception. Ces situations justifient, dit-elle, de « faire le forcing », bien que cette pratique continue de susciter chez elle des « questionnements » déontologiques. L'enjeu est alors pour elle d'apprendre à « mieux amener ça, à les faire voir la conseillère sans les braquer. »

La situation d'Olivia montre les différents relais que prend la socialisation des internes au pouvoir médical. Dans le CIVG 1 comme dans de nombreux services médicaux (Hughes, 1996b [1971] ; Vega, 2000 ; Paillet, 2007 ; Zolesio, 2012), les infirmières participent à la formation des jeunes médecins⁹. Celles-ci tentent d'ailleurs de m'enrôler dans le travail de contrôle social des pratiques des internes. Peu après avoir réprimandé Olivia, Armelle me prend à part : « C'est bien que tu la suives en consultation. Comme ça tu pourras lui dire ce qui ne va pas », et plus tard dans la matinée, me croisant dans un couloir, elle me demande si « ça va les consult' ? » Je rétorque en souriant que ça n'est pas à moi d'en juger. Interprétant peut-être ma réponse évasive comme une manière de taire un avis critique des manières de faire de l'interne, l'infirmière conclut en excusant son manque de maturité professionnelle : « Elle est jeune ». Cette interaction montre qu'Armelle considère que je suis de son « côté »,

⁹ « Le véritable art de la médecine est enseigné aux médecins par les infirmières, sur le tas, plutôt que par d'autres médecins, dans les salles de cours », écrivait Hughes (1996b [1971] : 94).

et non de celui de l'interne, dans le champ des relations locales. Elle donne à voir aussi l'évidence avec laquelle l'infirmière considère la supériorité des pratiques paternalistes qu'elle prône, puisqu'elle suppose d'emblée que je partage sa vision des choses. Si Olivia se montre réceptive aux critiques de l'infirmière, elle n'en consulte pas moins Juliette, une interlocutrice plus légitime, membre de son groupe de référence, une médecin diplômée, pour valider la consigne d'Armelle.

Cette situation illustre également le fait que l'apprentissage et l'exercice du pouvoir médical est un impératif scolaire des étudiant·es en médecine. Parmi d'autres compétences et dispositions, ils et elles sont jugé·es et noté·es sur leur capacité à imposer la volonté médicale, et à le faire de manière différenciée selon les caractéristiques sociales des patient·es. Autrement dit, la discrétionnarité n'est pas présentée comme une discrimination à éviter, mais comme un savoir-faire professionnel à acquérir. S'ils et elles peuvent avoir conscience des mécanismes du pouvoir médical il leur est difficile, sinon interdit, de s'en départir tant qu'ils et elles sont soumis·es aux hiérarchies médicales hospitalières. Quant aux sages-femmes, si celles qui pratiquent des avortements en libéral tendent à définir leur identité professionnelle par opposition aux pratiques des gynécologues, celles qui les pratiquent en hôpital, du moins parmi les enquêtées, sont attachées à la reconnaissance de leur statut de profession médicale et à une image de « bonne élève » du service, peu compatibles avec la contestation des manières d'y exercer le pouvoir.

Bourdieu souligne l'existence d'une autre modalité de socialisation, outre la transmission explicite (Durkheim, 2012 [1922] : 49) : l'intériorisation discrète, inconsciente et non stratégique des structures par la pratique. Pour lui, dans la situation où

« c'est tout un groupe et tout un environnement symboliquement structuré qui exerce, sans agents spécialisés ni moments spécifiés, une action pédagogique anonyme et diffuse, l'essentiel du *modus operandi* qui définit la maîtrise pratique se transmet dans la pratique, à l'état pratique, sans accéder au niveau du discours » (1980 : 124).

Il s'agit, d'abord, de l'imitation, où les schèmes d'action et de pensée passent « de la pratique à la pratique » (*idem*). Dans les trois centres d'IVG, la formation des internes, nouveaux ou nouvelles médecins et sages-femmes se fait principalement par « compagnonnage », comme souvent en médecine (Baszanger, 1981 ; Zolesio, 2012 ; Hardy, 2013). À deux exceptions près parmi tou·tes les professionnel·les des trois services, tou·tes ont découvert le travail d'avortement à leur entrée dans le service. Ils et elles l'apprennent par observation de médecins qu'ils et elles « doublent » – on désigne ainsi le fait d'assister aux consultations ou au bloc opératoire d'un·e autre professionnel·le – pendant quelques semaines. La manière dont Laure, la sage-femme du CIVG 2, mène une consultation d'IVG

est ainsi largement calquée sur celle de Valérie (67 ans), la gynécologue médicale, et c'est par imitation qu'elle apprend à pratiquer un examen gynécologique systématique et à le présenter comme « obligatoire ».

Il s'agit, ensuite, du suivi routinier des normes locales qui encadrent le travail en déterminant les modalités d'accès à l'IVG et habituent les internes, par la pratique quotidienne, à imposer aux avortantes des gestes, une médication ou une temporalité de prise en charge qu'elles ne souhaitent pas. Cela passe, notamment, par la socialisation au langage et à la nosographie médicale, les jeunes médecins et les sages-femmes acquérant et mobilisant des catégories de perception qui justifient l'exercice du pouvoir médical, par exemple celle d'« ambivalente ». Une modalité d'intériorisation des schèmes de la domination médicale par la pratique apparaît particulièrement effective : l'expérience de complications médicales.

B. La complication opératoire comme moment d'incorporation des normes professionnelles

La routine du travail d'avortement est perturbée par des accidents : des complications de l'IVG instrumentale. Elles sont rares. Sur plus de 300 IVG instrumentales réalisées pendant les 14 semaines où j'étais dans le CIVG 1, deux seulement se sont « compliquées », et aucune lors des deux mois de terrain dans les CIVG 2 et 3. Ces deux complications sont des bronchospasmes¹⁰ survenus sous anesthésie générale (AG), événement fréquent pour un·e anesthésiste mais qui déclenche une agitation contrastant avec le calme habituel des IVG. Ces épisodes de rupture avec la routine apparaissent comme des moments forts de la socialisation au pouvoir médical, à la fois parce que l'urgence et le risque sanitaire servent de justification au fait de s'imposer aux patient·es et de limiter leur autonomie, et parce que l'intensité émotionnelle du moment en fait un événement marquant durablement les participant·es. Ainsi Valérie, la gynécologue du CIVG 2, justifiait plus haut d'imposer à toutes les femmes un examen gynécologique complet dans le cadre de l'avortement par le fait qu'une patiente non examinée a développé un cancer du sein par le passé, et sa collègue Laure justifiait d'interdire les IVG instrumentales avant 7 SA en raison d'un cas d'échec de l'avortement.

Je détaille deux exemples de complication dans le CIVG 1 et leurs effets sur les équipes. Le premier est l'un de ces deux bronchospasmes auxquels j'ai assisté :

Lucile, 30 ans, est une nouvelle assistante d'anesthésie dans le CIVG 1. Ce matin, elle est en charge des consultations pour les IVG. Elle se montre plus arrangeante que ses collègues. À Mme X. qui insiste pour faire l'IVG sous AG mais qui n'a personne pour venir la chercher à l'issue de l'opération (ce qui est obligatoire), Lucile propose d'être hospitalisée pour une

¹⁰ Contraction incontrôlable des bronches qui empêche de respirer et entraîne l'asphyxie.

nuît afin de partir, seule, le lendemain de l'opération. Quand Véronique, l'infirmière, et Sandrine, la sage-femme, l'apprennent, elles enseignent à Lucile que cela ne se fait pas ici. « Ils vont pas vouloir. C'est 3000 € une nuit d'hospitalisation, pour une IVG à 8 SA... », justifie Sandrine, et l'infirmière renchérit : « Gilles [chef de service de gynécologie] il va pas vouloir utiliser un lit pour une 8 SA ». Quand Lucile lui annonce, gênée, qu'elle aura finalement une IVG sous AL, Mme X. exprime son incompréhension : « Je ne veux pas entendre ou voir quoi que ce soit. Pourquoi est-ce que vous me forcez à faire une anesthésie locale ? ». Quelques jours plus tard, au bloc opératoire, une fois les quatre IVG sous AG réalisées, vient le tour de Mme X. Alors que ses collègues anesthésistes ne restent jamais pour les AL, Lucile assiste à l'IVG, ajoutant une sédation légère à la piqûre d'anesthésiant local que Laurence, la gynécologue, fait au niveau du col de l'utérus. Mme X. est visiblement très angoissée et la dilatation du col puis le début de l'aspiration lui sont douloureux. Elle supplie : « arrêtez, vous me faites mal ! Endormez-moi ! » Constatant que l'avortante respire mal, tousse beaucoup, Lucile lui oppose que l'AG serait dangereuse et lui propose une péridurale. Mme X. insiste, et Lucile, cédant, l'endort. Très vite, ses bronches spasment. Lucile l'intube¹¹ en urgence et l'endort plus profondément afin de détendre les poumons. L'IVG suit son cours. Profondément endormie, Mme X. mettra un temps particulièrement long à se réveiller de l'anesthésie. Laurence et Yélén (48 ans), l'infirmière assistant les médecins au bloc opératoire ce jour-là, commentent entre elles :

« **Laurence** : Elle lui a laissé le choix. Mais je lui ai dit qu'elle devait s'imposer. Il faut faire valoir ses opinions médicales. Le consentement des patientes c'est important mais quand il y a des problèmes de santé... Elle manque de... Elle doit s'imposer plus. C'est pas *open bar* ici. Parce que les patientes qu'on a ici, elles pensent qu'elles savent mieux que le médecin. Au moins, cette dame, elle saura pour ses prochaines interactions avec les médecins qu'il faut écouter ce qu'on dit !

Yélén : Moi ça m'a étonné qu'elle lui laisse le choix. Elle aurait pu lui dire je vous endors pas.

Lucile les rejoint, penaud.

Lucile : J'aurais dû insister, refuser de le faire...

Laurence : Oui, ça t'apprendra à plus t'affirmer !

Lucile : En même temps moi on me dit "il y a un risque respiratoire" je dis pas "je veux l'AG quand même" ! » (Notes de terrain, novembre 2021)

La complication joue un rôle clé dans la socialisation au pouvoir médical. Elle en est l'instance de légitimation principale – la réduction des risques sanitaires – quand bien même, dans le cas de Mme X., le refus initial de son choix de méthode reposait sur des arguments organisationnels et financiers. Tout récemment diplômée, la jeune assistante est encore marquée par l'enseignement théorique des normes de déontologie de respect du consentement des patient·es. Celui-ci est contredit par l'enseignement pratique que la médecin tire d'elle-même de cet accident (« j'aurais dû insister, refuser de le faire ») auquel s'ajoute l'enseignement explicite de l'infirmière et de la gynécologue de 20 et 30 ans ses aînées (« ça t'apprendra »). Notons que la complication sert de leçon autant pour Lucile, qui s'est montrée arrangeante et a respecté la volonté de l'avortante, que pour Mme X, qui ne s'est pas soumise,

¹¹ Introduction d'un tube dans la trachée pour contrôler et maintenir la respiration.

et remet médecin comme patiente à leur place respective dans le rapport de domination médicale. Elle conforte par ailleurs Laurence dans sa position.

Le second exemple de complication que j'analyse ici m'a été rapporté :

Juliette (30 ans) a réalisé de nombreuses IVG lors de son internat, sous la responsabilité de médecins diplômées. Au cours de la première IVG instrumentale qu'elle réalise en autonomie, au lendemain de sa prise de poste comme assistante de gynécologie médicale du CIVG 1, elle perfore l'utérus de l'avortante avec la canule d'aspiration. Il faut appeler en urgence un chef de chirurgie digestive pour suturer l'utérus et l'intestin. L'avortante s'en est sortie sans séquelle grave quoiqu'avec un petit bout d'intestin en moins, aspiré par la canule.

Cet accident, survenu six mois avant le début de mon terrain, est évoqué par les trois médecins diplômées, la sage-femme, les cinq infirmières et plusieurs anesthésistes. La complication a certains traits du rite durkheimien. Elle ne survient certes pas de manière volontaire et programmée, mais rompt avec la routine par récurrences ponctuelles : dans un aussi gros centre que le CIVG 1, des complications telles que la perforation, l'hémorragie ou le bronchospasme, quoique rares, se produisent. Surtout, la complication médicale a trait au rite dans la mesure où, mobilisant ensemble les différent·es professionnel·les dans la gestion de l'urgence sous la direction du ou de la médecin – gynécologue médicale, anesthésiste ou chirurgien·ne – qui officie, elle est un moment d'effervescence collective, affective, qui renforce ou fait émerger des croyances et positions communes : la dangerosité de l'IVG dont la complication survenue est évoquée comme une preuve ; la nécessité de multiplier les examens médicaux même non recommandés, par prudence ; la légitimité du pouvoir médical fondée sur son intérêt sanitaire ; l'opposition à la libéralisation de l'avortement au nom du risque médical, consensuelle dans le service. La survenue d'une complication réactive la croyance – l'IVG est dangereuse, quoiqu'en diraient les statistiques – d'autant plus fortement et durablement qu'elle s'inscrit dans les corps : elle suscite des émotions, en particulier chez les jeunes médecins plus exposé·es au stress, à la culpabilité et à la remise en cause¹². Comme dans le rite chez Durkheim,

« parce que ce sont des émotions et qu'elles sont particulièrement intenses, elles sont aussi particulièrement contagieuses. Elles font donc tache d'huile ; elles s'étendent à tous les autres états mentaux qui occupent alors l'esprit... » (Durkheim, 1991 : 548).

Le récit de la complication, rappelée dans un but d'édification, parfois racontée à plusieurs voix, est connu et colporté aussi par les professionnel·les qui n'étaient pas au bloc ce jour-là ou par les nouvelles internes qui n'étaient pas encore en stage dans le service. La commémoration récurrente des complications sert de mythologie locale, réaffirmant la

¹² L'émotion est au cœur de « l'apprentissage par corps », c'est-à-dire de l'incorporation de dispositions, selon Bourdieu (2003 [1997] : 203).

solidarité et l'idéologie médicale et obérant toute mise en cause de l'inexpérience médicale dans la genèse des complications. Elle sert d'outil de socialisation au pouvoir.

Ignorance située et méconnaissance expérientielle

Nous avons vu au chapitre 4 que les médecins tendaient à surestimer les risques de complication liés à l'avortement car le risque leur paraît d'autant plus exorbitant qu'il est perçu comme étant inutile, du fait de la valorisation de la maternité, et afin de justifier leurs oppositions à l'allongement du délai. C'est également leur mode de connaissance, pratique, qui permet de le comprendre. En l'absence (ou quasi-absence) de formation théorique, le savoir qu'ont les médecins de l'avortement – au-delà d'une connaissance profane liée à un recours personnel – repose sur leur expérience clinique. Or, pour l'avortement comme pour le travail médical en général, ils et elles tendent à surestimer la prévalence des cas graves par un effet de sélection : la proportion de complications dans les situations pour lesquelles ils et elles sont sollicité·es est plus importante que la moyenne (Cohen et Cohen, 1984). La plupart des gynécologues, notamment gynécologues-obstétricien·nes, une fois leur internat terminé, ne participent plus au travail d'avortement que très ponctuellement, quand les IVG médicamenteuses réalisées à domicile entraînent une hémorragie ou que les IVG instrumentales déléguées à des professionnel·les plus dominé·es dans la division du travail (généralement des internes) se compliquent. L'expérience clinique, sans une mise en contexte par les connaissances scientifiques disponibles, peut avoir l'effet d'un miroir déformant et générer, non pas des savoirs – on parle habituellement de « savoirs expérientiels » – mais une ignorance située.

La socialisation médicale implique donc l'intériorisation d'une position de domination. Elle s'opère par les moments forts (l'expérience de complications médicales, les vives remontrances des aîné·es ou des supérieur·es hiérarchiques) comme dans les temps faibles de la pratique répétée parfois plusieurs fois par jour pendant des mois¹³. Ils et elles apprennent ainsi des manières de faire, de sentir et de penser qui permettent, légitiment et invisibilisent le fait de s'imposer aux patient·es.

L'apprentissage direct, sur le tas, du paternalisme contredit celui, théorique, des normes officielles de déontologie. Olivia ou Lucile ont appris au cours de la première moitié de leurs études qu'il fallait rechercher le consentement « libre et éclairé » des patient·es, et les propos d'Olivia laissent entendre ses résistances à l'adoption de pratiques coercitives. En pratique, dans le centre d'IVG, elles ne se sont jamais vu reprocher – du moins je n'y ai pas assisté et elles ne me l'ont pas rapporté – l'infraction au consentement des avortantes, mais, à l'inverse, le fait de l'avoir trop respecté. Il faut cependant relativiser la rupture que cet apprentissage représente.

D'une part, car on peut supposer que les médecins dominant en contexte médical, non pas seulement parce qu'ils et elles sont médecins, mais, aussi, parce qu'ils et elles sont par ailleurs des dominant·es, en particulier selon des rapports sociaux de classe, de race, mais aussi de genre dans la mesure où les patient·es, dans l'avortement, sont des patientes, et que les femmes médecins correspondent largement à un modèle de féminité hégémonique. Les

¹³ Temps faibles répétés et moments forts ponctuels, les deux modalités dont Wilfried Lignier a montré le rôle complémentaire dans la sociogenèse de l'habitus (2023 : 79)

médecins des trois centres d'IVG enquêtés sont en effet toutes blanches, en majorité issues de classes moyennes ou supérieures, ne sont confrontées qu'à des femmes, souvent racisées, plus jeunes et de milieu plus populaire. Les dispositions à la domination trouveraient leur origine dans différentes sphères du monde social et seraient transférées par homologie, par les médecins, dans leur univers professionnel. Bon nombre d'entre elles et eux auraient « l'habitude de dominer » (Beaumont, 2021 : 283), seraient accoutumées au fait que leurs représentations et leur volonté prévalent, indépendamment du rapport de pouvoir spécifique à la relation médecin-patient·e. Les réticences exprimées par Olivia ou Lucile pourraient se comprendre par le fait qu'elles viennent d'un milieu relativement modeste (la première est fille d'un militaire et d'une secrétaire, la seconde d'une assistante sociale et d'un artisan).

D'autre part, l'apprentissage pratique du pouvoir ne représente pas une rupture dans la mesure où la socialisation médicale antérieure les y a déjà prédisposées. Anne-Chantal Hardy décrivait l'acquisition, lors des études médicales, d'un « “sens du mal”, qu'il faut entendre ici comme le mal qu'on leur apprend à faire aux patientes, pour leur “bien”. Apprendre à agresser le corps de l'autre » (2013 : 161). Elle évoque par-là « l'agression » physique en laquelle consiste l'« intrusion dans le corps d'autrui » (*ibid.* : 184) que suppose la chirurgie. Or, l'enquête réalisée autour du travail d'avortement le montre : cet apprentissage du « mal » fait aux patient·es pour leur « bien » dépasse largement celui de l'incision chirurgicale. Il s'agit d'acquérir la capacité à passer outre les désirs des patient·es, et le sentiment de légitimité à le faire. Roberto Castro explique la fréquence des violences obstétricales qui ont lieu au Mexique par les conditions d'études des médecins : selon lui, le recours à la punition dans la pédagogie médicale, l'intensité de l'ordre hiérarchique régissant la profession, le harcèlement sexiste subi par les étudiantes, façonnent un « habitus médical autoritaire » qui se manifeste par la suite dans la prise en charge des parturientes (2021).

Plus largement, on peut considérer que la « rupture initiatique » que représentent le concours d'entrée et la formation scolaire pendant les six années qui précèdent l'entrée à l'internat et dont l'un des rôles est de séparer symboliquement médecins et profanes (Hardy, 2013 : 161) façonne des dispositions au paternalisme. Cet « enfermement des dominants » (Bourdieu, 2022b : 320) joue le rôle d'un « rite d'institution » (Bourdieu, 1982), c'est-à-dire qu'il vise non seulement la transmission de connaissances, mais l'acceptation d'une frontière, par les profanes comme, avant tout, par les médecins. « On pense que la muraille de Chine a été faite pour protéger les Chinois contre les gens de l'extérieur, mais on oublie qu'elle a été faite pour empêcher les Chinois de sortir », cite Bourdieu (2022 : 322) : en parallèle d'un discours explicite tenu aux étudiant·es sur le consentement des patient·es, le concours et l'ascèse des longues études de médecine posent les fondations du paternalisme médical

donnant aux étudiant·es en médecine la conscience de leur excellence et de leur exceptionnalité, qui autorise la pratique du pouvoir. Ce mécanisme n'est pas propre à la médecine mais traverse le champ du pouvoir et ses rites d'institution – notamment le passage par les grandes écoles (Bourdieu, 1989) – qui constituent les dominant·es en clergé, fermé, séparé et différencié des profanes. L'apprentissage pratique, dans les services, du paternalisme, bien que prenant le revers de normes officiellement transmises aux étudiant·es, s'ancre dans des dispositions à la domination déjà partiellement acquises.

III. Des médecins pluriel·les ? Variations et contradictions des dispositions à la domination

Parler d'habitus médical, comme le fait Roberto Castro, laisse entendre que la socialisation scolaire et professionnelle des médecins affecterait l'ensemble des dispositions individuelles et façonnerait un système dispositionnel homogène. Cette conception a l'avantage de souligner, à raison, la force du processus socialisateur, mais elle montre les mêmes limites qu'a soulignées Bernard Lahire au sujet de la théorie bourdieusienne, en sous-estimant la diversité, l'incohérence et la contradiction des instances de socialisation (Lahire, 1998). Il s'agit ici d'explorer les variations et les évolutions des dispositions à dominer parmi les médecins, en prêtant attention aux pratiques et aux postures critiques du pouvoir médical, qui existent et qui ont pu être repérées dans cette enquête. J'identifie trois sources principales à ces variations : la socialisation générationnelle des jeunes médecins, l'expérience profane de la domination médicale, la socialisation professionnelle secondaire comme avorteur ou avorteuse spécialiste.

A. Soigner comme un·e médecin moderne : la socialisation médicale générationnelle

J'ai réalisé des entretiens avec deux avorteuses spécialistes travaillant dans le même centre d'IVG (où je n'ai pas réalisé d'observation). La première, Marie-Pierre, est une gynécologue médicale de 70 ans qui y travaille comme attachée depuis 30 ans. Elle explique son intérêt pour l'avortement et la contraception par la confrontation à la mort de deux femmes des suites d'un avortement clandestin avant la loi Veil. La seconde, Amandine, est une praticienne hospitalier·e (PH) de médecine générale de 36 ans engagée dans les associations professionnelles spécialisées de l'avortement. Elle se plaint des pratiques qu'elle qualifie de « paternalistes » de sa collègue : elle regrette que celle-ci soit opposée à l'allongement du délai d'IVG et à l'adoption d'une règle de datation des grossesses plus

favorable aux femmes, s'indigne de ses propos qu'elle juge xénophobes ou lesbophobes, surtout des « sermons » qu'elle tient qui « ajoutent de la culpabilité à la culpabilité ». Alors qu'elle me décrit des scènes qu'elle qualifie de « maltraitements médicaux » auxquelles elle a assisté plus généralement lors de son parcours professionnel, elle raconte :

« **Amandine** : Il y a des paroles... il y a quelqu'un qui est allé voir une dame en disant (*prend un ton énérvé*) "Bon c'est votre quatrième IVG, il faut penser à la ligature des trompes, hein !" ».

Raphaël : C'était où ça ?

Amandine : C'est là où je travaille ! Non, ça c'est très très embêtant parce que travailler avec des personnes qui disent ça...

Raphaël : C'était un médecin généraliste ?

Amandine : Un médecin gynécologue qui fait des IVG.

Raphaël : Qui a un poste dédié ?

Amandine : Ouais ! Qui fait que ça. Que des IVG depuis quelques années, et qui est capable de dire ça à des patientes.

Raphaël : C'est un homme ?

Amandine : Une femme. C'est une autre génération, hein. C'était la médecine paternaliste. C'est pas la médecine que j'ai envie de faire. » (Entretien du 10 septembre 2021)

Amandine reproche à Marie-Pierre de culpabiliser les « mauvaises » avortantes. Ce sont de telles formes de pouvoir particulièrement explicites, où la domination médicale est rendue visible, que de jeunes médecins reprochent souvent à leurs aîné·es en entretien. Angèle (27 ans), une interne de médecine générale, me raconte la mauvaise expérience de stage qu'elle a effectué auprès d'un généraliste libéral réalisant une vacation en centre d'IVG. Elle réproouve son attitude – très froid avec les avortantes, ne disant pas bonjour en entrant dans le bloc – et surtout sa manière d'accomplir des gestes intimes sans recueillir le consentement : il ne demandait pas l'accord pour réaliser l'examen gynécologique, insérait le spéculum sans l'annoncer verbalement, ne prévenait pas de l'éventuelle douleur ou désagrément. Les mêmes critiques sont faites par Delphine (27 ans) et Olivia (26 ans), les internes de médecine générale et de gynécologie médicale du CIVG 1 au sujet de certaines des médecins diplômées. Lors de conversations informelles, elles fustigent l'attitude de Laurence en particulier, la gynécologue de 65 ans. Delphine estime ainsi que celle-ci n'est « pas adaptée avec les dames », lui reprochant ses jugements, sa sècheresse et son impatience et conclut : « Elle est matriarcale ». Olivia me décrit, comme un comportement à éviter, la réprobation que Laurence exprime en levant les yeux au ciel ou en haussant les sourcils – quand elle ne lâche pas une remarque acerbe – lorsqu'une avortante déclare ne pas avoir de contraception. Toutes les deux déplorent que leur aînée, comme le maître de stage d'Angèle, lorsqu'elle réalise une échographie endovaginale, insère la sonde sans prévenir verbalement ni demander

l'autorisation, et, remarquent-elles, sans verrouiller la porte, ce qui ne protège pas l'intimité de l'avortante de l'entrée intempestive d'une professionnelle du centre.

Il ne s'agit pas que d'un effet d'âge – la socialisation des internes ou des jeunes médecins au pouvoir est certes moins avancée – mais d'un décalage générationnel dans la manière de pratiquer la médecine, et notamment d'exercer le pouvoir médical. Celui-ci résulte d'une évolution des structures du champ dans lequel les médecins sont formé·es. La modernisation de la relation thérapeutique autour de l'importance donnée au consentement, d'une part, et l'institutionnalisation médicale de la cause des femmes et la critique des violences gynécologiques et obstétricales, de l'autre, ont constitué une révolution symbolique et entraîné une évolution des normes professionnelles.

L'évolution du professionnalisme en gynécologie : l'exemple d'un congrès de formation

En 2022, InfoGyn, un congrès de formation professionnelle à destination de gynécologues et de sages-femmes a eu lieu. Un panel regroupant des gynécologues-obstétricien·nes éminent·es sur le thème « Le viol en gynécologie-obstétrique : réalité ou confusion ? » est accessible en ligne. Dans l'intervention intitulée « Consentir à un examen gynécologique », Brigitte Letombe prône une évolution des pratiques d'examen gynécologique qui ne doit jamais se faire « avec menace, jamais avec contrainte et évidemment pas avec surprise », qui ne doit pas être automatique – demande de consultation n'équivalent pas à un consentement à l'examen – et qui peut être interrompu à tout moment par la patiente. Dans l'intervention de clôture d'Israël Nisand (ancien président du Collège national des gynécologues et obstétriciens français), intitulée « Conseils pratiques et préventifs », celui-ci renchérit :

« Le consentement initial ne suffit pas. Il faut le réitérer avant le geste : “Vous êtes prête ?” Le consentement peut à tout moment être retiré. Une patiente qui dit “stop” l'interrompt à la seconde, même si l'acte est entamé (exemple de la césarienne à vif). Le “stop” ça veut dire “stop” [...] Le médecin propose et la patiente dispose. On n'est pas très habitués à ça, on n'y est pas habitués, on n'a pas été formés. Et d'autant que l'empire du médecin et sa capacité de persuasion peuvent obtenir qu'une femme se laisse examiner. Se laisse examiner, ça veut dire que elle était pas tout à fait d'accord. “Mais enfin Madame, je vous prie, installez-vous” et sous l'emprise, on peut accepter quelque chose qu'on ne voulait pas. [...] Il y a des comportements déviants qui nous ont été appris dans nos études de médecine. [...] Retenez cette phrase : “Céder n'est pas consentir”. Franchir la porte d'un cabinet de gynéco ne vaut pas pour un accord tacite d'examen. »

Ces communications relèvent, certes, en large part, d'un plaidoyer pour les médecins, « victimes » d'un acharnement médiatique et juridique qui dénonce leur « violence » – terme que Brigitte Letombe qualifie d'« insultant » avant d'évoquer « cette minorité hurlante qui tente de déstabiliser cette relation unique que les femmes ont avec leur gynécologue ». Elles justifient, certes, la nécessité de recueillir le consentement avant tout par le risque de la plainte pour viol auquel un·e médecin qui ne le fait pas s'expose, et expliquent que des femmes peuvent vivre un examen non consenti comme une violence du fait d'antécédents traumatiques qui les conduiraient à réaliser un « transfert » (Nisand) sur le ou la gynécologue, et non parce que cet examen non consenti relèverait effectivement d'une agression.

Elles n'en témoignent pas moins de l'évolution entamée des normes de la pratique gynécologique. La position de ces intervenant·es dominant·es du champ médical est emblématique du « conservatisme progressiste » décrit par Luc Boltanski et Pierre Bourdieu et du schème générateur de l'idéologie

dominante qui lui est associé : changer pour conserver (2008 : 72). Cette évolution des normes médicales est concédée comme le prix nécessaire, payé de plus ou moins bon cœur, au maintien de l'essentiel, c'est-à-dire du pouvoir symbolique des gynécologues comme étant au service des patientes, au cœur de la domination médicale.

Il s'agit bien d'un conflit de génération qui oppose « non point des classes d'âge séparées par des propriétés de nature, mais des habitus produits selon des *modes de génération* différents » (Bourdieu, 1980 : 104). Ces modes de génération amènent les un·es à considérer comme bonnes, allant de soi ou professionnelles des pratiques qui apparaissent impensables ou scandaleuses à d'autres. C'est l'hystérésis de l'habitus de Laurence ou de Marie-Pierre, façonné par leur socialisation scolaire et professionnelle et ajusté à un état antérieur du champ, qui cause ce décalage avec les pratiques de leurs jeunes collègues. Les dispositions de ces jeunes médecins enquêtées, tout en reproduisant largement celles de leurs aîné·es – qui les forment –, intègrent aussi les changements liés à l'époque.

D'où une certaine ambivalence observable dans les pratiques des jeunes médecins, qui ne renoncent pas au pouvoir mais seulement à certaines de ses formes les plus explicites. Elles regardent certes d'un mauvais œil les manifestations brutales ou coercitives du pouvoir médical, mais usent plus encore que les médecins diplômé·es enquêté·es de mensonges et dissimulations pour « faire consentir », que ce soit à la prise d'une « contraception efficace » ou à la temporisation ou au refus de la réalisation de l'IVG, alors qu'une médecin comme Laurence, qui assume de ne « pas être gentille » avec les avortantes, a en effet moins besoin de mentir pour orienter leurs comportements puisqu'elle exprime directement et clairement ses injonctions. Amandine, qui dirige le centre d'IVG où elle travaille, a ainsi adopté l'habitude qui préexistait à sa venue d'imposer un entretien psychosocial systématique aux avortantes. Olivia, quant à elle, ne condamne pas le fait de « forcer » les patientes à réaliser des examens ou des gestes, y compris intimes, mais uniquement le fait de les imposer quand leur utilité médicale est limitée. Pour exemplifier son propos en entretien, elle compare ainsi l'obligation de rencontrer la conseillère, une pratique qu'elle présente comme discutable – sans pour autant la condamner ni refuser de le faire –, à l'imposition, vertueuse, d'un frottis de dépistage dans le cadre d'un parcours de PMA à une femme qui ne le voudrait pas, au motif que « ce serait une catastrophe si elles avaient un cancer pendant la grossesse » et que « là, ça a du sens de faire le forcing ».

La manière d'exercer le pouvoir médical apparaît comme un sujet de distinction professionnelle. Il faut s'imposer pour les bonnes raisons, sans être « maltraitant·e », façonner le consentement tout en le sollicitant formellement, au risque, sinon, d'être considéré·e comme un·e mauvais·e médecin. Soigner comme un·e médecin moderne, ce n'est pas

abandonner tout pouvoir médical, mais seulement certaines de ses formes moins légitimes voire aujourd'hui déviantes. En adhérant à l'idéal d'une médecine humaniste, les jeunes médecins adoptent un ethos médical moderne, valorisant, mais finalement peu subversif en lui-même¹⁴.

B. Quand les médecins font l'expérience profane de la domination médicale

La socialisation à la pratique du pouvoir médical peut se trouver entravée par des expériences profanes préalables. J'en observe principalement deux types : le recours personnel à l'IVG et l'expérience de violences médicales.

Le modèle de régression construit à partir des données de l'enquête Fécond¹⁵ montre un effet propre significatif positif du fait d'avoir soi-même ou sa partenaire eu recours à l'IVG sur le soutien à l'allongement du délai jusqu'à la fin du deuxième trimestre ($p < 0,001$) (Tableau 1). Ainsi, la probabilité d'être favorable à l'allongement du seuil légal, pour un gynécologue-obstétricien sans enfant, célibataire, n'enseignant pas à l'université, exerçant en groupe, en secteur 1, dans une grande ville ou banlieue de grande ville, est supérieure de 15 points de pourcentage s'il déclare qu'une de ses partenaires a eu recours à l'IVG.

Les entretiens réalisés permettent non seulement d'illustrer ce résultat, mais de le compléter, dans la mesure où l'expérience de l'avortement n'affecte pas seulement les prises de position autour de l'avortement, mais les pratiques concrètes de soin des professionnel·les de l'IVG. C'est le cas de Coraline (30 ans), assistante de gynécologie médicale responsable d'un centre d'IVG. Elle occupe un poste consacré à mi-temps à la PMA – la pratique qui l'intéresse et dans laquelle elle souhaite faire carrière – et à mi-temps à l'IVG – ce qui lui a été imposé. Elle réalise les IVG par devoir professionnel, pour « rendre service », mais n'y est pas prédisposée : originaire d'un milieu populaire (mère esthéticienne et père maçon) de droite et catholique, elle est pratiquante et ne se dit « pas du tout féministe ». Elle a d'abord été dérangée par la pratique des IVG instrumentales, est défavorable à l'allongement du délai de 14 à 16 SA au motif que « c'est la torture pour les médecins », et considère qu'il faut absolument que les femmes adoptent une « bonne contraception », l'avortement ne devant être qu'un dernier recours. Pour autant, son expérience personnelle de l'avortement la conduit

¹⁴ De même que les hommes cadres de l'administration publique tirent des avantages à exprimer leur adhésion de principe à une rhétorique d'égalité qui ne remet pas en cause leurs privilèges, comme l'ont montré Laure Bereni et Alban Jacquemart dans leur article « Diriger comme un homme moderne » (2018).

¹⁵ Pour rappel il s'agit d'une enquête quantitative réalisée en collaboration par l'INSERM et l'INED en 2011. Elle porte sur les pratiques des médecins en santé sexuelle et reproductive en France et est menée auprès d'un échantillon représentatif de 1011 gynécologues-obstétricien·nes, gynécologues médicales et médecins généralistes ayant une activité – partielle ou exclusive – en cabinet libéral.

à adopter une perspective sur le travail d'avortement qui se rapproche par trois aspects de celle des avorteurs et avorteuses spécialistes.

D'abord, elle a pris conscience, affirme-t-elle, de la difficulté à ne pas tomber enceinte au cours d'une vie reproductive, et a appris à ne pas juger les femmes qui ont des grossesses non désirées : « C'était un oubli de pilule, hein. Maintenant je les crois ! », me dit-elle en évoquant la survenue de sa grossesse. Condamner les comportements procréatifs des avortantes qui la sollicitent, ce serait se condamner elle-même.

Ensuite, elle a réalisé la douleur physique que peut entraîner l'avortement. Là où Amélie (31 ans), la médecin généraliste attachée du CIVG 1, qui n'a jamais eu recours à l'IVG, minimisait la douleur de l'IVG en soulignant son insignifiance en comparaison de celle de l'accouchement et en affirmant son caractère psychologique, Coraline, elle, déclare : « [l'expérience de l'IVG] ça t'aide à mieux appréhender même la douleur. Tu vois il y en a qui vont oublier de leur prescrire des antidouleurs ; moi je sais que j'oublie jamais de leur mettre des antalgiques. »

Enfin, son expérience l'a amenée à considérer l'intérêt d'avorter rapidement. Réalisant un test de grossesse, positif, après deux jours de retard de règles, Coraline demande l'IVG à un terme très précoce – trop – : la grossesse n'est pas localisable à l'échographie. Elle doit patienter deux semaines. Elle qualifie cette attente de « torture », disant que « c'était vraiment horrible » de devoir sciemment laisser se développer la grossesse pour avorter. Si cette épreuve ne l'a pas conduite à remettre en cause le protocole dont elle a hérité en prenant la responsabilité du service (preuve de l'inertie des structures et habitudes médicales) consistant à mettre en attente et à orienter vers les urgences les avortantes en cas de grossesse de localisation indéterminée (GLI), elle a accru son empathie à l'égard des avortantes à qui elle l'impose :

« Heureusement je suis gynéco, sinon j'aurais passé ma vie aux urgences. Mais tu vois, je sais que c'était long, l'attente. Et je sais que de leur rajouter ce truc, “vous voulez faire une IVG, ah, tapez-vous la queue en bas, aux urgences, puis revenez”, c'est pas les mêmes personnels, les urgences c'est pas non plus l'endroit le plus agréable et le plus bienveillant... Enfin voilà, ça me fait chier parfois de les envoyer aux urgences. Parce que je sais que j'aurais pas du tout kiffé. » (Entretien du 11 février 2022)

Cette attente lui paraît d'autant plus regrettable que les avortantes qui découvrent leur grossesse tôt seraient « des patientes bien cortiquées » – c'est-à-dire généralement blanches, de classes moyenne ou supérieure, comme elle. Elle s'indigne en outre qu'une avortante « cas contact COVID » ait vu son rendez-vous pour la réalisation d'une IVG instrumentale décalé d'une semaine par l'anesthésiste :

« **Coraline** : Mais moi je trouve ça long pour quelqu'un qui veut pas une grossesse, attendre encore une semaine enceinte. Puis surtout qu'en fait, venant... bon je suis pas du tout féministe hein (*rire*), mais venant d'un homme, ça m'énerve. Parce que t'as envie de dire "mais tu sais pas ce que c'est les sensations d'avoir une grossesse que tu veux pas" et... et puis juste, voilà, pour moi, c'est quasi une urgence en fait, une IVG. Et quand on te répond "c'est pas ma faute, si elle est enceinte"... Ça m'active. Mais je sais que c'est biaisé.

Raphaël : C'est ce qu'on t'a dit ?

Coraline : Oui (*rire*), c'est ce qu'on m'a dit ! C'est pas une réponse, en fait. T'en sais rien. Certes, elle se retrouve dans cette situation, mais tu sais pas le contexte. [...] J'aime pas qu'on les retarde, j'aime pas qu'on leur dise, c'est pas possible. Mais bon après il faut que je mette mon... Mon mec me dit toujours mets ce que t'as vécu de côté. Ça doit pas influencer ton boulot. Mais c'est vrai que... voilà. »

Ce savoir qu'elle tire de son expérience profane, elle le présente à plusieurs reprises comme un « biais » contre lequel elle devrait lutter pour rester objective, considérant, à l'invitation de son conjoint anesthésiste, que son appartenance de genre est un obstacle au professionnalisme médical.

Je ne détaille pas la situation, similaire, de Pauline, une sage-femme orthogéniste enquêtée, particulièrement engagée, dont l'expérience personnelle de l'IVG avant son orientation vers le travail d'avortement lui a fait réaliser la complexité du parcours de soins et le manque de clarté des informations données, l'incitant, une fois en poste, à simplifier et accélérer la procédure. La trajectoire de Paule, en revanche, mérite qu'on s'y attarde dans la mesure où elle tranche avec le résultat de l'analyse statistique de Fécond. Paule a avorté dans la clandestinité à 19 ans, en 1969. Enceinte dans le cadre d'une relation qu'elle dit sans intérêt, elle a le « sentiment d'une horreur en train de pousser en [elle] ». Via son réseau d'étudiante en médecine, elle obtient en secret de sa famille le contact d'un « monsieur très bien coté » réalisant des avortements dans une clinique privée. Il « se faisait du fric sur l'avortement, en bon militant du planning familial qu'il était », me dit-elle. Très mal traitée, elle garde une rancune tenace contre lui : elle a été endormie sans que le geste ne lui soit expliqué, s'est réveillée seule, est repartie sans aucune information. Quand, n'ayant pas ses règles, elle l'appelle plusieurs semaines après l'intervention, ce médecin ignore son inquiétude, lui dit de ne jamais rappeler et raccroche. Deux ans plus tard, elle signe le « Manifeste des 343 » en pensant qu'elle serait arrêtée. De son avortement, elle retient la peur et, raconte-t-elle, le mépris des médecins et des militants de gauche qu'elle côtoie dans le cadre de ses études et de son engagement d'extrême gauche. Elle rapporte leur discours : « Mais enfin ma p'tite cocotte, comment tu as fait ?! Comment tu es tombée là-dedans ?! ». Puis elle ajoute :

« **Paule** : Si je n'avais pas avorté, je serais pas là pour te parler.

Raphaël : Tu veux dire que tu n'aurais pas pu faire médecine ?

Paule : Je pense que j'aurais pas pu vivre ! (*Pleure, se mouche. Long silence*). » (Entretien du 12 avril 2022)

Elle me dit aussi, plus explicite : « Je me serais jetée sous une voiture pour en sortir ». Elle considère que son recours à l'avortement a été fondateur de son engagement féministe – elle rejoint le Mouvement de libération des femmes (MLF) en 1972 – puis de sa décision de participer au travail d'avortement pendant les 19 années qu'elle a passées comme gynécologue médicale dans le CIVG 1. Mais son expérience terrible de l'avortement l'a conduite à généraliser son drame personnel à l'ensemble des avortantes. Parmi les médecins enquêtés, elle est l'une des plus ferventes représentantes de l'approche psychologisante. Pour elle, l'avortement est toujours une épreuve, nécessitant une prise en charge bienveillante et extensive. Elle s'oppose viscéralement à l'allongement du délai. L'effet du recours à l'IVG sur les pratiques et les prises de position en matière d'avortement n'est donc pas homogène – notamment, car il dépend des conditions de réalisation de l'IVG antérieure.

Le succès de la socialisation professionnelle au pouvoir médical est aussi déterminé par l'expérience profane de la domination médicale. Delphine et Olivia, les deux internes du CIVG 1, réalisent leur stage d'internat en centre d'IVG par intérêt professionnel plus que par engagement féministe : Olivia se dit « pas du tout féministe » et souhaite ensuite faire carrière en PMA, Delphine voit dans le stage un moyen de s'orienter vers la gynécologie. Pour autant, lors d'une conversation informelle, celles-ci évoquent leur intérêt pour le mouvement de dénonciation des violences gynécologiques et obstétricales, position minoritaire parmi les médecins enquêtés plus âgés dont la plupart considèrent ce phénomène comme une injustice et une violence envers les médecins. Très vite, elles évoquent leur expérience d'usagères du système de santé et décrivent chacune comme « traumatisante » leur première visite à une gynécologue. Un examen gynécologique complet leur a été fait « sans consentement, alors que c'était inutile » (Olivia), à 18 et à 20 ans, quand l'une venait pour une contraception et n'avait encore jamais eu de rapport sexuel, et l'autre pour un examen du sein. Olivia raconte qu'elle a dû se déshabiller entièrement avant que la gynécologue ne lui fasse « un frottis sans autorisation parce que ça lui a fait gagner 50 € ». Elle n'a jamais plus réalisé de consultation gynécologique. Il en va de même pour Anne-Françoise (48 ans), une sage-femme réalisant des IVG en libéral dans le département du Buissonnois où se trouve le CIVG 2. Elle me raconte sa première consultation gynécologique à 15 ans :

« **Anne-Françoise :** J'ai eu droit à mon p'tit spéculum !

Raphaël : Mauvais souvenir ?

Anne-Françoise : Aaaaaah oui... Mais c'était comme ça. On devait obéir au médecin. Qui était une femme, d'ailleurs. » (Entretien du 29 avril 2022)

Peut-être cette expérience précoce de la domination médicale n'est-elle pas étrangère au fait qu'Olivia et Delphine se montrent particulièrement critiques de certaines formes de pouvoir exercées par les médecins et, dans leur pratique telle que je l'ai observée, demandent toujours l'autorisation avant d'insérer un spéculum et se montrent prévenantes en cherchant à savoir si l'examen n'est pas douloureux, ou au fait qu'Anne-Françoise ait développé des pratiques qu'elle veut bienveillantes et attentives à l'autonomie des femmes : dans le cadre d'une demande d'IVG, elle ne réalise pas d'examen gynécologique ni d'échographies endovaginales qu'elle juge « trop invasives » (elle réalise des échographies abdominales), autorise les avortantes à prendre le médicament abortif chez elles, laisse son numéro de portable au cas où les avortantes auraient besoin de soutien lors de l'expulsion, prescrit des antidouleurs puissants et accepte de réaliser l'IVG quand la grossesse n'est pas localisable. Lucile Quéré remarquait déjà que les mauvaises expériences avec des gynécologues pouvaient être un facteur de socialisation à un rapport atypique au corps et à la santé qui prédisposait les femmes à la pratique du *self-help* et à la critique de la médecine (2023). Sans avoir vécu d'expérience aussi négative qu'Olivia, Delphine ou Anne-Françoise en consultation de gynécologie, Pauline (36 ans), sage-femme orthogéniste, me dit qu'« en tant que femme », elle a toujours trouvé « désagréable » de devoir mettre les pieds dans les étrières. Dans sa pratique professionnelle, elle propose d'autres positions d'examen qu'elle juge plus respectueuses des femmes.

Certaines enquêtées font l'expérience de cette domination non pas à la première personne, mais *via* les témoignages de leurs proches ayant avorté. Amandine (36 ans), PH de médecine générale responsable d'un centre d'IVG, me raconte qu'une amie – non-médecin – a avorté à l'époque où elle-même était interne, et a été « hyper mal accueillie avec son copain de l'époque. On les a sermonnés, on leur a fait la morale, on les a pris de haut. » Elle ajoute qu'elle voit le fait d'être médecin en centre d'IVG comme une « opportunité d'offrir du soin et de l'accès à l'IVG sans maltraiter les personnes », de « proposer autre chose ». Angèle (27 ans), interne en médecine générale, réalise un stage de gynécologie dans une petite maternité en milieu rural sans professionnel·le dédié·e à la prise en charge des IVG. C'est elle qui réalise les consultations d'IVG et une partie des interventions au bloc opératoire. Peu de temps auparavant, une de ses amies qui réalise une IVG a « hyper mal vécu » sa prise en charge : « elle s'est sentie jugée » et n'a eu accès qu'à des antalgiques peu puissants. Avoir accès au « côté patient » lui a permis, me dit-elle, de réfléchir à sa propre pratique¹⁶.

¹⁶ Une de mes proches a réalisé une IVG auprès d'elle et a effectivement trouvé que la manière dont Angèle l'a prise en charge était respectueuse et bienveillante. C'est après avoir eu le témoignage de cette amie que j'ai contacté la médecin pour lui proposer un entretien.

« Les professions qui supposent des formations et des certifications très institutionnalisées semblent souvent vues comme neutralisant les effets de socialisations antérieures ou parallèles », préviennent Anne Paillet et Delphine Serre (2014 : 343-344). Cela vaut tout particulièrement pour la médecine. Non seulement les expériences profanes et les socialisations non professionnelles des médecins contribuent à déterminer leur participation au travail d'avortement et leur position vis-à-vis de la poursuite de la libéralisation de l'avortement, mais également leurs pratiques médicales, comme l'avaient montré Alexandra Roux, Cécile Ventola et Nathalie Bajos au sujet des prescriptions contraceptives (2017). La socialisation médicale, notamment sa dimension qui nous intéresse ici, l'apprentissage d'une position dominante dans le rapport de domination médicale, ne s'exerce pas sur une page blanche (Darmon *et al.*, 2018) : l'apprentissage des manières de s'imposer en consultation est tributaire des expériences passées comme des socialisations générationnelles et politiques.

C. Traîtres à leur groupe professionnel ? Les avorteur·ses contre le pouvoir médical

Si, on le voit, les dispositions acquises en dehors de la sphère professionnelle sont une source de variation des pratiques médicales, et notamment des pratiques de pouvoir médical, elles n'en sont pas la seule : la socialisation professionnelle dans un service d'avorteurs et avorteuses spécialistes peut participer à atténuer les dispositions médicales à la domination.

1. Une (re)socialisation professionnelle minoritaire : faire de la médecine autrement

L'engagement dans le travail d'avortement n'est pas seulement le produit de certaines formes de socialisation mais est un facteur de socialisation lui-même, politique et professionnelle.

Dans l'enquête par entretiens que j'ai réalisée, le sous-corpus des médecins qui se spécialisent dans l'avortement est largement plus politisé et se situe bien davantage à gauche que le reste de la profession médicale¹⁷. Cette spécificité est liée à un effet de sélection – leur socialisation politique les dispose à devenir avorteurs et avorteuses, mais aussi au fait que le travail d'avortement en centre d'IVG participe à façonner les positionnements et comportements politiques. Comme le Planning Familial, le centre d'IVG peut être un cadre de politisation *du* travail mais aussi de politisation *au* travail, agissant comme vecteur de conversion à des enjeux politiques (Romerio, 2022), *via* la sociabilité au sein des centres ou

¹⁷ Voir chapitre 4.

des associations professionnelles. De même que Romain Pudal identifie un rapport ordinaire à la politique dans une caserne de pompiers et le met en regard d'un habitus professionnel spécifique (Pudal, 2011), il y a un rapport ordinaire à la politique en centre d'IVG en lien avec des dispositions professionnelles d'avorteur·se. La force de la socialisation professionnelle en centre d'IVG entraîne, pour certain·es, un déplacement à gauche de l'identification partisane, un rapport plus actif à la politique et une adhésion plus grande au combat féministe. Lise (52 ans), généraliste responsable du CIVG 3, d'abord apolitique lorsqu'elle commence sa carrière de médecin, se politise à gauche puis à l'extrême gauche au contact d'avorteur·ses spécialistes (notamment de Gérard, militant trotskyste, qui la forme). Elle se rend avec Hélène (56 ans), une de ses collègues, à sa première manifestation féministe, et c'est également à partir de la question de leur accès à l'avortement qu'elle se forme et s'engage sur les enjeux d'accès aux soins des personnes trans'. Jean (57 ans), PH de gynécologie-obstétrique, raconte sa découverte du féminisme par les lectures que lui recommandent ses collègues en centre d'IVG, en particulier Michèle, militante à la Ligue communiste révolutionnaire – les livres de Simone de Beauvoir, les vidéos de Delphine Seyrig, les textes et la plaidoirie de Bobigny de Gisèle Halimi. Gaëlle (42 ans), médecin généraliste aujourd'hui responsable de centre d'IVG, a été une étudiante désajustée au milieu médical jusqu'à son premier stage en centre de planification. Jamais encartée dans un parti politique, elle a hérité d'Arlette, membre du Parti communiste et fondatrice d'une association de lutte contre les violences sexuelles, qui a dirigé son stage, des dispositions politiques autant que professionnelles. Celle-ci lui transmet, avec la maîtrise pratique de l'avortement, son engagement féministe et des bribes de la contre-culture médicale des années 1970. Les centres d'IVG apparaissent comme l'un des lieux de transmission du féminisme qui s'opère conjointement à et par la pratique des avortements (Collin, 1986).

Le travail comme instance de socialisation politique des avorteurs et avorteuses... et de leurs enfants

L'activité professionnelle des enquêté·es est souvent un sujet de conversation récurrent avec leurs enfants, comme c'est le cas pour Pauline (sage-femme, 36 ans) :

« **Raphaël** : Tu en parles à tes enfants ?

Pauline : Oui ! Ils savent très bien. Le grand surtout, qui a 9 ans. Il sait que sa maman elle aide les femmes à avoir des bébés et elle aide les femmes à pas avoir de bébés. Souvent quand je rentre le soir il me demande "Ça a été ta journée aujourd'hui ? Tu as fait naître des bébés ou tu as aidé des femmes qui voulaient pas de bébé ?" C'est marrant. Je pense qu'il a bien compris. » (Entretien du 17 janvier 2023)

Si aucun·e enquêté·e ne cache son activité à son entourage proche, la question de l'âge à partir duquel il faut en parler à ses enfants se pose à beaucoup. Charlotte (40 ans, PH de médecine générale au CIVG 3) a expliqué le principe de l'IVG à sa fille de six ans « mais pas encore l'aspi » :

« Mais ça va venir. Elles savent que je fais de l'IVG, que j'aide les femmes qui veulent pas de la grossesse. Mais je me demande comment tu te représentes ça à six ans ».

L'activité professionnelle apparaît comme un moyen du travail éducatif – c'est-à-dire du fait de se positionner comme parent qui socialise ses enfants – en fournissant un moyen détourné (parler de sa journée, garder son enfant au travail) d'éducation à la sexualité, ou une justification de la posture de transmission dans la mesure où l'avorteur·se a une position d'expertise sexuelle non pas en tant que parent mais en tant que professionnel·le de la gynécologie. Si Amandine (36 ans, PH de médecine générale et responsable d'un centre d'IVG) n'a pas encore parlé d'avortement à son fils de six ans (« Je pense que je lui en parlerai mais ça me semble trop tôt »), elle lui a expliqué la contraception :

« Il sait est déjà que t'as tes règles quand t'as pas de bébé dans le ventre, il sait déjà qu'il y a des médicaments et des moyens pour éviter d'avoir des grossesses [...]. Il est déjà venu avec moi sur [hôpital]. Il est déjà venu, il s'est déjà assis sur la table d'examen. Il joue avec des spéculums et des stérilets et des clitoris en plastique (*Rire*). » (Entretien du 20 septembre 2021)

D'autres abordent frontalement la question de l'avortement, comme cet·te enquêté·e¹⁸ qui s'appuie sur ses connaissances et sa familiarité avec le milieu professionnel pour assurer, de manière préventive, une bonne prise en charge à sa fille en cas d'IVG :

« **Enquêté·e** : Ma fille a avorté deux fois.

Raphaël : Avec toi ?

Enquêté·e : Non, interdit ! J'avais dit à ma gamine, écoute Léa, tu as un taux... je souhaite pas que tu tombes enceinte inopinément, mais y a une fréquence qui te pend toujours aux ovaires qui est un petit peu forte, et le problème, c'est que si ça t'arrive, tu pourras difficilement en parler dans le coin sans que je sois au courant. Donc je t'ai donné... J'en ai parlé avec elle, j'ai une copine, là, qui est orthogéniste à [ville], je te file ses coordonnées et on a convenu que si elle t'appelait elle ne me parlait jamais de rien. Tu vois j'avais anticipé le truc !

Raphaël : Mais tu en as quand même entendu parler.

Enquêté·e : Ah, parce que tout compte fait, elle a fait des IVG dont elle a voulu me parler, mais je savais que le fait d'en parler pouvait être un frein parfois et pouvait être encombrant. Donc j'avais anticipé parce que j'avais été effrayée par la fréquence. J'ai beaucoup dit à mes patients vous savez, moi, j'ai fait de gros progrès le jour où j'ai compris que, moi étant médecin et encore plus orthogéniste, ma fille, ça la protège en rien dans son risque de faire une IVG. » (Entretien réalisé en 2021)

La prévention de cet·te enquêté·e n'a pas empêché sa fille d'avorter – ce n'était pas le but visé – mais a permis à celle-ci d'avorter dans de bonnes conditions auprès d'une médecin qu'elle savait bienveillante et compétente.

Le métier de Gaëlle (42 ans, PH de médecine générale, responsable de centre d'IVG) – avorteuse dans un lieu de prise en charge des violences sexuelles – a joué un rôle de socialisation politique auprès de sa fille, qui revendique être féministe et s'identifie à sa mère dont l'activité lui inspire une grande fierté :

« **Raphaël** : Tu racontes à ta fille de 11 ans que tu fais des avortements ?

Gaëlle : Oui, oui. Alors elle sait pas depuis qu'elle a quatre ans, non plus. Mais oui, elle sait. Elle explique comme ça à ses amis. Elle se dit féministe, elle est très... elle a fait un exposé sur le mariage forcé avec ses copines à l'école, elle est en CM2, et j'ai vu, elle m'a ramené la pancarte de l'exposé, il y a la définition du viol dans un coin, "Tout acte de pénétration

¹⁸ Je ne donnerai pas d'information supplémentaire – outre que c'est un·e avorteur·se spécialiste – afin d'assurer un niveau d'anonymat supplémentaire à sa fille qui a avorté.

sexuelle machin...”. Je lui ai dit “tu as expliqué ça aux copains ?” Elle me dit “Oui, la maîtresse était d’accord. Et puis elle nous a un peu soutenues dans les explications et tout”. Elle est très comme ça. Je sens que elle est portée vers une forme d’engagement comme ça et que ça lui plaît de voir que sa maman a cette chose qui la définit un petit peu d’être quelqu’un d’engagée un peu contre les exclusions, contre les discriminations, enfin voilà. Ça peut changer encore, là elle a 11 ans, elle peut toujours virer ado pas du tout engagée (*rire*). Donc voilà, c’est vrai qu’il y a ça qui se dégage comme ça, un peu autour de moi, de mon travail, je vois qu’elle dit... elle aime bien dire que je travaille [au centre d’IVG] parce qu’il y a des gens qui connaissent, voilà. Elle a une petite fierté comme ça, c’est pas désagréable non plus. » (Entretien du 12 juillet 2021)

La fille de Gaëlle, fière de sa mère, propose que celle-ci présente son métier aux classes de l’école primaire mais ni Gaëlle, ni la professeure des écoles n’y tiennent. Cet extrait d’entretien témoigne de la valorisation dont peut faire l’objet l’engagement professionnel dans le travail d’avortement. Surtout, il illustre un résultat du travail de Wifried Lignier et Julie Pagis sur la socialisation des enfants : les représentations enfantines du monde social varient selon le métier exercé par les parents (Lignier et Pagis, 2017). L’enquête réalisée donne à voir les interactions entre le métier d’avorteuse et celui de mère (Gojard, 2010). Elle montre que la socialisation professionnelle des médecins et sages-femmes qui se spécialisent dans l’avortement se répercute sur la socialisation politique – au féminisme – et sexuelle ou sanitaire – par une éducation sexuelle particulièrement précoce et avancée – de leurs enfants¹⁹.

Les avorteurs et avorteuses les plus investi·es dans le travail d’avortement développent donc des dispositions politiques, mais aussi, plus largement, des dispositions professionnelles qui vont à l’encontre de leur apprentissage initial de la médecine. Cette manière de « pratiquer la médecine autrement » (Mariette et Pitti, 2016) est décrite par les médecins du CIVG 3, et quelques médecins spécialisé·es dans l’avortement de l’enquête par entretiens, comme un renoncement au pouvoir médical.

Dans une allocution prononcée lors des Journées de l’ANCIC, j’entends une médecin généraliste du CIVG 3 louer l’engagement d’un de ses confrères pour le droit des femmes, « contre le pouvoir médical ». Lise (52 ans), responsable du CIVG 3 et Charlotte (40 ans), PH de médecine générale dans le centre, refusent certains symboles du statut médical, à l’instar du port de la blouse ou de la disposition du bureau : elles tournent leur bureau de 90 degrés par rapport à sa position habituelle afin qu’il ne les sépare pas de la patiente, jugeant cette configuration moins intimidante²⁰. Charlotte me raconte par ailleurs qu’elle a progressivement arrêté de s’imposer aux patientes en matière de contraception :

« **Raphaël** : Ça arrive que des patientes repartent sans contraception ?

¹⁹ Il ne faut pas supposer pour autant un décalque des représentations politiques et morales des parents chez leurs enfants. Une enquête spécifique auprès des enfants, attentive à la manière dont ils et elles se représentent l’avortement et le travail de leurs parents, montrerait sans doute des opérations de « recyclage symbolique », soit l’appropriation enfantine et la réinterprétation des schèmes culturels transmis (Lignier et Pagis : 119).

²⁰ Pratique dont Laure Pitti et Audrey Mariette expliquent qu’elle est caractéristique de « médecins critiques » comme leur enquêté Jacques C. qui fait de l’orientation du bureau « un des signes d’une critique en actes du pouvoir médical » (Mariette et Pitti, 2016).

Charlotte : Ouais, alors j’ai une histoire en 2017 [année de son arrivée dans le CIVG 3] avec une patiente qui repartait sans contraception. À l’époque j’avais un sentiment d’échec, je m’étais battue comme une lionne pour trouver une contraception qui lui convienne et ça avait été un échec. Aujourd’hui je m’en fous. Ça m’arrive toutes les semaines. Ça ne me dérange pas du tout. J’essaie de comprendre pourquoi elles en veulent pas, je m’assure que c’est pas une méconnaissance, mais elles en veulent pas elles en veulent pas. » (Entretien du 10 juin 2022)

Lucie (30 ans) l’assistante de gynécologie médicale du CIVG 3 évoque une évolution similaire lorsqu’elle décrit son apprentissage dans le service :

« **Lucie** : J’ai appris à leur laisser le choix des choses.

Raphaël : C’est-à-dire ?

Lucie : J’avais pas fait de consultation d’IVG avant de venir dans le service, mais la contraception oui, et c’est ici que j’ai appris à vraiment bien expliquer tout à chaque fois et pas ce que je pense qu’elles devraient prendre (*Rire*).

Raphaël : C’est-à-dire ?

Lucie : Il y a des patientes où tu vois qu’elles vont oublier leur pilule donc bon... mais peut-être que je juge, hein.

Raphaël : C’est lesquelles ?

Lucie : Celles qui te le disent, déjà. Et puis les jeunes. Même si c’est pas une généralité. C’est que les patientes de 40-50 ans elles ont plus tendance à faire attention parce qu’elles veulent surtout pas une nouvelle grossesse. Mais maintenant je leur présente tout. Je suis moins dans la revendication, “non mais là vraiment prenez plutôt le stérilet”. Si elles veulent la pilule, je me dis tant pis, je leur ai expliqué tous les avantages et les inconvénients et si elles veulent quand même je ne vais pas me battre. Peut-être qu’au final ça se passera bien. » (Entretien du 24 juin 2022)

Leur volonté de pratiquer une médecine qui ne soit pas « rétrograde et paternaliste » (Lise) se traduit par le fait d’accepter que les avortantes prennent des décisions qui ne paraissent pas être les meilleures sur le plan médical – celles qui réduiraient au maximum les risques de grossesse non désirée, de complication, de développement d’une pathologie. « Elles font ce qu’elles veulent, j’estime que leur histoire leur appartient », me dit Lise à la suite d’une consultation où une patiente refuse sa proposition de réaliser un auto-dépistage des infections sexuellement transmissibles sans que la médecin n’insiste. Cela suppose donc d’endosser une posture passive de prestataire dévalorisée par d’autres enquêtées gynécologues-obstétriciennes, mais aussi d’éviter la pratique d’actes médicaux qui ne sont pas souhaités par l’avortante. En bref, il s’agit d’apprendre à ne pas dominer.

La socialisation professionnelle en orthogénie semble se faire en partie *contre* la socialisation médicale, et sur le temps long. Il s’agit de « déconstruire » (Mathieu, 60 ans, généraliste attaché au CIVG 3), de « déconditionner » (Jeanne, 52 ans, généraliste en libéral) des dispositions et habitudes de pratiques provenant des études de médecine. Mathieu raconte

comment son travail en centre d'IVG a changé sa perspective sur la relation médecin-patient·e, affectant, dit-il, son activité en cabinet de ville bien au-delà de l'IVG :

« On nous apprend du jugement. J'ai mis 10 ans à me décrocher, à me déniaiser. À apprendre une médecine où tu ne décides pas. [...] Quand je suis arrivé [dans le CIVG 3], j'étais un mec arrogant, qui gueule, imbu de pouvoir médical, et là, pédale douce, les patientes font ce qu'elles veulent. Elles décident tout, elles m'ont appris à ne plus rien décider, à me mettre à leur disposition. Et ça se décline sur la contraception. La meilleure contraception c'est celle que la femme choisit. Le corps médical est incapable de laisser la femme choisir. [...] Le fait d'avoir été dans ce service m'a transformé comme généraliste. Le jeune moi pouvait gueuler sur un patient qui avait du cholestérol en disant que c'était du suicide. Maintenant je lui dis soit vous voulez vivre assez longtemps pour profiter de vos petits-enfants, et alors j'ai plein de choses pour vous et on peut essayer d'améliorer votre espérance de vie de 15 ans, soit votre kif c'est la qualité plutôt que la quantité, et vous voulez continuer les tartines de rillettes, c'est votre choix. Moi, j'ai pas à mettre mon nez là-dedans. » (Entretien du 7 juin 2022)

Cette socialisation professionnelle – qu'on pourrait dire secondaire – minoritaire, si elle rend possible pour des jeunes médecins en crise vocationnelle la continuation d'une carrière médicale, accentue également la distance au reste du corps médical et alimente en particulier une opposition aux gynécologues spécialistes dont les pratiques sont parfois jugées maltraitantes et les prises de position comme desservant les femmes. De là résulte un positionnement professionnel subjectif des orthogénistes comme étant à la frontière voire à l'extérieur du corps médical auquel ils et elles refusent parfois d'être identifiés (« Je ne me reconnais pas très bien parmi les médecins », me dit Gaëlle (42 ans), généraliste et responsable d'un centre d'IVG). D'où, aussi, un soutien d'une partie des avorteurs et avorteuses spécialistes à l'élargissement des compétences des sages-femmes perçues comme étant, elles aussi, des alliées des femmes et des dominées de l'espace de la gynécologie.

C'est aussi le cas d'avorteurs et avorteuses spécialistes elles et eux-mêmes gynécologues-obstétricien·nes, qui voient avec un œil critique leurs pratiques passées. Jean (57 ans, PH) déclare : « Quand j'y repense maintenant, j'étais maltraitant, j'étais odieux. Des femmes qui venaient qui avaient déjà avorté deux fois, je les traitais comme de la merde ». François (80 ans, chef de service), de même, fait son « autocritique » :

« Je dois dire, là, c'est une autocritique sévère à mon propre égard. J'ai eu une attitude... Qui était stupide, qui était de considérer "Enfin écoutez Madame, pourquoi vous prenez pas la contraception ?" Ou "Vous avez 18 ans, c'est bien d'avoir une vie sexuelle mais quand même !" Voilà. Oui, j'ai pas tout de suite eu ce regard sur la liberté de l'autre comme fondatrice. [...] J'ai réalisé que, là, j'étais pas bon, hein. Pour qui je me prenais, enfin ? » (Entretien du 10 juillet 2021)

La remise en cause de dispositions professionnelles héritées de la socialisation médicale antérieure s'opère grâce au fait que le travail d'avortement et le centre d'IVG

peuvent être des instances de socialisation particulièrement fortes. Nous avons vu l'importance de la rencontre-révélation avec un *role model* et de la participation aux événements des associations professionnelles. S'y ajoute l'effet de la sociabilité professionnelle et hors professionnelle avec d'autres avorteurs et avorteuses du service : le travail d'avortement et le contact quotidien d'autres spécialistes confirme jour après jour les produits de la resocialisation.

2. Le contrôle social et l'homogénéisation relative des pratiques au sein du service

Le rejet du pouvoir médical n'est pas (ou pas seulement) une posture de médecins de gauche cherchant à être bien vu·es de leur interlocuteur sociologue. Il se traduit dans les pratiques, comme les chapitres qui précèdent ont pu le montrer : dans le CIVG 3, les parcours d'IVG sont globalement plus rapides et moins contraignants, les recommandations des autorités de santé et les interstices laissés par la loi sont utilisés pour mettre en place des dispositifs et des instruments plus favorables à l'autonomie des femmes, les pratiques médicales sont moins différenciées selon les avortantes, les médecins tentent généralement de déculpabiliser les avortantes – y compris les « mauvaises » – et de les rassurer quant à l'innocuité du geste. Un exemple des pratiques de pouvoir radicalement différentes d'un centre d'IVG étudié à un autre concerne la libéralité dans la délivrance d'arrêts de travail ; c'est un détail assez significatif. J'ai vu des médecins du CIVG 3 accorder des arrêts jusqu'à cinq jours après la prise du second médicament abortif, ou en proposer un au conjoint, quand les professionnelles des CIVG 1 et 2 les refusent au-delà d'un jour après la prise du second médicament, parfois malgré les supplications des avortantes, soupçonnant une manigance pour esquiver le travail.

Comment les pratiques se diffusent-elles et s'alignent-elles au sein d'un service ? La question de la négociation des normes pratiques, protocoles et instruments adoptés dans les centres d'IVG, et des conflits que peuvent susciter la diversité dispositionnelle et les différences d'appréciation de situations de travail au sein d'une équipe, a déjà été évoquée plus haut *via* les débats qui entourent les choix du mode de datation des grossesses dans le CIVG 3. Il s'agit ici d'aller plus loin dans l'analyse en montrant comment les mécanismes informels d'homogénéisation par la sélection des membres, la formation par « compagnonnage » et le contrôle social sanctionnant les pratiques qui divergent des normes locales, permettent de limiter la variabilité de pratiques, et notamment des pratiques de pouvoir, entre médecins ou sages-femmes d'un service. Observer ce processus d'alignement

des pratiques au sein d'un service, c'est observer la socialisation professionnelle en train de se faire. Or le terrain réalisé dans le CIVG 3 a été marqué par l'achoppement de ces mécanismes d'homogénéisation et par une violente crise au sein de l'équipe. Comme les tensions entre sa socialisation primaire et professionnelle, et *in fine*, le rejet, qu'a suscité chez Marie Laborie l'apprentissage de la chirurgie font apparaître les dispositions requises par ce milieu (Zolesio, 2009), l'examen d'un cas de socialisation d'avorteur « ratée » montre le processus de socialisation secondaire de médecins critiques du pouvoir médical tel qu'il peut opérer, et échouer, dans un centre d'IVG.

La relative homogénéité des pratiques est d'abord assurée par celle des professionnel·les, dont le recrutement dans les centres enquêtés se fait principalement par cooptation. Les nouveaux et nouvelles entrant·es sont généralement déjà connu·es des professionnel·les du service. Dans le CIVG 1, chaque nouvelle assistante est choisie parmi les volontaires²¹ qui sont déjà passées dans le service dans le cadre d'un stage d'internat et que les médecins et infirmières apprécient. C'est le cas également des vacataires du service : Laurence (65 ans) a été contactée il y a vingt ans par un médecin qui se souvenait de son passage dans le service comme interne des années auparavant ; Amélie (31 ans) a été recrutée par un des médecins du service (qui a démissionné depuis) auprès de qui elle a réalisé sa thèse et dont elle a par ailleurs rejoint le cabinet de groupe. Cela vaut enfin pour les infirmières puisque, quand un poste se libère, avec l'accord de la cadre, les infirmières du centre le proposent à une collègue d'un autre service de la maternité qu'elles apprécient. C'est aussi le cas des médecins du CIVG 3 dont trois des quatre derniers recrutements ont été faits parmi d'ancien·nes internes du service, et la quatrième a été choisie, après quelques contacts, en raison d'un bon « *feeling* » :

« **Lise** : On l'a croisée à des journées par-ci par-là et on l'a trouvée très chouette, et on s'est dit on aimerait bien qu'elle bosse avec nous. Elle était chouette. Et quand on l'a appelée elle en revenait pas, elle a dit "mais vous êtes sûrs que c'est moi que vous appelez" ?

Raphaël : "Chouette" comment ?

Lise : Je sais pas. C'est un *feeling*. On sent que c'est une fille avec qui on pouvait partager plein de trucs. Et puis son engagement. Mais indépendamment de l'IVG, c'est quelqu'un avec qui j'ai envie de parler, qui est à l'aise. Et en plus effectivement elle était motivée, elle avait soif de partage d'expérience, parce qu'elle n'avait eu que Binet [chef de service de gynécologie-obstétrique] comme modèle et elle se sentait très isolée, et elle a eu envie de se nourrir de tout ce qu'on pouvait lui apporter à l'époque. » (Entretien du 7 septembre 2022)

Comme l'analysent Pascal Dauvin et Johanna Siméant au sujet du recrutement des travailleur·ses de l'humanitaire, le *feeling* traduit une « rencontre des habitus » (2002 : 178) : un jugement subjectif sur le ou la candidate (sympa, chaleureux ou au contraire

²¹ De jeunes diplômées qui ont très peu d'autres choix pour obtenir un poste hospitalier.

froid) permettent, au sens pratique, d'estimer sa capacité à rejoindre le service. L'entrée dans le CIVG 3 repose donc sur l'interconnaissance, sur la sympathie suscitée, et sur la possession de dispositions communes, professionnelles mais aussi, largement, politiques. Au sujet du dernier médecin recruté (peu après mon départ du terrain), Lise (52 ans), responsable du service, le décrit non seulement comme « super » ou « chouette » mais aussi comme « en phase » : il partage un engagement féministe et une manière de considérer le travail d'avortement qui rendent probable son soutien aux pratiques particulièrement libérales du service. Pour le recrutement de Jérôme (36 ans), Lise n'a pas suivi son « instinct » ni celui de ses collègues, mais s'est laissée convaincre par des arguments rationnels :

« Et après Jérôme, qui lui aussi était passé dans le service et avait très très très envie. C'était compliqué parce que [un·e médecin du service] le sentait pas et y était farouchement oppos[é·e]. Les autres étaient sans avis tranché. Personne ne sautait de joie, mais personne ne s'y opposait aussi farouchement que [le/la médecin évoqué·e]. Et moi j'étais un peu trop rigoriste, de dire qu'on avait rien à lui reprocher, qu'on avait déjà travaillé avec lui, qu'il était hyper motivé, que c'était un mec et que les mecs partaient, qu'on avait besoin d'une mixité sinon on n'aurait plus que Mathieu. Et puis j'ai dit, ce gars-là, ce qui est riche, c'est qu'il est pas comme nous, c'est une richesse, il va nous apporter un regard plus universitaire, scientifique. Moi je le voyais avec un regard universitaire orthogéniste. Je me suis plantée. Mais j'avais pas d'argument pour dire non. À part du délit de sale gueule, mais je voulais pas. Et puis on avait pas d'autre candidat à ce moment. C'est compliqué de dire "Non, je préfère personne". »

Du fait de critères objectifs en faveur du recrutement de Jérôme (ses dispositions scientifiques) et d'un exceptionnel manque de candidat·es pour remplir un poste vacant cette année-là, Lise a accepté dans le service un médecin avec lequel le « *feeling* » ne passait pas, et dont il s'avère qu'un décalage dans les manières de penser et de pratiquer le travail d'avortement rend très difficile la collaboration et tendues les relations professionnelles. Une condition est posée à son entrée dans le service : qu'il obtienne, comme la plupart de ses collègues, un diplôme universitaire dédié au travail d'avortement.

Ce mode de recrutement par cooptation favorise la proximité sociale, notamment professionnelle (tous les postes pérennes²² dans le CIVG 3 sont donnés à des généralistes) et politique des professionnel·les du service (féministes et plutôt à gauche pour le CIVG 3, de centre ou de droite et se distanciant du féminisme dans le CIVG 1). Si les pratiques se ressemblent au sein des centres d'IVG, c'est d'abord parce que les professionnel·les se ressemblent.

La relative homogénéité des pratiques est ensuite assurée par la socialisation par les pair·es au sein du service. Les médecins « se transforment pour se conformer au poste »

²² Par opposition aux postes dont la durée est strictement limitée, ceux de l'interne et de l'assistante de gynécologie médicale.

(Serre, 2009) sous l'influence de leurs collègues, à leur arrivée voire parfois après des années dans le service. Au-delà de l'imitation et de l'action pédagogique, qui concernent avant tout les internes ou les sages-femmes, la diffusion des manières de faire jugées bonnes et la correction des pratiques minoritaires s'opèrent principalement par un contrôle social explicite entre médecins. Dans les CIVG 1 et 3, les médecins et la sage-femme se réunissent pour des réunions de service formalisées (toutes les semaines pour le CIVG 3 et dans un cadre ouvert aux autres professions du service ; moins fréquemment dans le CIVG 1 et les professions non médicales en sont exclues). Les trois réunions auxquelles j'ai assisté dans le CIVG 3 se sont partagées entre moments de formation (dont un consistant en un exposé et une discussion de mes recherches), de discussion autour de dossiers médicaux spécifiques, de gestion administrative (répartition des dates de congés entre médecins), et de moments de critique de pratiques médicales minoritaires dans le service, en particulier de celles de Jérôme. C'est d'un de ces épisodes de « contrôle latéral » explicite des pratiques par les pairs (Castel, 2008) dont il s'agit de rendre compte maintenant.

Dans le CIVG 3, Jérôme apparaît comme un « cas négatif »²³ d'intégration au service, et certaines de ses pratiques lui sont âprement reprochées au point de mettre en question sa présence dans l'équipe. Le principal sujet de litige porte sur la réalisation des IVG à des termes avancés. Comme on l'a déjà vu, Jérôme n'est pas d'accord avec la manière de mesurer le terme des grossesses dans le service. Ses collègues ont découvert que, quand il recevait en consultation une avortante et que la mesure du diamètre bipariétal du fœtus était comprise entre 30 et 32 mm, soit entre la mesure maximale des IVG autorisée au 90^e percentile (comme dans les CIVG 1 et 2) et celle autorisée au 98^e percentile (comme il est d'usage dans le CIVG 3), il acceptait la demande d'IVG mais programmait l'intervention au bloc opératoire sur le planning de ses collègues. Autrement dit, sans le dire, il ne réalisait pas les IVG les plus tardives. Il me raconte la réaction de ses collègues : « On m'a dit que c'était pas possible : "Tu les fais ou tu te casses". Moi je ne voulais pas être hors-la-loi. J'ai pris 15 jours pour réfléchir, puis j'ai dit OK ». Disant craindre un procès en cas d'erreur, il met pour condition à la pratique de ces IVG le fait d'inscrire le nom d'un autre médecin au côté du sien afin de diluer la responsabilité. Au-delà d'une « insécurité médicolégale », la répulsion physique qu'il exprime (« c'est le morcellement du fœtus qui me gêne »), quoiqu'il affirme qu'elle relèverait de « difficultés psychologiques et non éthiques », reflète, nous l'avons vu au chapitre 3, autant une socialisation émotionnelle inachevée – il n'a pas appris à aimer pratiquer les IVG, y compris « tardives », comme ses collègues – qu'un décalage de préférences morales incorporées. Il se montre ainsi plus attentif à la question du

²³ Par opposition, chez Becker, au « cas modal » (1970 : 68).

développement du fœtus que ses collègues, l'évoque fréquemment lorsqu'il est question des IVG « tardives », et est moins souvent favorable à l'acceptation des demandes d'IMG pour détresse psychosociale. Il se dit « ni pour ni contre » l'allongement du délai d'IVG à 16 SA dont il voit l'intérêt pour les femmes mais regrette la position inconfortable dans laquelle le vote de la loi l'a mis : il est le seul médecin de l'équipe à utiliser la « clause de conscience » et à refuser de pratiquer les IVG entre 14 et 16 SA.

L'une des réunions de service auxquelles j'assiste trois mois après le vote de la loi est consacrée au refus de Jérôme. Les trois médecins les plus âgés expliquent à tour de rôle les raisons pour lesquelles sa position de retrait leur semble inacceptable : la « désorganisation » du service (il faudrait prévoir les congés de l'équipe de telle sorte que Jérôme ne se retrouve jamais seul médecin présent) et l'instauration d'un précédent permettant aux médecins et futur·es médecins du service de ne pas faire toutes les IVG. Lise, responsable du service, affirme ainsi : « C'est une question d'équité. Si un médecin veut entrer dans le service en disant qu'il ne fait pas de 14-16 ou de [pose de] stérilet, comment je peux refuser s'il y a déjà quelqu'un qui ne les fait pas ? [...] On a toujours dit qu'on n'acceptait que des gens qui font tout. » Jérôme, en retour, souligne le faible nombre d'avortantes concernées, met en avant ses six années dans le service et son « engagement » dans le travail d'avortement (il se dit « très pro-IVG » et calcule qu'il a réalisé 147 IVG instrumentales en un an). Il en appelle à la « bienveillance » de ses collègues qui se montrent inflexibles : pour elles et eux, cette résistance à la pratique des IVG « tardives » trahit une opposition plus large (« au fond si on a un problème avec le geste est-ce que c'est pas qu'on a un problème avec l'IVG ? », demande une collègue), porte préjudice à la cohésion du service engagé dans une pratique décrite comme « militante » et limite l'effervescence collective liée au défi de l'application précoce de la nouvelle loi (« J'ai du mal à croire que ça soit juste la technique qui gêne. Parce qu'au contraire, cette difficulté technique, c'est fédérateur. On se forme entre nous, en binôme, c'est grisant »).

Lors d'échanges informels que j'ai avec lui, Jérôme se dit victime de « harcèlement », contraint à faire des gestes qu'il ne veut pas faire, enjoint à réexpliquer sans cesse les raisons de son refus, poussé à la démission. « À bout », il a perdu le sommeil et me semble plusieurs fois sur le point de fondre en larmes lors de nos échanges. Ses chef·fes (responsable d'unité, chef de service, chef de pôle, président de la commission médicale d'établissement) mettent comme condition à la validation de son statut – il arrive à l'issue de la période probatoire d'un an préalable à sa titularisation comme PH – qu'il « se plie aux règles du service », c'est-à-dire qu'il participe à la pratique des IVG entre 14 et 16 SA, et demandent la prolongation d'un an

de sa période probatoire. Après un bras de fer de plusieurs semaines, il cède finalement, réalise sa part d'IVG entre 14 et 16 SA et est titularisé.

Si les rapports ont été si tendus avec ses collègues, c'est que le « décalage entre lui et le reste du service » (qu'évoque Lise en entretien) dépasse la question des IVG « tardives ». Il s'agit d'une différence dans le rapport critique au pouvoir médical – vis-à-vis des avortantes comme vis-à-vis des professions subalternes – qui se manifeste au sujet d'autres dimensions du travail d'avortement. Il est isolé dans son opposition frontale à ce qu'il qualifie de « glissement des tâches » médicales vers les autres professions (il a refusé de former les infirmières à la pose et au retrait d'implant et est le seul médecin du service à refuser d'assister la sage-femme au bloc opératoire). Par ailleurs, ses collègues femmes qui prônent le fait de réduire les examens médicaux inutiles lui reprochent, ainsi qu'à Mathieu, de réaliser trop d'examens gynécologiques et de faire des échographies endovaginales plutôt qu'abdominales, ce qu'il interprète comme une méfiance et un contrôle accru de ses pratiques en raison de son sexe. Enfin, dans le cadre des procédures d'IMG pour détresse psychosociale de cette maternité, les médecins orthogénistes qui rencontrent la femme demandant l'IMG choisissent un·e binôme parmi leurs collègues. Après avoir voté contre la demande de la femme à plusieurs reprises, Jérôme n'est plus convié dans la procédure par ses collègues dont la plupart sont toujours favorables au fait de suivre le souhait des candidates à l'IMG.

Ce développement reflète l'importance prise par le conflit autour des positions et pratiques minoritaires de Jérôme dans le service, dans la période lors de laquelle s'est déroulé mon terrain d'observation. Il permet de comprendre comment s'homogénéisent concrètement les pratiques médicales et la culture du service en cas de recrutement d'un professionnel·le ne partageant pas *a priori* des positions et dispositions proches. Il éclaire les formes les plus explicites et parfois violentes – Emmanuelle Zolesio parle « d'apprentissage par claques » (2012) – de la socialisation professionnelle. Il donne à voir des manifestations d'un contrôle social particulièrement fort : sanctions formelles de la hiérarchie et pression des pair·es par les reproches et la marginalisation (Mathieu, un de ses collègues, commente, non sans empathie : « C'est pas facile d'être sous le feu groupé des autres »).

Publiciser les « bonnes » pratiques auprès des avortantes pour atténuer le rapport de pouvoir

Le contrôle sur les pratiques exercées dans un centre s'opère également par les informations données aux avortantes. Un centre d'IVG de région parisienne leur distribue ainsi un livret d'accueil (voir Annexe) qui explicite les modalités du parcours d'IVG, les « bonnes » pratiques et les droits des avortantes : choix entre les « quatre méthodes d'IVG » (instrumentale sous AL ou sous AG, médicamenteuse à domicile ou à l'hôpital), non-systématicité de l'examen gynécologique (« L'examen gynécologique ne sera pratiqué que si vous le souhaitez. Il est utile pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, et pour préparer une IVG sous anesthésie locale »), possibilité de poser soi-même le spéculum, d'être accompagnée par un·e proche y compris au bloc opératoire, d'avoir accès à

l'interprétariat professionnel téléphonique. Cette mesure – dans un centre où travaillent des professionnelles particulièrement militantes – participe à atténuer l'asymétrie d'information qui fonde la plupart des pratiques de pouvoir. Par ailleurs, en formalisant le déroulement précis de la prise en charge, elle limite les variations liées à chaque médecin ou sage-femme.

La différence entre les sites internet des différents centres d'IVG est intéressante pour des raisons similaires. Le CIVG 2 n'en a pas, le site internet du CIVG 1 donne des infos minimales et incorrectes (car datées : l'IVG n'y apparaît possible que jusqu'à 14 SA), celui du CIVG 3 est bien plus détaillé, à jour de la loi, donne accès à des documents d'information (guide IVG du ministère de la Santé et brochures de l'ANCIC sur les idées reçues sur l'IVG) et de liens vers le site du ministère, du Planning Familial, ou du blog de témoignages jevaisbienmerci.net.

Il faut retenir deux choses de cette section consacrée à la complexité dispositionnelle des médecins. D'abord, que la socialisation médicale n'est pas aussi homogène que ne le laissent penser les travaux fondateurs qui l'ont étudiée. Si l'approche des interactionnistes ménage une place à l'existence de « *perspectives* » différentes parmi les étudiant·es en médecine (Becker *et al.*, 1997 [1961])²⁴, la socialisation médicale n'en est pas moins présentée comme puissamment uniformisante plutôt que différenciante, façonnant un groupe professionnel doté de valeurs, représentations et pratiques communes. Or les variations de pratiques médicales, et notamment de pratiques de pouvoir, sont non seulement une conséquence des socialisations non professionnelles, mais aussi, de manière endogène, de la socialisation médicale en elle-même ou, faudrait-il dire, de la diversité *des* socialisations médicales. Selon les équipes et les normes pratiques locales, le centre d'IVG peut constituer un lieu de socialisation au pouvoir médical comme à sa critique. L'étude de la socialisation médicale secondaire, atypique, d'avorteur·se conduit en effet à nuancer cette image de *la* socialisation médicale comme processus socialisateur unique et cohérent. Non seulement la socialisation scolaire et professionnelle médicale est plurielle – à l'image des positions occupées dans le champ médical –, mais elle est longue – la durée des études médicales rendant possible sinon probable des influences socialisatrices incohérentes et contradictoires – et s'articule à d'autres instances de socialisation (politique, religieuse, familiale, etc.). Dans notre cas, en prenant appui sur des dispositions marginales dans le champ, la socialisation professionnelle secondaire d'avorteur·se refaçonne des dispositions médicales précédemment (mal) acquises, notamment des dispositions à la domination.

Alors *#NotAllDoctors* ? Oui et non, et c'est là le second résultat saillant. À l'encontre d'une vision trop uniforme de la constitution d'un habitus médical autoritaire, il faut bien

²⁴ Pour les auteurs et autrice de *Boys in white*, la différence de rapports aux études et stratégies mises en place pour répondre aux injonctions contradictoires au sein d'une promotion d'étudiant·es n'est cependant que provisoire, les *perspectives* s'homogénéisant à mesure que les étudiant·es interagissent et avancent dans le cursus.

reconnaître le processus de *disempowerment* médical d'une partie des avorteurs et avorteuses spécialistes, qui renoncent à l'exercice du (plein) pouvoir médical par loyauté envers les profanes – plus précisément, envers les femmes – et endossent une position critique, traîtres à leur groupe professionnel comme certain·es héritier·es le sont à leur classe (Sherman, 2021), des « renégats blancs » à ceux et celles qui occupent la même position dans le rapport de race (Mills, 2023 : 167, 190), comme des hommes proféministes se font complices et non seulement alliés des femmes (Dupuis-Déri, 2023). Cependant, ces médecins ne concèdent au fond qu'une partie de leur pouvoir. L'ethnographie l'a montré, les médecins du CIVG 3 orientent parfois le choix de la méthode selon leurs préférences tout comme leurs consœurs des CIVG 1 et 2, réalisent un intense travail éducatif passant par l'allongement de la durée des consultations, l'injonction au récit de soi et l'entretien systématique avec la conseillère²⁵. J'examine les contradictions du *disempowerment* des médecins militant·es à partir du cas d'un médecin de ce centre pour lequel elles sont flagrantes. Sans être représentatif de ses collègues, il illustre le fossé pouvant exister entre un discours ouvertement revendiqué de renoncement au pouvoir médical et le maintien d'une position de domination.

3. La domination des médecins critiques

Parmi tou·tes les médecins enquêté·es, Mathieu, généraliste de 60 ans, est l'un de celles et ceux qui met le plus en scène son rejet du pouvoir. Petit-fils d'ouvriers et d'ouvrières, fils d'une employée de mairie et d'un professeur du secondaire « anticlérical », les études de médecine, qu'il commence pour suivre un ami après avoir raté l'entrée en fac de sport, représentent pour lui une grande ascension sociale. Il devient généraliste « passivement, sans l'avoir choisi », pour éviter de devoir passer le concours de l'internat, et commence à travailler en libéral. N'ayant eu aucune formation en gynécologie au cours de ses études de médecine générale, craignant que son exercice de médecin de campagne ne l'amène à devoir prendre en charge des accouchements inopinés, il se forme en réalisant des stages dans des services de gynécologie puis dans le CIVG 3 où il rejoint l'équipe comme vacataire en 1993. Ce n'est donc pas par un féminisme ou un rejet de l'exercice traditionnel de la médecine préexistant à sa présence dans le service que Mathieu a été conduit à prendre en charge le

²⁵ La mise en regard des pratiques concrètes et des discours tenus par les médecins sur leurs pratiques montre l'intérêt de l'ethnographie par rapport à des enquêtes analysant le paternalisme médical uniquement à partir d'entretiens et de la constitution de types médicaux. Non seulement cela permet de voir ce qu'il reste du pouvoir quand les médecins disent y renoncer, mais cela montre une différence de degré entre les médecins et leurs pratiques que permet mal de saisir la distinction d'idéaux-types : les paternalistes classiques, modernes, autonomistes, délibérationnistes, indécidables (Falkum et Førde, 2001) ; le modèle médical, paternaliste, humaniste, de contrôle social, de promotion des droits des patients (Guibet Lafaye, 2016).

travail d'avortement, quoiqu'il y ait été bien disposé par l'avortement d'une de ses proches et par son engagement politique d'extrême gauche.

Il décrit son opposition à la manière de pratiquer la médecine telle qu'elle lui a été transmise pendant ses études :

« **Mathieu** : Il faut déconstruire nos enseignements initiaux. La gynéco qu'on nous a enseignée est d'emblée maltraitante, intrusive. C'est une chirurgie d'hommes. Le centre d'orthogénie c'est plus en accord avec mes valeurs.

Raphaël : C'est-à-dire ?

Mathieu : C'est-à-dire que je suis avec les femmes, contre. Contre la culture judéo-chrétienne qui leur impose d'avoir 12 enfants, contre mon milieu professionnel.

Raphaël : Contre ton milieu ?

Mathieu : Oui. Tous mes potes étaient salariés à côté de leurs études d'ailleurs, moi j'étais pion... Mais oui contre ce milieu de jugement des femmes, de pouvoir, où on te sort ces phrases toutes faites : "C'est quand même pas compliqué de prendre un comprimé tous les jours". C'est pas de la science, ça, c'est du jugement. Ou "vous allez quand même pas faire une quatrième IVG ??". C'est une méconnaissance complète des problématiques de l'avortement répété, ça. » (Entretien du 7 juin 2022)

Critiquant âprement les médecins qui jugent leurs patient·es, il se montre par ailleurs lucide sur certains des mécanismes du pouvoir médical (la pathologisation) et valorise une posture où il ne veut ni condamner l'avortante et ses choix, ni décider pour elle (tant qu'il n'y a pas de pathologie). Il est par ailleurs favorable à la suppression de tout délai limite d'IVG. Il détaille cette posture :

« **Raphaël** : C'est quoi un bon médecin orthogéniste ?

Mathieu : C'est quelqu'un qui n'est pas ambigu sur sa motivation, sur son militantisme. Il y a un risque, d'être pris pour cible. C'est exposant. [...] Et puis accepter que ça soit la patiente qui tienne les rênes tant qu'il n'y a pas de pathologie. Accepter de ne pas faire la prise de sang tant qu'il y a rien. L'IVG c'est une technique qui passe par les médecins, où on se met juste au service des patientes. Elles font ce qu'elles veulent de moi. Je suis prestataire de service. Il y a un abandon d'ego, de pouvoir, de culture [professionnelle]. »

Mais l'observation des consultations de Mathieu donne à voir des pratiques bien plus ambiguës que son discours ne le laisse penser. Certes, en comparaison avec les médecins des CIVG 1 et 2, Mathieu renonce à un certain nombre de pratiques de pouvoir médical : il autorise des parcours d'IVG plus courts, n'émet pas de jugements culpabilisants et se montre moins impératif dans la promotion de méthodes contraceptives efficaces ou de la méthode d'IVG qu'il préfère que je ne l'observe dans les autres centres. Je ne distingue pas de pratiques discriminantes à l'égard des avortantes racisées ou de classes populaires. Pour autant, ses consultations ne sont pas exemptes d'autres formes de pouvoir, bien au contraire.

Je retranscris un extrait de l'une d'elles, tout à fait représentative des consultations que j'ai observées auprès de lui²⁶.

Mathieu débute une consultation pré-IVG avec Mme L., une femme blanche qui me semble avoir environ 25 ans :

« Il y a trois excellentes nouvelles qui viennent de tomber dans votre vie. Vous êtes fertile. Votre appareil à produire les gamètes et à accrocher les bébés marche très bien. Bravo ! Le spectre de la stérilité, il vient de s'évaporer. Ce qui veut dire que le jour où vous êtes prête à accueillir un bébé, ça marchera. Vous pouvez prévenir votre copain ! La deuxième bonne nouvelle, c'est qu'on n'est plus avant la loi Veil où les femmes risquaient leur vie lorsqu'elles avortaient. Des femmes se sont battues, et aujourd'hui, si vous voulez avorter, vous pouvez le faire sans risque, l'avortement est légal et sécurisé. Vous ne mourrez pas. C'est plutôt bien, non ? Bon, et la troisième bonne nouvelle, c'est que j'ai un arsenal contraceptif très efficace pour que vous ne retombiez pas enceinte sans vouloir d'enfant. Vous êtes sans doute très fertile, vos ovaires ce sont des bazookas, donc il faut mettre une contraception qui soit au niveau de ces bazookas. Je sais pas si vous avez une contraception mais elle est sans doute insuffisante et on va en profiter pour resserrer les boulons. C'était quoi votre contraception qui ne marchait pas, enfin pas bien ? (*Mme L. prend la pilule. En l'interrogeant, il reconnaît qu'elle prenait "bien" sa pilule. Il évoque une "grossesse de Pearl", "c'est-à-dire inexplicable"*) Ça veut dire que vos ovaires sont particulièrement efficaces, très réactifs, ce qui veut dire que vous allez avoir peur si vous continuez à prendre la pilule. Donc il faut monter dans les étages et mettre une contraception plus efficace. Après, si vous voulez continuer la pilule et faire un avortement tous les cinq ans, c'est votre histoire. Moi ça me ferait peur. (*Silence*) Papa il est où ? ("Au boulot") Ah il s'est pas dérangé pour vous ? Parce que le jour où il a fallu vous pécho il était là ! Ce serait bien qu'il soit là le jour de l'IVG. (*Estimant la date de fécondation à partir de l'échographie réalisée au préalable par l'avortante dans le service de radiologie, il demande :*) Il était dans le coin votre keum autour de cette date ?

Il l'interroge sur sa sexualité, lui demande si elle a des douleurs lors des rapports, si elle a des orgasmes – "C'est un interrogatoire policier vous avez vu !". Il plaisante très souvent, ce qui amuse visiblement l'avortante qui rit avec lui lorsqu'en apprenant que le conjoint est agriculteur il déclare, goguenard, "Vous aimez bien les mecs avec de gros tracteurs, vous !", ou qu'il s'exclame "Ouh la gourmande !" quand l'avortante lui dit avoir réalisé un test urinaire et un dosage hormonal par bilan sanguin pour s'assurer de la grossesse, ou encore qu'il qualifie de "baptême de l'air" le premier examen gynécologique de Mme L., qu'il réalise. Pendant l'examen gynécologique, il informe spontanément Mme L. que la labiaplastie²⁷ est une opération remboursée par la sécurité sociale et que si elle n'aime pas sa vulve – ce que l'avortante n'avait pas évoqué – elle ne doit pas hésiter à y recourir. Elle ne répond rien, Mathieu termine l'examen et Mme L. se rhabille. Mathieu aborde de nouveau la contraception :

Je suis un spécialiste de l'hyperfertilité, un fou de l'efficacité contraceptive. Alors je commence par le plus efficace. L'implant. Remarquable, génial en efficacité. En tolérance, pas terrible. Un tiers des femmes l'enlèvent rapidement. Des prises de poids qui peuvent être

²⁶ Le monologue introductif des consultations de Mathieu est systématiquement le même d'une fois sur l'autre, presque au mot près. Je l'ai retranscrit aussi précisément en complétant mes notes à partir des deux consultations suivantes.

²⁷ Intervention de chirurgie esthétique de réduction des lèvres de la vulve.

importantes. S'il y a plus de trois kilos de prise de poids, on dit de l'enlever. Mais j'ai deux tiers des femmes qui sont absolument ravies et qui me disent "Mais pour rien au monde vous ne l'enlevez". Les femmes qui le tolèrent pas, elles braillent, celles qui adorent elles font pas de bruit : on gueule pas après un train qui arrive à l'heure ! Le deuxième, c'est le stérilet. Très efficace aussi. Incontournable. Alors les femmes qui disent "Je veux pas de corps étranger", je leur dis vous avez déjà un corps étranger beaucoup plus encombrant ! Plus on avance en âge et moins on tolère les hormones. Il va falloir tenir toute votre vie fertile, donc vous allez en mettre un tôt ou tard. Ou alors vous allez faire des IVG toute votre vie. À vous de voir. En plus, on peut joindre l'utile au désagréable, je peux vous le poser pendant l'aspiration. Et puis il y a la pilule mais vous connaissez. Je m'arrête là. Il y a plein d'autres méthodes, mais elles sont trop exposantes. *(Il insiste sur l'inefficacité du préservatif en évoquant le décalage entre la libido cyclique des femmes et le fait que l'homme est "toujours prêt à dégainer", sur l'inefficacité de la méthode Ogino et du retrait, et en donne les taux d'échec).* C'est pas pour vous ça, on met ça au musée. Alors oui, c'est *naturel*, mais la nature elle veut que vous ayez neuf à douze enfants. Si vous voulez pas douze enfants, si vous voulez pas que la nature vous réduise à l'état de poule pondeuse, il vous faut du bazooka. Il faut pouvoir faire disparaître la peur du rapport sexuel pour pouvoir se concentrer sur l'orgasme. *(Mme L. dit vouloir continuer à utiliser la pilule).* D'accord. Après quand votre chéri, votre paysan, là, il vous aura fait trois-quatre enfants, avant de penser à la ligature, vous pourrez dire à votre chéri de rentrer dans la danse et de faire une vasectomie. » (Notes de terrain, juin 2022)

Les consultations de Mathieu sont les plus longues que j'ai observées (entre 50 minutes et 1h21). Sa conduite rabelaisienne de l'interaction – son exubérance, l'intense débit de parole, l'usage de l'argot, les remarques loufoques, les plaisanteries parfois graveleuses, ainsi que, dans d'autres observations, les chansons fredonnées – détonne avec la solennité attendue de la part d'un médecin. On notera la désinvolture avec laquelle la situation d'avortement est considérée, avec cette pratique étonnante consistant à désigner les proches de l'avortante en centrant la parentèle sur le fœtus – le partenaire devient « Papa », de même que, dans d'autres consultations observées, il appelle « Mamie » la mère de l'avortante –, qui jure avec l'attention de la plupart des autres professionnel·les de l'avortement à ne pas humaniser le fœtus auprès de l'avortante dans le cadre des demandes d'IVG. Sa posture vise notamment à dédramatiser l'avortement. Il m'explique après la consultation qu'il débute par le « rituel incontournable » visant à « désamorcer le machin, souligner les côtés positifs dans un moment négatif », en affirmant que l'avortement est sans risque et qu'il s'agit d'un droit. Il décorrèle la survenue de la grossesse de l'observance contraceptive de Mme L. et ne commente pas le fait qu'elle ait déjà avorté par le passé. Je l'entends aussi déculpabiliser les avortantes en soulignant le fait qu'un grand nombre d'avortantes avortent plusieurs fois.

De fait, cette familiarité qu'il performe et qui déconcerte les avortantes, pour une partie d'entre elles, les amuse. Certaines semblent se détendre, à mesure que la consultation progresse : elles sourient, rient à ses plaisanteries, l'une d'elles le remercie à la fin de la

consultation²⁸. Une seule avortante se montre ouvertement indisposée par cette manière de faire. Il s'agit d'une femme blanche de 28 ans, professeure de yoga, dont le partenaire assiste à la consultation en visioconférence depuis un autre pays. Elle répond sèchement, le contredit, semble agacée par l'insistance de Mathieu qui caricature ses pratiques contraceptives « naturelles ». Le médecin est alors un peu moins exubérant, il plaisante moins. Il me dira, une fois l'avortante sortie : « J'ai ramé pour réussir à accrocher la patiente et à créer une empathie collective. Je savais pas si ça allait marcher, mais finalement ça a pris ».

Que la familiarité de Mathieu vise notamment, et dans une certaine mesure, réussisse, à dédramatiser l'avortement, n'en fait pas moins un outil et un signe de sa domination. Il joue avant tout de cette proximité de façade pour orienter le comportement des avortantes : adopter les bonnes pratiques contraceptives, choisir la méthode d'IVG sous AL quand l'AG suppose qu'il fasse du travail supplémentaire non payé (comme on l'a vu plus haut, il n'hésite pas à dire aux avortantes que « ça [lui] pique un peu le cul » de se lever plus tôt). Par ailleurs, il impose ainsi sa propre lecture de la situation d'avortement : un incident de parcours, vécu de manière détendue, dans une vie sexuelle qu'il veut satisfaisante. Au fond, Mathieu ne s'intéresse pas à ce que ressent ou exprime l'avortante – il parle d'ailleurs considérablement plus qu'elle – mais réalise un *show*, une performance de médecine et de masculinité non seulement drôles (du moins qui vise à l'être), mais modernes et engagés. Il se met en scène comme un médecin (et un homme) qui s'intéresse au plaisir féminin (évoquant à deux reprises les orgasmes que Mme L. a ou devrait avoir), protège les femmes du statut de « poules pondeuses » et prône le partage de la charge contraceptive, du moins dans une certaine mesure : il tend à décrédibiliser l'usage du préservatif (comme étant trop peu efficace) et n'aborde jamais la possibilité de la contraception masculine thermique, mais il invite systématiquement les avortantes à demander à leur conjoint de leur « offrir » une vasectomie une fois 40 ans et « trois-quatre » enfants atteints, comme lui-même l'a fait pour sa femme, me dit-il en entretien.

Cette familiarité (à sens unique) qu'il instaure repose sur une infantilisation des avortantes qui, à certains égards, rappelle la familiarité moqueuse et parfois brutale des professionnelles des CIVG 1 et 2 lorsqu'elles raillent les jeunes ou les avortantes racisées. Il s'agit tout autant, en effet, d'une tentative d'apporter de la légèreté à la relation médicale et de se divertir de ce travail répétitif en prenant appui sur les rapports de domination qui la traversent. En abandonnant la distance professionnelle du formalisme médical, il et elles

²⁸ Bien sûr, ces signes extérieurs de complicité doivent être considérés avec prudence : la situation de domination médicale peut inciter les avortantes à jouer le jeu du ou de la médecin par malaise ou par crainte, sinon, de répercussions sur le déroulement de l'interaction ou leur accès aux soins.

mettent en scène la relégation de la domination médicale. Or, non seulement la domination médicale reste bien présente, mais l’informalité relative de l’interaction ouvre la porte à l’expression plus franche de la domination de race, d’âge (et de la forme parentale que celle-ci prend) et, dans le cas de Mathieu, de classe (ce dont témoigne la désignation du conjoint comme « votre paysan, là » dans la consultation retranscrite) et, surtout, de genre.

La domination de genre transparait ici par la sexualisation de l’avortante, via plusieurs sous-entendus (« vous aimez bien les mecs avec de gros tracteurs, vous », « ouh la gourmande », « le jour où il a fallu vous pécho »), la mention des orgasmes de l’avortante et de la labiaplastie²⁹. Sans doute constatait-il lors de l’examen gynécologique ce qu’il considère être une hypertrophie des lèvres. Après la consultation, quand je lui fais part de mon étonnement à ce sujet, il m’explique qu’il s’agit là d’un enjeu important de bien-être pour certaines femmes et qu’il l’évoque dès qu’il pense que cela peut les aider. Non seulement sa remarque non sollicitée – la demande d’avortement de Mme L. n’a rien à voir avec l’apparence de son corps – peut avoir un effet de renforcement des injonctions corporelles, mais elle pose un regard – le sien, celui d’un homme, médecin, de 60 ans – esthétique sinon sexuel sur les organes génitaux de l’avortante.

Dans les pratiques de Mathieu, d’autres éléments, qui n’apparaissent pas dans cet extrait de consultation, révèlent l’interaction de la domination médicale et masculine. Il est ainsi le seul médecin du CIVG 3 à insister pour que j’observe l’examen gynécologique (plutôt que de rester derrière le paravent où je me retranche). Décontenancé la première fois, je n’ose pas lui dire non, je demande à l’avortante si elle est d’accord et me place « côté tête ». Par la suite, je lui dirai que je n’ai pas besoin de voir ses gestes et que je préfère rester en retrait. Si cette désinvolture face à l’infraction de l’intimité de l’avortante est tout à fait banale dans les autres centres enquêtés (où on s’est étonné plusieurs fois que je ne vienne pas « côté jambes » lors des interventions au bloc opératoire, par exemple), elle diffère des précautions de ses collègues du CIVG 3.

Par ailleurs, les médecins du CIVG 3 me racontent qu’un collègue récemment retraité, Édouard, pendant ses trente années de carrière de médecin militant de l’avortement dans le centre et sans doute, aussi, dans le cadre de son activité libérale, pratiquait les touchers vaginaux sans mettre de gant en latex. Ce n’est que quelques mois avant son départ à la retraite (et le début de mon terrain) qu’il a changé son geste, sous la pression des femmes médecins du service informées par les étudiantes sages-femmes qui « doublaient » ses

²⁹ D’autres médecins du centre abordent la question du plaisir sexuel et interrogent, plus sobrement, sur l’expérience des orgasmes, en considérant qu’il s’agit là d’une manière d’orienter les femmes qui en ont besoin vers une consultation de sexologie. Dans le cas de Mathieu, il y a cependant un effet d’accumulation des mentions au corps et à la sexualité et des sous-entendus sexuels.

consultations et se montraient choquées par cette pratique. La réaction de ses collègues, comme l'indignation d'autres médecins auprès desquel·les j'évoque cet usage, laissent bien voir qu'il s'agit là d'une pratique professionnelle déviante et que le port du gant n'a pas seulement un intérêt sanitaire mais aussi symbolique, qu'il vise à déssexualiser le contact, à en faire un geste technique. Certain·es de mes interlocuteur·ices évoquent les cas de deux médecins très engagés pour l'IVG dont l'un aurait été exclu de son centre d'IVG pour avoir agressé sexuellement une patiente, et dont l'autre draguerait ouvertement ses patientes – le premier exercerait encore la médecine (mais pas en centre d'IVG), le second exercerait encore en centre d'IVG. Le militantisme des médecins critiques est peut-être, pour quelques-uns, une manière de se rendre moins soupçonnables. L'avortement, du fait de la dépendance des femmes envers les médecins, de son tabou et du travail d'invisibilisation qu'il suppose pour de nombreuses femmes qui souhaitent le garder secret, pourrait être un contexte privilégié pour les violences médicales, et notamment pour les agressions sexuelles. Il ne s'agit absolument pas de dire d'Édouard ou de Mathieu qu'ils sont eux aussi des agresseurs – je n'en sais rien. Il s'agit plutôt de relever une certaine jubilation dans l'accès aux femmes et à leur corps que leur permet la position de médecin, de gynécologue en particulier, dans cette combinaison de la domination médicale et masculine.

L'analyse du rapport de genre dans la prise en charge médicale ne doit donc pas seulement considérer l'effet du sexe des patient·es – on traite différemment les hommes et les femmes – mais aussi considérer celui des médecins, et plus largement la relation qui les lie. Il n'y a que deux hommes en exercice parmi les équipes des trois centres étudiés, Jérôme et Mathieu dans le CIVG 3. Ça n'est sans doute pas un hasard que, au sein de ce centre, ce soient les deux hommes qui pratiquent le plus de gestes intimes puisque tous deux réalisent toujours un toucher vaginal avant l'IVG instrumentale quel que soit le type d'anesthésie (là où leurs collègues ne le font que pour l'AL afin de vérifier que l'avortante est « examinable »), ce qu'ils défendent par le degré de précision que cela permet dans leur geste opératoire (qu'ils adaptent à la position et à l'orientation de l'utérus). Leurs collègues valorisent davantage la restriction au minimum des gestes intrusifs, et estiment par ailleurs inutile de connaître la forme de l'utérus. En plaçant la perfection technique avant l'intégrité corporelle des avortantes, Mathieu et Jérôme font peut-être des IVG *comme des hommes*. La comparaison des consultations de Mathieu et des prises de position de Jérôme avec celles de leurs collègues du service permet ainsi de faire l'hypothèse que la pratique médicale est liée aux socialisations masculines ou féminines, et qu'il existe des formes masculines (ou féminines) de domination médicale. Il faudra cependant prolonger cette hypothèse par des recherches ultérieures et, à ce stade, rester prudent : je ne dispose que d'un nombre limité de cas pour

comparer les pratiques d'hommes et de femmes, l'effet du sexe des médecins reste assez ambivalent, il se mêle à celui de la spécialisation médicale d'avorteur·se. Rappelons-nous que les médecins tendent à être moins favorables à l'allongement du délai d'IVG quand, toutes choses égales par ailleurs, elles sont des femmes, et que la féminisation de la profession n'entraîne pas mécaniquement des relations médicales plus égalitaires³⁰. Si Jérôme et Mathieu réalisent plus de touchers vaginaux que leurs collègues femmes du CIVG 3, cela reste beaucoup moins fréquent que la gynécologue et la sage-femme du CIVG 2, et les professionnelles des CIVG 1 et 2 ont des pratiques parfois discriminatoires et qui font obstacle à l'accès à l'IVG que n'ont pas ces deux hommes.

Si la socialisation secondaire des médecins critiques entraîne de fait une évolution des pratiques médicales, et en particulier des pratiques de pouvoir, dans un sens qui favorise davantage l'autonomie des avortantes, elle est donc bien loin de faire table rase de la domination. À la fois parce que celle-ci, dans l'interaction médicale, ne se fonde souvent pas uniquement sur le rapport de domination médicale, mais *aussi*, sur la domination de classe, genre, race, âge, etc. Mais aussi parce qu'elle n'atténue en rien la structure objective de l'asymétrie, qui s'impose aux profanes comme aux médecins, y compris malgré elles et eux. Lise (52 ans), la responsable du CIVG 3, me raconte un événement de l'université de médecine réunissant des enseignant·es de la fac et professionnel·les du CHU sur l'estrade, et des étudiant·es dans la salle, suite à la dénonciation d'agressions sexuelles ayant eu lieu dans le cadre des études de médecine. Les étudiant·es sont courroucé·es et Lise, bien qu'elle fonde son identité professionnelle sur sa prise de distance avec le pouvoir médical, se sent être la cible de l'animosité dirigée vers les médecins et enseignant·es en tant que groupe. Elle me rapporte que cela a été très inconfortable pour elle, qu'elle a eu envie de leur dire qu'elle était de leur côté et de descendre de l'estrade pour rejoindre la salle (ce qu'elle n'a pas fait). La domination médicale ne tient pas qu'aux pratiques que les médecins, consciemment, choisissent ou non d'avoir. Elle est ancrée dans ce qu'on pourrait appeler un ordre ou une *forme médicale*, une configuration socio-historique du soin caractérisée par la séparation des profanes – vulnérables – et des expert·es – doté·es d'un capital culturel spécifique et du monopole du contrôle de l'accès aux biens de santé –, par une organisation spatiale dans des lieux et des salles spécifiques, par le découpage temporel des plannings et des parcours de soins, par les structures normatives de la consultation visant à la transformation sanitaire et

³⁰ Voir chapitre 4.

morale des patient·es³¹. Comme toute institution, cette forme médicale s'impose doublement :

« L'institution existe deux fois, elle existe dans l'objectivité et dans la subjectivité, dans les choses et dans les cerveaux. Une institution réussie, qui est donc capable d'exister à la fois dans l'objectivité des règlements et dans la subjectivité de structures mentales accordées à ces règlements, disparaît en tant qu'institution » (Bourdieu, 2012 : 198).

Le pouvoir colle donc aux murs de l'hôpital et à la peau des médecins, et non seulement à leur blouse – il ne suffit pas de la tomber. Dans le cadre de cette forme médicale, médecins comme patient·es sont socialisé·es au rapport de domination médicale dont l'inscription dans les corps permet la production et la reproduction inconsciente.

IV. La socialisation médicale... des profanes

Si les avortantes contestent aussi peu les injonctions médicales, remettent rarement en cause la structure de la prise en charge, ce n'est pas seulement par « docilité tactique » (Dubois, 2003a : 296), mais parce qu'elles ont intériorisé la domination médicale. Comme pour la socialisation des médecins à l'exercice du pouvoir, on peut identifier un processus de socialisation qui passe à la fois par une intégration passive, par la pratique répétée, des structures du rapport social, que par une action pédagogique des professionnel·les de santé consistant à inculquer leur position dominée aux patient·es.

A. Devenir patient·e : la lente intériorisation d'une position dominée

C'est d'abord de manière latente, par le contact répété avec l'institution médicale au cours de la vie, que les profanes sont socialisé·es à la domination médicale, qu'ils et elles s'habituent à la forme médicale au point de ne pas la voir, de la vivre comme une condition ordinaire voire, dans une certaine mesure, souhaitable. Dans cette fréquentation régulière (plus ou moins selon le sexe et le milieu social) des médecins, de la naissance à la mort, plusieurs éléments contribuent à faire des profanes des patient·es. En premier lieu, l'attente : les patient·es patientent, tandis que les médecins sont des « puissant[·e]s » de la « domination temporelle » (Bourdieu, 2003 [1997] : 328, 329 ; Darmon *et al.*, 2019).

Dans la salle d'attente des centres d'IVG, les avortantes sont assises à distance les unes des autres, généralement en silence. Les médecins sont fréquemment en retard, soit que les consultations précédentes aient duré plus longtemps que prévu, soit qu'ils ou elles aient

³¹ De même que la sociologie des pédagogies alternatives a montré que celles-ci reproduisaient malgré elles la « forme scolaire » (Vincent, 1980 ; Leroy, 2022 : 21, 22).

laissé passer le temps à discuter avec leurs collègues ou avec moi. J'étais surpris de la propension des médecins à permettre à nos échanges de déborder l'heure de début d'une consultation de 15, 30, 45 minutes et même une fois plus d'une heure dans le cas d'un entretien de trois heures réalisé avec une cheffe de service de gynécologie-obstétrique. Dans ce cas comme dans d'autres, c'est moi qui ai interrompu la discussion, considérant que cela portait préjudice aux avortantes. Celles-ci n'ont jamais reproché leur retard aux médecins qui, les rares fois où elles et ils s'en excusaient, n'hésitaient pas à mentir en prétextant une urgence qu'il avait fallu gérer plutôt que la pause-café qui s'est prolongée. Le retard des avortantes, lui, comme je le détaille plus bas, est beaucoup moins toléré. Il y a un droit au retard et à son corollaire, faire attendre, à sens unique, qui habitue patient·e et médecin à l'asymétrie de la relation.

Attendre en sociologue et attendre en patient

Thérèse, une médecin généraliste de 50 ans que je contacte pour un entretien me donne rendez-vous à son cabinet libéral, à la fin de son planning de consultation, à 19h. Arrivé quelques minutes en avance, je bats la semelle en salle d'attente pendant plus d'une heure, sans que la médecin ne m'adresse un mot. Elle referme enfin la porte derrière sa dernière patiente, puis me salue, me dit sobrement qu'elle a hésité à m'écrire pour me prévenir de son retard.

En tant que patient, j'ai fait de longue date l'expérience de l'attente, mais la frustration que celle-ci pouvait entraîner était limitée par le fait qu'elle était anticipée et normalisée (cela fait partie de ce qu'on peut considérer être une expérience universelle de patient·e). Dans ces contextes, elle tendait par ailleurs à s'effacer au moment où le ou la médecin paraissait, puisque j'étais alors focalisé sur la raison de ma venue.

En tant que sociologue, l'expérience était tout autre. La relation d'enquête – du moins dans un cas, comme celui-ci, où l'entretien en question n'est pas déterminant pour la poursuite de mon enquête et où il n'y a pas une grande distance sociale entre l'enquêtée et moi³² – me semble plus égalitaire que la relation médicale. Aurais-je rencontré Thérèse, dans le cadre d'une consultation médicale, pour une entorse ou une vaccination, l'affirmation tacite et unilatérale, par cette médecin, que son temps est plus précieux que le mien m'aurait été autrement plus supportable. Comme ses enquêtée·es imposaient à Samuel Lézé leur lecture psychanalytique de la situation d'entretien (2008), Thérèse, en me traitant comme elle traite ses patientes (qui, pour les dernières de la journée, ont attendu tout autant que moi) exerce la domination médicale hors de son contexte, ce qui me la rend plus visible que quand j'en fais l'expérience comme patient.

Le temps est une manifestation du rapport de domination (le droit différencié au retard) et aussi un de ses instruments. Non seulement les médecins l'utilisent pour agir sur les avortantes (en imposant des délais et des consultations supplémentaires pour les faire réfléchir ou pour se donner des occasions de réalisation du travail normatif), mais l'attente en elle-même favorise la soumission. De même que les pauvres qui ont un besoin immédiat de

³² À la différence d'autres sociologues ayant enquêté sur des médecins hospitaliers et placés dans des situations de domination subie de genre (Darmon, 2005 ; Vozari, 2021). Voir chapitre 1.

l'argent des aides sociales ne peuvent pas se permettre de sortir de la file d'attente malgré les mauvais traitements et les attermolements des agent·es au guichet, et le peuvent d'autant moins qu'ils et elles se sont engagé·es dans l'attente depuis longtemps (Ayuerdo, 2019), plus les patient·es attendent, plus la domination médicale est forte. L'*exit* est d'autant plus coûteux, et le *voice*, risqué, qu'il a fallu attendre huit mois pour obtenir un rendez-vous chez un·e dermatologue et, dans le cas d'une urgence (comme pour l'IVG du fait de l'instauration politique d'un délai limite), il n'est tout simplement pas possible, en cas de désaccord avec un·e médecin, d'en consulter un·e autre (d'autant que rien ne laisse présumer que celui ou celle-ci agirait différemment). Dans les centres d'IVG, les avortantes sont bringuebalées d'une consultation à une autre. Plus une avortante a attendu, ou plus elle a été forcée d'attendre, plus elle s'approche du délai légal, et moins elle a de recours face au pouvoir médical, qui s'exerce avec plus de force.

Au-delà de l'attente répétée à chaque interaction avec l'institution médicale, qui inculque la différence de valeur du temps de chacun·e et, par extension, leur différence de valeur tout court, c'est à la remise de soi aux médecins que sont socialisé·es les profanes. Celle-ci s'opère par l'habitude de confier des éléments, parfois intimes ou honteux, de leur vie, et par l'expérience de la manipulation de leur corps y compris dans sa nudité et sa vulnérabilité. La systématisation de la réalisation d'examens gynécologiques, *a fortiori* sans utilité thérapeutique, apparaît ainsi comme un rituel de la domination médicale, participant à banaliser, pour les médecins comme pour les femmes, l'intrusion corporelle médicale.

Cette perspective conduit à considérer la socialisation des profanes à la santé, au-delà de la « compétence médicale » et des « cultures somatiques » – manières d'être et de sentir son corps et avec son corps – (Boltanski, 1971 : 217, 218), de l'intériorisation de normes sanitaires et corporelles (Arborio et Lechien, 2019), de l'inscription dans une division profane du travail de santé (Cresson, 2001 : 303), comme une acquisition de dispositions – transposables d'un contexte de soin à un autre – à la dépendance médicale³³. Ces dispositions sont aussi bien des manières de faire (l'obéissance) que de penser et de se penser : une représentation de soi à travers des catégories pathologisantes, comme profane, vulnérable voire, dans certains cas, coupable, et une représentation des médecins comme compétent·es et

³³ Peut-être que le constat de la moins grande fréquentation du système de santé par les hommes, classiquement expliqué par des cultures somatiques genrées – la masculinité, notamment populaire, valorisant la dureté au mal –, tient également au fait que les hommes sont moins disposés à subir la domination et évitent de se retrouver dans la situation de dépendance objective qu'implique la consultation médicale.

désintéressé·es, avec pour conséquence la perception de la domination comme une condition non seulement ordinaire, mais dans une certaine mesure juste ou souhaitable³⁴.

Dans leur soumission doxique à l'ordre médical, c'est-à-dire dans leur reconnaissance de la légitimité des médecins à dominer, il y a donc une complicité – au sens où l'emploie Bourdieu au sujet de la domination masculine (1998) – des dominé·es à leur propre domination. Cette domination symbolique se manifeste plus spécifiquement dans l'avortement, par l'autostigmatisation – qu'a montrée Laurine Thizy (2023b : 467) – des avortantes qui se perçoivent elles-mêmes à travers des catégories et à l'aune des normes – qui certes ne trouvent pas leur seule source dans le monde médical – qui les condamnent³⁵.

B. Punir pour apprendre les règles de l'interaction médicale

Il est des circonstances où les médecins signifient la domination, rendent explicite le pouvoir dont ils et elles disposent. Au-delà du contrôle de l'interaction que cela permet ou de la jouissance de la relation d'asymétrie dont certaines situations témoignent, cela sert une autre fonction : apprendre aux avortantes à tenir leur place (dominée). Cela apparaît en particulier dans les pratiques punitives – j'ai surtout pu les observer, à plusieurs reprises, dans le CIVG 1 – auprès d'avortantes en retard en consultation, ayant manqué un rendez-vous ou faisant preuve d'un comportement jugé agressif. Ces punitions consistent en l'imposition d'un entretien psychosocial non souhaité, en la temporisation de la réalisation de l'IVG (par un refus de prise en charge le jour même en cas de retard ou par un décalage des rendez-vous futurs), en la menace de refuser définitivement la prise en charge. Armelle (infirmière, 55 ans) l'explique lorsqu'une avortante appelle le centre pour déplacer son rendez-vous d'anesthésie en raison d'un problème de voiture. L'infirmière lui donne un autre rendez-vous et précise à mon intention : « J'ai gardé la date de l'intervention au jour prévu. Car elle a appelé pour prévenir. Celles qui préviennent pas on leur repousse leur intervention ». Quand la secrétaire du CIVG 3 prévient Jérôme qu'une avortante vient d'arriver après 30 minutes de retard, il exprime sa colère et s'apprête à refuser de la recevoir. C'est une de ses collègues qui lui fait

³⁴ Notons que l'interaction médicale n'est pas la seule instance de socialisation à la domination médicale. Celle-ci passe également, notamment, par les pair·es ou par les médias.

³⁵ Cette autostigmatisation apparaît bien comme une forme de violence symbolique, définie comme « 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 ou, mieux, pour penser sa relation avec lui, que d'instruments de connaissance qu'il a en commun 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 ou pour apercevoir et apprécier les dominants (élevé/bas, masculin/féminin, blanc/noir, etc.) sont le produit de l'incorporation des classements, ainsi naturalisés, dont son être social est le produit » (Bourdieu, 2003 [1997] : 245, 246) .

remarquer que cette avortante est accompagnée d'un bébé et qu'il peut être difficile, logistiquement, de se rendre à l'hôpital à plusieurs reprises. Il accepte de mauvais gré.

L'entretien, lui, ne sert pas qu'à fournir un soutien psychologique ou à identifier un désir d'enfant soupçonné mais aussi à créer des conséquences aux comportements jugés intolérables – retard ou agressivité –, comme l'illustre le cas de Mme J.

Mme J. est une femme blanche de classe populaire déjà venue à deux reprises au CIVG 1 pour la consultation d'IVG et celle d'anesthésie. Elle a reporté par deux fois son rendez-vous pour la réalisation de l'IVG et arrive, finalement, à son troisième rendez-vous avec vingt minutes de retard en arguant de difficultés à se garer. Armelle lui dit en salle d'attente :

« **Armelle** : On vous prend pas, vous êtes en retard.

Mme J. (crie, énervée) : Mais c'est parce que mon mari est en prison, je suis toute seule avec les enfants !

Armelle (crie) : Écoutez-moi... Écou-tez-moi !! Si vous parlez aussi agressif on va pas vous prendre. Pourquoi vous êtes pas venue les deux autres fois ? Moi j'habite à [ville de banlieue] et je suis à l'heure, vous habitez où vous ?!

Mme J. : Mais vous êtes qui pour décider à ma place ? Je veux voir quelqu'un d'autre.

Armelle : Il a fait quoi votre mari ?

Mme J. : Il est innocent.

Armelle : Ouais, moi aussi je suis innocent !... Vous allez voir la conseillère et on verra si on vous prend. (*Mme J. proteste. Armelle crie :*) Je vous dis pas qu'on vous prendra pas ! Mais vous voyez d'abord la conseillère ! » (Notes de terrain, octobre 2021)

La menace de ne pas réaliser l'IVG n'est pas une menace en l'air : les secrétaires du service m'ont fait le récit de femmes déboutées car jugées trop agressives. Proche du délai limite, Mme J. sait qu'elle trouverait difficilement un autre endroit où avorter. Dans cette interaction, la menace du refus de soin, répétée trois fois, sert initialement à punir du retard, puis, sous forme de chantage, à faire taire et à imposer une consultation supplémentaire. Lorsque je demande à la conseillère, Virginie (56 ans), pourquoi Mme J. a dû la voir, elle me répond :

« Pour qu'elle comprenne qu'il y a des règles, qu'on fait pas n'importe quoi. Pour essayer de leur donner un cadre. Bon et puis voir s'il n'y a pas d'ambivalence : deux rendez-vous manqués et un retard... C'est une *cassos*. Mais des morceaux comme ça on en a souvent. »

Le passage au pluriel (« *leur* donner un cadre ») n'est pas anodin : on retrouve la « population » parfois qualifiée de « difficile », termes par lesquels les professionnel·les du CIVG 1, désignent les avortantes racisées, parfois non francophones, et/ou membres des fractions les plus précaires des classes populaires. Le but premier de l'entretien, ici, c'est la socialisation au rapport de domination médicale : enseigner à cette avortante retardataire et indocile que, pour obtenir les soins qu'elle souhaite, elle doit se soumettre, être à l'heure, obéir, accepter les réprimandes, que si elle proteste, elle devra attendre, ou pire, ne sera pas prise en charge.

Lorsqu'une autre avortante arrive dans le CIVG 1 le matin de la réalisation de son IVG instrumentale avec 40 minutes de retard et un jeune enfant (ce qui n'est pas autorisé mais est souvent toléré), expliquant qu'elle n'a trouvé personne pour le garder, on refuse de la prendre en charge – elle devra revenir un autre jour – et Virginie commente : « Elles croient que tout leur est dû ». L'imposition du *care* comme le report de prise en charge permettent, sans avoir à refuser définitivement de réaliser l'IVG, de réaffirmer le rapport de domination médicale en rappelant à l'avortante qu'« il y a des règles », c'est-à-dire qu'elle ne domine pas l'interaction.

Ce sont toujours des femmes de classe populaire qui font l'objet d'entretiens ou de reports punitifs de la date de l'IVG, et ceci pour trois raisons. D'abord, parce qu'il leur arrive plus souvent d'être en retard, de manquer ou de reporter un rendez-vous, en raisons du travail domestique ou parental qu'elles n'ont pas toujours les moyens d'externaliser : les justifications les plus fréquemment invoquées par les avortantes ont trait à la garde d'enfant (comme pour Mme J.), et une avortante arrivée 30 minutes en retard explique que son oncle âgé, dont elle s'occupe, s'est déféqué dessus au moment où elle partait pour le centre d'IVG. Ensuite, parce que les formes que prend leur insoumission sont moins tolérées par les professionnel·les : face à un refus de prise en charge en raison d'un terme proche du délai légal, à un rendez-vous pour la prise du médicament abortif ou pour le bloc opératoire jugé trop lointain, il arrive à certaines avortantes de classe populaire de s'énerver, de crier voire de se montrer menaçantes physiquement. Une femme que voit Laurence en consultation, quand elle apprend qu'elle ne pourra pas avoir d'IVG car elle a dépassé le terme limite, crie qu'elle ne bougera pas du fauteuil gynécologique tant qu'elle n'aura pas eu d'IVG. Les femmes de classes moyenne ou supérieure que j'ai vu être dans ces situations ont plus souvent exprimé la détresse plutôt que la colère, réaffirmé leur impossibilité de garder la grossesse, ou de réaliser l'IVG à cette date, ce qui a bien plus de chance d'aboutir à une prise en charge à leur convenance. Mais si ce sont davantage les femmes de classe populaire qui font l'objet de punitions, c'est sans doute aussi parce que les professionnel·les s'autorisent une brutalité envers elles du fait de leur domination de classe.

Dans ce service où le travail de contrainte leur est tout particulièrement délégué, les infirmières ont un rôle central dans la punition des retards, des rendez-vous manqués et des marques d'agressivité. Les médecins laissent faire (elles y assistent de loin) ou interviennent exceptionnellement pour accepter des retardataires en train d'être refoulées. Les médecins bénéficient alors de la reconnaissance des avortantes, que l'application stricte de la règle du service n'octroie pas aux infirmières, tout en permettant leur socialisation à leur position

dominée par la crainte initiale de la punition allant jusqu'à la menace du refus de soin et par le soulagement d'y échapper.

Le travail médical (et paramédical) est donc aussi un travail de production de patient·es, non pas seulement au sens d'une éducation à des normes sanitaires, mais d'un apprentissage de l'obéissance dans la relation avec l'institution médicale.

Conclusion de chapitre

« Nous sommes automates dans les trois quarts de nos actions », écrit Bourdieu (1979 : 553). Les médecins ne sont pas une exception sociologique. Donner une place importante à la dimension préreflexive et incarnée de l'action médicale ne revient pas à leur refuser un statut d'expert·es – l'expertise se caractérise par une position de pouvoir plutôt que par une manière plus rationnelle d'agir –, mais à les considérer, dans notre commune humanité, comme des « créatures de chair et de sang » (Wacquant, 2015). Les médecins clinicien·nes sont avant tout des prescripteurs et prescriptrices engagé·es dans un travail, ils et elles ont un rapport pratique, et non seulement théorique, au savoir.

Cette analyse a plusieurs conséquences. Premièrement, elle rompt partiellement avec les catégories et justifications que donnent les agent·es à leur action – ambivalence des avortantes, intérêt des patient·es, réduction des risques de complication – en montrant la dimension inconsciente de l'action et son enserrement dans des habitudes et traditions médicales transmises par la pratique.

Deuxièmement, elle permet de comprendre les éléments de « contre-productivité paradoxale » de la médecine³⁶ abondamment constatés sur le terrain de l'IVG, où les pratiques médicales vont fréquemment à l'encontre de leurs justifications. Ce hiatus ne s'explique pas par l'éventuelle mauvaise foi des enquêté·es, mais par les logiques pratiques qui génèrent l'action. Les manières de faire auxquelles les jeunes médecins sont socialisé·es découlent, du moins en partie, des habitudes de leurs chef·fes et de l'inertie des pratiques à l'échelle des services. Or celles-ci peuvent correspondre à un état antérieur des connaissances scientifiques et des dispositions légales en matière d'avortement, et ont parfois été mises en place dans le but de simplifier le travail plutôt que de répondre à un besoin des avortantes.

³⁶ Je reprends l'expression à Ivan Illich (1975), sans souscrire pour autant à l'analyse qu'il fait d'une médecine et d'une médicalisation systématiquement iatrogène et inefficace, prolongeant inutilement les souffrances et affaiblissant notre capacité à faire face à la maladie et à la mort. L'utilisation de cette expression empruntée à l'analyse économique me permet de souligner les limites d'une conception de la pratique médicale comme activité rationnelle.

Troisièmement, elle éclaire les mécanismes de reproduction de la domination médicale. Là où, pour Strauss, la faiblesse et le flou des normes qui encadrent l'interaction médicale et le fonctionnement de l'hôpital conduisent au renouvellement constant de la négociation de l'ordre social³⁷, la théorie de l'incorporation permet de comprendre comment des conduites « peuvent être objectivement “réglées” et “régulières” sans être en rien le produit de l'obéissance à des règles. » (Bourdieu, 2000 [1972] : 175), par l'adhésion à cet ordre préalable à la rencontre et à la négociation. Médecins comme patient·es ont déjà intériorisé leur position avant la rencontre, savent assez largement à quoi s'attendre et comment agir sans que cela ait besoin d'être discuté. En particulier, les médecins ont appris, par une socialisation pratique qui contredit les normes officielles auxquelles les étudiant·es en médecine sont aujourd'hui éduqué·es lors du premier moment théorique de leurs études, à exercer le pouvoir médical, c'est-à-dire à s'imposer aux patient·es et à s'y sentir légitime. Symétriquement, les profanes, *a fortiori* les femmes dont le corps est davantage soumis à un contrôle médical régulier (Koechlin, 2022b), ont appris, par le contact répété à l'institution médicale au cours de la vie, à être des patient·es, c'est-à-dire à être dépendant·es. On peut alors considérer que la médicalisation n'est pas seulement un phénomène de propagation de la prise en charge médicale à différents aspects de la vie (*e.g.* l'échec scolaire) ou groupes sociaux (*e.g.* les femmes) ainsi qu'elle est usuellement analysée (Conrad, 1992, 2005). Il s'agit, aussi, de la diffusion de l'incorporation, par l'habitation pratique, d'un rapport social de domination, c'est-à-dire de dispositions à agir – pour les un·es à obéir et pour les autres à exercer le pouvoir – et de dispositions à percevoir et à se percevoir comme des êtres médicalisés – les un·es vulnérables, pathologiques, parfois coupables, les autres compétent·es et désintéressé·es. Cette médicalisation des habitus par laquelle nous sommes chacun·e socialisé·e à être dominant·e ou dominé·e dans le rapport de domination médicale est d'autant plus forte qu'elle s'ancre dans une structure de pouvoir objective, liée à la répartition d'un capital culturel spécifique, au monopole politique du contrôle de l'accès aux biens de santé, et aux situations de vulnérabilité dans laquelle se retrouvent nécessairement les profanes au cours de leur vie. Elle est également d'autant plus forte que chacun·e en tire certains bénéfices (à commencer par le fait d'obtenir un soin).

Pour autant, ni les médecins, ni les profanes n'y sont socialisé·es uniformément. Si l'analyse, dans cette recherche, a été centrée sur les professionnel·les, elle laisse apercevoir

³⁷ « La part d'incertitude médicale est si grande, et chaque patient est – en un certain sens – à tel point considéré comme unique, que l'action à mener pour et autour de lui doit être taillée sur mesure, et ajustée à ses exigences thérapeutiques précises. Cette exigence ne fait qu'encourager ce qui se produirait de toute façon : qu'un minimum de règles seulement peuvent être mises en place pour faire fonctionner un hôpital, puisqu'un immense espace de contingence dépasse celui couvert par ces règles » (Strauss, 1992 : 98).

que la propension à la contestation de l'ordre médical, comme la capacité à le contester tout en obtenant les soins souhaités, sont inégalement réparties dans l'espace social. Pour ce qui est des médecins, ce chapitre a montré la nécessité de ne pas surestimer l'homogénéité de la profession ni du processus de socialisation médicale. La contradiction possible des strates successives de socialisation – par exemple, entre l'apprentissage théorique des premières années, les différents stages d'internat, et les socialisations sur le tas dans les services en tant que médecin diplômé·e – ou celle de la socialisation médicale et des socialisations non professionnelles – notamment la socialisation politique et féministe, ou l'expérience profane de la position de patient·e –, peuvent aboutir à des clivages dispositionnels. De plus, l'évolution générationnelle et la diversité des instances de socialisations médicales qu'on pourrait qualifier de secondaires et de locales, entraînent une diversité des manières d'être médecin. Paradoxalement, cette thèse étudie la domination médicale à partir de l'observation de médecins dont la socialisation politique et la socialisation professionnelle secondaire comme avorteurs et avorteuses spécialistes les rend, pour certain·es, particulièrement conscient·es et critiques des rapports de pouvoir qui parcourent la salle de consultation. La médecine n'est pas paternaliste *ou non*, elle l'est différemment selon les médecins et selon les patient·es qu'ils et elles rencontrent.

Il faut donc penser la domination médicale comme la rencontre de deux systèmes de dispositions – plus ou moins dominant et plus ou moins dominé – produits par un champ. Or la structure de ce champ évolue dans le temps, à la fois sous l'effet de l'institutionnalisation médicale de la cause des femmes et d'une civilisation des mœurs médicales, notamment des modes de gouvernementalité (Memmi, 2003b) : l'intolérance croissante à la violence et au paternalisme, dont la qualification et la dénonciation des violences gynécologiques et obstétricales – c'est-à-dire des formes visibles et jugées inacceptables de domination – sont une manifestation, entraîne une crise de la reproduction de la domination médicale qui ne peut plus se maintenir à l'identique. Il en découle une évolution des positions de pouvoir dans le rapport de domination médicale – vers un peu plus d'égalité entre médecins et profanes – ainsi qu'au sein du champ – plus favorable aux professionnel·les dominé·es dont les moindres capitaux scolaires sont partiellement compensés par la mise en avant d'un rapport plus égalitaire avec les profanes – et, par conséquent, une évolution des pratiques. Cette civilisation des pratiques médicales reste cependant limitée. Malgré le rejet subjectif du pouvoir médical par des profanes comme par les jeunes générations de médecins ou par les franges critiques de la profession, la dimension incorporée et en partie inconsciente de la domination, comme la base objective de l'asymétrie qui la fonde ou les autres rapports de pouvoir qui la traversent, ne rendent possible que sa transformation superficielle. La

domination médicale se reproduit, quoiqu'avec des habits neufs comme François de Singly (1993) le montrait de la domination masculine évoluant de formes visibles et intentionnelles vers des formes plus subtiles et euphémisées.

Conclusion de thèse

En étudiant comme un problème sociologique plutôt que comme une évidence la capacité des médecins à s'imposer aux avortantes sans en avoir le mandat ni, dans une certaine mesure, l'intention, la visée principale de cette thèse était double : comprendre et éclairer les inégalités et les limites pratiques de l'accès à l'avortement ; fonder empiriquement l'analyse du pouvoir médical, ses formes concrètes, sa banalisation, sa reproduction et ses transformations. Sans chercher à rappeler et à synthétiser l'ensemble des résultats de l'enquête, je reviens ici sur la manière dont cette thèse a répondu à cette double ambition. J'en souligne certaines limites et j'en esquisse des prolongements possibles.

Des médecins IVGfriendly : les (op)positions médicales recomposées

Parmi les médecins enquêté·es, beaucoup invitent, en entretien, à ce que nous – sociologues, élu·es et citoyen·nes – prenions en compte leur avis et leurs affects en tant que « premiers concernés » et à ce que nous considérions l'effet de la libéralisation de l'accès à l'avortement « sur [eux et elles] au quotidien ». Dans cette thèse, j'ai tenté de les prendre au mot : de fait, en l'état de la loi sur l'avortement c'est-à-dire dans le cadre d'un monopole médical de leur pratique, l'avortement est, *aussi*, une cause de médecins. Les médecins enquêté·es, pour la plupart, ont réalisé des avortements, parfois par dizaines, centaines voire milliers. Pour elles et pour eux, l'avortement n'est pas (qu')une question politique et féministe : c'est (aussi) un enjeu professionnel, corporatiste et syndical. Comprendre l'avortement aujourd'hui, jusque dans l'expérience qu'en font les avortantes, suppose nécessairement de s'intéresser aux médecins et à la médecine.

C'est là le premier apport de cette thèse : éclairer la relation que les médecins entretiennent à l'avortement. Pour cela, j'ai retracé la genèse et la morphologie de l'espace professionnel de l'avortement. Dès la lutte clandestine pour la liberté de l'avortement a émergé un segment professionnel de médecins militant·es et volontaires dont une partie se sont spécialisé·es dans cette pratique. En s'intégrant progressivement à la gynécologie, la prise en charge des IVG s'est aussi constituée, en parallèle de l'activité de ces médecins principalement généralistes qui s'y dédient, comme un travail ponctuel des gynécologues de spécialité d'internat, en particulier des internes et des assistant·es. À la différence de beaucoup de pays où l'« *abortion stigma* » touche aussi bien les femmes qui avortent que les professionnel·les qui les y aident (De Zordo, 2015 ; Thizy, 2023b : 32), dans la France métropolitaine contemporaine, du moins à l'hôpital, c'est au contraire « l'objection de

conscience », le refus du travail d'avortement, et non la participation, qui fait l'objet de jugements négatifs. Alors que le soutien au droit à l'avortement en population générale progresse massivement dans les décennies qui suivent la loi Veil, l'opposition ouverte et de principe à l'avortement devient une déviance professionnelle. Cependant, l'intérêt à prendre en charge les avortements varie grandement selon la position occupée dans l'espace professionnel. Pour les dominé·es de l'espace, notamment généralistes et sages-femmes, la participation au travail d'avortement peut être matériellement et symboliquement profitable. N'importe qui ne devient pas « avorteur » ou « avorteuse » pour autant : la spécialisation informelle dans l'avortement ne cesse pas d'être une orientation professionnelle minoritaire et atypique. Elle permet à des médecins dont la socialisation politique et féministe, l'origine sociale modeste, la position de genre dominée ou, pour les plus âgé·es, le fait d'avoir été témoin des conséquences des avortements clandestins, créent un écart objectif et subjectif à leur milieu scolaire et professionnel, de se réconcilier avec la carrière médicale tout en « faisant de la médecine autrement » (Mariette et Pitti, 2016).

En revanche, les gynécologues-obstétricien·nes, qui dominent le champ, en tirent rarement des gratifications. Ils et elles délèguent l'avortement quand cela est possible, tout en affirmant l'extrême simplicité technique du geste et en manifestant le dégoût qu'il suscite – expression plus autorisée de réticence que l'opposition ouvertement morale –, salissant le boulot des segments professionnels concurrents qui s'en saisissent, pour ne pas leur confier le pouvoir avec le travail. En cela, les gynécologues apparaissent *IVGfriendly* comme les membres des classes supérieures auprès desquel·les enquêtent Sylvie Tissot (2018) et Wilfried Rault (2016) sont « *gayfriendly* » : il s'agit avant tout d'une acceptation de principe, signe de tolérance, qui coexiste avec la réserve face à certains usages et qui ne présuppose pas l'acceptation pratique. « Ce ne serait pas cool d'être anti-IVG »¹, ce qui n'empêche pas celles et ceux qui en ont le pouvoir d'en éviter la pratique. Les prises de position politiques en sont le reflet : alors qu'une partie des médecins qui se spécialisent dans l'avortement militent activement pour l'allongement du délai légal, la très large majorité des gynécologues, ainsi que les institutions représentatives de la profession médicale, défendent le *statu quo*. Sans remettre en cause le droit à l'avortement tel qu'il existe, ces dernièr·es s'opposent aux propositions de loi successives qui l'élargissent, formulant leur prise de position dans les termes de la cause des femmes, devenue plus légitime que celle du fœtus, de la morale ou de la démographie.

¹ Pourrait-on dire en paraphrasant Liz, une enquêtée de Sylvie Tissot, qui déclare : « ce ne serait pas cool de ne pas être *gayfriendly* » (2018 : 35).

Une piste pour une recherche future pourrait être de réaliser une sociologie et une socio-histoire de la gynécologie-obstétrique, qui manque encore aujourd'hui. Si l'analyse relationnelle de l'espace professionnel menée dans cette thèse a permis une meilleure connaissance de ses différents segments, elle ne se substitue pas à leur analyse précise ainsi qu'a pu la mener Aurore Koechlin au sujet de la gynécologie médicale.

L'avortement, oui, mais quel avortement ? Un accès à l'IVG qui reste complexe et inégalitaire du fait des pratiques médicales

Un deuxième apport de cette thèse a été de montrer les parcours de soins complexes que doivent encore suivre les femmes qui souhaitent avorter en dépit du progressif allègement de l'encadrement juridique de l'avortement au cours des cinquante dernières années. L'effectivité des réformes législatives et des politiques publiques ne peut être considérée indépendamment des acteurs et actrices qui les mettent en œuvre (Dubois, 2010) : cela vaut en matière de santé, et d'avortement en particulier. Ce n'est plus la loi mais bien des professionnel·les qui prennent en charge les IVG, en premier lieu, des médecins, qui leur imposent d'attendre, de voir une psychologue ou une conseillère conjugale et familiale, d'adopter une contraception y compris quand les femmes ne le souhaitent pas, de réaliser des examens intrusifs, de recourir à telle méthode plutôt qu'à une autre, qui les dissuadent d'avorter trop de fois et leur interdisent d'avorter trop tôt, trop tard ou trop vite. J'ai pourtant montré que les médecins sont loin d'être d'indécrottables anti-IVG cherchant volontairement à restreindre l'accès aux soins, bien que les réticences d'une partie de la profession aient un effet sur l'accès aux soins en l'absence de professionnel·les volontaires occupant des postes dédiés à la pratique de l'IVG, comme dans les « déserts médicaux ». Pas plus ces difficultés d'accès ne sont-elles la conséquence mécanique d'une trop faible rentabilité de l'acte.

Si le parcours d'IVG demeure un « parcours de la combattante », c'est parce que les professionnel·les reproduisent les pratiques dont ils et elles ont l'habitude, que ces pratiques servent l'intérêt des professionnel·les en rendant leur travail plus facile, plus maîtrisable, plus intéressant ou plus distinctif au sein du champ ou qu'ils et elles estiment que ces pratiques sont profitables aux avortantes en rendant possible un travail sur elles qui vise leur épanouissement psychologique, sanitaire et moral. Le travail des médecins qui réalisent des avortements aujourd'hui s'inscrit ainsi dans une histoire qui dépasse leurs actions individuelles : une histoire de contrôle des avortantes dont les pratiques reflètent l'inertie – elles restent très souvent adaptées à un état antérieur de la loi et des recommandations de bonnes pratiques – et l'héritage de ce qui était initialement une forme de politisation de

l'avortement et qui est aujourd'hui l'un des principaux obstacles à la simplification de l'accès aux soins, la psychologisation de l'avortement. Celle-ci, qu'elle soit le fait des militant·es anti-avortement (Mathieu *et al.*, 2023) ou des professionnel·les de l'IVG, excusant par là le comportement procréatif des femmes en les présentant comme des victimes plutôt que des coupables, participe de l'essentialisation du vécu de l'avortement et conduit à déposséder les femmes de leur avortement et du sens qu'elles lui donnent : non seulement les femmes doivent prendre en charge cette forme de travail contraceptif (Thomé et Rouzaud-Cornabas, 2017) qu'est l'avortement, mais elles doivent, en plus, mal le vivre, l'avortement devant être nécessairement dramatique. La psychologisation n'est pas propre à l'IVG, mais elle y est d'autant plus prégnante que les médecins y ont peu d'autres manières de transcender une position plus passive de prestataires de service et de justifier leur pouvoir – l'avortement étant devenu un acte particulièrement sûr et, avec l'invention de la méthode médicamenteuse, particulièrement simple.

Par ailleurs, certaines contraintes posées aux femmes en demande d'avortement – concernant la temporalité de la prise en charge ou la méthode utilisée –, et parfois le refus de prise en charge, visent directement à simplifier le travail réalisé : esquiver un geste jugé désagréable, réduire le temps de travail et le nombre de consultations, éviter les négociations avec les collègues ou les supérieur·es pour organiser des soins en urgence, s'épargner l'organisation de l'interprétariat ou la confrontation à la souffrance des avortantes. Comme pour tout travail, ces pratiques reflètent non seulement la vision qu'ont les professionnel·les d'elles et eux-mêmes et du travail d'avortement, mais aussi un incontournable jeu avec des contraintes organisationnelles – la limitation des ressources humaines et matérielles, le cadre légal, les politiques hospitalières et les choix administratifs.

Cette thèse s'est inscrite dans le prolongement des recherches qui étudient la différenciation du travail médical selon les patient·es et celles, plus rares, qui en analysent la différenciation selon les médecins. En effet, les contraintes dans le parcours d'IVG ne s'imposent pas de manière systématique : elles sont appliquées au cas par cas selon les avortantes, dans le cadre d'une « prise en charge globale » pouvant avoir des effets discriminatoires. À la différenciation prévue par la loi selon l'âge (mineures ou majeures), la nationalité et le terme, se sont substituées ou ajoutées les catégorisations et les jugements des professionnel·les au guichet de l'avortement. Les femmes les plus dominées socialement ont plus de risques de se voir imposer une prise en charge longue, aux modalités de soin contraintes par des interactions parfois brutales, ou de se voir simplement refuser l'avortement. Ce sont avant tout les femmes racisées, *a fortiori* allophones, celles qui appartiennent aux franges les plus précaires des classes populaires, celles qui sont identifiées

par les professionnel·les comme ayant une pathologie mentale. Ce sont aussi les plus dominées sous l'angle du genre, les « mauvaises » avortantes, celles qui s'éloignent des normes procréatives de la féminité légitime que suivent très largement les professionnelles de santé qui leur font face. Pour avorter et avoir le choix de la méthode et de la temporalité, il vaut mieux être blanche, francophone, de classe moyenne ou supérieure (l'âge, lui, n'a pas un effet uniforme). Au-delà de l'avortement, en montrant comment la capacité à disposer de son corps et le consentement « libre et éclairé » sont des privilèges inégalement répartis selon la classe sociale, la couleur de peau, la langue, l'âge, la santé mentale, les comportements sexuels et procréatifs, ce travail éclaire le rôle que joue la médecine dans la production des inégalités non seulement sanitaires mais plus largement sociales et, comme l'école, l'Eglise, la police ou la justice, dans l'institution et l'intériorisation de l'ordre social.

Les parcours d'IVG dépendent des médecins rencontrés. Dans cette thèse, j'ai mené une analyse structurale du travail d'avortement, c'est-à-dire que j'ai mobilisé la théorie des champs d'une manière qui ne s'arrête pas à l'analyse de la structuration générale de la profession médicale (ce que fait Patrice Pinell dans une perspective socio-historienne (2009)) mais pousse jusqu'à celle des pratiques concrètes de travail (Toffel et Pichonnaz, 2021). Penser ensemble les pratiques médicales et le champ dans lequel elles s'inscrivent a deux intérêts.

Cela conduit, d'abord, à sortir du colloque singulier, à ne pas considérer les pratiques médicales comme le seul résultat d'une interaction de face-à-face, mais comme étant prises dans des rapports de pouvoir qui la dépassent, en particulier dans des rapports de pouvoir entre professionnel·les. Les manières de pratiquer la médecine sont aussi des manières de se positionner par rapport à celles et ceux qui la pratiquent autrement. Les luttes, hiérarchies et conflits qui traversent le champ médical se traduisent dans des luttes pour définir ce que doivent être l'avortement et les pratiques de travail légitimes, ce qui a un effet sur les soins prodigués.

Cela conduit, ensuite, à étudier les actrices et acteurs médicaux concrets, à comprendre les variations de leurs pratiques à partir de leurs positions dans le champ et de leurs dispositions, à rebours d'analyses de la délégation du biopouvoir de l'État aux professionnel·les de santé qui tendent parfois à considérer les médecins comme des individus identiques et sans qualités. Les plus militant·es des médecins qui se spécialisent dans le travail d'avortement, ceux et celles pour lequel·les il prend le sens d'un « travail féministe » (Romerio, 2022) et parmi lequel·les certain·es, critiques de la psychologisation de l'avortement, défendent la simplification de l'accès aux soins, tendent à mettre en place des pratiques globalement plus favorables aux femmes. Ils et elles réalisent les gestes abortifs

avec plus de compétence que des médecins en cours de formation ou que des gynécologues de spécialité d'internat qui n'en font que ponctuellement, connaissent mieux la littérature scientifique sur le sujet, tiennent plus fréquemment des propos déculpabilisants aux avortantes, autorisent un accès à l'IVG plus rapide, à partir de termes plus précoces ou jusqu'à des termes plus tardifs.

Il ne faut pas réduire le questionnement sur l'accès à l'IVG au seul aspect de sa réalisation finale. L'enjeu n'est pas uniquement d'avorter ou non, c'est aussi la manière dont les femmes avortent, la liberté et les choix qui leur sont laissés, la sécurité et la rapidité, le soin donné et le mal-être produit par la prise en charge. Les barrières matérielles auxquelles les femmes qui souhaitent avorter sont encore confrontées ne sont pas tant liées à un nombre trop faible de médecins (ou de médecins qui acceptent de pratiquer les avortements), mais aux pratiques de ceux et celles qui les prennent en charge : à leurs socialisations professionnelle, politique ou religieuse, à l'organisation collective du travail médical, à la diffusion des savoirs médicaux, à l'intensité du pouvoir qu'ils et elles exercent. Les médecins (comme les autres professionnel·les de santé) ne sont pas interchangeables et tous les avortements ne se valent pas.

Ces résultats ouvrent plusieurs pistes de recherche. D'abord, ils laissent entr'apercevoir l'intérêt d'une étude de la psychologisation de la médecine en général. Instrument privilégié du pouvoir médical, il serait intéressant d'observer sa mobilisation dans d'autres domaines que l'avortement : Anne-Sophie Vozari en a montré le poids dans le suivi de grossesse (2021), les échanges avec des enquêté·es suggèrent également son importance dans la prise en charge du déni de grossesse, objet empirique particulièrement propice pour étudier les liens entre médecine et psychologie et dont une étude sociologique manque aujourd'hui ; mais je fais également l'hypothèse que la psychologisation est au cœur du pouvoir médical dans des domaines qui n'ont pas grand-chose à voir avec la prise en charge de la procréation (oncologie, cardiologie, neurologie, etc.).

Ensuite, ces résultats confirment l'intérêt des analyses structurales du travail et notamment du travail médical. Il serait intéressant d'approfondir l'analyse de l'effet des positions et dispositions des médecins sur les soins prodigués, notamment celui de leur positionnement politique ou religieux, de leur place dans les rapports de genre, de race ou d'âge, sur leur manière de travailler. Un élément en particulier, que ce travail a mis en évidence, est rarement étudié : la variation de la compétence médicale, non pas seulement des profanes, ainsi que l'étudie Boltanski (1971), mais des médecins. Cet aspect pourrait être étudié au-delà du cas de l'avortement. Cette thèse a également contribué à l'analyse de la différenciation des différenciations (Paillet, 2016), en montrant que la différenciation des

soins est une pratique socialement située et que selon leur position professionnelle et leur socialisation politique les médecins différencient plus ou moins les soins prodigués. Ce sujet gagnerait à être approfondi par d'autres études empiriques.

Enfin, la relative autonomie des médecins par rapport à la loi à l'échelle du service comme à celle des pratiques individuelles pose la question de la réglementation du travail médical. Si l'observation de la prise en charge de l'IVG et les entretiens menés sur ce sujet m'ont permis d'initier une analyse du lien entre droit et travail médical, il faudrait une enquête spécifique pour pousser plus loin l'étude de la régulation judiciaire et disciplinaire des pratiques et des illégalismes médicaux².

La médecine comme domination

Pour que les avortements diffèrent selon les caractéristiques sociales et les trajectoires professionnelles des médecins, il faut que ceux et celles-ci possèdent effectivement le pouvoir de contrôler les modalités des soins. C'est là un troisième apport de cette thèse : elle analyse le rapport de domination entre médecins et profanes, c'est-à-dire autant les conditions matérielles et politiques de cette relation asymétrique que l'habitation pratique et l'apprentissage explicite par lesquels les premières intègrent des dispositions à dominer les secondes, soit des manières concrètes de s'imposer et le sentiment de légitimité le faire.

Elle a révélé les pratiques interactionnelles de pouvoir des médecins ou, par délégation, des professions subalternes : des conseils plus ou moins insistants, un contrôle des informations données allant fréquemment jusqu'au mensonge, un travail émotionnel visant, par la crainte des complications médicales, à diriger durablement les conduites des patient·es. C'est aussi l'instrumentalisation de leur position d'intermédiaires du droit qui permet aux médecins de faire passer pour loi leurs pratiques et leurs préférences, notamment par le truchement des protocoles, des instruments médicaux et de la structuration des parcours de soins. Cette analyse souligne les limites d'une approche formelle en termes de consentement, celui-ci étant largement façonné par les pratiques de pouvoir comme par la dépendance des profanes à l'égard des médecins.

Analyser la médecine comme un rapport de domination ne revient pas à considérer que celle-ci n'est *que* domination, ni même que la domination médicale est dépourvue d'intérêt. L'asymétrie de la relation thérapeutique, à l'instar de celle de la relation parentale, est en réalité profondément ambivalente : elle est un cadre de soin autant que de domination.

² Il s'agit là de l'un des axes d'une recherche à venir que je souhaite mener autour de la question des violences médicales.

Didier Fassin écrit, à propos du thérapeute que « c'est parce qu'il a du pouvoir qu'il peut guérir, et c'est parce qu'il sait guérir, que la société lui donne du pouvoir et le droit de l'exercer » (1996 : 124). En matière d'avortement, la médicalisation a joué un rôle – quoique souvent surestimé comme le montre Lucile Ruault (2021) – dans la chute spectaculaire des complications et des décès. De fait, les médecins ne font pas que contrôler plus ou moins les modalités de l'avortement, ils et elles mettent aussi leurs compétences techniques et leurs connaissances – maniement de la canule d'aspiration et des pinces chirurgicales, connaissance des protocoles médicamenteux et anesthésiques, maîtrise de l'échographie, capacité à gérer les (rares) complications – au service des avortantes³. Les pratiques médicales ne sont pas qu'une source de limitation de l'accès à l'avortement : en l'état de la législation autour de l'avortement, elles *sont* l'accès à l'avortement. Plus largement, le centre d'IVG est aussi un lieu de *care*, de repérage des violences conjugales, un espace de parole pour des femmes qui auraient envie de parler. Si la prise en charge de l'avortement est un moment propice à l'expression des rapports de domination, elle est tout autant une occasion privilégiée d'affirmation des droits des femmes par les médecins, de critique du paternalisme, de recherche d'un exercice « social » de la médecine, d'un réel dévouement professionnel objectif et subjectif. Quant aux « bons » comportements que les médecins tentent de diffuser, ils relèvent certes de normes morales, mais, aussi, indissociablement, sanitaires : le suivi de la norme gynécologique, par exemple, tout en permettant un contrôle médical des femmes, sauve des vies en permettant le dépistage précoce de maladies (Koechlin, 2022b). Résumer le travail médical à un travail de contrôle est aussi réducteur que de le résumer à un travail de soin.

Cette ambivalence participe à invisibiliser la domination médicale, y compris aux yeux des médecins. À la différence des aristocrates ou des grand·es bourgeois·es qu'étudient les Pinçon-Charlot (1989), les médecins enquêt·es ne se présentent pas comme des dominant·es, bien au contraire. Le caractère indirect et différé de la transaction financière entre un·e médecin et un·e patient·e à l'hôpital – puisque le salaire des médecins ne dépend pas de l'acte – masque la motivation économique des médecins et donne l'apparence du don désintéressé au travail médical. Partant, il oblige celui ou celle qui en bénéficie. Le travail médical ne serait pas seulement vertueux, il serait sacrificiel. De fait, comme le soulignait Bourdieu, « la domination douce est très coûteuse pour celui qui l'exerce » dans la mesure où le travail de dénegation et d'invisibilisation qu'elle suppose nécessite d'un·e dominant·e qu'il

³ Il ne s'agit pas de dire que ce capital culturel spécifique ne puisse pas être acquis par des profanes, en particulier dans le cas d'un geste relativement simple comme ici : la pratique des avortements par des militantes non-médecins avant ou aux premières heures de la dépénalisation de l'avortement en est la preuve (Ruault, 2023).

ou elle « paie de sa personne » (1980 : 221). Noblesse oblige, les médecins doivent être à la hauteur de leur capital symbolique, au risque, sinon, de le perdre. Les médecins enquêté·es évoquent souvent leurs études longues et difficiles, leurs conditions de travail éprouvantes, un état de délabrement du système de santé dont ils et elles seraient les premières victimes. « Oblats » du service public (Bourdieu, 2022b : 218-222), ils et elles rappellent leurs salaires faibles en regard des rémunérations du privé. Ils et elles se présentent parfois comme dominé·es par les patient·es, victimes de leur violence ou de leur ingratitude, regrettent leur perte d'autorité en consultation qui résulterait d'une montée de la défiance envers la médecine, s'indignent de l'acharnement médiatique dont les gynécologues seraient la cible depuis quelques années. Il ne faut pourtant surestimer ni l'ampleur de la crise de légitimité qu'ils et elles déploraient déjà il y a 30 ans (Herzlich *et al.*, 1993 ; Aïach et Fassin, 1994), ni la perte de statut social et économique des médecins. L'augmentation annuelle des revenus des médecins tend à s'accroître (1,2 % par an en euros constants entre 2005 et 2017) et le revenu net moyen des médecins ayant une activité libérale était de 119 800 € en 2017 selon la DREES (Dixte et Vergier, 2022). Quant au pouvoir des médecins en consultation, nous avons vu, avec le cas de l'avortement, qu'il était bien loin de disparaître.

L'analyse proposée ici de la domination médicale montre cependant certaines limites, autant qu'elle ouvre des pistes de recherche. La première limite porte sur le contour de l'enquête. Cette proposition conceptuelle a été faite à partir d'un terrain limité à un acte médical particulier. Si j'ai repéré à plusieurs reprises des éléments empiriques similaires dans des travaux classiques de sociologie de la santé, il faudrait analyser de manière plus approfondie comment la situation d'asymétrie se manifeste dans des contextes de soin où les patient·es sont moins dominé·es, où les soins ont une dimension diagnostique et pronostique plus importante, où l'accès aux soins n'est pas une urgence pour les patient·es. Cette limite est donc, aussi, une invitation à poursuivre l'analyse de la domination médicale dans d'autres contextes que l'avortement ou à relire à nouveaux frais les enquêtes passées de sociologie de la santé.

Une seconde limite porte sur les contours théoriques de l'analyse. Si l'analyse du travail médical à partir de la sociologie de la domination s'est avérée féconde, peut-être ai-je surévalué la dimension structurante du rapport de domination médicale en la plaçant sur le même niveau que les rapports de domination de genre, de race, de classe ou d'âge. Pour penser les frontières du concept, il pourrait être intéressant d'analyser les similitudes et les différences avec le pouvoir exercé par d'autres professionnel·les sur leurs client·es, comme celui des avocat·es, par exemple.

Comprendre les violences médicales

Sans être une thèse sur les violences gynécologiques et obstétricales, ce travail fournit des pistes pour les analyser – c’est là son quatrième apport. Il pourrait être heuristique de les considérer aussi comme des violences *médicales*, en interaction avec les différents rapports de domination, plutôt que comme étant avant tout une forme spécifique de violence de genre, sans cesser de considérer que le pouvoir médical s’exerce de manière particulièrement virulente sur les femmes et que la relation médicale est un contexte privilégié d’expression de la domination masculine, ce dont l’enquête réalisée est une nouvelle preuve. Une piste de recherche future serait de continuer à analyser l’interaction de la domination médicale et des autres rapports de domination en étudiant les violences médicales hors du cadre de la gynécologie et de l’obstétrique⁴, ainsi qu’au-delà du seul cas des dominées de genre. Je peine à me représenter par avance les résultats d’une enquête qui porterait sur les violences médicales subies par des hommes, ce qui est, à mon sens, le signe d’une recherche prometteuse, et qui pourrait en retour éclairer les violences commises à l’encontre des femmes. Une autre piste de recherche consisterait à étudier les cas limites de violences médicales, celles qui peuvent plus difficilement se parer d’arguments organisationnels ou sanitaires. Une enquête sur les médecins agresseurs qui s’inscrirait dans le cadre d’une sociologie générale de la violence pourrait, dans la continuité des travaux de Dorothée Dussy (2013), permettre d’explorer de plus près le lien entre domination et violence (notamment sexuelle) à partir d’une autre relation de domination que celles qui se jouent dans la famille ou le couple. Une telle recherche supposerait de penser le lien entre la dimension professionnelle de la violence (les violences médicales qui, comme les violences policières, sont liées à une fonction professionnelle) et sa dimension plus individuelle (les médecins violents, dont on retracerait la trajectoire, objectiverait les pratiques – de soin, de violence, de silenciation, etc. –, la confrontation aux plaintes et instances de régulation, les liens entre travail et hors-travail, etc.).

En montrant que la socialisation des médecins comme des profanes au rapport de domination médicale tend à le naturaliser et à l’invisibiliser, cette thèse fournit des éléments de compréhension d’actes violents commis par des professionnel·les qui prônent par ailleurs la bienveillance, ainsi que la difficulté et la rareté des révoltes et résistances des patient·es. Si la perte de légitimité des formes les plus visibles de la domination médicale tend à modifier les rapports de pouvoir entre professionnel·les au sein du champ de la gynécologie, elle ne

⁴ C’est le parti pris d’un numéro en cours de préparation de la revue *Genèses* consacré aux « Violences médicales » que je coordonne actuellement avec Pierre Robicquet et Lucile Ruault.

semble pas remettre fondamentalement en cause l'asymétrie entre médecins et profanes, consubstantielle de la relation d'expertise. Il serait intéressant que des recherches futures poursuivent l'analyse de l'évolution des pratiques médicales qu'entraîne la critique des violences⁵.

Des socialisations médicales

Un cinquième apport de ce travail est qu'il confirme l'hétérogénéité du champ médical et invite à approfondir l'analyse de la socialisation médicale, à rebours de la vision d'un processus unique et cohérent. Ce ne sont pas seulement les expériences et les socialisations profanes qui déterminent les variations des pratiques professionnelles. Les médecins acquièrent des dispositions professionnelles différenciées selon la spécialité médicale mais aussi, au sein de celles-ci, selon les trajectoires professionnelles et ce qu'on pourrait considérer comme des socialisations médicales secondaires – les stages d'internat réalisés, les postes occupés et les collègues rencontrés –, ainsi que selon la génération du fait de l'évolution des structures du champ dans lequel les médecins sont formés. L'enquête menée a montré que la socialisation médicale se jouait notamment à l'échelle du service, et que celle-ci pouvait être à l'origine de variations déterminantes dans l'apprentissage du métier de médecin.

Penser la domination à partir de la manière dont les individus y sont socialisés permet de considérer sa reproduction autant que son évolution. Par des aller-retours entre l'analyse des variations et celle des structures communes aux différents médecins et centres d'IVG enquêtés, ce travail a montré comment la socialisation secondaire de médecin critique, l'expérience profane de la domination médicale ou l'évolution des socialisations générationnelles avaient des effets significatifs sur la qualité des soins en concourant à l'adoption de formes moins brutales de pouvoir médical. Mais aussi qu'elles ne remettaient pas fondamentalement en cause l'asymétrie entre médecins et profanes, ancrée dans la dépendance des seconds envers les premiers. La civilisation de la domination médicale est même, sans doute, nécessaire au maintien de sa légitimité : il faut que tout change pour que rien ne change⁶.

Une piste de prolongement porte sur la socialisation « à la Amélie Beaumont » (2021) des médecins, c'est-à-dire sur les effets non professionnels de la socialisation médicale. Les médecins sont presque toujours étudiés dans le cadre de leur travail. Cette thèse a montré

⁵ Ces différentes pistes forment les axes d'un projet en cours d'élaboration d'une recherche que je souhaiterais mener.

⁶ Pour reprendre la phrase du Guépard de Giuseppe Tomasi di Lampedusa.

que les avorteurs et avorteuses l'étaient aussi en dehors du centre d'IVG, que leur socialisation médicale secondaire avait des répercussions sur leurs positionnements politiques et sur leurs pratiques parentales. Il serait intéressant d'approfondir ce que sont les médecins hors de leur travail, quels pères et quelles mères, quel·les conjoint·es, ami·es, acteurs et actrices politiques ou associatifs, sont les chirurgien·nes, les psychiatres, les généralistes ou les gynécologues, comment des dispositions acquises dans le travail s'expriment en dehors de leur sphère de production.

Une contribution à une sociologie critique de l'expertise médicale

Un sixième apport de cette thèse est sa contribution à la sociologie de l'expertise médicale. Freidson soulignait déjà que la médecine n'est pas qu'une question de science, et que le pouvoir et l'autonomie des médecins reposent moins sur leur « fiabilité extraordinaire » et leur compétence que sur leur capacité à les professer de manière persuasive (« *its persuasive profession of the extraordinary trustworthiness of its members* ») – par l'établissement de codes d'éthiques, ou d'associations et d'Ordres chargés de la régulation des pratiques (1970b : XVII). Cette recherche a montré le travail collectif d'accumulation et de préservation du capital symbolique de la profession – ou de certains segments au détriment des autres – visant à donner une image de compétence et de désintéressement qui fonde en partie le pouvoir sur les patient·es et sur les autres professions de santé.

Le cas de l'avortement a permis de dévoiler la porosité entre la fonction de défense des intérêts des professionnel·les, celle de synthèse et de diffusion des savoirs médicaux et celle consistant à les mobiliser dans la pratique. Le pouvoir de véridiction au sein de l'espace de l'avortement fait l'objet d'une lutte entre des agent·es différemment positionné·es qui tentent de faire prévaloir leurs prises de position et les pratiques qu'ils et elles jugent légitimes par le truchement de protocoles, l'établissement de recommandations pour la pratique clinique, la tenue de congrès d'associations professionnelles, les communiqués, les tribunes et interviews dans la presse ou lors d'auditions parlementaires. Aux avorteurs et avorteuses spécialistes trouvant dans la médecine des preuves, qu'ils et elles défendent, un renfort à leur capital scientifique et symbolique plus limité, et dont les intérêts recoupent en partie ceux des avortantes, s'opposent les gynécologues-obstétricien·nes qui, s'ils et elles font peu d'avortements, tirent leur légitimité à prendre position et la force de leurs jugements de leur domination du champ.

Les interventions des institutions représentatives et savantes de la gynécologie ou de la profession médicale dans son ensemble contre la libéralisation de l'avortement, en particulier,

révèlent la manière dont elles instrumentalisent leur capital symbolique pour défendre leurs propres intérêts et convictions morales. Chargées de la diffusion des savoirs médicaux, elles participent au maintien de l'ignorance des profanes et des praticien·nes, en matière d'avortement du moins. Elles reproduisent un discours aujourd'hui porté par les « anti-choix » qui surestime la dangerosité de l'avortement, et, par une stratégie de sociodicée visant à légitimer la domination par un récit fantasmé de ses origines (Bourdieu, 1994b : 6), diffusent l'idée que sa médicalisation a permis de faire chuter la mortalité, là où il semblerait que ce soit surtout le développement des techniques d'avortement qui la précèdent (Ruault, 2021). Elles défendent ainsi, assez paradoxalement, le contrôle médical de l'avortement et la limitation de l'autonomie des femmes pour le bien de celles-ci.

Au-delà des angles morts de la formation de nombreux et nombreuses médecins en matière d'avortement, l'observation des consultations dévoile le rapport avant tout pratique que les médecins, en tant que clinicien·nes, entretiennent aux savoirs médicaux. Les risques et conséquences de l'avortement, de même que les restrictions de la loi ou les modalités des protocoles médicaux, sont souvent invoquées avec peu d'égards pour leur véracité : la parole des médecins vise parfois moins à informer qu'à former, à agir sur les patient·es et à les faire agir.

Les paroles des médecins, comme le reste de leurs actions dans le cadre du travail d'avortement, relèvent en partie d'un sens pratique. La prise en charge médicale ne doit pas apparaître comme plus rationnelle qu'elle ne l'est. Elle est un mélange de conscience et de réflexe, laissant une grande place aux protocoles, à l'inertie des habitudes et des manières de faire non questionnées. Ses effets contredisent parfois les buts ouvertement recherchés – à commencer par le bien-être des patient·es.

La sociologie sacrilège : les résistances à l'objectivation de la domination

Au-delà de ces principaux résultats, il me paraît important d'aborder dans cette conclusion certains enjeux de réception de ce travail. Etudier les médecins comme des dominant·es risque de susciter – et suscite déjà avant même que j'aie soutenu ma thèse – des résistances diverses au sein du corps médical. Un incident faisant suite à une restitution d'une partie de mon enquête à certain·es des enquêté·es a été révélatrice de la sensibilité particulièrement forte des médecins à la violence de l'objectivation sociologique et de l'« agression symbolique » (Bourdieu, 1979 : 11) qu'elle constitue. Je reviens sur le déroulement de cet incident, ce qu'il révèle de l'objet étudié et des questions que cela pose en termes d'éthique de la recherche.

Mon premier article est sorti dans un numéro de la *Revue française des affaires sociales* (Perrin, 2023a) à la fin de ma deuxième année de thèse. Il traite des procédures décisionnelles d'acceptation ou de refus des demandes d'IMG pour détresse psychosociale en les analysant sous l'angle, classique en sociologie de la santé, du tri des patient·es, montrant que l'écart aux normes parentales et procréatives détermine l'acceptation, ou le refus, des demandes d'avortement par les professionnel·les de santé. L'interprétation sociologique du travail tranche avec celle que lui donnent les professionnel·les – un travail thérapeutique d'aide à des femmes en détresse. Les enquêté·es sont anonymisé·es et les centres ne sont pas identifiables. Dans l'idée que les sociologues auraient un devoir déontologique de restitution de leur travail auprès de celles et ceux qui lui ont donné de leur temps et partagé leur intimité, j'ai envoyé mon article, d'abord, à deux médecins qui ont été des allié·es dans le déroulement de l'enquête et se sont montré·es particulièrement critiques de ces procédures d'IMG auxquelles il et elle participaient. Les deux médecins, tout en soulignant que certains points de l'article pouvaient « gratter », se montrent convaincu·es et très intéressé·es. L'une me demande l'autorisation de partager l'article avec les collègues de son service : j'accepte de bon cœur. Une semaine plus tard, je reçois un mail lapidaire de deux autres médecins de son service. En trois phrases, elles me disent avoir lu l'article, ne pas y avoir retrouvé le sens de leur travail, refuser que j'utilise leurs données pour la suite de la thèse ou les articles futurs. J'appelle mon interlocutrice, qui m'informe que le service est « à feu et à sang » depuis que mon article y a circulé. Elle, ainsi qu'un autre médecin, l'ont apprécié, les autres se sentent « trahi·es ». Ils et elles ont été profondément heurté·es par l'image et le sens donnés à leur travail qui, à leurs yeux, les dépeint comme des individus « horribles » et fait abstraction de l'humanité de leur prise en charge, ainsi que par le vocabulaire sociologique employé (comme « déviance » ou « stigmatisation »). Dans les heures qui suivent, je réponds un très long mail aux deux médecins, prenant acte de leur demande de « retrait de données », évoquant le respect que j'ai pour leur manière de travailler et l'amitié que j'ai pour elles, retraçant la genèse de l'article, expliquant qu'il est publié par une revue scientifique de sociologie et s'adresse avant tout à un public de sociologues, qu'il vise moins à rendre compte précisément de leur travail qu'à proposer des analyses plus générales sur certains aspects intéressant ma discipline. Je leur propose, finalement, de venir présenter et discuter l'article dans le service si et quand elles le veulent. Je reçois une brève réponse, trois semaines après : elles maintiennent leur refus d'utilisation des données et rejettent ma proposition de discussion. Quelques jours plus tard, tout le service s'est retrouvé lors d'une réunion dédiée à mon cas. Les gynécologues spécialistes de la maternité – qui ne pratiquent pas d'IVG mais participent aux procédures d'IMG – y ont été convié·es après que l'article leur a été adressé au motif qu'« eux aussi ont

le droit de savoir ce qu'on dit sur eux ». Selon un des médecins de l'équipe, la réunion a été un moment difficile quoique la discussion de l'article ait permis de formuler des désaccords, jusqu'alors latents, au sein de l'équipe. Plus tard, il me dira que les pratiques du service ont évolué depuis la lecture de l'article, dans un sens selon lui plus favorable aux candidates à l'avortement.

La vie publique de l'article ne s'arrête pas là. Je reçois des mails de médecins enthousiastes, j'accepte des invitations à le présenter dans un diplôme universitaire d'orthogénie et un colloque de recherche en périnatalité et j'apprends qu'un chef de service d'un CHU parisien l'a fait lire à son équipe de médecine fœtale. Convié, antérieurement à la publication de l'article, à communiquer sur ma thèse au congrès biennal de l'Association nationale des centres d'IVG et de contraception (ANCIC), j'en suis désinvité après de vifs débats au sein de la commission d'organisation dont les membres sont divisé·es sur la réception à donner à l'article (m'a rapporté l'une d'elles) et suite à l'annonce de médecins qu'ils et elles ne participeront pas au congrès si j'y intervien·s. Au motif que ma présence serait un sujet de clivage de la profession, l'ANCIC me demande d'intervenir dans un autre format, non plus celui d'une communication sans discutant·e devant le public de plusieurs centaines de personnes du congrès, mais dans le cadre, plus intimiste, d'une discussion, lors de l'Assemblée générale de l'association (ce que j'ai refusé, afin d'éviter d'envenimer la situation avant la soutenance de thèse). L'article circule beaucoup et suscite des réactions contrastées.

Dans un texte célèbre, Goffman (1989) décrit comment, après que des « combinards » ont arnaqué et dépouillé un « jobard » (on dirait, aujourd'hui, un « pigeon »), ils doivent faire en sorte que celui-ci poursuive son chemin plutôt qu'il ne « râle » trop voire qu'il ne « vende la mèche », ce qui est « mauvais pour les affaires ». Il faut, pour cela, « calmer le jobard », « contenir sa colère dans des limites raisonnables et maîtrisables ». Cette situation sert de métaphore à Goffman pour toutes les situations où un individu – le jobard – voit la représentation valorisante qu'il se donne de lui-même radicalement contredite : se faire arnaquer mais aussi se faire poser un lapin, recevoir une demande de divorce ou un refus de demande en mariage, se voir refuser une promotion, être licencié, tomber malade, être condamné par la justice, être excommunié, etc. J'ajoute : être objectivé dans une enquête de sociologie. Les deux médecins qui m'ont écrit le mail et leurs collègues m'ont donné leur confiance, persuadés autant de mon innocuité que de leur irréprochabilité. De mon innocuité car la relation d'enquête est constituée d'une succession d'interactions supposant que le chercheur ou la chercheuse réalise un « face work » (Goffman, 1955) consistant à présenter et conserver une image de lui ou d'elle propice à la production de données. Il ou elle prétend, au

moins implicitement, « être du côté » (Becker, 1967) des enquêté·es qui, par méconnaissance de ce que peut être la sociologie, ignorent bien souvent sa dimension critique des rapports de domination et la violence que peut représenter l’objectivation. La définition de la situation sur laquelle s’accordent enquêteur ou enquêtrice et enquêté·es est celle, sinon d’une adhésion de l’un·e aux pratiques et aux valeurs des autres, *a minima* d’une absence bienveillante de jugement. Lors des cinq jours par semaine que je passe sur le terrain, je réalise un travail constant d’écoute, de soutien, manifestant mon enthousiasme et mon intérêt et euphémisant mes doutes ou mes désaccords. Je n’apparais vraiment pas comme une menace auprès de médecins qui s’attendent à ce que je donne une caution scientifique à leurs pratiques. Surtout, victimes de leur propre pouvoir symbolique, elles n’ont pas envisagé que leur travail puisse faire l’objet d’une analyse critique. Dans la situation initiale décrite par Goffman, ce qui heurte le jobard arnaqué ce n’est pas la perte d’argent, c’est la négation de l’image qu’il a de lui-même comme d’un homme astucieux et viril, à la hauteur de son rôle. C’est cette image qui est la condition même de son malheur puisque, convaincu qu’il ne peut pas se faire avoir, il baisse ses défenses. La lecture de mon article non seulement contredit les espérances que ces médecins plaçaient en moi mais remet en question leur identité, l’image qu’elles ont et souhaitent donner d’elles-mêmes⁷. Pour des médecins dont certain·es s’emploient à faire leur travail du mieux possible – parfois au prix d’efforts coûteux, de temps de formation, de conflits avec leur hiérarchie, etc. – la dimension critique de l’analyse peut être cinglante.

Les sociologues ont cette propension à être « méta », à faire des « contre-kem’s » consistant à tourner tout refus ou « raté de terrain » (Verdrager, 2017) en matériau original à analyser (Darmon, 2005). Cet incident, pour désagréable qu’il ait été, en dit beaucoup sur l’objet étudié. D’abord, il montre que le pouvoir symbolique qui conforte l’image des médecins comme des expert·es désintéressé·es façonne d’abord les représentations des médecins eux et elles-mêmes. Ensuite, il montre la disposition différenciée à être l’objet de l’analyse sociologique selon les dispositions scientifiques, politiques, les positions dans l’espace professionnel et les perceptions que chacun·e en a. Les enquêté·es qui ont favorablement reçu l’article sont celles et ceux qui voient l’espace professionnel de l’avortement comme un milieu agonistique. Ceux et celles-ci ne se reconnaissent pas dans les

⁷ On peut interpréter d’une manière similaire le fait que, dans une journée de formation d’une association professionnelle de gynécologie intitulée « Le viol en gynécologie : réalité ou confusion ? » lors de laquelle communiquent les gynécologues-obstétricien·nes parmi les plus influent·es, toute une partie d’une intervention consacrée au consentement dans la consultation gynécologique a consisté à s’émouvoir du livre issu de la thèse d’Aurore Koechlin portant sur la norme gynécologique – pourtant mesuré dans sa dimension critique –, en en sélectionnant des phrases ou morceaux de phrases et en en dénonçant l’inanité. Infogyn2022 : « Gynécologie médicale - Le viol en gynécologie-obstétrique : réalité ou confusion ? ». http://videos.infogyn.com/2022/rjinfogyn2022.php?show=1&restit=vv2_gynecologie&fbclid=IwAR2cTpyCpPp-Xfgtid5AWcSjzhcvU5LVJSGSvItfxBZNNv1Q2Nwa48rsZNg

analyses portant sur les médecins ou sur les gynécologues. Ils et elles s'identifient comme des avorteurs et avorteuses au service des femmes, en opposition au groupe des médecins ou des gynécologues-obstétricien·nes, et ont un certain intérêt à l'objectivation vue comme critique de leurs concurrent·es au sein de l'espace de l'avortement.

Enfin cette réception difficile pose la question éthique et méthodologique du droit des enquêté·es et de sa possible contradiction avec celui d'enquêter. L'enquêteur·ice a des devoirs envers les enquêté·es comme dans toute relation sociale : des devoirs informels de respect, d'honnêteté intellectuelle, de compétence professionnelle, d'attention à l'effet de son travail sur les enjeux réputationnels qui traversent le terrain ; des devoirs formels, garantis par la loi, tel le respect de la vie privée (Weber, 2008). Au moment où je fais ma thèse, le poids d'une injonction déontologique s'accroît dans la recherche en sociologie : la formalisation des protocoles de recherche sur le modèle des sciences du vivant et de la recherche médicale et la validation par des comité d'éthique dont les attentes s'éloignent largement des méthodologies et épistémologies de la sociologie telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui en France (Céfaï, 2010 ; Laurens, 2022 ; Siméant-Germanos, 2022) – du moins celle à laquelle j'ai été formé. Une des formes que peut prendre cette injonction déontologique consiste à faire signer par chaque enquêté·e un document qui l'informe du but de la recherche et lui indique un ensemble de droits dont il ou elle dispose *en tant qu'enquêté·e*, parmi lesquels, dans le protocole de la certification de la commission d'éthique de l'INSERM par exemple, un droit à « l'accès, la rectification et au retrait de ses données », c'est-à-dire à l'opposition au traitement de ses données, au retrait du consentement ou à la rectification de ses données. Au-delà du fait qu'un tel formalisme est très mal adapté aux contraintes de la recherche ethnographique, ce fonctionnement pose deux problèmes.

D'abord, celui de la nature et de la propriété des données en sociologie. Qu'est-ce que « leurs » données que les deux enquêtées me demandent de retirer par mail ? Elles n'ont pas rempli de questionnaire, et les deux entretiens enregistrés de deux heures réalisés avec chacune d'elles sont complétés par de nombreuses discussions informelles avec moi ou en ma présence, par la participation à des réunions de service et par quelques journées d'observation de consultations et de bloc d'IVG. Dans une enquête ethnographique, une « donnée » n'a pas de frontière clairement délimitée. Elle relève d'une co-production du fait observé ou de la parole entendue et de l'acte cognitif du chercheur ou de la chercheuse qui voit, entend, sélectionne et inscrit, en même temps qu'il ou elle analyse, dans sa mémoire ou dans son carnet de terrain. Qu'est-ce que les enquêté·es ont le droit de « retirer » ? Ai-je le droit, selon ces critères de comités d'éthique, sinon de citer leurs propos, de les paraphraser ? De mentionner l'existence de ces ex-enquêtées ? Leurs gestes que j'ai observés ? Les paroles

qu'elles m'ont dites hors de l'entretien enregistré et que je notais ostensiblement sur mon carnet ? Puis-je formuler des analyses sur leur travail ? Sur les pratiques à l'échelle du service ?

Le second problème est que ce formalisme éthique fait abstraction de l'antagonisme qui peut exister entre l'intérêt de l'enquête (et de l'enquêteur·ice) et celui de l'enquêté·e, ou, plutôt, qu'il place *a priori* l'intérêt des enquêté·es au-dessus de celui de l'enquête en les dotant d'un pouvoir de censure. Bien souvent, l'analyse sociologique dérange et l'objectivation apparaît peu flatteuse aux yeux de l'objectivé·e. C'est la conséquence de sa fonction, démocratique, de visibilisation de portions du monde social peu visibles et de mise au jour des rapports de pouvoir qui s'y jouent. Bourdieu parle de la sociologie comme « réflexivité du corps social » (Bourdieu, 2009 : 19), et Vincent de Gaulejac décrit la « fonction » de la sociologie ainsi :

« Etre le “poil à gratter” du pouvoir, exercer une fonction critique, déconstruire les fondements des idéologies dominantes, analyser les pratiques des acteurs mais sans s'identifier à leur point de vue pour ne pas occulter les intérêts qui les animent, ne jamais prendre au mot les discours de légitimité qui, au nom de grandes causes, dissimulent des stratégies corporatistes. De l'autre, travailler avec les acteurs sociaux, les aider à mieux comprendre les contradictions qui les animent et qui les inhibent, produire un savoir sur la société qui alimente le débat sur l'action (sociale, culturelle, politique...) » (Gaulejac, 1997 : 99).

L'un des intérêts de l'analyse sociologique repose sur le fait qu'elle puisse identifier des logiques qui éclairent les actions des individus sous un jour différent du sens qu'ils et elles leur donnent. C'est là ce qui la distingue d'un simple archivage du social ou d'un micro tendu aux enquêté·es. Enquêter sur des dominant·es, en particulier, suppose d'enquêter *contre* son terrain, ou une partie de son terrain, et potentiellement de susciter indignations, attaques, mises au ban de la société étudiée (Fassin, 2008). La fonction d'intérêt public de production de savoirs critiques repose sur la dissimulation partielle des intentions, des hypothèses de recherche, et de la nature même du travail sociologique. Lorsqu'il s'agit de la médecine en particulier, le regard sociologique porté sur les pratiques s'oppose aux structures d'autonomie et d'autorégulation défendues par la profession (Freidson, 1970a). Les médecins n'ont pas l'habitude que leurs pratiques ordinaires fassent l'objet d'une évaluation extérieure. Si la production des données ethnographiques suppose un travail émotionnel de la part du chercheur ou de la chercheuse qui masque en partie ce qu'il ou elle pense et ressent (Perrin, 2023b), l'étape de la publication a, elle aussi, un coût affectif pour les enquêté·es qui découvrent le travail d'objectivation, comme pour le ou la sociologue qui affronte leur réaction. Pour ma part, l'intensité du rejet dont mon article a fait l'objet a été un vrai choc. Je

me suis senti non seulement très inquiet que des obstacles soient mis à la poursuite de ma thèse, mais aussi coupable et profondément attristé que mon travail, loin de susciter leur enthousiasme, ait heurté des enquêté·es qui ne sont jamais *seulement* des enquêté·es (les relations d'enquête sont avant tout des relations humaines).

Je reste malgré cela convaincu de l'intérêt scientifique à oser être d'autant plus impertinent·e envers les groupes sociaux étudiés que ceux-ci occupent une position de prestige. C'est peut-être justement parce que parler de domination médicale perturbe l'ordre symbolique qu'il ne faut pas se priver de le faire lorsque c'est à propos. Pas par goût du déboulonnage de statues mais parce que, à l'encontre de ce que Bourdieu appelle *l'obsequium* (2012 : 67) – le respect inconscient et généralisé de l'ordre établi –, cela permet de rendre visible le pouvoir et ses mécanismes de légitimation. L'irrévérence peut jouer alors un rôle de rupture épistémologique :

« La plupart des critiques bêtes adressées aux travaux sociologiques qui s'efforcent de faire ce que j'essaie de faire, consistent à détordre le bâton. Le sens commun adhère naïvement à des propositions qui ne sont même pas posées comme telles, des thèses non thétiques, et, pour faire éclater ces propositions non proposées, il faut faire des contre-propositions fortes, dans l'autre sens, en exagérant un peu. Quand tout le monde parle de “mutation du système social”, il faut dire : “ça se reproduit...” La rupture doit être hyperbolique, pour employer le vocabulaire cartésien, car les gens croient toujours trop aux apparences, et les apparences sont toujours pour les apparences. Il faut en rajouter dans le sens de la rupture, tout en sachant bien que ce n'est pas si simple. C'est un des facteurs de malentendu. Certains se font une petite célébrité en détordant un peu le bâton en disant : “Mais c'est quand même un peu exagéré !” » (Bourdieu, 2012 : 284).

Tout concept est une abstraction. Non pas une montée en généralité – il ne s'agit pas de dire « tou·tes les médecins dominant autant », et encore moins « la médecine n'est que domination » – mais une mise de côté de certains éléments pour en faire ressortir d'autres, une simplification du réel visant à mieux le voir. À la différence de la généralisation, il ne s'agit pas de se prononcer sur l'état du réel, mais d'en proposer un outil d'interprétation dont chacun·e peut ou non se saisir. L'analyse empirique de la complexité des situations et des comportements humains ne doit pas empêcher de prendre le risque de la théorisation, risque non pas seulement scientifique mais humain ou professionnel : celui de déplaire, d'être accusé de déformer ou de manquer de nuance⁸.

Plusieurs travaux ont déjà montré le pouvoir de sanction – procès, censure, menaces, colère – des dominant·es objectivé·es envers les objectivateur·ices (Laurens et Neyrat, 2010 ; Laurens, 2022 ; Siméant-Germanos, 2022). La formalisation éthique des enquêtes donne aux

⁸ Risque que revendiquait Kieran Healy dans son article d'épistémologie peu orthodoxe intitulé « Fuck Nuance » (2017).

enquêté·es de nouveaux moyens de riposte par le droit de retrait ou de regard sur l'utilisation des données, c'est-à-dire sur le contenu de l'analyse. N'importe qui n'est pas en mesure de faire une telle demande – de savoir que cela est possible et de se sentir légitime à le demander. Les médecins enquêtés mobilisent leur connaissance des protocoles de recherche médicale (qui explicitent ce droit de regard sur les données auprès des enquêté·es).

Ce pouvoir de censure que menace de généraliser la formalisation croissante de l'éthique de la recherche est aggravé par deux phénomènes : la norme professionnelle de la restitution, et l'évolution des conditions matérielles de la recherche. La restitution des résultats de la recherche aux enquêté·es ressort comme un impératif éthique des recommandations institutionnelles⁹ ou des articles qui en traitent, tout particulièrement dans des perspectives qui se revendiquent comme « impliquées » (Chauvier, 2003) et donnent une valeur épistémologique forte au point de vue des « indigènes » (Piron, 2014). La restitution est présentée comme un contre-don (Hardy, 2011), une manière de combler une dette, de promouvoir la réciprocité plutôt que l'extractivisme dans la recherche, substituer la coproduction au pillage ou à la « piraterie » (Piron, 2014)¹⁰, et son absence est alors présentée comme une « erreur éthique » (Vidal, 2011)¹¹.

Par ailleurs, l'accélération rapide de la concurrence pour les postes dans le milieu professionnel amène les doctorant·es à publier plus tôt leurs résultats afin d'augmenter leurs chances de trouver un travail en sortie de thèse (post-doc et ATER, notamment) et de diminuer les années de latence entre la fin de la thèse et l'employabilité à un poste de titulaire. La question de la circulation et de la réception du travail de recherche ne peut plus tout à fait se poser de la même manière que par le passé. Publier avant la fin de la thèse ouvre la possibilité croissante d'être lu précocement par les enquêté·es qui, si ce qu'ils et elles lisent ne leur plaît pas, peuvent non seulement « fermer » l'accès au terrain mais aussi, sous réserve de la formalisation de leurs droits et de la supériorité de leurs droits sur ceux de l'enquête, s'opposer à la poursuite de l'analyse des données. Les « vies d'après » des enquêtes de terrain, comme les appelle Didier Fassin (2015), mordent plus souvent qu'auparavant sur la fin de la précédente. Pour résumer, la formalisation d'un droit des enquêté·es telle qu'elle se fait de plus en plus par la demande du recours aux comités d'éthique, combinée à la généralisation de la publicisation et de l'accessibilité de résultats en cours d'enquête,

⁹ Voir par exemple la méthodologie d'enquête présentée sur le site de l'INED, comprenant une phase de restitution : <https://www.ined.fr/fr/ressources-methodes/methodologie-enquete/restitution-et-valorisation/>.

¹⁰ Le terme de restitution est révélateur puisqu'il évoque la prise indue (Zonabend, 1994).

¹¹ Laurent Vidal ouvre son article portant sur les vertus et nécessité de la restitution par cette phrase : « Rendre compte des résultats de sa recherche à ceux qui l'ont accueillie ne mérite *a priori* guère de justification, tant cette démarche semble acquise. »

représente une réelle menace à l'objectivation des mécanismes de domination en créant des moyens institutionnels pour y faire obstacle avant même la finalisation de la recherche.

Il faut préciser, enfin, que la capacité de ma recherche à façonner les représentations du travail médical est toute relative et n'entraînera pas la mort sociale des objectivé·es, la sociologie étant une science dominée par rapport à la médecine, et les médecins, y compris chercheurs et chercheuses, participant à la reproduction de leur propre pouvoir symbolique. Si l'article sur l'IMG pour détresse psychosociale est le seul existant jusqu'alors en sociologie (à ma connaissance), on trouve en revanche plusieurs thèses ou publications médicales. Toute dimension critique de l'encadrement légal de l'avortement ou du travail médical en est généralement absente, ces articles faisant parfois l'apologie de l'accompagnement médical et psychologique que permet ce dispositif de contrôle¹². La « violence interprétative ou épistémique » (Spivak, 1988 ; Piron, 2014) exercée par le ou la sociologue varie selon les ressources des groupes objectivés.

Tenir tête au médecin : manuel de résistance à la domination médicale

Pour finir, il faut souligner un intérêt non prémédité de ce travail de recherche. Il me semble qu'il peut donner quelques pistes pour atténuer l'asymétrie entre médecins et patient·es.

Du côté des médecins, d'abord. Ce travail a montré le rôle déterminant de la formation scientifique et de la sensibilisation politique et sociologique sur la qualité des soins : les médecins qui se spécialisent dans l'avortement ont des pratiques à la fois plus sûres et plus favorables à l'autonomie décisionnelle des avortantes ; les médecins conscient·es – de par leur socialisation politique ou par des formations spécifiques – des questions de violences de genre, de racisme, d'accès aux soins des minorités, ont des pratiques moins discriminantes. L'objectivation des pratiques de pouvoir, la mise en perspective historique et sociologique des représentations (notamment psychologisantes) qui les justifient peut aider des médecins, mais aussi des sages-femmes, infirmières, conseillères conjugales et familiales, psychologues, aides-soignantes, à prendre conscience des rapports de domination qui traversent les

¹² Un article récent co-écrit par des pédopsychiatres, psychiatre, gynécologue-obstétricien et sage-femme, est un exemple frappant d'un travail idéologique de légitimation des pratiques de pouvoir médical, soulignant la collégialité des décisions, la seule prise en compte du bien-être de la femme en demande d'avortement, la bienveillance de l'écoute, le respect de la temporalité de la femme, en décalage avec les pratiques que j'ai pour ma part observées (Radjack *et al.*, 2022).

interactions qu'ils et elles ont avec les patient·es et à réaliser un travail réflexif sur leur manière de soigner¹³.

Du côté des profanes, ensuite. En l'état, les options qui s'offrent à eux et elles sont de subir la domination médicale, de passer par des circuits alternatifs où les enjeux de fidélisation de la patientèle adoucissent l'exercice du pouvoir, pour celles et ceux qui en ont le capital économique, ou de renoncer aux soins, fuir la médecine pour fuir le pouvoir – en ne se soignant pas ou en recourant à des pratiques de soins non conventionnelles à l'efficacité limitée et aléatoire. Mais au-delà du *loyalty* et de l'*exit*, une autre solution est le *voice* (Hirschman, 1970). Ce travail de thèse fournit des ressources aux patient·es, *a fortiori* aux avortantes, pour résister, dans l'interaction, au pouvoir médical. La connaissance des normes officielles (loi et recommandations de bonnes pratiques) qui entourent les actes médicaux réalisés, par des recherches internet ou en contactant des associations spécialisées – ce qui suppose, certes, un certain niveau de capital culturel ou social – réduirait la marge de manœuvre laissée aux médecins. Dans le cadre de l'IVG, cela fournirait un atout considérable pour négocier son parcours de soins. Les lecteurs et lectrices de cette thèse savent désormais qu'il n'y a aucun délai d'attente obligatoire pour avorter, que la liberté du choix de la méthode est garantie par la loi (selon le terme de la grossesse), que rien n'oblige plus de prendre le médicament abortif devant des professionnel·les ni de réaliser un entretien psychosocial, qu'il est possible d'avorter sans accepter de contraception, d'avorter alors que le fœtus n'est pas encore visible à l'échographie (avec un protocole spécial impliquant de réaliser un dosage hormonal dans les jours qui suivent), qu'il est possible de réaliser une IVG instrumentale sans attendre la septième semaine d'aménorrhée. Ils et elles ont maintenant connaissance que l'interprétariat est un droit des patient·es, que des prises en charge exceptionnelles (légèrement hors délai par exemple) sont parfois autorisées lorsqu'elles sont demandées par les avortantes, que les médecins ne sont pas interchangeables et que consulter un·e autre médecin, et/ou dans un autre centre, peut permettre d'obtenir un autre traitement. Ils et elles ont conscience de la flexibilité des méthodes de calcul des termes des grossesses. Un·e médecin qui daterait les grossesses au 50^e percentile pourrait se voir opposer par une avortante qui dépasserait le délai légal de quelques jours qu'il ne respecte pas les recommandations de bonnes pratiques émises par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) en 2016¹⁴.

¹³ L'objectivation par les outils et concepts de la sociologie des rapports de pouvoir internes au champ peut aussi intéresser des professionnel·les dominé·es dont beaucoup ont déjà une connaissance profane.

¹⁴ Je suis curieux du type d'interaction entre l'avortante et le ou la médecin que cela générerait tant l'asymétrie d'information est toujours au cœur des interactions entre médecins et profanes.

Le pouvoir des médecins repose en partie sur la confiance qui leur est donnée. La conscience que les médecins peuvent mentir, se tromper, présenter comme bons des choix qui servent parfois en réalité leur intérêt propre ou qui correspondent à leurs conceptions morales situées, et la connaissance des normes officielles qui entourent l'avortement, rendent possible de protester, puisque ce pouvoir résiste assez mal à la confrontation et à l'explicitation de l'illégalité de pratiques dilatoires ou restrictives.

Nous avons vu par ailleurs que le pouvoir s'exerce de manière privilégiée quand l'avortante est isolée. La présence d'un tiers allié peut permettre, en rompant le « colloque singulier », de rappeler et de défendre l'intérêt du ou de la patient·e¹⁵.

Ces éléments réduisent l'asymétrie plus qu'ils ne s'attaquent fondamentalement au rapport de domination entre médecins et profanes, ce qui supposerait des évolutions plus structurelles. La relation de domination-dépendance, ce travail l'a montré, repose sur trois piliers : l'inégalité de répartition d'un capital culturel spécifique, le monopole du contrôle de l'accès aux biens de santé, la situation de vulnérabilité physique ou psychique des profanes. La connaissance des normes officielles tendrait en partie à limiter l'inégalité de capital culturel, de même que la proposition, formulée par Aurore Koechlin, d'instaurer une formation à la médecine dès le lycée (2021 : 639). La poursuite de l'allongement du délai légal (voire sa suppression que revendiquent des militant·es féministes et quelques médecins critiques) tendrait à atténuer la vulnérabilité des avortantes en supprimant l'urgence objective que suppose le recours à l'IVG. L'affaiblissement de la domination médicale supposerait, enfin, la fragilisation du monopole médical de la pratique des avortements. Cela pourrait se faire en accroissant la compétition interne au champ par la diversification des lieux de prise en charge moins médicalisés (centres de planification, centres de santé, etc.), par l'augmentation du nombre de médecins et de sages-femmes et des postes dédiés à l'avortement (notamment les postes de praticien·ne hospitalier·e, qui favorisent le plus la spécialisation des médecins). Cela pourrait se faire, également, par des programmes effectifs de régulation des pratiques médicales qui contrôlèrent l'écart à la loi et aux recommandations de bonnes pratiques – puisque l'autorégulation de la profession semble largement dysfonctionnelle – réduisant l'autonomie des médecins c'est-à-dire principalement, aujourd'hui et en matière d'avortement, comme nous l'avons vu, leur liberté de restreindre celle des femmes. Cela pourrait se faire, enfin, ainsi que le revendiquent, à nouveau, des militantes féministes et quelques médecins critiques, par une démedicalisation, au moins partielle, de l'avortement, en rendant possible l'accès aux médicaments abortifs en pharmacie.

¹⁵ Comme pour l'IVG, c'est parfois le rôle que joue le ou la conjoint·e lors des accouchements en aidant la parturiente à faire respecter ses choix face aux équipes médicales.

C'est seulement à condition de refonder une médecine plus égalitaire, *via* des politiques de santé et des politiques féministes, en se réappropriant les canules et les molécules plutôt qu'en les rejetant, que les femmes qui le désireront pourront avoir un avortement à elles.

Bibliographie

1. Références de sciences sociales

ABBOTT A., 1988, *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, University of Chicago Press, Chicago.

ABBOTT A., 1991, « The Order of Professionalization: An Empirical Analysis », *Work and Occupations*, 18, 4, p. 355-384.

ABBOTT A., 1995a, « Things of Boundaries », *Social Research*, 62, 4, p. 857-882.

ABBOTT A., 1995b, « Boundaries of Social Work or Social Work of Boundaries ? », *Social Service Review*, 69, 4, p. 545-562.

ABBOTT A., 2005, « Linked ecologies : States and universities as environment for professions », *Sociological Theory*, 23, 3, p. 245-274.

AÏACH P., 2010, « Les inégalités sociales de santé et leurs déterminants », dans *La Santé*, Auxerre, Éditions Sciences Humaines (Synthèse), p. 167-178.

AÏACH P., FASSIN D., 1994, *Les métiers de santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos-Economica, Paris.

AKRICH M., ARMAND-RASTANO É., BAJOS N., BARBOT J., BECK F., BERTSCHY S., CAMBON L., DESCLAUX A., DOS SANTOS T., DURAND C., FOURNIER C., GARDEY D., GARDON S., GAUTIER A., GELLY M., GIRARD G., GODRIE B., HUNSMANN M., KERISIT Y.-G., LANG T., LAURENT B., LARRERE S., SLAMA B., WOLF J., 2022, « Dossier. La pluridisciplinarité en santé : quel bilan ? Quelles perspectives ? », *Sciences sociales et santé*, 40, 4, p. 69-106.

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.

ANGELOFF T., GARDEY D., 2015, « Corps sous emprises. Biopolitique et sexualité au Nord et au Sud », *Travail, genre et sociétés*, 34, 2, p. 31-38.

ARBORIO A.-M., 1994, « Médecin et aide-soignante : une relation de pouvoir sans face à face », *Panoramiques*, 17, p. 60-64.

ARBORIO A.-M., 1995, « Quand le “sale boulot” fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, 13, 3, p. 93-126.

ARBORIO A.-M., 1996, « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses. Sciences sociales et histoire*, 22, 1, p. 87-106.

ARBORIO A.-M., 2009, « 3. Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du “sale boulot” », dans DEMAZIERE D., GADEA C. (dirs.), *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, La Découverte (Recherches), p. 51-61.

ARBORIO A.-M., [2001] 2012, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Economica.

- ARBORIO A.-M., FOURNIER P., [1999] 2021, *L'observation directe*, Armand Colin.
- ARBORIO A.-M., LECHIEN M.-H., 2019, « La bonne volonté sanitaire des classes populaires », *Sociologie*, N° 1, vol. 10.
- ARGAUD D., 2001, *Pourquoi existe-t-il des difficultés de recrutement des médecins pratiquant les IVG ? L'exemple de la Bretagne*, Mémoire, Ecole Nationale de santé publique.
- ARNAL M., 2016, « Soulager les douleurs de femmes lors de l'accouchement », *Genre, sexualité & société*, 16.
- AUBIN C., 2011, « [Contrepoint]. Vue de l'IGAS.... Une mise en perspective au regard des politiques publiques », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 199-212.
- AUSTIN J., 1962, *How To Do Things With Words*, Harvard University Press, Harvard.
- AUYERO J., 2019, « Faire patienter, c'est dominer : le pouvoir, l'État et l'attente », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 226-227, 1-2, traduit par OLLION É., p. 120-125.
- AVANZA M., 2008, « 2 : Comment faire de l'ethnographie quand on n'aime pas "ses indigènes" ? Une enquête au sein d'un mouvement xénophobe », dans Bensa A., Fassin D. (dirs.), *Les politiques de l'enquête*, La Découverte, Paris, p. 41-58.
- AVRIL C., 2014, *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*, La Dispute, Paris.
- AVRIL C., 2019a, « "Les emplois du bas de l'échelle ne sont pas qualifiés." », dans MASCLET O. (dir.), *La France d'en bas ? Idées reçues sur les classes populaires*, Le Cavalier Bleu, Paris, p. 37-42.
- AVRIL C., 2019b, « Secrétaires, des domestiques comme les autres ? », *Mélanges de l'École française de Rome - Italie et Méditerranée modernes et contemporaines*, 131-1, p. 153-168.
- AVRIL C., CARTIER M., SERRE D., 2010, *Enquêter sur le travail*, La Découverte, Paris.
- AVRIL C., RAMOS VACCA I., 2020, « Se salir les mains pour les autres. Métiers de femme et division morale du travail », *Travail, genre et sociétés*, n° 43, 1, p. 85-102.
- AZCUE M., TAIN L., 2021, « L'émergence du concept de "violence obstétricale" : l'impact du mouvement féministe », *Santé Publique*, 33, 5, p. 635-643.
- BACHIMONT J., COGNEAU J., LETOURMY A., 2006, « Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2 », *Sciences sociales et santé*, 24, 2, p. 75-103.
- 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., 2006a, « La condition fœtale n'est pas la condition humaine », *Travail, genre et sociétés*, 15, 1, p. 176-182.
- BAJOS N., FERRAND M., 2006b, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines*, no 61, 1, p. 91-117.
- BAJOS N., FERRAND M., 2006c, « L'avortement ici et ailleurs », *Sociétés contemporaines*, no 61, 1, p. 5-18.

- BAJOS N., FERRAND M., 2011, « De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 42-60.
- BAJOS N., FERRAND M., équipe GINE, 2002, *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, INSERM, (Questions en santé publique).
- BALL D.W., 1967, « An Abortion Clinic Ethnography », *Social Problems*, 14, 3, p. 293-301.
- BARBOT J., FILLION E., 2006, « La “médecine défensive” : critique d'un concept à succès », *Sciences sociales et santé*, 24, 2, p. 5-33.
- BARRAULT-STELLA L., SPIRE A., 2017, « Quand les classes supérieures s'arrangent avec le droit », *Sociétés contemporaines*, 4, 108, p. 5-14.
- BASZANGER I., 1981, « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, 22, 2, p. 223-245.
- BASZANGER I., 1986, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue française de sociologie*, 27, 1, p. 3-27.
- BASZANGER I., 1990, « Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation. Le cas des médecins de la douleur », *Revue française de sociologie*, 31, 2, p. 257-282.
- BASZANGER I., 1995, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Seuil, Paris.
- BASZANGER I., BUNGENER M., 2002, « Médecine générale, le temps des redéfinitions », dans BASZANGER I., BUNGENER M., PAILLET A. (dirs.), *Quelle médecine voulons-nous ?*, La Dispute, Paris.
- BASZANGER I., BUNGENER M., PAILLET A., 2002, *Quelle médecine voulons-nous ?*, Paris, France, la Dispute, Paris.
- BATEMAN S., 2006, « De la neutralité axiologique face à une pratique moralement controversée », *Travail, genre et sociétés*, 15, 1, p. 169-175.
- BAUDELOT C., CAILLE Y., GODECHOT O., MERCIER S., 2016, « Maladies rénales et inégalités sociales d'accès à la greffe en France », *Population*, 71, 1, p. 23-51.
- BAUDELOT C., ESTABLET R., 1989, *Le niveau monte*, Seuil, Paris.
- BAULIEU É.-É., FOUREST C., 2013, *Libre chercheur*, Flammarion, Paris.
- BEAUBATIE E., 2019, « L'espace social du genre. Diversité des registres d'action et d'identification dans la population trans' en France », *Sociologie*, 10, 4, p. 395-414.
- BEAUBATIE E., 2021, *Transfuges de sexe. Passer les frontières du genre*, La Découverte, Paris.
- BEAUD S., 1996, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'“entretien ethnographique” », *Politix*, 9, 35, p. 226-257.
- BEAUMONT A., 2021, *Déformations professionnelles : le travail comme institution socialisatrice : comprendre la transformation des employés de l'hôtellerie de luxe*, Thèse de doctorat, Paris 1.

- BECKER H., 1967, « Whose side are we on ? », *Social Problems*, 3, 14, p. 239-247.
- BECKER H., 1970, *Sociological Work: Method and Substance*, Aldine Publishing Co., Chicago.
- BECKER H., 1993, « How I learned what a crock was », *Journal of Contemporary Ethnography*, 22, 1, p. 28-35.
- BECKER H., [2002] 2020, *Les ficelles du métier : Comment conduire sa recherche en sciences sociales*, La Découverte, Paris.
- BECKER H., GEER B., 1958, « The Fate of Idealism in Medical School », *American Sociological Review*, 23.
- BECKER H., GEER B., HUGHES E., STRAUSS A., [1961] 1997, *Boys in white : student culture in medical school*, Library of Congress.
- BELIARD A., EIDELIMAN J.-S., 2008, « 6 : Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique », dans BENS A., FASSIN D. (dirs.), *Les politiques de l'enquête*, La Découverte, Paris, p. 123-141.
- BELORGEY N., 2011, « “Réduire le temps d’attente et de passage aux urgences”. Une entreprise de “réforme” d’un service public et ses effets sociaux », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 189, 4, p. 16-33.
- BELORGEY N., 2021, « Les inégalités sociales de santé à l’hôpital aujourd’hui. Enquête à partir d’un service de gériatrie », *Sociétés contemporaines*, 122, 2, p. 127-153.
- BENNETT A.H., MARSHALL C., KIMPORT K., DEARDORFF J., GOMEZ A.M., 2023, « “Have you ever wanted or needed an abortion you did not get?” Data from a 2022 nationally representative online survey in the United States », *Contraception*, 123.
- BERCOT R., 2015, « Le devenir des femmes en chirurgie », *Travail et Emploi*, 141, p. 37-52.
- BERENI L., 2007, « Du MLF au Mouvement pour la parité. La genèse d’une nouvelle cause dans l’espace de la cause des femmes », *Politix*, n° 78, 2, p. 107-132.
- BERENI L., 2009, « Quand la mise à l’agenda ravive les mobilisations féministes. L’espace de la cause des femmes et la parité politique (1997-2000) », *Revue française de science politique*, 59, 2, p. 301-323.
- BERENI L., 2012, « Penser la transversalité des mobilisations féministes : l’espace de la cause des femmes », dans *Les féministes de la deuxième vague*, Presses Universitaires de Rennes, Rennes.
- BERENI L., JACQUEMART A., 2018, « Diriger comme un homme moderne. Les élites masculines de l’administration française face à la norme d’égalité des sexes », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 223, 3, p. 72-87.
- BERGERON H., CASTEL P., 2015, *Sociologie politique de la santé*, PUF, Paris.
- BERLIVET L., 2011, « Médicalisation », *Genèses*, 82, 1, p. 2-6.
- BERTON F., 2013, « Démissions et licenciements face aux changements dans les entreprises : La diversité des transitions professionnelles », *Travail et emploi*, 136, 4, p. 49-68.

BESSIERE S., 2005, « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 17-33.

BETALA BELINGA J.-F., VALENCE A., ZACCABRI A., FRESSON J., 2011, « Coût de l'interruption volontaire de grossesse pour un établissement public de santé en France : enjeux et problématique d'une activité mal déclarée », *La Revue Sage-Femme*, 10, 3, p. 137-141.

BIDET A., 2010, « Qu'est-ce que le vrai boulot ? Le cas d'un groupe de techniciens », *Sociétés contemporaines*, 78, 2, p. 115-135.

BIGGS M.A., TOME L., MAYS A., KALLER S., HARPER C., FREEDMAN L., 2020, « The Fine Line Between Informing and Coercing: Community Health Center Clinicians' Approaches to Counseling Young People About IUDs », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 52.

BILAND É., EIDELIMAN J.-S., GOJARD S., 2008, « Ceteris (non) paribus ? Combiner régression logistique et analyse des données pour étudier les arrangements pratiques des personnes handicapées ou dépendantes », *Genèses*, 73, 4, p. 37-56.

BLANCHARD C.G., LABRECQUE M.S., RUCKDESCHEL J.C., BLANCHARD E.B., 1988, « Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients », *Social Science & Medicine*, 27, 11, p. 1139-1145.

BLANCHARD S., JACQUEMART A., PERRIN M., ROMERIO A., 2018, « La cause des femmes dans les institutions », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 223, 3, p. 4-11.

BLOCH M., 1924, *Les Rois Thaumaturges : Étude sur le Caractère Surnaturel attribué à la Puissance Royale particulièrement en France et en Angleterre*, Istra, Strasbourg.

BLOY G., 2011a, « Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010) », *Etudes et Recherches*, 104, DREES.

BLOY G., 2011b, « Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés », *Revue française des affaires sociales*, 2, p. 9-28.

BLOY G., 2015, « Échec des messages préventifs et gouvernement des conduites en médecine générale », *Sciences sociales et santé*, Vol. 33, 4, p. 41-66.

BLOY G., RICHERAND N., RIGAL L., 2021, « Le social à l'épreuve, l'épreuve du social. Ou l'art d'accommoder la position sociale des patients dans le travail préventif en médecine générale », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 69.

BLOY G., RIGAL L., 2012, « Avec tact et mesure ? Les médecins généralistes français aux prises avec les évaluations chiffrées de leur pratique », *Sociologie du travail*, 54, 4, p. 433-456.

BLOY G., SCHWEYER F.-X., 2010, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*, Presses de l'EHESS, Rennes.

BODIOU L., 2005, « Le Serment d'Hippocrate et les femmes grecques », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 21, p. 231-238.

BOLTANSKI L., 1968, *La découverte de la maladie : la diffusion du savoir médical*, Centre de sociologie européenne, Paris.

BOLTANSKI L., 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales*, 26, 1, p. 205-233.

BOLTANSKI L., 2004, *La condition fœtale une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Gallimard, Paris.

BOLTANSKI L., THEVENOT L., 1991, *De la justification*, Gallimard, Paris.

BOREL M., 2023, *Le 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.

BOSVIEUX-ONYEKWELU C., 2020, *Croire en l'État. Une genèse de l'idée de service public en France (1873-1940)*, Éditions du Croquant, Vulaines-sur-Seine.

BOUCHAYER F., 2010, « Un regard transversal sur la fonction soignante de proximité : médecins généralistes, infirmières et kinésithérapeutes libéraux », dans BLOY G., SCHWEYER F.-X. (dirs.), *Singuliers généralistes*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 169-188.

BOULET E., 2020, *Espaces et temps de la « production d'enfants » : sociologie des grossesses ordinaires*, Thèse de doctorat, Lyon.

BOUMAZA M., CAMPANA A., 2007, « Enquêter en milieu “difficile”. Introduction », *Revue française de science politique*, 57, 1, p. 5-25.

BOURDIEU P., 1970, *La Reproduction*, Les Éditions de Minuit, Paris.

BOURDIEU P., 1976, « Le champ scientifique », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 2, 2, p. 88-104.

BOURDIEU P., 1977, « Sur le pouvoir symbolique », *Annales*, 32, 3, p. 405-411.

BOURDIEU P., 1979, *La Distinction. Critique sociale du jugement*, Les Éditions de Minuit, Paris.

BOURDIEU P., 1980, *Le Sens pratique*, Les Éditions de Minuit, Paris.

BOURDIEU P., 1982, « Les rites comme actes d'institution », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 43, 1, p. 58-63.

BOURDIEU P., 1986, « L'illusion biographique », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 62, 1, p. 69-72.

BOURDIEU P., 1989, *La Noblesse d'État : Grandes écoles et esprit de corps*, Les Éditions de Minuit, Paris.

BOURDIEU P., 1990, « Droit et passe-droit », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 81, 1, p. 86-96.

BOURDIEU P., 1992, *Les règles de l'art : genèse et structure du champ littéraire*, Seuil, Paris.

BOURDIEU P., 1993, « Esprits d'État », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 96, 1, p. 49-62.

- BOURDIEU P., 1994a, « Stratégies de reproduction et modes de domination », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 105, 1, p. 3-12.
- BOURDIEU P., 1994b, *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Seuil, Paris.
- BOURDIEU P., 1998, *La domination masculine*, le Grand livre du mois, Paris.
- BOURDIEU P., 1999, « Le fonctionnement du champ intellectuel », *Regards sociologiques*, 17-18, p. 5-27.
- BOURDIEU P., [1972] 2000, *Esquisse d'une théorie de la pratique : précédé de Trois études d'ethnologie kabyle*, Seuil, Paris.
- BOURDIEU P., 2001, *Langage et pouvoir symbolique*, Seuil, Paris.
- BOURDIEU P., [1984] 2002, *Questions de sociologie*, Les Éditions de Minuit, Paris.
- BOURDIEU P., [1997] 2003, *Méditations pascaliennes*, Seuil, Paris.
- BOURDIEU P., 2009, « Texte dactylographié », dans *Devenir sociologue : histoires de vie et choix théoriques*, Erès, Paris, p. 19.
- BOURDIEU P., 2012, *Sur l'État. Cours au Collège de France (1989-1992)*, Le Seuil/Raisons d'agir, Paris.
- BOURDIEU P., [2000] 2014, *Les Structures sociales de l'économie*, Points, Paris.
- BOURDIEU P., 2022a, *Microcosmes. Théorie des champs*, Raisons d'agir, Paris.
- BOURDIEU P., 2022b, *L'Intérêt au désintéressement : Cours au Collège de France (1987-1989)*, Seuil, Paris.
- BOURDIEU P., BOLTANSKI L., 1976, « La production de l'idéologie dominante », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 2, 2, p. 3-73.
- BOURDIEU P., BOLTANSKI L., 2008, *La Production de l'idéologie dominante*, Co-édition Demopolis et Raisons d'agir, Paris.
- BOURDIEU P., SAYAD A., 1964, *Le Déracinement. La crise de l'agriculture traditionnelle en Algérie*, Les Éditions de Minuit, Paris.
- BOURGOIS P., 2013, *En quête de respect. Le crack à New York : Le crack à New York*, Média Diffusion, Paris.
- BRETIN H., 1992, *Contraception : quel choix pour quelle vie ? Paroles de femmes, paroles de médecins*, INSERM, Paris.
- 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*, 58, 1, p. 123-134.
- BRETIN D., BELLIO N., BARBIERI M., ALBIS H. D', MAZUY M., 2021, « L'évolution démographique récente de la France. Moins de naissances, de mariages et de migrations, plus

de décès... la Covid-19 bouleverse la dynamique de la population française », *Population*, 76, 4, p. 577-638.

BROCLAIN D., 1994, « La médecine générale en crise ? », dans AÏACH P., FASSIN D. (dirs.), *Les métiers de santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos-Economica, Paris.

BRONIARCZYK N., FUSZARA M., 2018, « L'Avortement en Pologne : vers une prise de conscience des femmes polonaises », dans BRUNET L., GUYARD-NEDELEC ALEXANDRINE (dirs.), « *Mon corps, mes droits* » L'avortement menacé ? *Panorama socio-juridique : France, Europe, États-Unis*, Éditions Mare & Martin, Le Kremlin-Bicêtre, p. 87-104.

BRUN S., 2022, « La socialisation raciale : enseignements de la sociologie étatsunienne et perspectives françaises », *Sociologie*, 13, 2, p. 199-217.

BRUNIER S., JOUZEL J.-N., PRETE G., 2022, « Réparer les vivants plutôt que les torts. L'organisation de la médecine hospitalière et la sous-déclaration des hémopathies professionnelles », *Sciences sociales et santé*, 40, 1, p. 5-30.

BUCHER R., STRAUSS A., 1961, « Professions in Process », *American Journal of Sociology*, 66, 4, p. 325-334.

BUJON T., DOULENS C., LE NAOUR G., 2014, *Aux frontières de la médecine*, Archives contemporaines, Paris.

BUNGENER M., 1984, « Une éternelle pléthore médicale ? », *Sciences sociales et santé*, 2, 1, p. 77-110.

BUNGENER M., 1993, « Mythe et réalités de l'indépendance professionnelle : la longue peur de la profession médicale », *Sciences sociales et santé*, XI, 1, p. 145-149.

BUTLER J., [1990] 2019, *Trouble dans le genre : Le féminisme et la subversion de l'identité*, La Découverte, Paris.

CAHEN F., 2009, « Medicine, statistics, and the encounter of abortion and “depopulation” in France (1870–1920) », *The History of the Family*, 14, 1, p. 19-35.

CAHEN F., 2011, « De l'“efficacité” des politiques publiques : la lutte contre l'avortement “criminel” en France, 1890-1950 », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 58-3, 3, p. 90-117.

CAHEN F., 2014, « Le gouvernement des grossesses en France (1920-1970) », *Revue d'histoire de la protection sociale*, 7, 1, p. 34-57.

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*, INED édition, Paris.

Cahiers de l'Urmis, 2020, « Couleur, ethnicisation et racialisation des chercheur·es dans l'enquête en sciences sociales », 19.

CAPUANO C., CAHEN F., 2011, « La poursuite de la répression anti-avortement après Vichy Une guerre inachevée ? », *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, 3, 111, p. 119-131.

- CARDE E., 2020, « Quand les inégalités sociales rendent les patients “difficiles” », *Emulations - Revue de sciences sociales*, 35-36, p. 51-64.
- CARDE E., 2021a, « Les inégalités sociales de santé au prisme de l’intersectionnalité », *Sciences sociales et santé*, 39, 1, p. 5-30.
- CARDE E., 2021b, « De quoi les inégalités sociales de santé sont-elles le nom ? », *Revue française des affaires sociales*, 3, p. 107-115.
- CARRICABURU D., 2005, « De la gestion technique du risque à celle du travail : l’accouchement en hôpital public », *Sociologie du travail*, 2, 47, p. 245-262.
- CARTIER M., SPIRE A., 2011, « Approches générationnelles du politique », *Politix*, 96, 4, p. 7-15.
- CASELL J., 1991, *Expected Miracles: Surgeons at Work*, Temple University Press.
- CASTEL P., 2005, « Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique », *Revue française de sociologie*, 46, 3, p. 443-467.
- CASTEL P., 2006, « Les recommandations de bonnes pratiques comme objet heuristique pour la sociologie de la médecine. Commentaire », *Sciences sociales et santé*, 24, 2, p. 105-112.
- CASTEL P., 2008a, « La gestion de l’incertitude médicale : approche collective et contrôle latéral en cancérologie », *Sciences sociales et santé*, 26, 1, p. 9-32.
- CASTEL P., 2008b, « La gestion de l’incertitude médicale : approche collective et contrôle latéral en cancérologie », *Sciences sociales et santé*, 26, 1, p. 9-32.
- CASTEL P., ROBELET M., 2009, « Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques », *Journal d’économie médicale*, 27, 3, p. 98-115.
- CASTEL R., 1973, *Le psychanalysme*, Maspero, Paris.
- CASTEL R., 1981, *La gestion des Risques : de l’anti-psychiatrie à l’après-psychanalyse*, Les Éditions de Minuit, Paris.
- CASTRA M., SCHEPENS F., 2015, « Devenir professionnel en soins palliatifs . Bifurcations professionnelles, apprentissages et recompositions identitaires », *Travail et emploi*, 141, 1, p. 53-69.
- CASTRO R., 2021, « Violence obstétricale et autoritarisme de l’habitus médical au Mexique », *Cahiers du Genre*, 71, 2, traduit par LE DOARE H., p. 25-56.
- CAVENG R., DARBUS F., DENORD F., SERRE D., THINE S., 2018, « Des morales de classe ? », *Actes de la recherche en sciences sociales*, N° 224, 4, p. 76-101.
- CEFAÏ D., 2010, *L’engagement ethnographique*, Éditions de l’EHESS, Paris.
- CHAMBOREDON H., PAVIS F., SURDEZ M., WILLEMEZ L., 1994, « S’imposer aux imposants. A propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l’usage de l’entretien », *Genèses*, 16, 1, p. 114-132.

- CHAMPY F., ISRAËL L., 2009, « Professions et engagement public », *Sociétés contemporaines*, 73, 1, p. 7-19.
- CHAPPE V.-A., EBERHARD M., GUILLAUME C., 2016, « La fabrique des discriminations », *Terrains & travaux*, 29, 2, p. 5-19.
- CHAPUT J., 2020, *Raconter son avortement. Apports des récits de résidentes irlandaises publiés sur Facebook*, Mémoire de Master, Paris, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.
- CHAPUT J., BRACQ C., MAZUY M., 2022, « Inégalités territoriales d'accès à l'IVG : qu'en est-il en France ? », *AOC media - Analyse Opinion Critique*.
- CHARRIER P., 2007, « Des hommes chez les sages-femmes », *Sociétés contemporaines*, n° 67, 3, p. 95-118.
- CHARVOLIN F., 2003, *L'invention de l'environnement en France. Chroniques anthropologiques d'une institutionnalisation*, La Découverte, Paris.
- CHAUVEAU S., 2003, « Les espoirs déçus de la loi Neuwirth », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 18, p. 223-239.
- CHAUVENET A., 1978, *Médecines au choix, médecine de classes*, FeniXX, Paris.
- CHAUVIER É., 2003, « Restitution et réception du texte anthropologique », *Ethnologie française*, 33, 3, p. 503-512.
- CHEVILLARD G., LUCAS-GABRIELLI V., MOUSQUES J., 2018, « “Déserts médicaux” en France : état des lieux et perspectives de recherches », *L'Espace géographique*, 47, 4, p. 362-380.
- CLAIR I., 2016a, « La sexualité dans la relation d'enquête », *Revue française de sociologie*, Vol. 57, 1, p. 45-70.
- CLAIR I., 2016b, « Faire du terrain en féministe », *Actes de la recherche en sciences sociales*, N° 213, 3, p. 66-83.
- CLAIR I., 2022a, « Les temporalités de la comparaison ethnographique », *Genèses*, 129, 4, p. 153-171.
- CLAIR I., 2022b, « Nos objets et nous-mêmes : connaissance biographique et réflexivité méthodologique », *Sociologie*, N° 3, vol. 13.
- CLARKE A.E., SHIM J.K., MAMO L., FOSKET J.R., FISHMAN J.R., 2003, « Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine », *American Sociological Review*, 68, 2, p. 161-194.
- CLARO M., 2018, *Ni hasard ni projet. Genre, sexualité et procréation pendant la jeunesse en Russie (années 1970-années 2010)*, Thèse de doctorat en sociologie, France, Université de Recherche Paris Sciences et Lettres.
- CLARO M., 2021, « Contraception et avortement », dans RENNES J. (dir.), *Encyclopédie critique du genre*, Paris, La Découverte (Hors collection Sciences Humaines), p. 159-172.
- CLARO M., 2022, « Des naissances imprévues socialement attendues. Genre, sexualité et contraception dans la jeunesse de classe moyenne en Russie », *Revue française de sociologie*, 63, 3-4, p. 417-446.

CLARO M., 2023, « Repenser les violences gynécologiques à partir du cas soviétique : production de l'ignorance, sous-financement de la santé publique, médicalisation extensive et intensive », *Genre & Gynécologie. Savoirs, pratiques et mobilisations*, Université de Liège, 23 juin 2023.

COCKRILL K., HESSINI L., 2014, « Introduction: bringing abortion stigma into focus », *Women & Health*, 54, 7, p. 593-598.

COGNET M., HAMEL C., MOISY M., 2012, « Santé des migrants en France : l'effet des discriminations liées à l'origine et au sexe », *Revue européenne des migrations internationales*, 28, 2, p. 11-34.

COLLECTIF, 2023, « Pour Une MEUF : Pour Une Médecine Engagée, Unie et Féministe. Soignant·e·s féministes en lutte(s) », *Nouvelles Questions Féministes*, 42, 1, p. 188-192.

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*, 1, p. 86-115.

COLLIN F., 1986, « Un héritage sans testament », *Les cahiers du GRIF*, 34, 1, p. 81-92.

CONGY J., 2023, *Utilisation des contraceptifs remboursés en France à partir des données de l'Assurance Maladie*, Thèse de doctorat, université Paris-Saclay.

CONGY J., BOUYER J., DE LA ROCHEBROCHARD E., 2021, « Does precarious situation impact contraceptive use in a context of full health insurance coverage? », *European Journal of Public Health*, 31.

CONNELL R., 2014, *Masculinités. Enjeux sociaux de l'hégémonie*, Éditions Amsterdam, Paris.

CONRAD P., 1992, « Medicalization and Social Control », *Annual Review of Sociology*, 18, p. 209-232.

CONRAD P., 2005, « The shifting engines of medicalization », *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 1, p. 3-14.

CONRAD P., SCHNEIDER J., 1980, *Deviance and Medicalization*, C. V. Mosby, St. Louis.

COURDURIES J., 2020, « Les bonnes intentions. Être parent d'un enfant né d'une GPA », dans ROUX S., VOZARI A.-S. (dirs.), *Familles : nouvelle génération*, PUF, Paris, p. 45-58.

COVILLE M., 2022, « L'endométriose, une fabrique genrée de l'ignorance. Expérience corporelle, technologies médicales et savoirs expérientiels sur l'endométriose », *Communication & langages*, 214, 4, p. 73-89.

CRENSHAW K., 1991, « Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color », *Stanford Law Review*, 43, 6, p. 1241-1299.

CRESPIN R., HENRY E., 2015, « Savoir(s) », dans HENRY E., GILBERT C., JOUZEL J.-N., MARICHALAR P. (dirs.), *Dictionnaire critique de l'expertise*, Presses de Sciences Po, Paris p. 273-279.

CRESSON G., 2001, « 4. Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes », dans AÏACH P., CEBE D., CRESSON G., PHILIPPE C. (dirs.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, Presses de l'EHESP, Rennes, p. 303-328.

- CROWE S., BRUGHA R., 2018a, « “We’ve all had patients who’ve died ...”: Narratives of emotion and ideals of competence among junior doctors », *Social Science & Medicine*, 215, p. 152-159.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L’acteur et le système : les contraintes de l’action collective*, Seuil, Paris.
- DAHL R.A., 1957, « The concept of power », *Behavioral Science*, 2, 3, p. 201-215.
- DARMON M., 2005, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d’un refus de terrain », *Genèses*, n° 58, 1, p. 98-112.
- DARMON M., 2006, *La Socialisation*, Armand Colin, Paris.
- DARMON M., 2008, *Devenir anorexique. Une approche sociologique*, La Découverte, Paris.
- DARMON M., 2019, « Analyser empiriquement un inobservable : comment “attrape-t-on” une disposition ? », dans DEPOILLY S., KAKPO S. (dirs.), *La différenciation sociale des enfants*, Presses universitaires de Vincennes, Saint-Denis, p. 107-137.
- DARMON M., 2021, *Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC*, La Découverte, Paris.
- DARMON M., DULONG D., FAVIER E., 2019, « Temps et pouvoir », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 226-227, 1-2, p. 6-15.
- DARMON M., PICHONNAZ D., TOFFEL K., 2018, « Entretien avec Muriel Darmon », dans *Des dispositions au travail. L’origine sociale des pratiques professionnelles*, Presses universitaires de Louvain, Louvain.
- DAUVIN P., SIMEANT J., 2002, *Le travail humanitaire : les acteurs des ONG, du siège au terrain*, Presses de Sciences Po, Paris.
- DE GANCK T., 2016, *Cultiver la différence. Histoire du développement de la gynécologie à Bruxelles (1870-1935)*, Doctorat d’histoire, Université libre de Bruxelles.
- DE ZORDO S., ZANINI G., MISHTAL J., GARNSEY C., ZIEGLER A. -K., GERDTS C., 2020, « Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: a mixed-methods study », *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*.
- DE ZORDO S., 2015, « Interruption volontaire de grossesse et clause de conscience en Italie et en Espagne, entre droits des femmes et “droits” du fœtus/patient », *Sociologie Santé*, 38, p. 107-129.
- 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.
- DEBEST C., HERTZOG I.-L., 2017, « “Désir d’enfant - devoir d’enfant” », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48-2, p. 29-51.
- DELAGE P., 2020, « Genre et violence : quels enjeux ? », *Pouvoirs*, 173, 2, p. 39-49.
- DENAVE S., 2006, « Les conditions individuelles et collectives des ruptures professionnelles », *Cahiers internationaux de sociologie*, 120, 1, p. 85-110.

DERBEZ B., 2010, « Négocier un terrain hospitalier Un moment critique de la recherche en anthropologie médicale », *Genèses*, 78, 1, p. 105-120.

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, p. 455-471.

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. 503-518.

DINIZ C.S.G., YOSHIE NIY D., DA SILVA CABRAL C., 2021, « Les “violences obstétricales” comme subversion épistémique. Saisir des maltraitements anciens dans un concept nouveau », *Cahiers du Genre*, 71, 2, traduit par MATOUSSOWSKY C., p. 57-80.

DIVAY S., 2004, « L'avortement : une déviance légale », *Déviance et Société*, Vol. 28, 2, p. 195-209.

DODIER N., 1993, *L'Expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Métailié, Paris.

DODIER N., 2003, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Éditions de l'EHESS, Paris.

DODIER N., 2007, « Les mutations politiques du monde médical. L'objectivité des spécialistes et l'autonomie des patients », dans TOURNAY V. (dir.), *La gouvernance des innovations médicales*, Presses Universitaires de France, p. 127-154.

DODIER N., CAMUS A., 1997, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales*, 52, 4, p. 733-763.

DONATI P., CEBE D., BAJOS N., 2002, « Interrompre ou poursuivre la grossesse ? Construction de la décision », dans BAJOS N., FERRAND M., L'EQUIPE GINE (dirs.), *De l'avortement à la contraception. Sociologie des grossesses non prévues*, Éditions INSERM, Paris.

DOUGUET F., VILBROD A., 2021, « La sage-femme, le généraliste et le gynécologue : les enjeux des relations entre des métiers en tension », Observatoire nationale de la démographie des professions de santé.

DUBOIS V., [1999] 2003a, *La vie au guichet*, Économica, Paris.

DUBOIS V., 2003b, « Le rapport des assistés aux organismes sociaux : domination, tactiques et logiques identitaires », *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, 7, p. 33-44.

DUBOIS V., 2010, « Politiques au guichet, politique du guichet », dans BORRAZ O., GUIRAUDON V. (dirs.), *Politiques publiques 2*, Presses de Sciences Po, Paris, p. 265-286.

DUPUIS-DERI F., 2023, *Les hommes et le féminisme. Faux amis, poseurs ou alliés ?*, Éditions Textuel, Paris.

DUPUY A., ROUX S., 2018, « Sur le chemin de la sérénité », *Sociologie*, N° 3, vol. 9.

DURKHEIM É., [1912] 1991, *Les formes élémentaires de la vie religieuse. Le système totémique en Australie*, Livre de poche, Paris.

DURKHEIM É., 2012, *L'éducation morale : Préface de Serge Paugam*, Humensis, Paris.

DUSSY D., 2013, *Le berceau des dominations : Anthropologie de l'inceste*, La Discussion, Marseille.

EBERHART J., LEGRAND J., 2022, « La prescription médicale comme enjeu de pouvoir », *Genèses*, 127, 2, p. 3-9.

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., 2021a, « L'injustice obstétricale. Une approche intersectionnelle des violences obstétricales », *Cahiers du Genre*, 71, 2, p. 107-128.

EL KOTNI M., QUAGLIARIELLO C., 2021b, « L'injustice obstétricale. Une approche intersectionnelle des violences obstétricales », *Cahiers du Genre*, 71, 2, p. 107-128.

ELIAS N., 1975, *La Dynamique de l'occident*, Calmann-Lévy, Paris.

ELIAS N., 2010, *Au-delà de Freud. Sociologie, psychologie, psychanalyse*, La Découverte, Paris.

EPSTEIN S., 1995, « The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials », *Science, Technology, & Human Values*, 20, 4, p. 408-437.

EWICK P., SILBEY S., 1998, *The commonplace of law. Stories of everyday life*, University of Chicago Press, Chicago.

FAINZANG S., 2006a, « Secret et mensonge dans le discours médical », *Cités*, n° 26, 2, p. 27-36.

FAINZANG S., 2006b, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, PUF, Paris.

FALKUM E., FØRDE R., 2001, « Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship: Attitudes among Norwegian physicians », *Social Science & Medicine*, 52, 2, p. 239-248.

FASSIN D., 1996, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, PUF, Paris.

FASSIN D., 1998, « Les politiques de la médicalisation. Avant-propos », dans AÏACH P., DELANOË D. (dirs.), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Économica, Paris, p. 1-13.

FASSIN D., 2000a, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie : pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Sociétés*, 24, 1, p. 95-116.

FASSIN D., 2000b, « 8. Qualifier les inégalités », dans *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte, Paris, p. 123-144.

FASSIN D., 2008, « 15 : Répondre de sa recherche. L'anthropologue face à ses "autres" », dans BENS A., FASSIN D. (dirs.), *Les politiques de l'enquête*, La Découverte, Paris, p. 299-320.

FASSIN D., 2010, « Les inégalités de santé », dans FASSIN D., HAURAY B. (dirs.), *Santé publique. L'état des savoirs*, La Découverte, Paris.

- FASSIN D., 2015, « The public afterlife of ethnography », *American Ethnologist*, 42, 4, p. 592-609.
- FASSIN D., MEMMI D., 2004, *Le gouvernement des corps*, Éditions de l'EHESS, Paris.
- 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*, PUF, Paris.
- FERRAND-PICARD M., 1982, « Médicalisation et contrôle social de l'avortement. Derrière la loi, les enjeux », *Revue française de sociologie*, 23, 3, p. 383-396.
- FILLIEULE O., 2001, « Propositions pour une analyse processuelle de l'engagement individuel. Post scriptum », *Revue française de science politique*, 51, 1-2, p. 199-215.
- FONQUERNE L., 2021a, « "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., 2021b, *(Faire) Avaler la pilule : une sociologie des prescriptions et des usages d'une contraception en « crise »*, Thèse de doctorat, Toulouse 2.
- FONQUERNE L., 2022, « « Qu'elles se fassent un rappel avec leur téléphone ! » », *Socio-anthropologie*, 46, p. 109-123.
- FOUBERT C., 2020, *Traiter la « différence » : le tri des patient.es par les personnels hospitaliers en France et au Québec*, Thèse de doctorat, Paris, EHESS.
- FOUCAULT M., 1975, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard, Paris.
- FOUCAULT M., 1976, *Histoire de la sexualité : La volonté de savoir*, Gallimard, Paris.
- FOUCAULT M., 1994, *Dits et écrits, 1954-1988, Tome II*, Gallimard, Paris.
- FOUCAULT M., 2004, *La Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France (1978-1979)*, Seuil, Paris.
- FOX R.C., 1979, *Essays in Medical Sociology: Journeys Into the Field*, Wiley, Hoboken.
- FRANÇOIS C., 2014, « Au mépris des locataires. Infériorisation sociale et assignation résidentielle des relogés de la rénovation urbaine », *Genèses*, 96, 3, p. 86-109.
- FRANÇOIS C., 2017, *Déloger le peuple : l'Etat et l'administration des expulsions locatives*, Thèse de doctorat, Paris 8.
- FRANÇOIS C., 2023, *De gré et de force : Comment l'État expulse les pauvres*, La Découverte, Paris.
- FRANKFURT H.G., 2005, *On Bullshit*, Princeton University Press.
- FREEDMAN L., 2010, *Willing and Unable: Doctors' Constraints in Abortion Care*, Vanderbilt University Press, Nashville.

- FREEDMAN L., BATTISTELLI M., GERDTS C., MCLEMORE M., 2015, « Radical or routine? Nurse practitioners, nurse-midwives, and physician assistants as abortion providers », *Reproductive health matters*, 23, p. 90-92.
- FREEDMAN L., LANDY U., DARNEY P., STEINAUER J., 2010, « Obstacles to the Integration of Abortion Into Obstetrics and Gynecology Practice », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42, 3, p. 146-151.
- FREIDSON E., 1960, « Client Control and Medical Practice », *American Journal of Sociology*, 65, 4, p. 374-382.
- FREIDSON E., 1970a, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, Atherton Press, New York.
- FREIDSON E., 1970b, *Profession of Medicine*, Dodd, Mead & Company, New York.
- FRICKEL S., GIBBON S., HOWARD J., KEMPNER J., OTTINGER G., HESS D.J., 2010, « Undone Science: Charting Social Movement and Civil Society Challenges to Research Agenda Setting », *Science, Technology, & Human Values*, 35, 4, p. 444-473.
- FUREDI F., 2006, « The End of Professional Dominance », *Society*, 43, 6, p. 14-18.
- GAIDE A., 2020, *Les étudiant-e-s parents : enquête sur la norme de jeunesse dans l'enseignement supérieur français*, Thèse de doctorat, Paris, Institut d'études politiques.
- GALANTER M., 2013, « “Pourquoi c’est toujours les mêmes qui s’en sortent bien ?” : réflexions sur les limites de la transformation par le droit », *Droit et société*, 85, 3, traduit par UMUBYEYI L., ISRAËL L., p. 575-640.
- GARCIA M., 2021, *La conversation des sexes*, Climats, Paris.
- GARCIA S., 2005, « Expertise scientifique et capital militant », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 158, p. 96-115.
- GARCIA S., 2011, *Mères sous influence*, La Découverte, Paris.
- GARCIA S., GELLY M., HAMELIN C., à paraître, « Sortir de la médecine générale libérale : les effets croisés de la socialisation professionnelle, de classe et de genre », *Travail, genre et société*.
- GARDEY D., 2019, *Politique du clitoris*, Éditions Textuel, Paris.
- GARDEY D., HASDEU I., 2015, « Cet obscur sujet du désir. Médicaliser les troubles de la sexualité féminine en Occident », *Travail, genre et sociétés*, 34, 2, p. 73-92.
- GASQUET B. DE, 2015, « Que fait le féminisme au regard de l’ethnographe ? », *SociologieS*.
- GAUDILLIERE J.-P., 2002, « Mettre les savoirs en débat ? Expertise biomédicale et mobilisations associatives aux Etats-Unis et en France », *Politix*, 57, 1, p. 103-123.
- 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.
- GAULEJAC V. (DE), 1997, « S’autoriser à penser », *Cahiers du Laboratoire de changement social*, 2, p. 71-112.

GAXIE D., 2013, « 20. Retour sur les modes de production des opinions politiques », dans COULANGEON P., DUVAL J. (dirs.), *Trente ans après La Distinction, de Pierre Bourdieu*, La Découverte, Paris, p. 293-306.

GEERAERT J., 2017, *La question sociale en santé : L'hôpital public et l'accès aux soins des personnes en marge du système de santé en France à l'aube du XXe siècle*, Thèse de doctorat, Université Sorbonne Paris Cité.

GELLY M., 2006, *Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée*, L'Harmattan, Paris.

GELLY M., 2018, « Le classement des publics aux guichets de la santé : raisons pratiques et travail discrétionnaire », *Sociologie du travail*, 60, Vol. 60-n° 1.

GELLY M., 2023, *Les politiques du tri*, Éditions du Croquant, Vulaines-sur-Seine.

GELLY M., CRISTOFALO P., GASQUET-BLANCHARD C., 2019, « Choisir la césarienne : une pratique où convergent habitus de classe et intérêts médicaux », *Revue française des affaires sociales*, 3, p. 71-90.

GELLY M., CRISTOFALO P., GASQUET-BLANCHARD C., 2021, « Enquête dans deux maternités de la bourgeoisie : ériger des biens ordinaires en biens rares », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 236-237, 1-2, p. 72-91.

GELLY M., MARIETTE A., PITTI L., 2021a, « Santé critique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, N° 236-237, 1, p. 4-19.

GELLY M., MARIETTE A., PITTI L., 2021b, « La santé publique comme objet sociologique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 239, 4, p. 4-9.

GELLY M., PAVARD B., 2016, « De la fabrique des militant-e-s à la fabrique des patient-e-s », *Genèses*, n° 102, 1, p. 47-66.

GELLY M., PITTI L., 2016, « Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins », *Agone*, n° 58, 1, p. 7-18.

GELLY M., SPIRE A., 2022, « L'encastrement du privé dans l'hôpital public », *Sociétés contemporaines*, 126, 2, p. 5-31.

GIAMI A., 2010, « La spécialisation informelle des médecins généralistes : l'abord de la sexualité », dans BLOY G., SCHWEYER F.-X. (dirs.), *Singuliers généralistes*, Presses de l'EHESP, Rennes, p. 147-168.

GILBERT C., HENRY E., JOUZEL J.-N., 2015, « Introduction / L'expertise sous le regard des sciences sociales », dans *Dictionnaire critique de l'expertise*, Presses de Sciences Po, Paris, p. 13-24.

GLASER B.G., STRAUSS A.L., 1965, *Awareness Of Dying*, Aldine Publishing Co., Chicago.

GLASER B., STRAUSS A., 1968, *Time for Dying*, Aldine Publishing Co., Chicago.

GOFFETTE J., 1994, « Quel sens accorder à la condamnation de l'avortement dans le Serment d'Hippocrate ? », *Ethique. La vie en question*, 14, p. 86.

- GOFFMAN E., 1955, « On face-work: an analysis of ritual elements in social interaction », *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 18, p. 213-231.
- GOFFMAN E., [1961] 1968, *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Les Éditions de Minuit, Paris.
- GOFFMAN E., 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi*, Les Éditions de minuit, Paris.
- GOFFMAN E., 1990, « Calmer le jobard : quelques aspects de l'adaptation à l'échec », dans *Le Parler frais d'Erving Goffman*, Les Éditions de Minuit, Paris, p. 277-300.
- GOFFMAN E., 1991, *Les Cadres de l'expérience*, Les Éditions de Minuit, Paris.
- GOJARD S., 2010, *Le Métier de mère*, La Dispute, Paris.
- GOURARIER M., 2020, « Attestation familiale. L'administration des tests ADN de paternité aux États-Unis », dans ROUX S., VOZARI A.-S. (dirs.), *Familles : nouvelle génération*, PUF, Paris, p. 31-44.
- GUIBET LAFAYE C., 2014, « Se soucier de l'autre, le contraindre et le contenir ? », *Pratiques en santé mentale*, 60e année, 4, p. 17-20.
- GUIBET LAFAYE C., 2016, « Quelle éthique pour quels psychiatres ? », *Sociologie*, 7, 2, p. 169-186.
- GUILLAUME-HOFNUNG M., 2003, « Droits des malades : vers une démocratie sanitaire ? », *Problèmes politiques et sociaux*, 885, p. 122.
- GUYARD L., 2002, « Consultation gynécologique et gestion de l'intime », *Champ psychosomatique*, 27, 3, p. 81-92.
- GUYARD L., 2008, *La médicalisation contemporaine du corps féminin : le cas de la consultation gynécologique*, Thèse de doctorat, Université Paris X, Nanterre.
- GUYARD L., 2010a, « Sexualité féminine et consultation gynécologique : la part évincée du plaisir », *Nouvelles Questions Féministes*, 29, 3, p. 44-57.
- GUYARD L., 2010b, « Chez la gynécologue. Apprentissage des normes corporelles et sexuelles féminines », *Ethnologie française*, 40, 1, p. 67-74.
- GUYOMARD H., 2018, *État des lieux du suivi gynécologique en médecine générale : revue de littérature*, Thèse de médecine, Angers.
- HACKING I., 2001, *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ?*, La Découverte, Paris.
- HAFFERTY F., 1988, « Cadaver Stories and the Emotional Socialization of Medical Students », *Journal of Health and Social Behaviour*, 29, p. 344-356.
- HAFFERTY F., 1991, *Into the Valley: Death and the Socialisation of Medical Students*, Yale University Press, New Haven.
- HALPERN C., LASCOUMES P., LE GALES P., 2019, « Instrument », dans *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de Sciences Po, Paris, p. 321-330.

HANSCHMIDT F., LINDE K., HILBERT A., RIEDEL-HELLER S.G., 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.

HARAWAY D.J., 2007, *Manifeste cyborg et autres essais : sciences, fictions, féminismes*, Exils éditeur.

HARDING S., 1991, *Whose Science? Whose Knowledge?: Thinking from Women's Lives*, Cornell University Press.

HARDY A.-C., 2011, « Donner, recevoir et rendre : Réflexion sur les règles de l'échange sociologique », *Interrogations* ?, 13.

HARDY A.-C., 2013, *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Presses de l'EHESP, Rennes.

HARDY A.-C., 2015, « La formation de l'objet du travail médical », *Travail et Emploi*, 141, p. 9-24.

HASSENTEUFEL P., 1997, *Les médecins face à l'Etat*, Presses de Sciences Po, Paris.

HASSENTEUFEL P., 1999, « Vers le déclin du « pouvoir médical » ? Un éclairage européen : France, Allemagne, Grande-Bretagne », *Pouvoirs*, 89, p. 51-64.

HASSENTEUFEL P., SCHWEYER F.-X., GERLINGER T., REITER R., 2020, « Les “déserts médicaux” comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 33-56.

HATCHUEL M., 2005, « L'interruption volontaire de grossesse sous anesthésie locale », *La Lettre du Gynécologue*, 301.

HAUG M.R., 1976, « The Erosion of Professional Authority: A Cross-Cultural Inquiry in the Case of the Physician », *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 54, 1, p. 83-106.

HAUG M.R., LAVIN B., 1981, « Practitioner or patient: Who's in charge? », *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 3, p. 212-229.

HEALY K., 2017, « Fuck Nuance », *Sociological Theory*, 35, 2, p. 118-127.

HENRY E., 2017, *Ignorance scientifique et inaction publique. Les politiques de santé au travail*, Presses de Sciences Po, Paris.

HERRERA M., PIZARRO A.M., LACOMBE D., 2020, « Agir féministes en contextes d'interdiction totale de l'avortement », *Problèmes d'Amérique latine*, 118, 3, p. 25-44.

HERSHEY N., 1972, « The Defensive Practice of Medicine: Myth or Reality », *The Milbank Quarterly*, 50, 1, p. 2-3.

HERTZOG I.-L., 2023, « Au cœur des consultations gynécologiques dans les centres d'assistance médicale à la procréation (AMP) : quel·les sont les patient·es à “assister” ? », *Genre & Gynécologie. Savoirs, pratiques et mobilisations*, Aubervilliers, 20 avril 2023.

HERZLICH C., 1973, « Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière », *Revue française de sociologie*, 14, 1, p. 41-59.

HERZLICH C., 1984, « Du symptôme organique à la norme sociale : des médecins dans un « groupe Balint » », *Sciences sociales et santé*, 2, 1, p. 11-31.

HERZLICH C., BUNGENER M., PAICHELER G., ROUSSIN P., ZUBER M.-C., 1993, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France : carrières et pratiques des médecins français, 1930-1980*, les Éditions de l'INSERM, Paris.

HERZLICH C., PIERRET J., 2010, « Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985) », *Revue française de sociologie*, 51, 1, p. 121-148.

HIRSCHMAN A.O., 1970, *Exit, Voice, and Loyalty: Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*, Harvard University Press.

HOCHSCHILD A.R., 2017, *Le prix des sentiments. Au coeur du travail émotionnel*, La Découverte, Paris.

HORELLOU-LAFARGE C., 1982, « Une mutation dans les dispositifs du contrôle social : le cas de l'avortement », *Revue française de sociologie*, 23, 3, p. 397-416.

HOUEL A., LHOMOND B., 1982, « Avortement et morale maternelle, 1968-1978 », *Revue française de sociologie*, 23, 3, p. 487-502.

HUDSON N., 2021, « The missed disease? Endometriosis as an example of 'undone science' », *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 14, p. 20-27.

HUGHES E., 1996a, « Le drame social du travail », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 115, 1, p. 94-99.

HUGHES E., 1996b [1971], *Le regard sociologique. Essais choisis*, Les Éditions de l'EHESS, Paris.

HUGHES E., 2009, « The Making of a Physician — General Statement of Ideas and Problems », *Human Organization*, 14, 4, p. 21-25.

HUGHES E., 2010, « Les honnêtes gens et le sale boulot », *Travailler*, 2, 24, p. 21-34.

ILLICH I., 1975, *Némésis médicale : l'expropriation de la santé*, Seuil, Paris.

ION J., TRICART J.-P., 1985, « Une entité professionnelle problématique : les travailleurs sociaux », *Sociologie du travail*, 27, 2, p. 137-153.

ISAMBERT F.-A., 1982, « Une sociologie de l'avortement est-elle possible ? », *Revue française de sociologie*, 23, 3, p. 359-381.

JAUNAIT A., 2003, « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient », *Raisons Politiques*, 11.

JAUNAIT A., 2005, *Comment pense l'institution médicale? Une analyse des codes français de déontologie médicale*, Dalloz.

- JOBARD F., 2001, « Comprendre l'habilitation à l'usage de la force policière », *Déviance et Société*, 25, 3, p. 325-345.
- JOFFE C., 1986, *The regulation of sexuality : Experiences of family planning workers*, Temple University Press.
- JOFFE C., 2018, « The Struggle to Save Abortion Care », *Contexts*, 17, 3, p. 22-27.
- JOFFE C.E., 1996, *Doctors of Conscience. The Struggle to Provide Abortion Before and After Roe V. Wade*, Beacon Press.
- JONES J., MOSHER W., DANIELS K., 2012, « Current Contraceptive Use in the United States, 2006–2010 and Changes in Patterns of Use since 1995 », *National Health Statistics Reports*, 60, p. 1-25.
- JOUNIN N., 2008, « Humiliations ordinaires et contestations silencieuses. La situation des travailleurs précaires des chantiers », *Sociétés contemporaines*, 70, 2, p. 25-43.
- JOUNIN N., 2009, *Chantier interdit au public : enquête parmi les travailleurs du bâtiment*, La Découverte, Paris.
- JOUVENET M., 2022, « L'occupation des territoires et la formation des collectifs. Des dynamiques professionnelles et académiques dans la sociologie d'Andrew Abbott », *Sociologie*, 13, 1, p. 79-97.
- JUHEM P., 2001, « Entreprendre en politique. De l'extrême gauche au PS : La professionnalisation politique des fondateurs de SOS-Racisme », *Revue française de science politique*, 51, 1-2, p. 131-153.
- JUSTON-MORIVAL R., 2022, « L'amplitude du droit, ressource pour la sociologie ? Réflexions à partir d'une enquête sur la médecine légale », *Amplitude du droit*, 1.
- KELLY L., 1987, « The Continuum of Sexual Violence », dans HANMER J., MAYNARD M. (dirs.), *Women, Violence and Social Control*, London, Palgrave Macmillan UK, p. 46-60.
- KEMPNER J., 2014, *Not Tonight: Migraine and the Politics of Gender and Health*, Chicago, IL, University of Chicago Press.
- KENTISH-BARNES N., 2007, « “Mourir à l'heure du médecin”. Décisions de fin de vie en réanimation », *Revue française de sociologie*, 48, 3, p. 449-475.
- KERGOAT D., 2009, « Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux », dans DORLIN E. (dir.), *Sexe, Race, Classe. Pour une épistémologie de la domination*, PUF, Paris, p. 111-125.
- KNIBIEHLER Y., 2016, *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle*, Presses de l'EHESP, Rennes.
- KNIBIEHLER Y., FOUQUET C., 1986, *La Bataille de l'avortement*, La Documentation française, Paris.
- 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, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.

- KOECHLIN A., 2022a, *La Norme gynécologique. Ce que la médecine fait au corps des femmes*, Amsterdam, Paris.
- KOECHLIN A., 2022b, « La consultation gynécologique, une instance paradoxale dans la socialisation des jeunes femmes à la sexualité », *Terrains & travaux*, 40, 1, p. 21-42.
- KUMAR A., HESSINI L., MITCHELL E.M.H., 2009, « Conceptualising abortion stigma », *Culture, Health & Sexuality*, 11, 6, p. 625-639.
- LACOMBE D., 2020, « L'avortement en Amérique latine (II) : les femmes sous tutelle. Présentation », *Problèmes d'Amérique latine*, 118, 3, p. 5-10.
- LAE J.-F., 2002, « Émotion et connaissance. L'emprise du sensible dans l'enquête sociologique », *Sociétés & Représentations*, 13, 1, p. 247-257.
- LAGROYE J., 1985, « La légitimation », dans GRAWITZ M., LECA J. (dirs.), *Traité de science politique*, PUF, Paris, p. 395-467.
- LAGROYE J., 2003, *La politisation*, Belin, Paris.
- LAHIRE B., 1998, *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*, Nathan, Paris.
- LAHIRE B., 2012, *Monde pluriel. Penser l'unité des sciences sociales*, Le Seuil, Paris.
- LAHIRE B., 2021, *L'interprétation sociologique des rêves*, La Découverte, Paris.
- LAHIRE B., 2023, *Les structures fondamentales des sociétés humaines*, La Découverte, Paris.
- LAPEYRE N., FEUVRE N.L., 2009, *Avocats et médecins : féminisation et différenciation sexuée des carrières*, La Découverte, Paris.
- LAPEYRE N., ROBELET M., 2010, *Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ?*, Presses de l'EHESP, Rennes.
- LASCOUMES P., 1990, « Normes juridiques et mise en oeuvre des politiques publiques », *L'Année sociologique*, 40, p. 43-71.
- LASCOUMES P., 1996, « L'illégalisme, outil d'analyse », *Sociétés & Représentations*, 2, 3, p. 78-84.
- LASCOUMES P., LE BOURHIS J.-P., 1996, « Des « passe-droits » aux passes du droit. La mise en œuvre socio-juridique de l'action publique », *Droit et Société*, 32, 1, p. 51-73.
- LASCOUMES P., LE GALES P., 2005, « Introduction : L'action publique saisie par ses instruments », dans *Gouverner par les instruments*, Presses de Sciences Po, Paris, p. 11-44.
- LASCOUMES P., SERVERIN E., 1986, « Théories et pratiques de l'effectivité du droit », *Droit et Société*, 2, 1, p. 101-124.
- LAURENS S., 2022, « L'ethnographie en procès. Enjeux contemporains autour de l'éthique de l'enquête de terrain », *Genèses*, 129, 4, p. 7-13.
- LAURENS S., NEYRAT F., 2010, *Enquêter : de quel droit ? Menaces sur l'enquête en sciences sociales*, Éditions du Croquant, Vulaines-sur-Seine.
- LE BRAS H., 1992, *Marianne et les lapins. L'obsession démographique*, Hachette, Paris.

LE GUEN M., 2025 (à paraître), « “Le plus tôt possible” : La norme juridique du délai légal de recours à l’interruption volontaire de grossesse dans les débats parlementaires français », *Revue française de sociologie*.

LE GUEN M., THOME C., LA ROCHEBROCHARD E. DE, CONGY J., 2023, « Contraception : est-on sorti du « tout pilule » ? », *The Conversation*.

LE NAOUR J.-Y., VALENTI C., 2003, *Histoire de l’avortement, XIXe-XXe siècles*, Seuil, Paris.

LE RENARD S.A., 2010, « Partager des contraintes de genre avec les enquêtées. Quelques réflexions à partir du cas saoudien », *Genèses*, 81, 4, p. 128-141.

LE RENARD S.A., 2019, *Le Privilège occidental. Travail, intimité et hiérarchies postcoloniales à Dubaï*, Presses de Sciences Po, Paris.

LECHEVALIER HURARD L., 2013, « Faire face aux comportements perturbants : le travail de contrainte en milieu hospitalier gériatrique », *Sociologie du travail*, 55, 3, p. 279-301.

LECHEVALIER HURARD L., VIDAL-NAQUET P.A., LE GOFF A., BELIARD A., EYRAUD B., 2017, « Construire le consentement. Quand les capacités des personnes âgées sont altérées », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 41-60.

LECLERCQ C., PAGIS J., 2011, « Les incidences biographiques de l’engagement. Socialisations militantes et mobilité sociale. Introduction », *Sociétés contemporaines*, 84, 4, p. 5-23.

LEGRAND J., 2022, « L’injonction ou l’injection ? Prescriptions de médicaments et reconfigurations contemporaines du pouvoir psychiatrique », *Genèses*, 127, 2, p. 11-32.

LEMARCHANT C., 2017, *Unique en son genre. Filles et garçons atypiques dans les formations techniques et professionnelles*, PUF, Paris.

LERIDON H., 1987, « Deux siècles de régulation des naissances », dans LERIDON H., CHARBIT Y., PHILIPPE C., SARDON J.-P., TOULEMON L. (dirs.), *La Seconde Révolution contraceptive. La régulation des naissances en France de 1950 à 1985*, Ined Éditions, Paris, p. 7-16.

LEROY G., 2022, *Sociologie des pédagogies alternatives*, La Découverte, Paris.

LES FILLES DES 343, 2012, *J’ai avorté et je vais bien, merci*, La ville brûle, Angoulême.

LEZE S., 2008, « 13 : Résister à l’enquête ? Le chercheur face à l’autorité des psychanalystes », dans Bensa A., Fassin D. (dirs.), *Les politiques de l’enquête*, La Découverte, Paris, p. 261-276.

LEZE S., 2010, *L’autorité des psychanalystes*, PUF, Paris.

LIGNIER W., 2023, *La société est en nous : Comment le monde social engendre des individus*, Seuil, Paris.

LIGNIER W., PAGIS J., 2014, « Inimitiés enfantines. L’expression précoce des distances sociales », *Genèses*, 96, 3, p. 35-61.

LIGNIER W., PAGIS J., 2017, *L’Enfance de l’ordre - Comment les enfants perçoivent le monde social*, Seuil, Paris.

LIPSKY M., 1980, *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*, Russel Sage Foundation, New York.

LONGCHAMP P., TOFFEL K., BÜHLMANN F., TAWFIK A., 2020, *L'espace infirmier. Visions et divisions d'une profession*, Livréo-Alphil, Neuchâtel.

LORETTI A., 2019, « Les logiques sociales de la décision médicale. Étude des critères de prescription médicale en cancérologie des voies aérodigestives supérieures », *Sciences sociales et santé*, 37, 4, p. 37-62.

LORETTI A., 2020, « “Ces patients qui ne font pas ce qu'il faut”. Étude des impacts de la moralité sanitaire dans la prise en charge des corps malades en cancérologie », *Revue française des affaires sociales*, 3, p. 33-49.

LORETTI A., 2021, *La fabrique des inégalités sociales de santé*, Presses de l'EHESP, Rennes.

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., GAUDILLIERE J.-P., 2006, « Médicalisation de la ménopause, mouvements pour la santé des femmes et controverses sur les thérapies hormonales », *Nouvelles Questions Féministes*, 25, 2, p. 48-65.

MAINSANT G., 2008, « 5 : Prendre le rire au sérieux. La plaisanterie en milieu policier », dans BENS A., FASSIN D. (dirs.), *Les politiques de l'enquête*, La Découverte, Paris, p. 99-120.

MANNHEIM K., 1990, *Le problème des générations*, Nathan, Paris.

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., 2024, « La constitutionnalisation de l'IVG : Deuxième Round », *Jus politicum*.

MARICHALAR P., PITTI L., 2013, « Réinventer la médecine ouvrière ? Retour sur des mouvements médicaux alternatifs dans la France post-1968 », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 196-197, 1-2, p. 114-131.

MARIETTE A., PITTI L., 2016, « “Médecin de première ligne dans un quartier populaire”. Un généraliste en banlieue rouge des années 1960 aux années 2010 », *Agone*, 58, 1, p. 51-72.

MARIETTE A., PITTI L., 2021, « Subvertir la médecine, politiser la santé en quartiers populaires. Dynamiques locales et circulations transnationales de la critique sociale durant les années 1970 (France/Québec) », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 239, 4, p. 30-49.

MARQUES R.M., UGINO C.K., 2015, « Le droit à l'avortement au Brésil », *La Pensée*, 383, 3, p. 117-127.

MASCLET C., 2015, « Le féminisme en héritage ? Enfants de militantes de la deuxième vague », *Politix*, 109, 1, p. 45-68.

MATHIEU L., 2005, « Repères pour une sociologie des croisades morales », *Déviance et Société*, 29, 1, p. 3-12.

MATHIEU L., 2007, « L'espace des mouvements sociaux », *Politix*, n° 77, 1, p. 131-151.

MATHIEU L., 2010, « Les ressorts sociaux de l'indignation militante. L'engagement au sein d'un collectif départemental du Réseau éducation sans frontière », *Sociologie*, 1, 3, p. 303-318.

MATHIEU L., 2012, *L'espace des mouvements sociaux*, Éditions du Croquant, Vulaines-sur-Seine.

MATHIEU M., 2016, *Derrière l'avortement, les cadres sociaux de l'autonomie des femmes. Refus de maternité, sexualités et vies des femmes sous contrôle. Une comparaison France - Québec*, Thèse de doctorat, Université Paris 8 Vincennes, Saint-Denis ; Université du Québec, Montréal.

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., AVARGUEZ S., 2023, « Les avortements en délai dépassé. Derrière le stigmate, le travail abortif des femmes », *Sociétés contemporaines*, 130, 2, p. 69-100.

MATHIEU M., PERRIN R., THIZY L., 2023, « La psychologisation de l'avortement en France », *Recherches féministes*, 36, 2, p. 89-108.

MATHIEU M., RUAAULT 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., RUAAULT L., 2017, « Présentation », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48-2, p. 1-27.

MATHIEU M., THIZY L., 2023, *Sociologie de l'avortement*, La Découverte, Paris.

MAUSS M., 1936, « Les techniques du corps », *Journal de Psychologie*, 32.

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 E., 2015, « Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété », *Population & Sociétés*, 518.

MCLAREN A., 1978, « Abortion in France: women and the regulation of family size 1800-1914 », *French Historical Studies*, 10, 3, p. 461-485.

MCLEOD C., 2010, « Harm or Mere Inconvenience? Denying Women Emergency Contraception », *Hypatia*, 25, 1, p. 11-30.

MELCHIOR H., 2020, « La pratique militante des avortements illégaux en France », *Les Tribunes de la santé*, 66, 4, p. 89-97.

MEMBRADO M., 2006, « Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation », *Nouvelles Questions Feministes*, 25, 2, p. 16-31.

MEMMI D., 2000, « Vers une confession laïque ? La nouvelle administration étatique des corps », *Revue française de science politique*, 50, 1, p. 3-20.

MEMMI D., 2003a, *Faire vivre et laisser mourir*, La Découverte, Paris.

MEMMI D., 2003b, « Faire consentir : la parole comme mode de gouvernement et de domination », dans LAGROYE J. (dir.), *La Politisation*, Belin, Paris.

MEMMI D., 2011, *La seconde vie des bébés morts*, Éditions de l'EHESS, Paris.

MEMMI D., 2014, *La Revanche de la chair. Essai sur les nouveaux supports de l'identité*, Seuil, Paris.

MEMMI D., 2016, « Une discrète naturalisation de la maternité : le for intérieur féminin face aux aléas de la reproduction », *Sociologie*, 7, 4, p. 413-422.

MEMMI, D., RAVENEAU, G., TAÏEB, E. (dirs.), 2016, *Le social à l'épreuve du dégoût*, Presses universitaires de Rennes, Rennes.

MERTON R.K., READER G., KENDALL P., 1957, *The Student Physician: Introductory studies in the sociology of medical education*, Harvard University Press.

METZL J., KIRKLAND A., KIRKLAND A.R., 2010, *Against Health: How Health Became the New Morality*, NYU Press.

MILLAR E., 2020, « Abortion stigma as a social process », *Women's Studies International Forum*, 78.

MILLS Charles W., [1997] 2023, *Le contrat racial*, Mémoire d'encrier.

MOISY M., 2011, « Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 162-198.

MONJARDET D., 1996, *Ce que fait la police : sociologie de la force publique*, La Découverte, Paris.

MONJARET, A., PUGEAULT, C. (dirs.), 2015, *Le sexe de l'enquête : Approches sociologiques et anthropologiques*, ENS Éditions, Lyon

MONTOYA A., 2019, « L'avortement en Argentine : le refus de l'autonomie des femmes », *Problèmes d'Amérique latine*, 114, 3, p. 13-32.

MOORE L.J., CLARKE A.E., 1995, « Clitoral Conventions and Transgressions: Graphic Representations in Anatomy Texts, c1900-1991 », *Feminist Studies*, 21, 2, p. 255-301.

MOREAU C., FERRAND M., BAJOS N., 2003, « Filières d'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France : approches qualitative et quantitative », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Vol. 51, N°6, p. 631-647.

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., 2011, « Medical vs. surgical abortion: the importance of women's choice », *Contraception*, 84, 3, p. 224-229.

MOREAU DE BELLAING C., 2009, « Comment la violence vient aux policiers. École de police et enseignement de la violence légitime », *Genèses*, 75, 2, p. 24-44.

MOREAU D., 2015, *Contraindre pour soigner ? : les tensions normatives et institutionnelles de l'intervention psychiatrique après l'asile*, Thèse de doctorat, Paris, EHESS.

MOREL C., [2002] 2014, *Les décisions absurdes. Sociologie des erreurs radicales et persistantes*, Gallimard, Paris.

MOREL S., 2018, « Peut-on contrôler la médicalisation de l'échec scolaire ? Les logiques sociales d'un processus », *Administration & Éducation*, 157, 1, p. 51-60.

MOREL S., 2016, « La fabrique médicale des inégalités sociales dans l'accès aux soins d'urgence. Ethnographie comparée de deux services d'urgence public et privé », *Agone*, 58, 1, p. 73-88.

MOREL S., 2023, « Urgence et tri des malades. La production de files d'attente socialement stratifiées pour l'accès aux soins d'urgence », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 250, 5, p. 100-117.

MUEL-DREYFUS F., 1984, « Le fantôme du médecin de famille », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 54, 1, p. 70-71.

MUEL-DREYFUS F., 1996, *Vichy et l'éternel féminin. Contribution à une sociologie politique de l'ordre des corps*, Seuil, Paris.

NACU A., 2011, « À quoi sert le culturalisme ? Pratiques médicales et catégorisations des femmes « migrantes » dans trois maternités franciliennes », *Sociologie du travail*, 53, 1, p. 109-130.

NAULIN, S., BELIARD, A.-S. (dirs.), 2022, *Trade Shows in the 21st Century: The Role of Events in Structuring Careers and Professions*, Edward Elgar Publishing.

NEGRONI C., 2005, « La reconversion professionnelle volontaire : d'une bifurcation professionnelle à une bifurcation biographique », *Cahiers internationaux de sociologie*, 119, 2, p. 311-331.

NIKOLSKI V., 2011, « La valeur heuristique de l'empathie dans l'étude des engagements "répugnants" », *Genèses*, 84, 3, p. 113-126.

NOCERINO P., 2020, « Faire groupe entre la poire et le fromage. Informalité et autonomie dans le travail des auteurs et autrices de bande dessinée », *Sociologie du travail*, 62, 3.

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: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 21, 3 Suppl, p. S49-54.

NOVAES S., 1982, « Les récidivistes », *Revue française de sociologie*, 23, 3, p. 473-485.

OLIVIER A., 2015, « Des hommes en école de sages-femmes. Sociabilités étudiantes et recompositions des masculinités », *Terrains & travaux*, 27, 2, p. 79-98.

OLIVIER A., 2017, « Hommes en formation de sage-femme : des étudiants singuliers, des profils pluriels », *La Santé en action*, 441.

- OLIVIER A., 2018, *Étudiants singuliers, hommes pluriels : orientations et socialisations masculines dans des formations « féminines » de l'enseignement supérieur*, Thèse de doctorat, Paris, Institut d'études politiques.
- OLIVIER C., 2005, *Le vice ou la vertu : Vichy et les politiques de la sexualité*, Presses universitaires du Midi, Toulouse.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2001, « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest », *Autrepart*, 20, 4, p. 61-73.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 2021, *La Revanche des contextes : Des mésaventures de l'ingénierie sociale en Afrique et au-delà*, Karthala, Paris.
- OLIVIER DE SARDAN J.-P., 1995, « La politique du terrain », *Enquête. Archives de la revue Enquête*, 1, p. 71-109.
- OLLION E., 2016, « Abbott dans la sociologie étasunienne », dans DEMAZIERE D., JOUVENET M. (dirs.), *Andrew Abbott et l'héritage de l'école de Chicago*, Éditions de l'EHESS, p. 99-113.
- OLLION É., 2017, *Raison d'État*, La Découverte, Paris.
- OSBORNE T., 1993, « Mobilizing Psychoanalysis: Michael Balint and the General Practitioners », *Social Studies of Science*, 23, 1, p. 175-200.
- OUDSHOORN N., 2005, « The Male Pill: A Biography of a Technology in the Making », *Bibliovault OAI Repository, the University of Chicago Press*.
- PACHE S., 2019, « L'histoire féministe de la "psychologisation des violences" », *Cahiers du Genre*, 66, 1, p. 51-70.
- PAGIS J., 2011, « Incidences biographiques du militantisme en Mai 68 », *Sociétés contemporaines*, 84, 4, p. 25-51.
- PAGIS J., 2014, *Mai 68, un pavé dans leur histoire : Evenements et socialisation politique*, Presses de Sciences Po, Paris.
- PAGIS J., 2024, *Le prophète rouge : Enquête sur la révolution, le charisme et la domination*, La Découverte.
- PAILLET A., 2007, *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, La Dispute, Paris.
- PAILLET A., 2009, « 29. Les infirmières des services de réanimation néonatale : gestion et fabrication du secret médical », dans DEMAZIERE D., GADEA C. (dirs.), *Sociologie des groupes professionnels*, La Découverte, Paris, p. 342-351.
- PAILLET A., 2016, *Différenciations, socialisations, stratifications : enquêtes sur le travail dans les univers familiaux, juridiques et médicaux*, HDR, Versailles, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines.
- PAILLET A., 2021, « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins », *Actes de la recherche en sciences sociales*, N° 236-237, 1, p. 20-39.

- PAILLET A., SERRE D., 2014, « Les rouages du genre. La différenciation des pratiques de travail chez les juges des enfants », *Sociologie du travail*, 56, 3, p. 342-364.
- PARIS M., 2020, « La racialisation d'une politique publique : le contrôle de la natalité à La Réunion (années 1960-1970) », *Politix*, 131, 3, p. 29-52.
- PARSONS T., 1951, *The Social System*, Free Press, New York.
- PASSERON J.-C., 1991, *Le raisonnement sociologique : l'espace non-poppérien du raisonnement naturel*, Nathan, Paris.
- PAVARD B., 2009a, « Contraception et avortement dans Marie-Claire (1955-1975) : de la méthode des températures à la méthode Karman », *Le Temps des médias*, 12, 1, p. 100-113.
- PAVARD B., 2009b, « 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., 2012a, *Si je veux, quand je veux. Contraception et avortement dans la société française (1956-1979)*, Presses universitaires de Rennes, Rennes.
- PAVARD B., 2012b, « Quand la pratique fait mouvement. La méthode Karman dans les mobilisations pour l'avortement libre et gratuit (1972-1975) », *Sociétés contemporaines*, n° 85, 1, p. 43-63.
- PAVARD B., 2023, « “Ceci n'est pas un cintre”. Une histoire de la politisation des objets de l'avortement », *Parlement[s], Revue d'histoire politique*, HS 18, 3, p. 133-155.
- PAVARD B., ROCHEFORT F., ZANCARINI-FOURNEL M., 2012, *Les lois Veil*, Armand Colin, Paris.
- PAVARD B., ROCHEFORT F., ZANCARINI-FOURNEL M., 2020, *Ne nous libérez pas, on s'en charge*, La Découverte, Paris.
- PEIRETTI-COURTIS D., 2021, *Corps noirs et médecins blancs : La fabrique du préjugé racial, XIXe-XXe siècles*, La Découverte, Paris.
- PELISSE J., 2005, « A-t-on conscience du droit ? Autour des Legal Consciousness Studies », *Genèses*, 59, 2, p. 114-130.
- PELISSE J., 2014, *Le travail du droit. Trois études sur la légalité ordinaire*, HDR, Paris, Sciences Po Paris.
- PELISSE J., 2017, « Gérer les risques par le droit : articulation et intermédiation dans les laboratoires de nanosciences en France et aux États-Unis », *Droit et société*, 96, 2, p. 321-336.
- PELISSE J., 2018, « Travailler le droit : lectures et perspectives sociologiques », *Revue française de sociologie*, 59, 1, p. 99-125.
- PELISSE J., 2019, « Varieties of legal intermediaries: when non-legal professionals act as legal intermediaries », dans AUSTIN S. (dir.), *Legal Intermediation: A Processual Approach to Law and Economic Activity*, Emerald Publishing, p. 101-128.
- PENEFF J., 1997, « Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert », *Sociologie du travail*, 39, 3, p. 265-296.

- PENEFF J., 2005a, *La France malade de ses médecins*, Le Seuil, Paris.
- PENEFF J., [1992] 2005b, *L'Hôpital en urgence*, Métailié, Paris.
- PENNEC, S., LE BORGNE-UGUEN, F., DOUGUET, F. (dirs.), 2014, *Les négociations du soin : Les professionnels, les malades et leurs proches*, Presses universitaires de Rennes, Rennes.
- PERRIN R., 2023a, « L'ethnographie comme travail émotionnel : à propos d'une enquête de terrain sur l'avortement », *Genèses*, 3, 132, p. 97-115.
- 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*, 2, p. 107-129.
- PETCHESKY R.P., 1984, *Abortion and Woman's Choice: The State, Sexuality, and Reproductive Freedom*, Longman.
- PHETERSON G., 2001, « Avortement pharmacologique ou chirurgical : les critères sociaux du « choix » », *Cahiers du Genre*, n° 31, 2, p. 221-247.
- PICHONNAZ D., 2017, *Devenirs policiers : une socialisation professionnelle en contrastes*, Antipodes, Lausanne.
- PICHONNAZ D., TOFFEL K., 2021, « Pour une sociologie structurale du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 240, 5, p. 4-13.
- PIERRU F., 2007, « Un mythe bien fondé : le lobby des professions de santé à l'Assemblée nationale », *Les Tribunes de la santé*, 14, 1, p. 73-83.
- PINÇON M., PINÇON-CHARLOT M., 1991, « Pratiques d'enquête dans l'aristocratie et la grande bourgeoisie : distance sociale et conditions spécifiques de l'entretien semi-directif », *Genèses*, 3, 1, p. 120-133.
- PINELL P., 1992, *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*, Métailié, Paris.
- PINELL P., 2005, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 156-157, 1, p. 4-36.
- PINELL P., 2008, « Qu'en est-il de l'autonomie du champ médical ? », *Savoir/Agir*, 5, 3, p. 57-63.
- PINELL P., 2009, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795-1870) », *Revue française de sociologie*, 50, 2, p. 315-349.
- PINELL P., 2010, « La médicalisation », dans FASSIN D., HAURAY B. (dirs.), *Santé publique. L'état des savoirs*, La Découverte, Paris.
- PINELL P., 2012, « A propos du champ médical : quelques réflexions sur les usages sociologiques du concept de champ », dans LEBARON F., MAUGER G. (dirs.), *Lectures de Bourdieu*, Ellipses, Paris.
- 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)*, Éditions du Croquant, Vulaines-sur-Seine.

PINELL P., 2021, « Faire de la médecine et de la santé un objet de sociologie générale », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 239, 4, p. 10-19.

PINELL, P., BROQUA, C. (dirs.), 2002, *Une épidémie politique. La lutte contre le sida en France (1981-1996)*, PUF, Paris.

PIRON F., 2014, « La restitution des savoirs, entre courtoisie, transfert de connaissances et geste politique », *SociologieS*.

PITTI L., 2010, « Experts “bruts” et médecins critiques », *Politix*, n° 91, 3, p. 103-132.

PITTI L., 2021, « Le renouveau d’une utopie ? Lutter contre les inégalités sociales de santé en médecine générale : les métamorphoses de la médecine sociale dans les quartiers populaires en France, des années 1970 à aujourd’hui », *Revue française des affaires sociales*, 3, p. 305-317.

PROCTOR R.N., SCHIEBINGER L., 2008, *Agnotology: The Making and Unmaking of Ignorance*, Stanford University Press.

PROTEAU L., 2009, « Interrogatoire. Forme élémentaire de classification », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 178, 3, p. 4-11.

PRUD’HOMME D., 2015, *La racialisation en urgence : représentations et pratiques des professionnels hospitaliers à l’égard des patients présumés roms (2009-2012)*, Thèse de doctorat, Bordeaux.

PRUD’HOMME D., 2016, « Du “soin global” au traitement discriminatoire », *Terrains travaux*, N° 29, 2, p. 85-104.

PRUD’HOMME D., 2021, « La racialisation des patient·e·s “roms” par les médecins urgentistes. Invisibilisation des précarités et révélation des ambitions professionnelles », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 239, 4, p. 50-65.

PRUVOST G., 2007, « Enquêter sur les policiers », *Terrain. Anthropologie & sciences humaines*, 48, p. 131-148.

PRUVOST G., 2011, « Le hors-travail au travail dans la police et l’interim. Approche interactionniste des coulisses », *Communications*, 89, 2, p. 159-192.

PRUVOST G., 2014, « Ni policier ni homme : une sociologue enquête sur la féminisation de la police », dans MONJARET A., PUGEAULT C. (dirs.), *Le sexe de l’enquête : Approches sociologiques et anthropologiques*, ENS Éditions, Lyon.

PUDAL R., 2011, « La politique à la caserne. Approche ethnographique des rapports à la politique en milieu pompier », *Revue française de science politique*, 61, 5, p. 917-944.

PUIG DE LA BELLACASA M., 2003, « Scientificité et politique aujourd’hui : un regard féministe », *Nouvelles Questions Féministes*, 22, 1, p. 48-60.

QUERE L., 2023, *Un corps à nous*, Presses de Sciences Po, Paris.

QUICK O., 2017, *Regulating Patient Safety: The End of Professional Dominance?*, Cambridge University Press, Cambridge.

RAHIB D., LE GUEN M., LYDIE N., 2017, « Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent », *Baromètre santé*, Saint Maurice, Santé publique France.

RAPIN P., 2021, « Des petits patrons relais de l'action publique. Le cas des débitants de boissons, cibles et intermédiaires des politiques de santé publique », *Gouvernement et action publique*, 10, 4, p. 93-111.

RAULT W., 2016, « Les attitudes "gayfriendly" en France : entre appartenances sociales, trajectoires familiales et biographies sexuelles », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 213, 3, p. 38-65.

REBAGLIATO M., CUTTINI M., BROGGIN L., BERBIK I., VONDERWEID U. DE, HANSEN G., KAMINSKI M., KOLLEE L.A., KUCINSKAS A., LENOIR S., LEVIN A., PERSSON J., REID M., SARACCI R., EURONIC STUDY GROUP, 2000, « Neonatal end-of-life decision making: Physicians' attitudes and relationship with self-reported practices in 10 European countries », *JAMA*, 284, 19, p. 2451-2459.

REEDER L.G., 1972, « The Patient-Client as a Consumer: Some Observations on the Changing Professional-Client Relationship », *Journal of Health and Social Behavior*, 13, 4, p. 406-412.

REVEILLERE C., CHAUVIN P.-A., 2023, « Politiques de l'attente. Patient·es et puissant·es de la domination temporelle », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 250, 5, p. 4-16.

Revue française de sociologie, 1982, « La libéralisation de l'avortement », 23-3.

REYNAUD J.-D., 1988, « Les régulations dans les organisations : Régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue française de sociologie*, 29, 1, p. 5-18.

RIPPER M., 2001, « Abortion: the shift in stigmatisation from those seeking abortion to those providing it », *Health Sociology Review*, 10, 2, p. 65-77.

RODGERS D., 2007, « Joining the Gang and Becoming a Broder: The Violence of Ethnography in Contemporary Nicaragua », *Bulletin of Latin American Research*, 26, 4, p. 444-461.

RODGERS D., 2018, « Pour une "ethnographie délinquante" : vingt ans avec les gangs au Nicaragua », *Cultures & conflits*, 110-111, p. 59-76.

ROMERIO A., 2022, *Le travail féministe*, Presses universitaires de Rennes, Rennes.

ROSE N., 1993, « Government, Authority, and Expertise in Advanced Liberalism », *Economy and Society*, 3, 22, p. 283-299.

ROSE N., 2001, « The Politics of Life Itself », *Theory, Culture & Society*, 18, 6, p. 1-30.

ROSE N., 2007, *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton University Press, Princeton.

ROTH J.A., 1972, « Some contingencies of the Moral Evaluation and Control of Clientele: The Case of the Hospital Emergency Service », *American Journal of Sociology*, 77, 5, p. 839-856.

ROUX A., 2020, « *Par amour des femmes* » ? : *la pilule contraceptive en France, genèse d'une évidence sociale et médicale (1960-2000)*, Thèse de doctorat, Paris, EHESS.

ROUX A., 2023, *Pilule : défaire l'évidence*, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, Paris.

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.

ROUX S., VOZARI A.-S., 2020, *Familles : nouvelle génération*, PUF, Paris.

ROUZAUD-CORNABAS M., 2019, « *Alerte à la pilule* ». *Politiques contraceptives et régulation du risque au prisme du genre*, Thèse de doctorat, Université Paris-Saclay (ComUE).

ROZEE V., SCHANTZ C., 2021, « Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique », *Santé Publique*, 33, 5, p. 629-634.

RUAULT L., 2015, « La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine », *Nouvelles Questions Feministes*, 34, 1, p. 35-50.

RUAULT 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)*, Thèse de doctorat, Lille, Université du droit et de la santé.

RUAULT L., 2017b, « Une fête pour l'avortement libre », *Genèses*, n° 107, 2, p. 32-55.

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., 2023, « Déformation militante du travail médical. À propos des conflits entre médecins et profanes autour de la pratique de l'avortement (1972-1984) », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 248, 3, p. 46-61.

SAINT-MARTIN A., 2013, *La sociologie de Robert K. Merton*, La Découverte, Paris.

SANSEIGNE F., 2019, *Inventer une cause, (dé)faire une loi : le cas de la contraception en France : Socio-histoire de la transformation d'une relation de pouvoir (1955-1967)*, Thèse de doctorat, Lyon.

SANZ-GAVILLON A.-C., 2018, « Le Droit à l'avortement en Espagne : une conquête féministe au cœur d'un conflit sociétal (1975-2017) », dans BRUNET L., GUYARD-NEDELEC ALEXANDRINE (dirs.), *"Mon corps, mes droits". L'avortement menacé ? Panorama socio-juridique : France, Europe, États-Unis*, Mare & Martin, Le Kremlin-Bicêtre, p. 45-67.

SAPIRO G., 2019, « Repenser le concept d'autonomie pour la sociologie des biens symboliques », *Biens Symboliques / Symbolic Goods. Revue de sciences sociales sur les arts, la culture et les idées*, 4.

SARZIER M., 2023, *La spécialisation médicale au travail. Enquête sur la gérontopsychiatrie en France*, Thèse de doctorat, Paris, Université Paris 1.

SAURETTE P., GORDON K., 2016, *The Changing Voice of the Anti-abortion Movement: The Rise of « Pro-Woman » Rhetoric in Canada and the United States*, University of Toronto Press, Toronto.

SAUVEGRAIN P., 2012, « La santé maternelle des “Africaines” en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins », *Revue européenne des migrations internationales*, 28, 2, p. 81-100.

SAUVEGRAIN P., 2013, « Les parturientes “africaines” en France et la césarienne », *Anthropologie et Sociétés*, 37, p. 119-137.

SAUVEGRAIN P., GOSSELIN A., BERTUZZI L., MELCHIOR M., KOTOB L., 2020, « La santé des femmes immigrées en France », *ADSP*, 111, p. 23-25.

SCHANTZ C., ROZEE V., MOLINIER P., 2021, « Introduction. Les violences obstétricales, un nouvel axe de recherche pour les études de genre, un nouveau défi pour le soin et la société », *Cahiers du Genre*, 71, 2, p. 5-24.

SCHLUMBOHM J., 2002, « Comment l’obstétrique est devenue une science », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 143, 3, p. 18-30.

SCHNEGG C., 2007, « L’avortement médicamenteux : de la technique à l’expérience. La méthode abortive en question », *Nouvelles Questions Féministes*, Vol. 26, 2, p. 60-72.

SCHWARTZ O., 2011, « La pénétration de la « culture psychologique de masse » dans un groupe populaire : paroles de conducteurs de bus », *Sociologie*, 2, 4, p. 345-361.

SCHWEYER F.-X., 1996, « La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste », *Sciences sociales et santé*, 14, 3, p. 67-102.

SEBBANE N., 2018, « La Législation irlandaise en matière d’avortement : “An Irish Solution to an Irish Problem” ? », dans BRUNET L., GUYARD-NEDELEC ALEXANDRINE (dirs.), *“Mon corps, mes droits” L’avortement menacé ? Panorama socio-juridique : France, Europe, États-Unis*, Éditions Mare & Martin, Le Kremlin-Bicêtre, p. 105-118.

SENDEROWICZ L., 2019, « “I was obligated to accept”: A qualitative exploration of contraceptive coercion », *Social Science & Medicine*, 239, p. 112531.

SERRE D., 2009, *Les coulisses de l’Etat social. Enquête sur les signalements d’enfant en danger*, Raisons d’agir, Paris.

SESTITO R., 2023, « Politique de planification familiale, pratiques de stérilisation et hiérarchisation sociale en Iran », *Genre, sexualité & société*, Hors-série n° 4.

SHELDON S., 1997, *Beyond control : medical power and abortion law*, Pluto Press.

SHERMAN R., 2021, « Against Accumulation: Class Traitors Challenge Wealth and Worth », *Sociologica*, 15, 2, p. 117-142.

SIBLOT Y., 2006, *Faire valoir ses droits au quotidien: Les services publics dans les quartiers populaires*, Presses de Sciences Po, Paris.

SIMEANT J., 2002, « Friches, hybrides et contrebandes : sur la circulation et la puissance militantes des discours savants », dans HAMMAM P., MEON J.-M., VERRIER B. (dirs.), *Discours savants, discours militants : mélange des genres*, L’Harmattan, Paris, p. 17-53.

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.

- SIMONDS W., 1996, *Abortion At Work : Ideology and Practice in a Feminist Clinic*, Rutgers University Press.
- SINGLY F. DE, 1993, « Les habits neufs de la domination masculine », *Esprit* (1940-), 196 (11), p. 54-64.
- SKEGGS B., 2015, *Des femmes respectables*, Agone, Marseille.
- SPIRE A., 2007, « L'asile au guichet. La dépolitisation du droit des étrangers par le travail bureaucratique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 169, 4, p. 4-21.
- SPIRE A., 2008, *Accueillir ou reconduire : Enquête sur les guichets de l'immigration*, Raisons d'agir, Paris.
- SPIRE A., 2009, « Échapper à l'impôt ? La gestion différentielle des illégalismes fiscaux », *Politix*, 87, 3, p. 143-165.
- SPIRE A., 2011, « La domestication de l'impôt par les classes dominantes », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 190, 5, p. 58-71.
- SPIVAK G.C., 1988, « Can the Subaltern Speak? », dans NELSON C., GROSSBERG L. (dirs.), *Marxism and the Interpretation of Culture*, Macmillan, Londres.
- 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* (1982), 150, p. 67-75.
- STRAUSS A., 1992, *La Trame de la négociation*, L'Harmattan, Paris.
- STRAUSS A., FAGERHAUGH S., SUCZEK B., WIENER C., 1982, « Sentimental work in the technologized hospital », *Sociology of Health & Illness*, 4, 3, p. 254-278.
- SUDNOW D., 1967, *Passing On: The Social Organization of Dying*, Prentice Hall, Englewood Cliffs (NJ).
- SUTHERLAND E.H., 1940, « White-Collar Criminality », *American Sociological Review*, 5, 1, p. 1-12.
- TAKESHITA C., 2017, « From Mother/Fetus to Holobiont(s): A Material Feminist Ontology of the Pregnant Body », *Catalyst: Feminism, Theory, Technoscience*, 3, 1, p. 1-28.
- TALESH S., 2015, « Legal Intermediaries: How Insurance Companies Construct the Meaning of Compliance with Antidiscrimination Laws », *Law & Policy*, 37, 3, p. 209-239.
- TALESH S., PELISSE J., 2018, « How Legal Intermediaries Facilitate or Inhibit Social Change », working paper, LIEPP, Sciences Po.
- TARGOWLA O., 1976, *Les médecins aux mains sales*, Pierre Belfond, Paris.
- TESTART A., 1992, *De la nécessité d'être initié. Rites d'Australie*, Société d'Ethnologie, Nanterre.
- THEBAUD-MONY A., 2008, *Travailler peut nuire gravement à votre santé : sous-traitance des risques, mise en danger d'autrui, atteintes à la dignité, violences physiques et morales, cancers professionnels*, La Découverte, Paris.

THIERS-VIDAL L., 2002, « De la masculinité à l'anti-masculinisme : penser les rapports sociaux de sexe à partir d'une position sociale oppressive », *Nouvelles Questions Feministes*, Vol. 21, 3, p. 71-83.

THIERS-VIDAL L., 2010, *De « L'Ennemi Principal » aux principaux ennemis*, L'Harmattan, Paris.

THIZY L., 2021, « Esquiver le stigmate lié à l'avortement : le “travail d'invisibilisation” comme renforcement du travail procréatif », *Enfances Familles Générations*, 38, p. 166-188.

THIZY L., 2023a, « Des mères de famille au chevet des avortantes : une stigmatisation renouvelée dans les centres d'interruption volontaire de grossesse », *Travail, Genre et sociétés*, 49, p. 141-160.

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

THIZY L., GAUGLIN M., VINCENT J., 2021, « “Se raconter” sur le terrain : le récit de soi comme ressource méthodologique », *Genèses*, 123, 2, p. 115-135.

THOMAS J.-P., 2001, « Qu'est-ce que le pouvoir médical ? », *Raison présente*, 137, 1, p. 39-52.

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, Paris, EHESS.

THOME C., 2024, « Après la pilule. Le choix contraceptif des jeunes femmes à l'épreuve du rejet des hormones », *Santé Publique*, 36, 1, p. 87-96.

THOME C., ROUZAUD-CORNABAS M., 2017, « Comment ne pas faire d'enfants ? », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48-2, p. 117-137.

TISSOT S., 2018, *Gayfriendly : acception et contrôle de l'homosexualité à Paris et à New York*, Raisons d'agir, Paris.

TOPÇU S., 2021a, « Obstétrique, (non)violence et féminisme. Un regard sociohistorique », *Cahiers du Genre*, 71, 2, p. 81-106.

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

TRACHMAN M., 2013, « Une “planque pour mater des culs” ? Sexualisation et déssexualisation dans une enquête sur la pornographie », *Terrains & travaux*, 23, 2, p. 197-215.

TRAÏNI C., 2010, « Des sentiments aux émotions (et vice-versa). Comment devient-on militant de la cause animale ? », *Revue française de science politique*, 60, 2, p. 335-358.

TUANA N., 2004, « Coming to understand: Orgasm and the epistemology of ignorance », *Hypatia*, 19, 1, p. 194-232.

- TUANA N., 2006, « The Speculum of ignorance: The women's health movement and epistemologies of ignorance », *Hypatia*, 21, 3, p. 1-19.
- UNDERMAN K., 2015, « Playing doctor: Simulation in medical school as affective practice », *Social Science & Medicine* (1982), 136-137, p. 180-188.
- UNDERMAN K., 2020, *Feeling Medicine: How the Pelvic Exam Shapes Medical Training*, NYU Press, New York.
- UNDERMAN K., 2022, « The Social Transmission of Bodily Knowledge », *Body & Society*, 28, 3, p. 30-62.
- VEGA A., 2000, *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Éditions des archives contemporaines, Paris.
- VERDRAGER P., 2017, « Mes ratés de terrain », *SociologieS*.
- VIDAL L., 2011, « Rendre compte. La restitution comme lieu de refondation des sciences sociales en contexte de développement », *Cahiers d'études africaines*, 51, 202-203, p. 591-607.
- VINCENT G., 2021, *L'École primaire française : Étude sociologique*, Presses universitaires de Lyon, Lyon.
- VINSON A.H., 2016, « "Constrained collaboration": Patient empowerment discourse as resource for countervailing power », *Sociology of Health & Illness*, 38, 8, p. 1364-1378.
- VIROLE L., 2022, « Mise sous silence des actions antidiscriminatoires dans l'accès aux soins. Le champ périnatal face aux discriminations à l'encontre des femmes étrangères en France », *Anthropologie & Santé*, 24.
- VOEGTLI M., 2004, « Du Jeu dans le Je : ruptures biographiques et travail de mise en cohérence », *Lien social et Politiques*, 51, p. 145-158.
- VOZARI A.-S., 2015, « "Si maman va bien, bébé va bien." La gestion des risques psychiques autour de la naissance », *Recherches familiales*, 12, 1, p. 153-163.
- VOZARI A.-S., 2021, *Le souci des mères. Ethnographie du gouvernement de la maternité en périnatalité*, Thèse de doctorat, EHESS.
- VUATTOUX A., 2021, *Adolescences sous contrôle : genre, race, classe et âge au tribunal pour enfants*, Presses de Sciences Po, Paris.
- WACQUANT L., 2015, « Pour une sociologie de chair et de sang », *Terrains & travaux*, 26, 1, p. 239-256.
- WACQUANT L., 2023, *Misère de l'ethnographie de la misère*, Raisons d'agir, Paris.
- WEBER F., 1995, « L'ethnographie armée par les statistiques », *Enquête. Archives de la revue Enquête*, 1, p. 153-165.
- WEBER F., 2008, « Publier des cas ethnographiques : analyse sociologique, réputation et image de soi des enquêtés », *Genèses*, 70, 1, p. 140-150.

WEBER J.-C., 2020, « La médicalisation de l'existence. Quelques remarques sur ses racines anciennes », *Le Sociographe*, 72, 4, p. 23-35.

WEBER M., 2015, *La domination*, La Découverte, Paris.

WEISZ G., 2006, *Divide and Conquer: A Comparative History of Medical Specialization*, Oxford University Press, Oxford.

WILSON R.N., 1954, « Teamwork in the Operating Room », *Human Organization*, 12, 4, p. 9-14.

WOLINSKY F., 1988, « The Professional Dominance Perspective, Revisited », *The Milbank Quarterly*, 66, p. 33-47.

ZAWADZKI P., 2002, « Travailler sur des objets détestables : quelques enjeux épistémologiques et moraux », *Revue internationale des sciences sociales*, 174, 4, p. 571-580.

ZOLA I.-K., 1972, « Medicine as an Institution of Social Control », *Sociological Review Monographs*, 20, p. 487-504.

ZOLESIO E., 2009, « Marie Laborie, un cas de socialisation chirurgicale ratée », *Sociétés contemporaines*, n° 74, 2, p. 147-165.

ZOLESIO E., 2012, *Chirurgiens au féminin ? Des femmes dans un métier d'hommes*, Presses universitaires de Rennes, Rennes.

ZONABEND F., 1994, « De l'objet et de sa restitution en anthropologie », *Gradhiva : revue d'histoire et d'archives de l'anthropologie*, 16, 1, p. 3-14.

2. Références médicales et rapports de santé publique

ANAES, 2001, « Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines ».

ARS, 2012, « Parcours de santé et interruption volontaire de grossesse », ARS Île-de-France.

ATTALI L., BETTAHAR K., GUCEVE E., SCHOCH F., WARYNSKI F., 2021, *Histoires d'IVG, Histoires de femmes*, Vuibert, Paris.

AUBIN C., JOURDAIN MENNINGER D., CHAMBAUD L., 2009, « La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse », IGAS.

AULAGNIER, OBADIA, PARAPONARIS, SALIBA-SERRE, 2007, « L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises », *Études et Résultats*, n°610, DREES.

BACLE F., BOUFASSA F., LAMBERT J., LEFEBVRE P., SOULAT C., MEYER L., 2005, « Conditions de réalisation et complications précoces des IVG entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée comparées aux IVG entre 8 et 12 semaines d'aménorrhée », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 34, 4, p. 339-345.

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.

BATTISTELLI M., MAGNUSSON S., BIGGS M.A., FREEDMAN L., 2018, « Expanding the Abortion Provider Workforce: A Qualitative Study of Organizations Implementing a New California Policy: clinician provision of aspiration abortion care », *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 50.

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.

BIGGS M.A., ROWLAND B., MCCULLOCH C., FOSTER D., 2016, « Does abortion increase women's risk for post-traumatic stress? Findings from a prospective longitudinal cohort study », *BMJ open*, 6, 2.

BOUSQUET D., COURAUD G., COLLET M., 2018, « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical - Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme », 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 », Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes.

BREUIL-GENIER P., SICART D., 2006, « L'origine sociale des professionnels de santé », 496, DREES.

CHAVKIN W., LEITMAN L., POLIN K., 2013, « Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: A white paper examining prevalence, health consequences, and policy responses », *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, p. 69.

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

CNGOF, 2018, *Protocoles en gynécologie-obstétrique*, Elsevier.

DARZE O., BARROSO U., 2018, « Prevalence, Attitudes, and Factors Motivating Conscientious Objection toward Reproductive Health among Medical Students », *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40, 10, p. 599-605.

DIXTE C., VERGIER N., 2022, « Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros constants entre 2014 et 2017 », 1223, DREES.

FAUCHER P., 2016, « Complications de l'interruption volontaire de grossesse », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 45, 10, p. 1536-1551.

FIALA C., ARTHUR J., 2014, « “Dishonourable disobedience” – Why refusal to treat in reproductive healthcare is not conscientious objection », *Woman - Psychosomatic Gynaecology and Obstetrics*, 1, p. 12-23.

FIALA C., ARTHUR J., 2017, « There is no defence for ‘Conscientious objection’ in reproductive health care », *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 216, p. 254-258.

FIALA C., GEMZELL DANIELSSON K., HEIKINHEIMO O., GUÐMUNDSSON J.A., JOYCE A., 2016, « Yes we can! Successful examples of disallowing “conscientious objection” in reproductive health care », *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21, 3, p. 201-206.

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.

GOURET G., FAUCHER P., KAYEM G., PINTON A., 2023, « Etude prospective sur 46 patientes de la pratique de l'IVG chirurgicale entre 14 et 16 SA : parcours de soins et complications », *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*.

HARRIS L.F., ROBERTS S.C.M., 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, p. 76.

HARRIS L.H., 2022, « Navigating Loss of Abortion Services — A Large Academic Medical Center Prepares for the Overturn of Roe v. Wade », *New England Journal of Medicine*, 386, 22, p. 2061-2064.

HAS, 2010, « Interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse : recommandation de bonne pratique ».

HAS, 2016, « Cahier des charges pour la réalisation des interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale hors établissement de santé ».

HAS, 2017, « Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques ».

HAS, 2019, « Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67 ».

HAS, 2021, « Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse – Mise à jour ».

HCE, 2013, « Rapport relatif à l'accès à l'IVG », Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les 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.

HELLER R., CAMERON S., 2015, « Termination of pregnancy at very early gestation without visible yolk sac on ultrasound », *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 41, 2, p. 90-95.

INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE TO ADVISE THE PUBLIC HEALTH SERVICE ON CLINICAL PRACTICE GUIDELINES, 1990, *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*, FIELD M.J., LOHR K.N. (dirs.), Washington (DC), National Academies Press (US).

JAMIL J., 2013, *Douleur de l'IVG sous AL : évaluation et facteurs prédictifs*, Thèse de médecine, Paris, Université Paris Diderot.

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, vol. 45, n°10, en décembre 2016.

KOLTUNSKI A., 2021, *La Grossesse de Localisation Indéterminée dans le cadre de l'Interruption Volontaire de Grossesse : une présentation clinique qui questionne*, Thèse de médecine, Université de Lille.

MAJOR B., 2003, « Psychological implications of abortion — highly charged and rife with misleading research », *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 168, 10, p. 1257-1258.

NISAND I., 2021, « Allonger le délai légal d'IVG : Une mauvaise réponse à une bonne question », *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*.

NISAND I., LETOMBE B., MARINOPOULOS S., 2012, *Et si on parlait de sexe à nos ados ? Pour éviter les grossesses non prévues chez les jeunes filles*, Odile Jacob, Paris.

RADJACK R., BENOIT J.-P., SANA M., RAMPON C., TSATSARIS V., MORO M.R., 2022, « L'interruption médicale de grossesse pour détresse maternelle psychosociale », *Soins. Psychiatrie*, 43, 343, p. 25-28.

RAYMOND E.G., GRIMES D.A., 2012, « The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States », *Obstetrics and Gynecology*, 119, 2 Pt 1, p. 215-219.

REARDON D.C., 1997, *A List of Major Psychological Sequelae of Abortion*, Elliot Institute, Springfield.

REARDON D.C., COUGLE J.R., RUE V.M., SHUPING M.W., COLEMAN P.K., NEY P.G., 2003, « Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth », *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 168, 10, p. 1253-1256.

RUE V., 1995, « Post-abortion Syndrome: A Variant of Post-traumatic Stress Disorder », dans DOHERTY P. (dir.), *Post-abortion Syndrome: Its Wide Ramifications*, Four Courts Press, Dublin, p. 15-28.

SACCONE G., PERRIERA L., BERGHELLA V., 2016, « Prior uterine evacuation of pregnancy as independent risk factor for preterm birth: a systematic review and metaanalysis », *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 214, p. 572-591.

SCHMIEGE S., RUSSO N.F., 2005, « Depression and unwanted first pregnancy: longitudinal cohort study », *BMJ*, 331, 7528, p. 1303.

SOULAT C., GELLY M., 2006, « Complications immédiates de l'IVG chirurgicale », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 35, 2, p. 157-162.

SPECKHARD A.C., RUE V.M., 1992, « Postabortion Syndrome: An Emerging Public Health Concern », *Journal of Social Issues*, 48, 3, p. 95-119.

STRICKLAND S.L., 2012, « Conscientious objection in medical students: a questionnaire survey », *Journal of Medical Ethics*, 38, 1, p. 22-25.

TAI N.Q.R., REYNOLDS-WRIGHT J.J., CAMERON S., 2023, « Very early medical abortion: treatment with mifepristone and misoprostol before ultrasonographic visualisation of an intrauterine pregnancy », *BMJ sexual & reproductive health*, 49, 2, p. 97-104.

ULMANN A., SILVESTRE L., CHEMAMA L., REZVANI Y., RENAULT M., AGUILLAUME C.J., BAULIEU E.E., 1992, « Medical termination of early pregnancy with mifepristone (RU 486) followed by a prostaglandin analogue. Study in 16,369 women », *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 71, 4, p. 278-283.

VIGOUREUX S., BEN M'BARECK I., BILLEBEAU A., 2015, « Enquête auprès des internes de gynécologie-obstétrique et gynécologie médicale sur la formation en orthogénie en France », Collection Congrès du CNGOF.

VILAIN A., 2009, « Les établissements et les professionnels réalisant des IVG », *Études et Résultats*, Paris, DREES.

VILAIN A., 2023, « Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022 », *Études et Résultats*, 1281, DREES.

VILAIN A., ALLAIN S., DUBOST C.-L., FRESSON J., REY S., 2020, « Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019 », *Études et Résultats*, Paris, DREES.

Annexes

1. Liste des encadrés

Encadré n° 1 : Les violences gynécologiques et obstétricales : des violences de genre ? : p. 47

Encadré n° 2 : Les différents statuts médicaux des enquêtées : p. 82

Encadré n° 3 : Aux États-Unis, une dégynécologisation de l'avortement : p. 142

Encadré n° 4 : Le centre d'IVG, un refuge pour les professionnelles paramédicales : p. 186

Encadré n° 5 : Le gore de l'enquête ? Observer l'avortement sans en être dégoûté : p. 199

Encadré n° 6 : Avorteur·se de père en fille : une socialisation politique particulière : p. 228

Encadré n° 7 : Refuser la spécialisation : l'avortement comme job : p. 273

Encadré n° 8 : Le rôle de l'incompétence informatique dans la longueur des consultations : p. 282

Encadré n° 9 : Refuser les demandes de stérilisation contraceptive : p. 298

Encadré n° 10 : D'avortante à future maman : dépasser le délai de l'IVG : p. 299

Encadré n° 11 : Une controverse médiatique autour de la psychologisation de l'avortement : p. 327

Encadré n° 12 : Qu'est-ce que la loi exige en matière de prise en charge de l'avortement ? : p. 334

Encadré n° 13 : Outrepasser le consentement : le chantage au soin dans le cadre des demandes d'IMG : p. 387

Encadré n° 14 : Quand les médecins ont officiellement un mandat de différenciation des soins : l'interruption médicale de grossesse (IMG) pour détresse psychosociale: p. 419

Encadré n° 15 : L'ordre de passage au bloc opératoire: p. 430

Encadré n° 16 : La sociabilité informelle comme moment de formation collective du jugement : p. 445

Encadré n° 17 : Ignorance située et méconnaissance expérientielle: p. 498

Encadré n° 18 : L'évolution du professionnalisme en gynécologie : l'exemple d'un congrès de formation: p. 502

Encadré n° 19 : Le travail comme instance de socialisation politique des avorteurs et avorteuses... et de leurs enfants: p. 510

Encadré n° 20 : Publiciser les « bonnes » pratiques auprès des avortantes pour atténuer le rapport de pouvoir: p. 520

Encadré n° 21 : Attendre en sociologue et attendre en patient: p. 531

2. Liste des tableaux

Tableau n° 1 : Répartition des médecins enquêtés selon le sexe, la spécialité médicale, le statut et mode d'exercice (en pourcentage-colonne) : p. 53

Tableau n° 2 : Caractéristiques socio-professionnelles, formation, opinion et pratique de l'IVG des médecins de l'enquête Fécond en fonction de leur spécialité, en pourcentage-colonne : p. 58

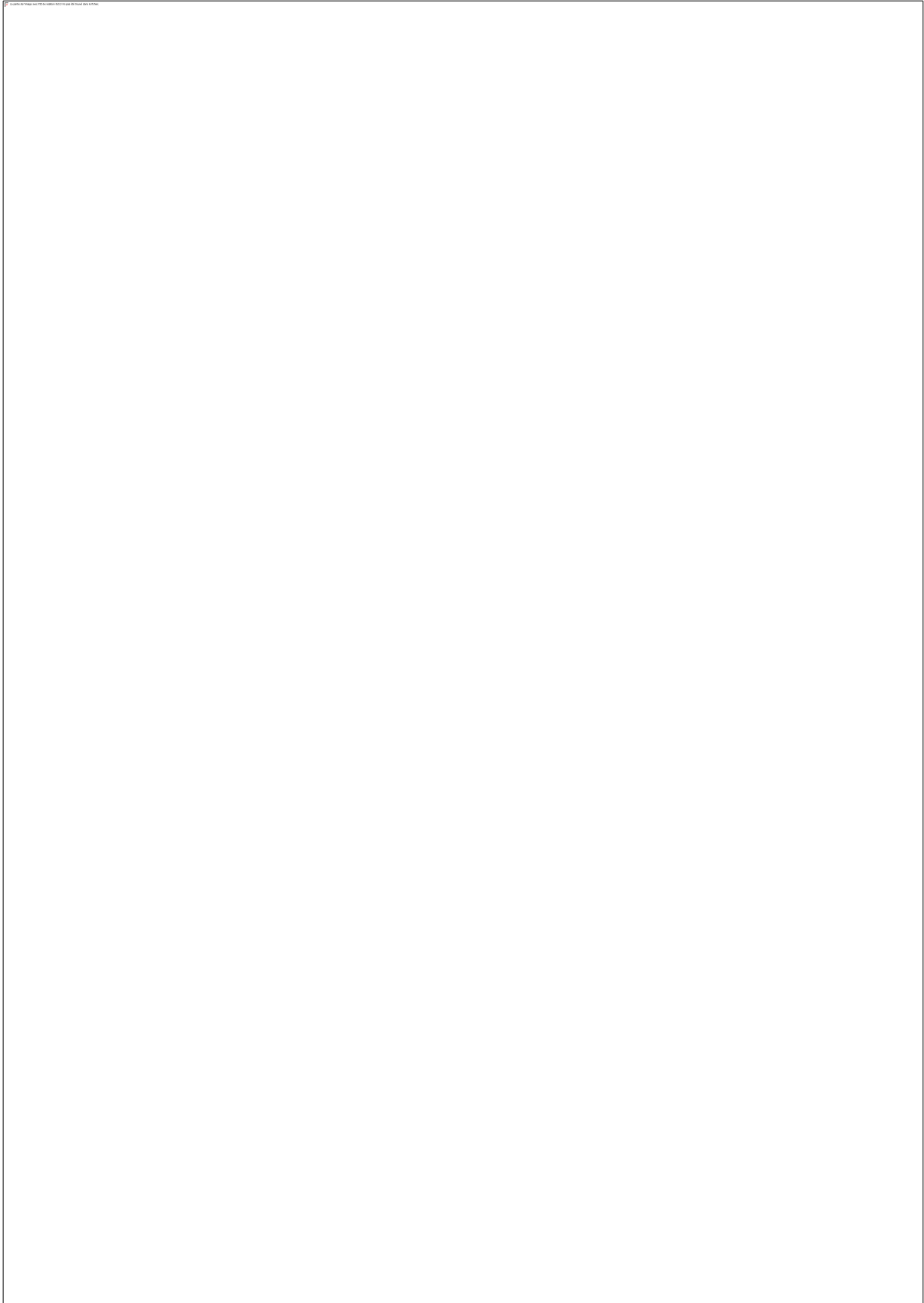
Tableau n° 3 : Récapitulatif des trois centres enquêtés : p. 84

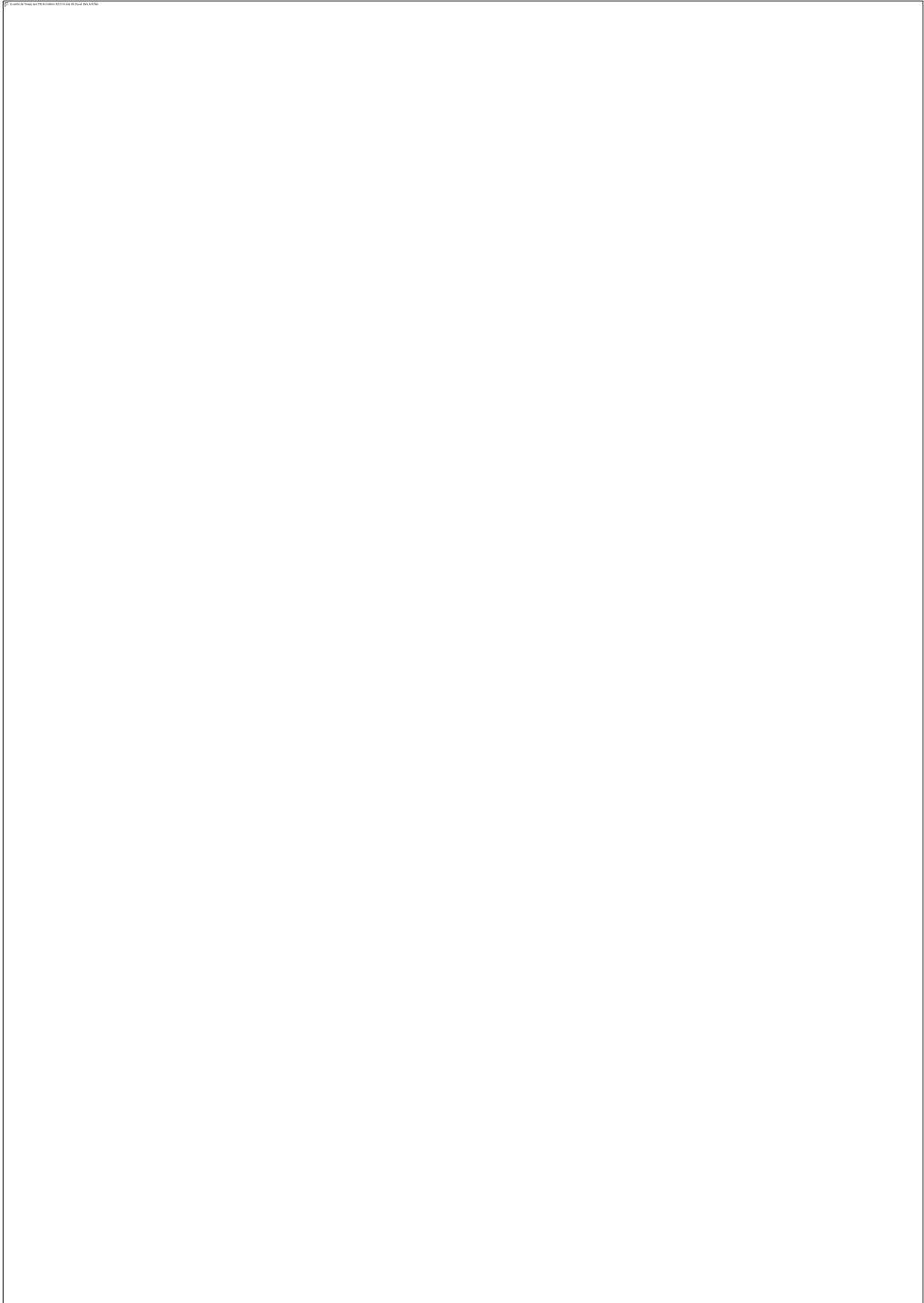
Tableau n° 4 : Quelques éléments de démographie du sous-champ de la gynécologie : p. 166

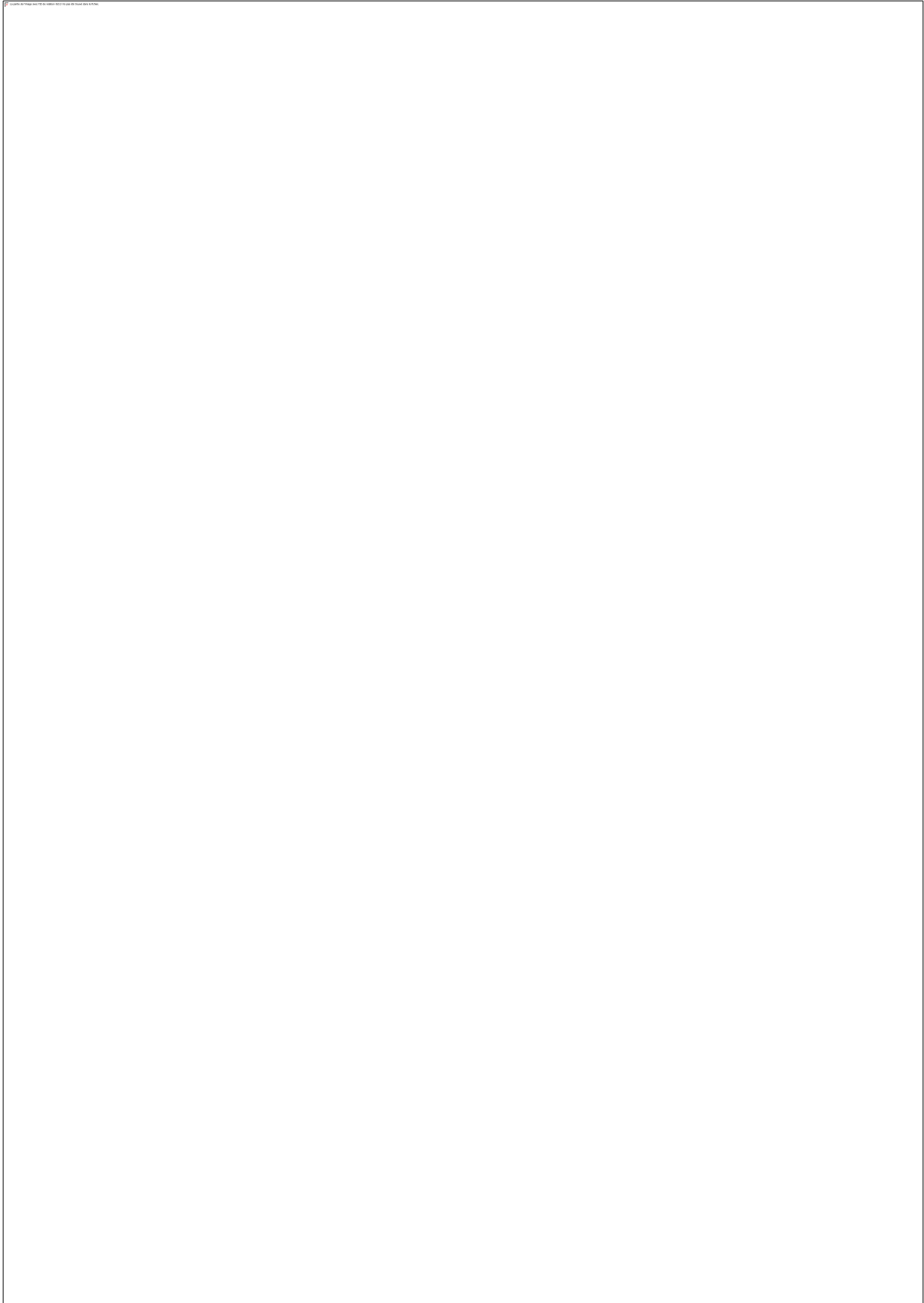
Tableau n° 5 : Les facteurs déterminants de l'opinion concernant l'extension du seuil d'IVG jusqu'au deuxième trimestre (régression logistique) : p. 232

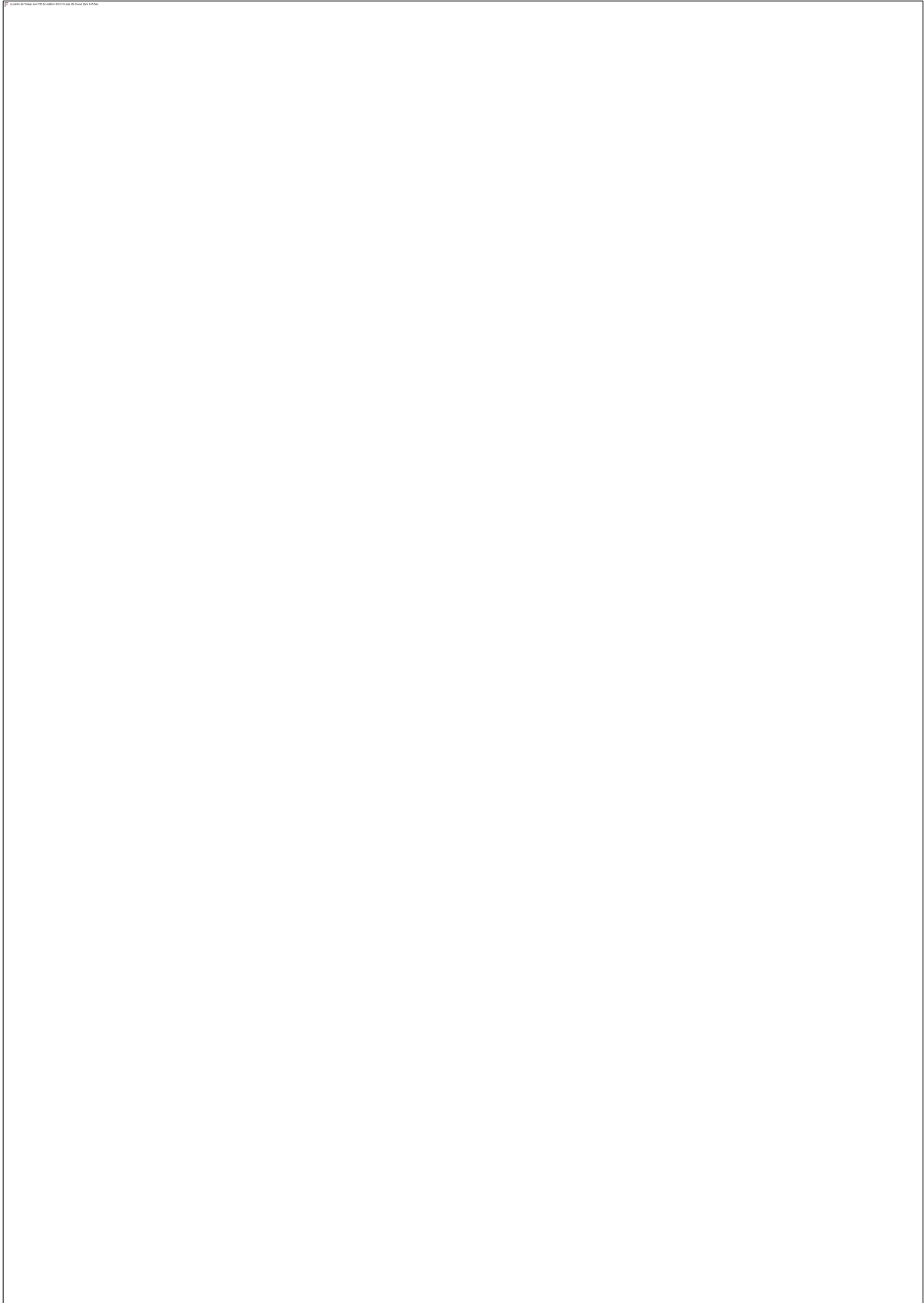
Tableau n° 6 : Les facteurs déterminants de la pratique de l'IVG médicamenteuse en cabinet ou à l'hôpital par les gynécologues (régression logistique) : p. 409

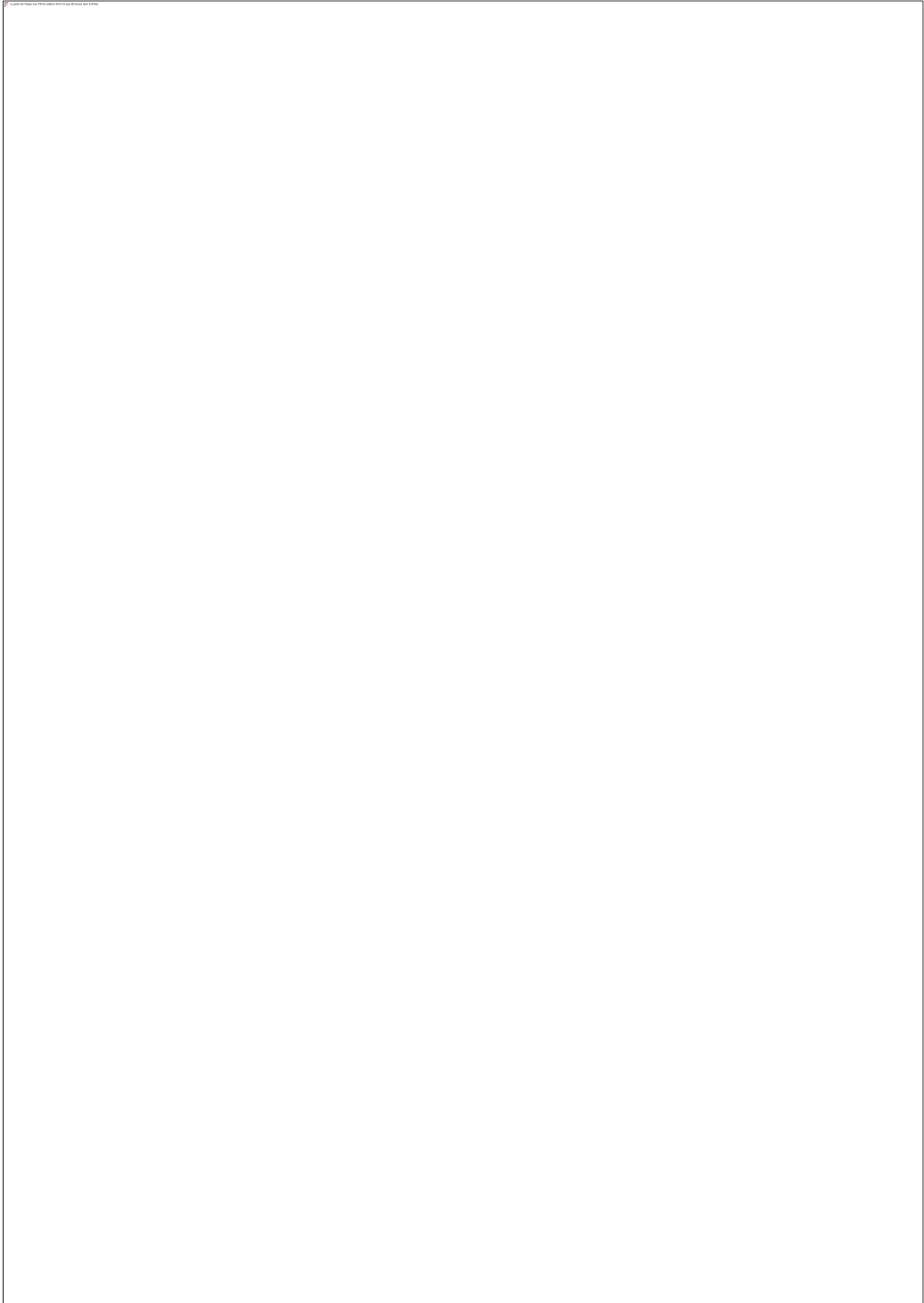
3. Questionnaire de l'enquête Fécond











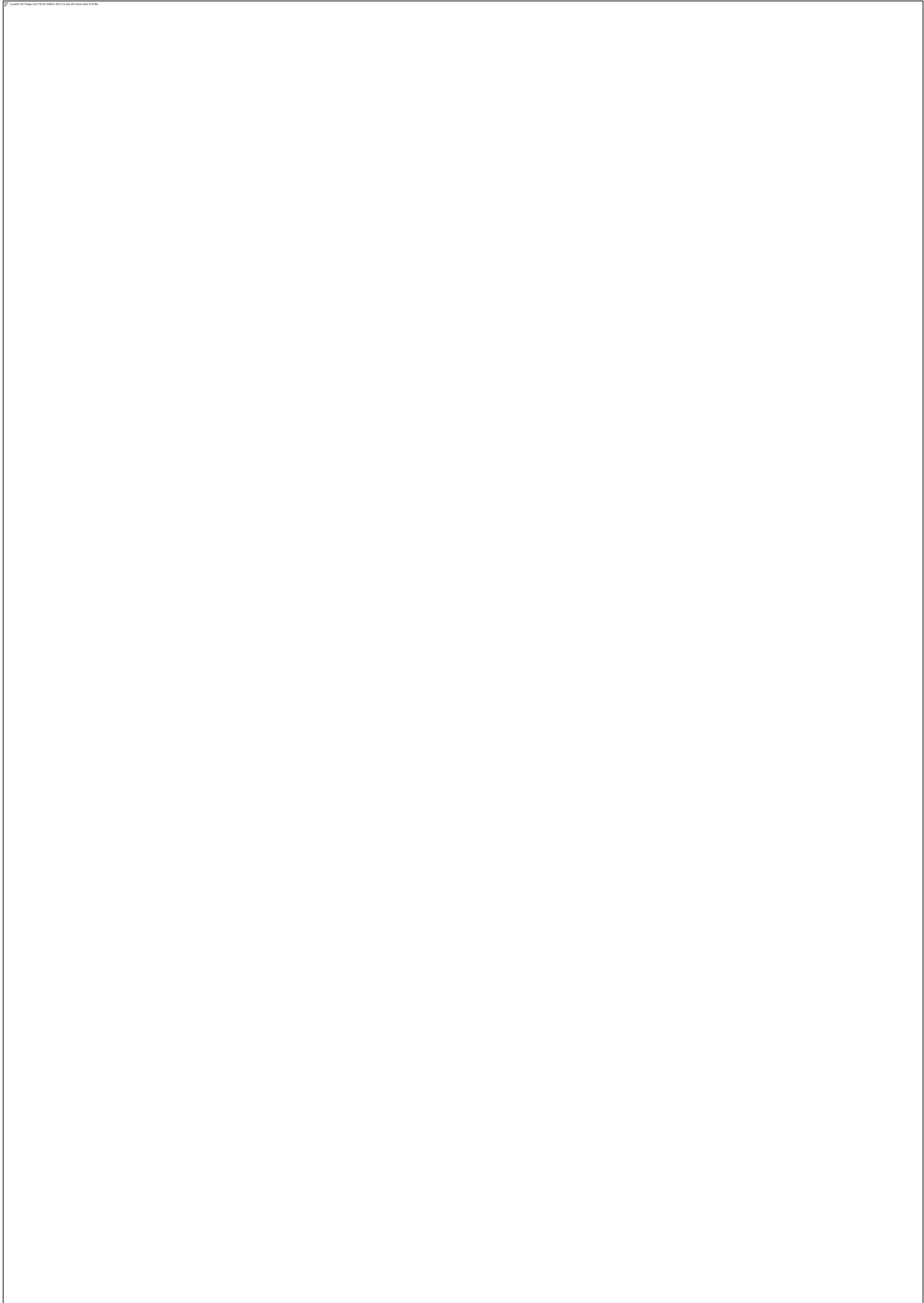


Table des matières

Résumé.....	3
Remerciements.....	5
Sommaire.....	9
Liste des acronymes et sigles	11
Remarques préliminaires	13
Écriture inclusive.....	13
Certification éthique	13
 Introduction	 15
 I. Voir le pouvoir : de la claque ethnographique à la construction de l'objet	 17
A. Genèse de la recherche : des médecins faussement « anti-IVG »	18
B. Faire du pouvoir médical un problème scientifique	20
II. L'avortement comme travail médical	22
A. Le contexte politique et démographique de l'enquête : l'avortement en France	23
B. Les apports et les limites de la littérature sociologique sur la prise en charge de l'avortement	28
C. Une sociologie structurale du travail médical	33
III. Une ethnographie de la domination médicale	38
A. La relation d'asymétrie entre expert·es et profanes	38
B. Repartir de la sociologie politique de la domination.....	44
C. Etudier la domination médicale comme un rapport de domination spécifique.....	46
IV. Une enquête comparative et multimodale	49
A. L'ethnographie comparative	49
B. Une enquête par entretiens à spectre large pour saisir l'évolution et la diversité de l'espace professionnel	52
C. L'analyse secondaire des données de l'enquête statistique Fécond	57
D. Encore une thèse sur les médecins !	59
E. L'avortement sans les avortantes ?	60
V. L'organisation générale de la thèse	61
VI. Choix terminologiques et anonymisation	63

Chapitre 1 : Le travail d'avortement c'est toujours un drame... social..... 65

I. Les étapes de l'IVG à l'hôpital	67
A. L'accueil.....	68
B. La consultation pré-IVG.....	68
C. La prise en charge infirmière	70
D. L'entretien psychosocial	70
E. L'IVG médicamenteuse	71
E bis. L'IVG instrumentale (aussi dite chirurgicale)	72
1. La consultation d'anesthésie	72
2. L'intervention au bloc opératoire (sous AG et sous AL)	72
F. La consultation post-IVG	73
G. Les délais de l'IVG	73
H. La demande d'avortement au-delà du seuil légal.....	74
II. L'organisation du travail d'avortement.....	75
A. Les lieux et les temps du travail d'avortement.....	76
B. Les accompagnant·es	80
C. Le travail d'avortement comme travail collectif.....	82
III. Faire l'ethnographie du travail d'avortement	86
A. « Interne en sociologie »	86
1. Observer le travail : négocier ma présence auprès des professionnel·les	86
2. Observer l'avortement : négocier ma présence auprès des avortantes.....	89
B. Ce qui rend l'accès au terrain facile : analyser les privilèges ethnographiques	91
1. L'espace professionnel de l'avortement : terrain clivé et milieu d'interconnaissance	92
2. S'imposer aux (autres) imposant·es	97
3. Être un homme sur un terrain féminin	98
a. Le corps des hommes dans l'enquête, butoir de l'impensé	100
b. Être un homme minoritaire : le « chouchou » du service	101
c. La sexualisation sans le risque.....	102
d. Connivence et domination de genre	104
Conclusion de chapitre.....	105

Chapitre 2 : La genèse de l'espace professionnel de l'avortement..... 107

I. La médicalisation contre les médecins 110

- A. Les médecins et l'avortement avant sa légalisation 110
 - 1. De la fin du XIX^e siècle à la fin des années 1960 : entre croisade morale contre l'avortement et prise en charge de ses complications 111
 - 2. Une profession divisée dans la « bataille de l'avortement » menant à la loi Veil 114
 - 3. Un nouveau mandat pour les médecins : pratiquer les avortements, dissuader et contrôler les avortantes..... 121
- B. Les résistances de l'élite médicale à l'application de la loi Veil..... 123
 - 1. Ne pas vouloir appliquer la loi 123
 - 2. Empêcher que d'autres appliquent la loi 124
 - 3. Appliquer la loi à sa façon..... 125
 - 4. Des représailles pour avoir participé aux avortements clandestins ? 127
- C. Le travail d'avortement dans les marges du champ médical : l'IVG des médecins militant·es..... 129
 - 1. CIVG 1 : excéder le mandat de prise en charge des IVG..... 130
 - 2. CIVG 2 : « l'avorteuse » du département 132
 - 3. CIVG 3 : péril rouge sur l'hôpital 133

II. L'institutionnalisation du travail d'avortement..... 136

- A. La mise au pas des militant·es..... 136
- B. La gynécologisation du travail d'avortement..... 139
- C. La marginalisation des oppositions médicales 142
 - 1. L'émergence d'un droit-totem et le coût des oppositions à l'avortement..... 142
 - 2. Le travail d'avortement, un élément constitutif de l'identité professionnelle des gynécologues 145
 - 3. L'opposition à l'avortement, une déviance professionnelle..... 148
 - a. La « clause de conscience » : un pouvoir professionnel à défendre mais à ne pas utiliser 148
 - b. Les « objecteurs » et « objectrices de conscience » 153
- D. La différenciation horizontale de l'espace 156
 - 1. Évolutions technologiques et (dé)médicalisation de l'avortement : mifépristone et échographie 156

2. Déspécialisation et fragmentation de l'espace professionnel.....	158
Conclusion de chapitre.....	159

Chapitre 3 : La fabrique du sale boulot : avortement, pouvoir et luttes professionnelles en gynécologie 161

I. De qui l'avortement est-il le (sale) boulot ? Des intérêts différenciés selon la position dans l'espace professionnel..... 165

A. Un espace matériellement et symboliquement hiérarchisé	166
1. Dominé·es et dominant·es de l'espace de l'avortement.....	166
2. De l'institutionnalisation de la cause des femmes dans le champ médical à la lutte des médecins pour le capital féministe.....	172
B. Les gynécologues-obstétricien·nes et le désintérêt du travail d'avortement.....	176
C. Un boulot pas si sale ? Les bénéfices professionnels de la prise en charge de l'avortement pour les dominé·es du champ	182
1. Une étape (quasi-)incontournable dans la carrière des gynécologues médicales	182
2. Le centre d'IVG comme lieu de formation à la gynécologie	183
3. L'IVG comme moyen de promotion professionnelle pour les généralistes et les sages-femmes	185
D. Le travail d'avortement aux pièces : ce que l'IVG (ne) doit (pas) à son mode de financement	187
1. En libéral : une activité lucrative pour les généralistes et les sages-femmes...	188
2. L'IVG surcotée : tricher pour rendre le travail d'avortement plus rentable.....	189
3. L'avortement sous pression ? Des enjeux différenciés selon les hôpitaux	191

II. La production symbolique du sale boulot..... 194

A. Malaise dans l'aspiration : quand le travail répugne aux médecins	194
B. Au-delà de la (ré)pulsion : l'expression stratégique du dégoût.....	200
C. Salir le boulot des autres	203
D. Contrôler la délégation : l'opposition des gynécologues à l'accroissement des compétences des sages-femmes	211

Conclusion de chapitre..... 216

Chapitre 4 : Profession ? Avorteur·se. Sociologie des spécialistes de l'avortement 219

I. Qui devient avorteur·se ? Dispositions au travail d'avortement et trajectoires professionnelles.....	221
A. Voir l'avortement comme une cause.....	222
1. L'expérience profane de l'avortement	222
2. Socialisation politique et dispositions féministes préalables	224
B. De la distance sociale à la déviation médicale	229
1. Le rôle de l'origine sociale.....	229
2. Un travail de femmes ? L'effet du genre sur l'orientation vers le travail d'avortement.....	231
C. Le travail d'avortement, ou la découverte d'une solution à la crise vocationnelle	239
II. Être avorteur·se : une spécialisation médicale informelle.....	244
A. Avorteur·se <i>ou</i> médecin ? L'identification professionnelle comme avorteur·se ...	245
B. L'acquisition de savoirs et de compétences techniques propres à l'avortement....	249
1. L'avortement dans les études de gynécologie : entre formation partielle et déformation partielle	250
2. Quand la médecine ne se fonde pas sur les preuves : la surestimation des risques de complications de l'avortement.....	251
3. La compétence des avorteurs et avorteuses spécialistes	254
C. Des organisations professionnelles spécialisées et spécialisantes.....	258
D. La politisation du travail d'avortement	263
1. Des médecins militant·es de l'avortement	264
2. Pour ou contre l'allongement du délai d'IVG : des dispositions aux prises de position.....	267
III. La sociologie des trois centres enquêtés.....	272
Conclusion de chapitre.....	276

Chapitre 5 : Des utérus aux habitus : le travail d'avortement comme travail sur les avortantes 279

I. Eduquer les avortantes.....	281
A. Ce que faire parler veut dire : l'interrogatoire médical	281
B. La contraception : le cœur du travail d'avortement	284
C. La normalisation des comportements.....	293

1.	L'avortement comme (nouveau) départ de la « carrière gynécologique ».....	293
2.	L'avortement comme moment d'affirmation de la norme maternelle	296
3.	Par-delà la santé physique : aider les avortantes à « mieux » vivre leur vie	302
D.	La norme abortive et le mandat ethopolitique des médecins	306
II. La psychologisation de l'avortement : un encadrement médical des femmes... pour les femmes ?		311
A.	D'avortante à patiente : construire la dépendance	312
1.	L'avortement comme drame : l'essentialisation de l'expérience des avortantes	312
2.	« Voir la demande derrière la demande » : la dimension diagnostique du travail d'avortement.....	315
B.	Psychologiser ou banaliser ? Des modes de politisation du travail d'avortement socialement et historiquement situés.....	322
Conclusion de chapitre.....		329
 Chapitre 6 : Comment les médecins contrôlent les modalités des soins		
(1) : L'interprétation médicale de la loi		331
 I. De la définition de l'IVG par la loi à sa définition pratique par les médecins.....		
A.	Lois, recommandations et pratiques médicales	334
B.	Trois centres, trois ambiances : des parcours d'IVG différents selon les services	337
C.	Le « protocole petite grossesse » ou l'institutionnalisation d'un report de prise en charge	342
II. La domination médicale saisie par ses instruments : l'exemple de la datation de la grossesse		348
A.	La construction médicale du terme de la grossesse.....	349
B.	Négocier les termes : l'interprétation collective de la loi au sein des services	352
III. L'illégalisme en blouse blanche : entre délégation et achoppement du pouvoir d'État.....		355
Conclusion de chapitre.....		364
 Chapitre 7 : Comment les médecins contrôlent les modalités des soins		
(2) : Faire obéir les patient·es.....		367
 I. La fabrique médicale du consentement		369

A. Le conseil médical.....	369
B. Le travail émotionnel : faire craindre les conséquences de l'avortement	372
C. La maîtrise du temps et du calendrier médical.....	377
D. « C'est obligatoire » : l'usage instrumental du droit.....	379
E. Le mensonge, forme élémentaire du pouvoir médical	381
F. Quand les avortantes renversent le rapport de pouvoir	385
II. De la division technique à la division morale du travail : le pouvoir dominé des professionnel·les subalternes.....	388
III. Qui choisit la méthode d'IVG ? Quand l'offre médicale crée sa propre demande	393
A. Les femmes choisissent la méthode, mais certaines la choisissent plus que d'autres (CIVG 1)	394
B. Faire choisir la « meilleure » méthode : l'heureuse conjonction de l'intérêt des femmes et de celui des médecins (CIVG 3).....	396
C. « Vendre la médicamenteuse » : quand le dégoût des médecins restreint le choix des avortantes (CIVG 2).....	401
D. Une ethnographie du « désert médical » : le rôle des professionnel·les de santé dans la production des inégalités territoriales d'accès à l'IVG	406
Conclusion de chapitre.....	412
 Chapitre 8 : De la domination à la discrimination.....	 415
 I. La production médicale d'inégalités d'accès à l'IVG.....	 418
A. L'avortement à deux vitesses : des parcours plus ou moins longs.....	420
1. Retarder les ambivalentes.....	420
2. Accélérer le parcours des « nanas sympas »	426
B. Accepter ou refuser à la limite légale.....	430
II. Maltraitements différentiels.....	438
A. Le consentement comme privilège.....	438
B. Signifier la domination.....	447
C. La violence médicale à l'intersection des rapports de domination	452
III. De la différence au traitement discriminatoire : le cas de l'IVG des femmes migrantes.....	458
A. <i>Aborting while black</i> : Logiques de racialisation et discrimination dans l'accès à l'IVG	460

B. Une « médecine vétérinaire » pour les avortantes allophones	468
C. Observer (passivement) la domination : de la méthodologie à l'épistémologie	475
Conclusion de chapitre.....	478

Chapitre 9 : La socialisation médicale : apprendre la domination 483

I. (Dé)raison médicale : soigner au sens pratique 485

II. *Girls in white* : apprendre à exercer (le pouvoir)..... 491

A. La socialisation au paternalisme : entre action pédagogique, imitation et intériorisation des structures.....	491
B. La complication opératoire comme moment d'incorporation des normes professionnelles	495

III. Des médecins pluriel·les ? Variations et contradictions des dispositions à la domination 500

A. Soigner comme un·e médecin moderne : la socialisation médicale générationnelle	500
B. Quand les médecins font l'expérience profane de la domination médicale	504
C. Traîtres à leur groupe professionnel ? Les avorteur·ses contre le pouvoir médical	509
1. Une (re)socialisation professionnelle minoritaire : faire de la médecine autrement	509
2. Le contrôle social et l'homogénéisation relative des pratiques au sein du service	515
3. La domination des médecins critiques	522

IV. La socialisation médicale... des profanes 530

A. Devenir patient·e : la lente intériorisation d'une position dominée	530
B. Punir pour apprendre les règles de l'interaction médicale	533

Conclusion de chapitre..... 536

Conclusion de thèse 541

Des médecins *IVGfriendly* : les (op)positions médicales recomposées 541

L'avortement, oui, mais quel avortement ? Un accès à l'IVG qui reste complexe et inégalitaire du fait des pratiques médicales..... 543

La médecine comme domination 547

Comprendre les violences médicales 550

Des socialisations médicales..... 551

Une contribution à une sociologie critique de l'expertise médicale	552
La sociologie sacrilège : les résistances à l'objectivation de la domination	553
Tenir tête au médecin : manuel de résistance à la domination médicale	561
Bibliographie.....	565
Références de sciences sociales.....	565
Références médicales et rapports de santé publique.....	603
Annexes.....	607
Liste des encadrés.....	607
Liste des tableaux	609
Questionnaire de l'enquête Fécond	610
Table des matières	619