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

Marie Mathieu

▶ **To cite this version:**

Marie Mathieu. 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. Sociologie. Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis; Université du Québec à Montréal, 2016. Français. NNT : . tel-01515693

HAL Id: tel-01515693
https://theses.hal.science/tel-01515693

Submitted on 28 Apr 2017

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.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL/
UNIVERSITÉ VINCENNES - ST DENIS PARIS 8
ÉCOLE DOCTORALE 401 : SCIENCES SOCIALES

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 en cotutelle franco-québécoise
pour l'obtention des titres de Docteure et PhD

Discipline : Sociologie
Présentée publiquement par

Marie MATHIEU

À Paris, site Pouchet-CNRS, le mardi 4 octobre 2016

Sous la direction
de **Francine DESCARRIES** et de **Michèle FERRAND**

Jury :

Catherine ACHIN	Professeure des universités, Université Paris Dauphine	Rapporteure
Francine DESCARRIES	Professeure, UQÀM	Co-directrice
Michèle FERRAND	Directrice de recherche, CNRS	Co-directrice
Gail PHETERSON	Maîtresse de conférences, Université Jules Verne	
Marie-Andrée ROY	Professeure, UQÀM	Présidente
Laurent TOULEMON	Directeur de recherche, INED	Rapporteur

REMERCIEMENTS

Il est difficile de nommer ici l'ensemble des personnes envers qui je suis redevable pour cette thèse – en particulier, et pour cause, celles qui doivent rester anonymes. Je profite de ces quelques pages, plus longues et peut être moins conventionnelles qu'il n'est d'usage, pour exprimer ma sincère gratitude à toutes ces personnes sans qui ce travail n'aurait vu le jour. Après avoir relu une dernière fois cette thèse, je suis d'autant plus convaincue que je n'aurais pu accoucher de celle-ci et plus largement achever mon doctorat, sans ces multiples soutiens. Derrière toutes ces pages en noir et blanc pouvant apparaître un peu austères, il y a des rencontres, des échanges, des doutes, des questionnements, des pas en avant, en arrière et beaucoup de côté, un ensemble de moments hauts en couleurs et en émotions, et surtout des personnes qui parfois sans le savoir, m'ont livré un des cailloux pour construire ce petit édifice.

En premier lieu, mes remerciements vont à mes deux directrices, **Michèle Ferrand** et **Francine Descarries**, qui ont accepté de diriger cette thèse et qui l'ont fait avec attention et respect. Merci pour votre confiance, votre immense patience, votre écoute et votre disponibilité, mais surtout pour le soutien indéfectible et la générosité intellectuelle, matérielle et humaine dont vous avez fait preuve à mon égard. Je n'aurais pu avoir un encadrement plus juste; merci de m'avoir montré en pratique les postures et les pratiques féministes, de m'avoir encadrée et accompagnée, de vous être investies dans mon travail sans le commander, et surtout d'avoir nourri mes réflexions par vos critiques franches et directes, et mon écriture par vos précieux conseils. François de Singly ne pouvait pas me donner de meilleur conseil en m'orientant vers vous pour prolonger ma formation.

Merci à l'ensemble des membres du jury d'avoir accepté de dégager du temps pour se plonger dans mon travail et le discuter. Merci Marie-Andrée Roy et Francine Descarries d'avoir fait le déplacement du Québec pour participer à cette soutenance.

Merci à Louise Desmarais, Édith Guilbert, Marc Zaffran et Anne-Marie Messier pour les réflexions précieuses que vous m'avez données en chemin.

Alors que je franchis cette étape, j'ai une pensée pour les trois personnes qui ont suscité chez moi cette curiosité pour les mots et leurs usages ; Yette Mathieu, Max Pierrou et Jean-Paul Roussel. Merci d'avoir partagé avec moi vos savoirs et savoir-faire traditionnels. Un peu « tortue », il m'aura fallu du temps pour trouver mon autonomie pour penser les choses, mais vous m'avez fourni ma première boîte à outils, un précieux bagage dont je vous serai éternellement reconnaissante.

Je tiens à souligner aussi ici toute ma gratitude à une enseignante dont l'investissement auprès des ses étudiantes a été déterminant dans mon parcours. Valérie Sacriste, merci d'avoir su trouver les termes adéquats qui m'ont amenée à prolonger mon cheminement universitaire.

Un grand merci à l'ensemble des membres du groupe « Genre, Normes Procréatives et Parentalité », à Efigies, au Réseau Santé et Société, à la MSH-Paris Nord qui ont soutenu sa mise en place. Merci à toute cette équipe de « jeunes » chercheuses pour avoir nourri mes réflexions à travers nos séances de travail et d'écriture collective. Plus particulièrement merci à **Lucile Ruault** et **Lucile Hertzog** pour votre investissement dans le travail de relecture, sans vous je ne serais jamais arrivée jusqu'à la fin de cette thèse (un ps tout particuliers à Lucile Hertzog : tu as été la plus formidable des *supporters*). Mais aussi merci à Pauline Rameau, Mathieu Azcué, Charlotte Debest, Maud Arnaud, Cécile Ventola et à toutes celles qui sont venues rejoindre le projet collectif qui en est né de ces rencontres et qui nourrit quotidiennement encore mes réflexions.

Merci à la région Île-de-France, qui par sa subvention a permis la réalisation de ce travail dans les meilleures conditions. La cotutelle étant pleine de difficultés administratives et logistiques malgré la gentillesse des personnelles des universités qui nous accompagnent, ce soutien financier a été précieux et m'a déchargée d'un poids supplémentaire.

Merci à l'école doctorale Sciences Sociales de Paris 8 de m'avoir permis de bénéficier de l'allocation et du monitorat, mais aussi de m'avoir tant appris sur le fonctionnement de l'institution universitaire. Un merci tout particulier à Hervé Serry et à Mireille Morvan. J'ai beaucoup appris à vos côtés, comme au sein du département de sociologie de Paris 8. Mes années de monitorat et d'ATER au sein de cette université m'ont amenée à de nombreux questionnements notamment en matière de pédagogie, réflexions qui restent pour moi importantes et même essentielles dans la pratique du travail

de jeune enseignante-chercheure. Un grand merci à Laure Pitti, Charles Soulié, Marie Ménoret, Aurélie Dammame, Salima Amari, Nicolas Kaplan, Sébastien Bauvet, Madlyne Samak, Olivier Louail, Coline Cardi et Nicolas Jounin pour m'avoir donné des pistes de réponses dans des cadres plus ou moins formels. Un remerciement tout particulier aux étudiant·es de sociologie de Paris 8 qui ont su me mettre à l'épreuve et m'exprimer aussi leurs critiques tant quant à ma façon d'enseigner que par rapport à mes recherches. Ces années d'enseignement ont été pour moi pleine d'apprentissages et m'ont permis de comprendre que l'extra résidait dans l'ordinaire.

Je remercie le CSU, qui pour moi aura été un cadre assez exceptionnel pour réaliser une thèse. J'espère pouvoir trouver dans l'avenir un lieu d'inscription aussi enrichissant, dynamique et chaleureux que cette équipe. Collectivement vous m'avez apporté un soutien matériel dans les moments plus difficiles. Adresse principale de ma formation intellectuelle, j'ai eu la chance à Pouchet de découvrir des chercheur·es et enseignant·es de qualité doublé·es de personnes formidables. Chacun·e des membres de cette équipe, ainsi que de nombreux·ses travailleur·ses du site pourrait être ici cités, car tous les petits échanges du quotidien ont participé de ce travail, et de mon épanouissement dans sa réalisation. Un merci particulier à Anne-Marie Devreux qui restera toujours pour moi un modèle. Je tiens à lui signaler ici ma réelle admiration quant à ses pratiques de travail au quotidien. Merci de m'avoir impliqué dans le travail de petite main du Recensement des études sur le genre et/ou les femmes aux côtés de Carmen Calandra. J'ai pu saisir toute l'ampleur et l'importance de ce projet dans lequel Sybille Schweier nous a guidées. Merci à Christelle Avril qui m'a offert des clefs précieuses pour la construction de mes premiers cours. Merci à Audrey Mariette et Delphine Naudier pour avoir partagé avec moi certains de leurs doutes et quelques unes de leurs craintes me permettant de saisir l'importance d'une réflexivité dans nos propres pratiques de recherche comme d'enseignement. Merci à Daniel Bizeul qui en ouvrant ses carnets de terrain et les étapes intermédiaires d'une recherche en train de se faire m'a guidée dans mon propre bricolage. Merci à Cédric Lomba, Catherine Achin, Dominique Memmi, Gail Pheterson, Cédric Hugrée, Séverine Sofio, Olivier Roueff, Françoise de Barros, Celia Bense Ferreira, Baptiste Coulmont, Éric Cheynis, Karim Hammou. Merci aussi à Danièle Muller, Christine Daussin, Sonia Francius et Jérémy Deher notamment pour avoir excusé mes petits et gros retards administratifs ou d'emprunts d'ouvrages. Merci aux docteur·es et doctorant·es (ou ex-doctorant·es/docteur·es) du CSU, Magdalena Brand, Marjolaine Roger, Christelle Dormoy, Ornela Mato, Amélie Beaumont et Angeliki Drongiki, mais aussi Kolja Linder, Chiara Quagliariello, Artemisa Flores Espinola, Camille François, Clément Barbier, Edouard Portal, Joan Cortinas et Sylvain Bordiec. Un merci particulier dans la bande à Nicolas Larchet, pour son investissement constant dans des tâches parfois ingrates. Un clin d'œil aussi à Axel Pohn-Weidinger, Anne-Julie Auvert, Nicolas Divert, Stanislas Morel, Wenceslas Lizé, Nathalie Éthuin et Damien Boone.

De plus, si j'ai peu été présente à l'IRÉF, j'y ai passé des moments précieux et remercie l'ensemble des membres pour leur accueil chaleureux. Travailler ponctuellement au sein de cet institut m'a permis de découvrir une autre forme d'institutionnalisation des études féministes. L'articulation de l'IRÉF avec les différents départements de l'UQÀM a ouvert mon horizon, la concentration en études féministes me guidant. Merci à Rachel Chagnon de m'avoir acceptée au sein de son cours en auditrice libre de droits des femmes et de m'avoir permis de saisir l'importance d'une relecture du droit « au prisme » du genre. Merci aussi à ces enseignant·es du département Rachad Antonius pour nos échanges autour des questions d'éthique, à Anne Laperrière et Marcel Rafie pour la formation en méthodologie qu'ils m'ont dispensée et les débats épistémologiques auxquels ils ont donné lieu au sein de leur cours. Merci à Micheline Milot pour m'avoir poussée à dépasser mon aversion pour le droit, et de m'avoir rendu accessible un univers qui me paraissait bien hermétique. Merci à Sandrine Ricci pour ces échanges entre deux voyages. Merci à David Koussens et à Alexandre Maltais pour votre accueil, et tous ces échanges mêlant critiques et rires.

Je remercie chaleureusement toutes les personnes qui ont accepté de dégager du temps pour répondre à mes questions, et qui ont bien volontiers partagé avec moi des instants de leur vie. Cette thèse n'aurait pas existé sans elles, et ces moments « de terrain » en entretien ou en observation ont été vraiment pour moi des rencontres humaines bien plus que de simples entretiens pour un travail universitaire. Merci pour les nombreux fous rires, mais aussi pour tous les questionnements que vous avez soulevés. J'espère que les lignes de cette thèse rendront compte de la force et la joie de toutes ces femmes qui m'ont livré avec une grande générosité une part de leur intimité. Je pense que ces échanges m'ont permis de saisir toute l'épaisseur du slogan, le privé est politique, et m'ont convaincue de l'importance de travailler sur cet objet tu : l'avortement. Merci pour ces soirées tardives, ces dîners, ces cafés, ces pique-niques et surtout de m'avoir fait confiance en me faisant part de vos expériences, me permettant de comprendre à quel point cette intuition floue avait tout son sens. À chacune d'entre vous, mille mercis !!!

Un grand merci à toute ma famille, et particulièrement à ma Grande sœur Charlotte Mathieu, ma mère et mon premier modèle Françoise Pierrou, mon oncle Pascal Pierrou, mon frère Alexandre Mathieu, mon père François Mathieu et sa conjointe Muriel Larvaron.

Un énorme merci à tous mes anciens colocataires dont le partage du quotidien a rendu ces années plus douces et tellement drôles, et dont les « squattages » de canapés ont enrichi aussi mes réflexions : les anciens de la maison du bonheur: Philippe Ferrier Leclerc, Martin Arsenault, Francis Larose, Anne-Marie Boucher, Alexandrine Belentretien, Caroline Raimbault, Ariane Malo-Sauvé, merci pour votre générosité sans limite ; mon coloc de l'escale jaune : Benjamin Mousseau; la Médvès Team : Marion Moni, Arnaud Guillou, Quentin Adt, Hervé Frémon, les colocs du bar : Nicolas Bosshardt, Carolina Rodriguez, Fadi Jouni et ma chouette Bobbie Deutsch, les ptits loups de Crimée : Mats Gustau, Raphaël et Sylvain Dubert, Cindy Lombardi, Antoine Giner pour avoir mis plein de rythmes dans mon quotidien, et à la relève cinématographique : Kevin Varin et Harold Rive Decaillot – un grand grand merci.

Je remercie les ami·es de jeunesse et de fac, les copines, les copains, les potes, qui malgré les éloignements géographiques sont toujours aussi soutenants : Cécile et Isabelle Layer. Merci d'être toujours par là depuis bientôt vingt ans. Merci aussi à la famille Bergougnoux-Duquette : Gaëlle, Akim, Eloi et Axel ; Isabel Heizer; Michèle Razafinimaro ; à Hélène Longrais, Julie Couronne, David Mahut, Arnaud Trenta, Hélène et François Menu, Jolka Nathanaili-Penotet, Guillaume Amacher, Vanessa Sy, Patrick Lefour et une pensée toute particulière pour une étoile : Sylvain Conti. Merci Loïc Sallard, Benjamin Bousquet, Élisa Montaruli (et toute sa famille), Marussia Paradis, Umugaba Seminari, Amadou Thiam, Mélanie Saucier, Franck Hugues et Jean, Antoine Bouvrain, les potes de la distrib : Micka, Nico, Gilles et Caro, Pierre Mellet (tout particulièrement pour les cafés des derniers mois), le « club de scrabble » : Alain Ouzou et Matthieu Donald-Caillot. Un merci à Joëlle Ferral qui m'a permis de franchir un grand pas en avant, à Olivier Rigot pour ces drôles d'« oiseaux », à Jasim pour m'avoir appris la patience, et à Antoine Bretin pour ce « mont pas si ». Aux complices de Phipo merci : Justine, Flavia, Luli, Pierrot et Warren.

Merci aux collègues, les copines, les copains, habitué·es du bar l'Abribus et de la rue de Bagnolet : mon petit cocon-mon île qu'il a été si dur de quitter. Merci d'avoir accompagné mon quotidien ces dernières années de vos visages, vos émotions, vos manies, vos blagues, vos craintes, vos regrets et vos envies. Une spéciale dédicace à mon Titi : cette petite phrase que tu répétais souvent et cette cape rouge m'ont vraiment portée, un grand merci à Hamid pour ta confiance, merci Riri (pour les « ahhhh » que tu as endossés dans les dernières semaines) et Chéché, Sonia et Loana, Khalkhal et Aurélie, Tarek et Lamlam, Abdul et Binoé, Adèle, Virginie, Leila et loulou Elliot, Lio, Bertrand (et l'ensemble des thésards du bar !), Joseph et Sylviane, Lolo, Philou, Hamidou, Anne-Marie, Annick, Samir et Flavie, BAstian et Monsieur Jean, Alex, Hervé, Léandre, Guy, Emma, Cécé, Benoite, Mouss, Nathou, Doudou, Jean-Marc, Kaci, Boris, Milie et Yves, Lorraine, Tamime, Guillaume et Laura, Louis-Marie, Toph, Cécile, Coco, les footeux, les papas et Anna et Elior… Merci à Foufou pour cette virée qui m'a donné beaucoup d'élan. Merci aussi à Chloé pour ces petits moments de folie partagée. Et…. surtout surtout merci à ma petite communauté suricate : Vinvin (encore, mon phare !), Bibib et Sonia.

Un merci inattendu, mais sincère à l'équipe du Bellerive, pour avoir respecté ma bulle solitaire durant ces dernières semaines et pour m'avoir accueillie avec sourires et carambars.

Un merci très particulier à François Évrard. Merci pour ton incroyable *bienveillance* ;). Tu m'as amenée à me confronter, à me dépasser et à m'apaiser ces dernières années et plus spécifiquement les derniers mois (*genre*).

Enfin un IMMENSE MERCI à mes points cardinaux ; **Marc Chapuis, Jérôme Desbois, Élise Requilé** et **Lucile Ruault**.

Merci Marc, mon dealer de romans, qui alimente mon imaginaire. Tu trouveras dans les pages de cette thèse des idées vers lesquelles notre rigolo troc m'a poussée. Je n'ai plus d'argument pour reporter notre virée berlinoise. Merci de me pousser hors de ma zone de confort et de me soutenir dans mes projets un peu fous.

Jérôme merci pour ta présence dans ma vie. Je ne pouvais rêver mieux que tu vives rue Pouchet ! Merci d'avoir toujours été là même quand tu n'étais pas d'accord, et d'avoir ri de tout avec moi. Merci pour cette drôle de soirée qui a donné forme au chapitre V. La carotte napolitaine était une merveilleuse idée.

Enfin il n'y aura pas de mots assez forts pour rendre compte de ma gratitude envers mes deux grandes complices et amies : Élise et Lucile. Cette thèse n'aurait pas été la même sans vos rencontres qui ont été pour moi déterminantes.

Élise, merci pour ton investissement dans le collectif du CSU dans lequel j'ai trouvé ma place en grande partie grâce à toi. Je me suis régalée en travaillant à tes côtés, et savoure encore chacun de nos échanges. Ton canapé rue Championnet qui a accueilli tous mes doutes a été un merveilleux refuge, dont je suis toujours repartie « repue ». Merci pour ton amitié qui m'est si chère, et toute cette matière à penser que tu as partagée avec moi.

Lucile, merci pour ce nouveau souffle que tu m'as offert. Merci de t'être embarquée avec moi dans de douces folies (et à Alexis de travailler avec nous bien souvent à la réalisation de ces projets). Merci pour ton art de la maïeutique et ton attention aux mots. Nos discussions m'ont permis d'aller plus loin dans les déconstructions, pour composer autrement, de me lancer dans l'écriture et d'oser ce que parfois je n'aurais eu l'assurance de faire seule. Nos utopies m'ont offert beaucoup de bonheurs, au-delà de tout ce qu'elles m'ont appris.

Merci à toutes deux d'avoir partagé avec moi des façons de penser et de faire de la recherche qui loin du *monde des bisounours* reste pleine d'émotions, d'empathie et de corps ! Merci d'avoir fait de ma petite inertie un atout, une faille spatio-temporelle pour penser et faire les choses autrement. Merci pour toute l'inspiration que vous m'avez donnée si souvent et pour votre constante vigilance. Vos critiques n'ont cessé d'alimenter mon travail, car vous possédez toutes deux cette robuste finesse d'observation et d'analyse dont je ne cesse de m'émerveiller. J'espère que nos idées continueront de se bousculer et de s'entrechoquer, car ces petits conflits associés à la bienveillance qui vous caractérise toutes deux m'ont permis de ne pas céder à la facilité, en prenant le temps et le recul nécessaire.

TABLE DES MATIERES

Introduction générale ... **16**

PREMIERE PARTIE : Déconstruire l'avortement, « une pratique moralement controversée » ... **23**

Chapitre I : La construction socio-historique du « droit » à l'avortement en France et au Québec ... **23**

Introduction ... 23

I.A. De la criminalisation à la médicalisation de l'avortement ... 24

I.A.1. La criminalisation de la contraception et de l'avortement ... 24

I.A.1.a. Au Québec, la procréation des femmes sous contrôle ... 24

I.A.1.b. En France, un État répressif impuissant face à la dénatalité ... 25

I.A.2. Une planification des naissances qui s'impose ... 27

I.A.2.a. Du *Birth Control* à la loi Neuwirth ... 28

- Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, ou la diffusion d'une rhétorique à la française ... 28

- La contraception : une responsabilité qui relève du médical ... 29

- Le déplacement d'un tabou : de la contraception à l'avortement ... 30

- La légalisation de la contraception ... 30

- L'avortement thérapeutique : retour sur l'échec d'un projet de loi ... 31

I.A.2.b. De la promotion de la « méthode des températures » au Bill omnibus ... 32

- Une contraception « religieuse » pour assurer la sérénité des couples ... 32

- Le débat sur l'avortement pour « motifs eugéniques » ... 33

- La promotion de la planification familiale comme mesure de bien-être social ... 33

- Serge Mongeau : une approche « sociale » des différentes méthodes de régulation des naissances ... 35

- Entre avortement thérapeutique et avortement sur demande : une loi qui tranche, tout en légalisant la contraception ... 36

I.A.3. Les luttes pour la libéralisation de l'avortement : entre droit et liberté ... 39

I.A.3.a. La radicalisation de la lutte : vers la légalisation de l'IVG ... 39

- La levée du tabou sur l'avortement ... 39

- Des femmes et des médecins militants réunis autour d'une méthode.....41
- Bobigny : les procès des « lois scélérates »....42
- Médecins et femmes: un même combat ?....43
La radicalisation du Planning familial : des conseillères face aux médecins....43
Militantes du MLAC et médecins du GIS....44
- Face à la radicalisation du mouvement, l'élaboration de nouvelles lois....45
Le projet de réforme du gouvernement Messmer....45
Des lois en matière de régulation des naissances : contraception et interruption de grossesse....45
I.A.3.b. Le combat des Québécoises : une bataille « inachevée » ?....48
- Des Québécoises « debouttes » à côté d'un médecin....48
La révolte des québécoises : le Front de libération des femmes du Québec....48
Les deux terrains de la lutte....49
Un médecin en procès et dans les médias....49
Des féministes radicales à l'aide des femmes....51
Alliance et rupture des deux tendances....52
- État et professionnel·les de santé pour la planification des naissances....53
- Quand les Québécoises passent à l'action....55
Une mobilisation provinciale....55
Des cliniques « Lazure » au développement d'un réseau illégal d'avortement....55
- Les derniers pas vers la décriminalisation de l'avortement....57
Une mobilisation de nouveau divisée face à un nouveau procès....57
De la riposte à la victoire....58
I.A.4. La consolidation d'un droit de santé pour toutes les femmes....59
I.A.4.a. L'avortement : un acte de santé sous contrôle médical....59
I.A.4.b. Le choix des femmes....60
I.A.4.c. Un droit pour toutes les femmes ?....61
I.B. Les déclinaisons singulières d'une tolérance légale : une loi garante ou une menace ?
....62
I.B.1. Le refus des compromis français au Québec....63

I.B.1.a. Un encadrement différencié selon la justification de l'interruption de grossesse 64
I.B.1.b. Le délai pour les avortements « volontaires » 66
I.B.1.c. Le décompte des avortements : de la surveillance rapprochée au « flou » statistique 71
I.B.1.d. Victimisation des femmes et psychologisation de l'IVG 73
I.B.1.e. Les restrictions quant aux lieux de la pratique 74
I.B.1.f. La codification de la clause de conscience des professionnel·les de soins 75
I.B.2. Derrière le « vide juridique » canadien, les limites d'une liberté apparente. 77
I.B.2.a. Un « vide » plein d'ambiguïtés 78
I.B.2.b. Le délit d'entrave au Québec : une formalisation nécessaire ? 78
I.B.2.c. L'avortement par médicaments : un interdit canadien pérenne 81
Conclusion 83
Chapitre II: Enquêter et écrire sur l'avortement, un épisode ordinaire de la vie des femmes 86
Introduction 86
II.A. Pour une lecture sociologique du vécu des avortements 88
II.A.1. L'expérience de l'avortement, un objet délaissé par les sciences sociales ? 88
II.A.1.a. Avant la loi, l'avortement, une préoccupation avant tout médicale, juridique et démographique 88
II.A.1.b. Autour des luttes : l'analyse politique et sociologique de l'IVG 90
II.A.2. Interrompre une grossesse, une expérience socialement construite 97
II.A.3. Genèse et apports d'une comparaison France-Québec 100
II.B. Rompre avec le sens commun et « se situer » 101
II.B.1. Une banalisation nécessaire pour analyser les expériences des femmes 101
II.B.2. Quelques données sur l'avortement 103
II.B.2.a. Avorter, un épisode commun dans les vies des femmes 103
II.B.2.b. L'interruption de grossesse, un acte médical simple et sécurisé 104
II.B.2.c. L'IVG, une donnée structurelle des trajectoires re·productives des femmes 105
II.B.3. Une neutralité axiologique impossible 106

II.C. Démarche empirique de la recherche 107
II.C.1. La constitution du corpus d'entretiens, terrain principal de l'enquête 107
II.C.1.a Le recrutement 107
II.C.1.b. Présentation de la population 112
II.C.2. Les conditions du recueil de la parole 114
II.C.2.a. Le guide d'entretien 114
II.C.2.b. Une femme qui mène l'enquête 116
II.C.3. Les va-et-vient de l'analyse 117
DEUXIEME PARTIE : Les cadres sociaux du contrôle des naissances 123
Chapitre III: Les avortements itératifs : des cas d'école 123
Introduction 123
III.A. L'état des savoirs sur les avortements « répétés » 124
III.A.1. Des situations marginales 124
III.A.2. Derrière une même expression des réalités plurielles 124
III.A.3. La hausse du nombre d'IVG répétées : quelques éléments explicatifs 126
III.A.4. Des situations peu explorées 127
III.B. Des femmes qui banaliseraient l'avortement ? 128
III.B.1. « *J'ai vécu plusieurs avortements malheureusement* » 128
III.B.2. « *L'avortement n'est pas un moyen de contraception* » 136
III.B.3. DES avortements : de l'indicible à l'impossible 139
III.C. Derrière le stigmate des « récidivistes » 142
III.C.1. Des trajectoires contraceptives plurielles 142
III.C.1.a. Quand on a tout essayé 143
III.C.1.b. Une nouvelle grossesse pensée impossible 148
III.C.1.c. Après dix années de pilule, le temps de l'exploration 153
III.C.2. En guise de conclusion : des pratiques contraceptives ordinaires 157
Chapitre IV : La contraception, levier réel de l'émancipation des femmes ? 161
Introduction 161
IV.A. La pilule : une autonomie sous contraintes 164
IV.A.1. La contraception orale: travailler pour se libérer ? 164
IV.A.1.a. De l'échec contraceptif à la mauvaise élève 165
IV.A.1.b. Se contracepter : un travail en soi 166
- Un travail mis à mal : de la maladie au traitement 166

- Travail salarié/ travail re·productif : une difficile articulation 168
IV.A.1.c. Une contraception orale conditionnée par l'existence d'un couple 170
IV.A.2. L'impérieuse pilule : entre émancipation et domination 172
IV.A.2.a. Les corps des femmes comme terrain d'expérimentation 173
IV.A.2.b. Une résistance toute « naturelle » à la pilule 175
IV.A.2.c. Contrôle hormonal des naissances et crainte de l'infertilité 177
IV.B. Une responsabilité contraceptive portée par les hommes ? 178
IV.B.1. Le préservatif : méthode alternative ou contraception par défaut ? 178
IV.B.2. Mésusages du préservatif et troubles de la sexualité masculine 180
IV.B.3. Une contraception masculine à responsabilité féminine 181
IV.B.4. Des méthodes non hormonales féminines peu accessibles 185
IV.C. La contraception d'urgence 186
IV.C.1. L'échec du plan B 187
IV.C.2. La « pilule du lendemain » : 187
IV.C.2.a. Un nom plein d'ambiguïté 187
IV.C.2.b. Une information erronée 187
IV.C.3. La mauvaise réputation de la contraception d'urgence 188
IV.C.4. Accessibilité de la contraception d'urgence et évaluation du risque de grossesse 189
IV.D. Méthodes « naturelles » et absence de contraception : fécondité et fertilité en question 190
IV.D.1. Des périodes pensées naturellement infécondes 190
IV.D.1.a. L'absence de règles pensée comme indice d'infécondité en période post-partum 190
IV.D.1.b. La sexualité pendant les règles : le mythe de l'impossible Fécondation 191
IV.D.1.c. La difficile remise en question d'un moyen de contraception peu fiable : la méthode du calendrier 192
IV.D.2. Se penser inféconde ou infertile : du doute raisonnable à la « pensée magique » 193
IV.D.2.a. Une infertilité insinuée par le corps médical 193
IV.D.2.b. Un corps malade pensé infécond 195
IV.D.2.c. Déconstruire la « pensée magique » : prise de risque et infertilité

supposée 195
IV.D.3. Prendre des risques pour tester sa fertilité 197
Conclusion 199
TROISIEME PARTIE : Les cadres sociaux de la production des enfants et de son refus 200
Chapitre V : Interrompre une grossesse : une décision sous influence ? 200
Introduction 200
V.A. Quand le moment n'est pas à la maternité, une décision évidente 203
V.A.1. Le temps de la jeunesse et des projets 203
V.A.1.a. Une passion en suspens 204
V.A.1.b. Une année sabbatique : entre voyage initiatique et reprise des études 208
V.A.1.c. Le primat des études 211
Terminer ses études collégiales : un impératif 211
Un parcours universitaire « tout tracé » 214
Finir sa formation universitaire 217
V.A.2. Quand la grossesse interfère avec l'insertion professionnelle 221
V.A.2.a. « *Je commençais tout juste à travailler* » 222
V.A.2.b. « *C'est un peu pour des raisons professionnelles qu'on a décidé de ne pas avoir un enfant tout de suite* » 223
V.A.3. Les limites de l'investissement maternel 224
V.A.4. Un regard sur le contexte qui change avec l'âge 225
V.B. Une décision va de soi mais pour des impératifs extérieurs 227
V.B.1. Si une incertitude plane sur la santé du fœtus 227
V.B.1.a. Les effets potentiels d'un traitement médical sur le fœtus 227
V.B.1.b. Les effets potentiels des drogues sur le fœtus 228
V.B.2. Lorsque la grossesse est le résultat d'un rapport non consenti 229
V.C. Une décision qui s'impose, mais éprouvante 229
V.C.1. Avorter quand on est « contre l'avortement » 230
V.C.2. Une maternité désirée par la femme 233
V.C.2.a. Le primat de la relation sur le désir d'enfant 233
V.C.2.b. Des couples fragiles 235
V.C.2.c. Une grossesse impossible en l'absence de solidarité conjugale 237
V.C.2.d. Le respect du modèle familial 239

Le refus d'avoir un enfant « bâtard » 239
Ne pas avoir un enfant rejeté par son père 240
Un enfant adultérin incompatible avec le maintien d'un poste professionnel 242
V.C.3. Quand le partenaire est en faveur de la poursuite de la grossesse 243
V.D. Maternité, procréation et IVG : une articulation complexe 245
V.D.1. La procréation comme « *dernier recours* » 246
V.D.2. De l'adoption au désir de procréation 247
V.D.3. Devenir famille d'accueil 248
Conclusion 249
Chapitre VI : La prise en charge de l'avortement : une pratique encadrée 250
Introduction 250
VI.A. Les étapes préalables à l'avortement 252
VI.A.1. Les chemins vers l'avortement 253
VI.A.1.a. Premiers pas 253
Des lieux éclatés aux cliniques spécialisées 253
Des systèmes à deux vitesses 257
VI.A.1.b. D'un simple rendez-vous au parcours de la combattante 260
En France, des chemins plus ou moins complexes selon la méthode d'IVG 261
Au Québec, un itinéraire déterminé par les lieux de la pratique 264
VI.A.2. Les étapes préalables à l'avortement 266
VI.A.2.a. Les modalités de confirmation de la grossesse 266
VI.A.2.b. L'échographie 267
VI.A.2.c. L'entretien préalable 270
La psychologisation française de l'avortement 270
Des rencontres collectives marginales 272
VI.A.3. Des femmes maintenues prisonnières de leur propre corps 273
VI.B. Les cadres sociaux de la pratique 276
VI.B.1. Avorter : une démarche éclairée ? 276
VI.B.2. La méthode d'avortement : un choix balisé 278
VI.B.3. La prise en charge de la douleur : des choix aux protocoles 280
VI.B.4. Des femmes isolées ? 283
VI.C. Les théâtres et acteurs·rices de la prise en charge 285

VI.C.1. « *J'avais très peur d'être jugée* » 285
VI.C.2. Les « théâtres de la bienveillance » 286
VI.C.2.a. Au CDSFM, l'avortement devient « *une bonne expérience* » 286
VI.C.2.b. Au Planning, des professionnel·les « *humaines* » 291
VI.C.2.c. La Clinique Morgentaler : un lieu accueillant et des professionnel·les compétent·es 292
VI.C.3. Les « scènes de l'ambivalence » 294
VII.C.3.a. Entre sentiment de jugement et pratiques paternalistes 294
VII.C.3.b. Une « partialité déplacée » 297
Conclusion 298
Conclusion générale **300**
C.1. La stigmatisation d'un mode de contrôle ordinaire des naissances qui pèse toujours sur les vies des femmes 300
C.2. Derrière la norme contraceptive : 302
C.2.a. La « diabolisation » de l'avortement 302
C.2.b. L'idéalisation de la contraception 303
Une dissociation encore imparfaite de la sexualité et la procréation 303
Invisibilisation du travail contraceptif/abortif des femmes 304
C.3. Travail productif et re·productif : de la difficile voire impossible conciliation 305
C.4. La place des hommes dans l'IVG 305
C.5. Une comparaison qui permet de déconstruire des évidences 308

BIBLIOGRAPHIE GENERALE....308

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Liste et significations des acronymes employés dans la thèse....334
Annexe 2 : Lexique sur les différents niveaux d'études en France et au Québec....335
Annexe 3 : Synthèse générale de la population recrutée....336
Annexe 4 : Le guide d'entretien....340
Résumé/Abstract....347

LISTE DES ENCADRES

Encadré 1 : Les différentes méthodes d'avortement dans les années 1970....42
Encadré 2 : Le Centre de santé des femmes de Montréal (CDSFM) 56
Encadré 3 : Précisions terminologiques....81
Encadré 4: Quelques précisions quant aux systèmes scolaires en France et au Québec....113
Encadré 5 : Les terrains complémentaires de l'enquête....115
Encadré 6 : Caractéristiques du corpus mobilisé au sein de ce chapitre....125
Encadré 7 : La norme contraceptive en France et au Québec....162
Encadré 8 : Un apport particulier de la comparaison France-Québec....202
Encadré 9 : Les trois "D" du Centre de santé des femmes de Montréal.... 288

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Liste des projets présentés à la Chambre des communes pour recriminaliser l'avortement totalement ou en l'absence de motifs médicaux (1989- 2016) 65
Tableau 2 : Liste des projets présentés à la Chambre des communes tentant de faire reconnaître des droits au fœtus ou d'établir un seuil limite légal (1989- 2016)....69
Tableau 3 : Ensemble des projets de loi canadiens tentant de formaliser une clause de conscience....77
Tableau 4 : Liste des incidents connus de violence commis à l'encontre des fournisseurs ou des cliniques au Canada, y compris les actes graves de vandalisme....80
Tableau 5 : Les produits employés pour la réalisation des avortements de 1988 à 2015....83
Tableau 6 : Contraception et trajectoires contraceptives des pluri-avortées....159

Introduction générale.

En France comme au Québec, l'avortement est aujourd'hui un acte de santé gratuit permettant aux femmes de choisir le devenir de leur grossesse et un pan de leur propre vie. S'il est autorisé par la loi dans ces deux sociétés, il se doit de rester exceptionnel. Bien qu'étant à Paris et à Montréal « une donnée structurelle de la vie sexuelle et reproductive des femmes » (Aubin, 2011 : 212), un épisode que plus d'un tiers d'entre elles vivront au moins une fois dans leur vie (Rossier, Toulemon et Prioux, 2009 ; Guilbert, 2010), l'acte désigné en France sous le terme « interruption volontaire de grossesse » est toujours pensé comme un mode illégitime de contrôle des naissances, « l'ultime moyen pour corriger les échecs de la contraception » (Hassoun, 2011 : 216), un geste « non anodin » (Mathieu et Ruault, 2014 : 51) voire un drame (Pheterson, 2003 : 109 ; Lambert, 2012) à éviter et évitable.

Car étant un refus par les femmes d'une grossesse entamée et d'une potentielle maternité, l'avortement a été longtemps dénoncé dans la plupart des sociétés comme le rejet des femmes de leur « destin physiologique » et de leur « vocation "naturelle" » (Beauvoir, 2013 : 326). Il draine toujours derrière lui, tout particulièrement au sein de ces deux sociétés empruntes d'un passé nataliste, un ensemble de jugements de valeurs, témoignant d'un « grandiose projet de domestication de la reproduction » (Tabet, 1998 : 128), au sein duquel la vie et la sexualité des femmes ont été longtemps cantonnées.

À travers cette thèse, nous nous sommes plongées dans les récits de femmes, de leur avortement et plus largement de la part dite « privée » de leur existence, pour explorer les réalités dissimulées derrière les préjugés véhiculés autour de l'usage de ce mode de régulation des naissances tout comme de l'ensemble des moyens rendus disponibles aux femmes pour contrôler leur fécondité. À partir de l'analyse des discours recueillis, nous révélons les cadres sociaux de l'autonomie re·productive des femmes dans ces deux sociétés. Le contrôle des naissances, et donc l'avortement, est avant tout l'histoire d'une classe de sexe : le groupe des femmes[1] (Mathieu et Ruault, 2014; Divert et Jarvin, 2011 ; Cresson, 2006). Même lorsque « le caractère concret de la fécondation ne permet plus de délier complètement les responsabilités» (Pache, 2013), les femmes sont tenues pour seules responsables de la

[1] Raisonner en termes de « classe de sexe » permet de souligner qu'hommes et femmes sont des constructions sociales. Ce raisonnement réfute toute conception naturaliste des catégories et considère le *genre* comme préexistant au sexe. Les groupes de sexe sont produits à travers des rapports de domination, d'exploitation et de contrôle, autour d'intérêts antagoniques. En étudiant les usages et contrôles des corps, les féministes matérialistes (dont Colette Guillaumin, Christine Delphy et Nicole-Claude Mathieu) ont mis en exergue l'inscription dans ces corps d'une division sociale du travail, qui consiste en une opposition et une hiérarchisation entre travail productif et travail reproductif.

survenue de la grossesse et de l'avortement, et l'expérience de l'IVG – aujourd'hui médicalisée – leur est réservée.

Pour développer cette thèse, il nous fallait avant tout planter le décor : ce que nous nous sommes attelées à faire dans la première partie : « Déconstruire l'avortement, "une pratique moralement controversée" ».

Dans le chapitre initial, nous avons choisi de donner à voir, dans les deux sociétés étudiées, les encadrements légaux de la régulation des naissances, et la manière dont s'est construit au travers du temps le droit des femmes à avorter. Ce retour historique nous a permis de saisir les communes évolutions du contrôle étatique de l'avortement, qui bien qu'ayant leur propre tempo dans ces deux sociétés, poursuivent un cheminement analogue : longtemps criminalisée (Le Naour et Valenti 2003 : 196 ; Desmarais, 1999 : 30-31, 36), puis en partie dépénalisée ou autorisée par la loi, l'interruption volontaire de grossesse devient un acte médical (Horellou-Lafarge, 1982 ; Ferrand et Jaspard, 1987 : 33 ; Lamoureux, 1993 : 173 ; Godard, 1992) et médicamenteux. Mais pas un acte médical comme un autre. Ici comme là-bas, il est construit comme la « mauvaise » méthode de contrôle des naissances par opposition aux différents moyens de contraception, et toujours présenté comme dommageable. La mise en perspective des dispositions légales françaises et québécoises montre bien qu'il demeure un *droit pas vraiment comme les autres*. En effet, malgré des configurations singulières, l'avortement s'est construit en France et au Québec comme un droit non consensuel : un droit marqué par les traces des restrictions initialement votées en France (Marguet, 2014) et un droit « sans loi » au Québec (Desmarais, 1999 : 368). Cela souligne l'impossibilité des États mais plus largement de l'ensemble de ces sociétés de traiter l'avortement malgré sa fréquence, sa récurrence et sa simplicité comme une pratique *ordinaire de contrôle des naissances.*

Après ce regard sur l'histoire récente, nous effectuons dans le chapitre II un pas de côté. En nous appuyant sur la littérature scientifique existante, nous amorçons la déconstruction de l'avortement tel qu'il est pensé majoritairement aujourd'hui dans nos sociétés, pour révéler à la fois l'encadrement normatif de ce mode de régulation des naissances, tout comme son impossible éradication. En effet, dans ces deux sociétés – mais c'est peut-être particulièrement net en France –, on a d'abord pensé la disparition possible de l'avortement grâce à la diffusion massive de la contraception médicale. Mais on sait aujourd'hui que les taux d'IVG demeurent pour partie « incompressibles » du fait de la recomposition au cours du temps des normes procréatives, c'est-à-dire de l'ensemble des règles sociales régulant la production des enfants (Bajos, Moreau et *al.*, 2004 ; Bajos et Ferrand, 2011 : 54). Malgré la fin de cette illusion (Olier, 2011 : 9), l'avortement continue à

être opposé à des techniques présentées comme préférables car préventives et reste l'objet d'une forte réprobation sociale. Si sa pratique est très encadrée, c'est qu'il s'attaque à l'un des fondements de ces sociétés, « à savoir le fameux mythe de la maternité comme seule et unique identité des femmes » (Desmarais, 2002 : 52) et plus particulièrement à son caractère biologique/« naturel » (Mathieu, 2013 : 63). En effet, l'avortement, contrairement à la contraception, met en relief la dimension éminemment sociale de la maternité. Cet objet s'avère particulièrement heuristique car l'analyse de son recours questionne les conditions de deux pans du travail anthroponomique[2] (Bertaux, 1977 : 52-53) ou « travail re·productif » (Mathieu et Ruault, 2017 ; Löwy, Rozée et Tain, 2014 : 9) : la « production des enfants » (Combes, 1988 ; Devreux, 1988 ; Praz, Modak et Messant, 2011) et sa régulation : le « travail contraceptif » (Thomé, 2015), et leur difficile voire impossible articulation pour les femmes avec des activités dites productives (travail salarié).

Bien entendu, pour écrire sur l'avortement et les modalités du contrôle social des femmes – de leurs corps, de leur re·production et de leurs sexualités – il nous a fallu opérer des choix, à commencer par celui de l'usage du terme même d'avortement. Chacune de ces décisions a été pensée de manière cohérente avec la comparaison engagée entre la France et le Québec – province francophone d'un des rares pays à ne pas avoir de loi en matière d'avortement sur son territoire –, mais aussi avec le choix épistémologique pour lequel nous avons opté. Dans ce deuxième temps de la thèse, nous rendons ainsi compte de la genèse et des apports d'un travail comparatif franco-québécois, mais aussi des réflexions qui nous ont guidées vers une posture *située* (Hartsock, 1998 ; Harding, 1991) et nous levons le rideau sur

[2] Daniel Bertaux explique ainsi le cadre original qu'il a formalisé pour penser les activités sociales au sein des différentes sphères de vie selon des modalités variées : « La reconstitution de cette énergie [des êtres humains qui sont à la fois consommateurs et dont l'énergie est aussi consommée ; donc consommés] constitue l'une des formes possibles de la *production* anthroponomique : c'est la reproduction quotidienne de la force de travail humaine, ou plus généralement de l'énergie humaine. Mais la production anthroponomique peut prendre d'autres formes : production initiale, mise au monde d'un nouveau-né, production matérielle "élargie", qui dans l'enfant produit à la fois l'énergie et accroît la taille du support de l'énergie, le corps ; production soi-disant "immatérielle", ou plutôt *culturelle,* qui produit en l'être non pas l'énergie pure mais des *formes spécifiques* de cette énergie : les "capacités", les aptitudes à faire tel ou tel travail, à exercer telle ou telle activité. Cette liste n'est pas exhaustive : la production anthroponomique, c'est la production de l'énergie humaine, à la fois en quantité et en qualité, à la fois comme source pure "brute" et comme modes spécifiques de concrétisation : énergies "qualifiées" de l'artisan, de l'ouvrier professionnel, de l'infirmière, de l'artiste, de la mère de famille, mais aussi du banquier et du politicien, du journaliste. C'est la production des êtres eux-mêmes, non pas en tant qu'êtres biologiques mais en tant qu'êtres sociaux. La reproduction "biologique" est subordonnée à la production sociale ; le social utilise le biologique, comme l'économique utilise la technique ; mais il lui donne sa forme extérieure et même, pourrait-on dire, son contenu ».

les coulisses de l'enquête, donnant à voir la fabrique des outils de la recherche, du recrutement à ceux de l'analyse.

Dans les pages suivantes de cette thèse, nous présentons les résultats de la recherche, que nous avons organisé en deux grandes parties.

Les chapitres III et IV exposent « Les cadres sociaux du contrôle des naissances ». Nous avons choisi d'ouvrir cette section sur les avortements dits itératifs, interrogeant tant ce que recouvre cette expression que les préjugés associés à celles qui, autrefois désignées sous le terme de « récidivistes » (Novaes, 1982), incarnent aujourd'hui un des degrés les plus élevés de déviance parmi les conduites honnis dans le modèle dominant de contrôle des naissances (Mathieu et Ruault, 2014 : 51). Car s'il est accepté dans nos sociétés que les femmes puissent recourir à l'avortement « comme ultime recours », son emploi répété dérange voire inquiète, même si finalement le nombre de femmes avortant plusieurs fois dans leur vie reste très marginal selon les statistiques. En nous appuyant sur ces « cas d'école », nous rendons compte de l'impossibilité sociale – parce que morale – d'admettre la banalisation de l'avortement aujourd'hui pour *toutes* les femmes, de Paris à Montréal. Et la plupart des femmes elles-mêmes, y compris quand elles y ont recours plusieurs fois dans leur vie, continuent à penser, comme l'ensemble du corps social, que l'avortement doit rester un malheureux accident et une pratique qui ne saurait se substituer à un moyen de contraception. D'ailleurs, si on prête attention à leurs trajectoires contraceptives, on ne peut qu'être interpelée par le fait qu'elles ne se distinguent en rien de celles des femmes ayant avorté une fois, et même de celles n'ayant jamais avorté. Bien souvent jugées irresponsables et psychologisées, les pluri-avortées ont ceci d'étonnant : elles ont des pratiques contraceptives ordinaires pas si différentes des autres. En effet, l'ensemble des femmes enquêtées ayant avorté plusieurs fois témoigne de pratiques contraceptives très variées allant des techniques dites traditionnelles aux méthodes médicalisées. Aussi, leurs parcours contraceptifs signalent pour la plupart l'essai de plusieurs moyens de contraception au cours de leur vie. Elles reflètent la diversité des postures des femmes quant aux différentes méthodes contraceptives disponibles, mais aussi les difficultés à assurer à temps plein tout au long de leur vie une maîtrise parfaite et rationnalisée de leur fécondité, comme l'illustrent les différentes enquêtes sur l'observance contraceptive (Régnier-Loilier et Léridon, 2007 ; Moreau, Bouyer *et al.,* 2006 ; Léridon, 1998 ; Toulemon et Léridon, 1995). D'ailleurs, celles-ci soulignent bien que les femmes n'ayant pas eu de grossesse non désirée ont bénéficié du facteur chance. Cela n'est pas sans questionner la pertinence du regroupement des femmes ayant avorté plusieurs fois au sein d'une même catégorie.

Dans le chapitre IV, nous avons porté notre attention aux conditions de survenue d'une grossesse avortée. Volontiers réduites à des « échecs de contraception », les circonstances plurielles ayant conduit à une grossesse non prévue révèlent les cadres sociaux de l'autonomie sexuelle des femmes. On a longtemps pensé la contraception comme le levier essentiel à leur émancipation (Héritier, 1999 : 48 ; 2012 : 26). Si la contraception est l'*Habeas Corpus* des femmes, elle n'en est qu'une partie. Car sans l'avortement les femmes ne peuvent être totalement affranchies de l'injustice des hommes et de la tyrannie de la nature (Fraisse, 2002 : 55-56). Les expériences des enquêtées rendent compte en effet des limites des différents modes de prévention d'une grossesse. D'abord parce que les méthodes ont une efficacité différente et demandent, selon la technique choisie, une implication plus ou moins marquée de la femme. Si l'on excepte le préservatif et le *coïtus interruptus*, toutes les méthodes actuelles sont « aux mains des femmes ». C'est une véritable révolution qui les pose, en principe, à égalité avec les hommes face aux conséquences de la pratique de la sexualité (Lefaucheur, 1992). Mais bien que la contraception affranchisse les femmes pour partie du risque de grossesse, elle implique pour elles un « travail domestique de santé » (Cresson, 1995) génésique : il s'agit du travail contraceptif, dont l'inefficacité, sanctionné par les grossesses non voulues, souligne les difficultés. Tout en donnant à voir la division sexuée (dite dans la littérature sexuelle) de cette dimension du travail re·productif, les récits des femmes éclairent sa difficile articulation avec un ensemble de tâches concurrentes : emploi salarié (travail dit productif) mais aussi travail de santé et maternité. Mais au-delà de la charge matérielle (physique, temporelle et économique) et mentale qu'elle représente, la contraception dans sa version médicalisée, après avoir été vécue par certaines comme une émancipation, apparaît aujourd'hui pour d'autres comme une nouvelle forme de domination sur leur corps, d'ordre pharmaceutique et médical. Ainsi, une partie d'entre elles se distancient des modes de contraception médicaux et tout spécifiquement hormonaux, craignant pour leur santé et plus spécifiquement pour leur fécondité à venir et leur fertilité. C'est bien le maintien de ce potentiel procréatif qui questionne les femmes, signalant la centralité de la norme de la maternité biologique au sein de leurs préoccupations. Aujourd'hui comme hier, malgré l'évolution des formes familiales, le développement d'un idéal égalitaire, la reconnaissance de la légitimité des trajectoires professionnelles féminines, demeure toujours la représentation dominante que la réussite d'une vie de femme passe par la maternité (Bajos et Bozon, 2008 : 592-593). En dépit des nombreuses avancées en matière de contrôle des naissances, les femmes ne peuvent faire l'économie d'une réflexion quant à leur potentiel procréatif et se voient contraintes aujourd'hui de penser la planification de leur vie pour

pouvoir avoir un enfant (Langevin, 1981), et ce dans les conditions socialement définies comme « bonnes » pour accueillir un nouvel être humain.

Dans la dernière partie « Les cadres sociaux de la production des enfants et de son refus », nous avons exploré la construction sociale de l'expérience avortement, en portant notre attention à deux temps indissociables de la manière dont les femmes vivent une IVG : celui de l'élaboration de la décision (chapitre V) et celui de la prise en charge (chapitre VI). Tout en montrant le caractère erroné d'images véhiculées sur les femmes – qui soi-disant « banaliseraient » l'avortement, s'y adonnant par « confort » ou « convenance », et/ou qui ne pourraient le vivre autrement que comme un drame –, l'examen de ces deux dimensions nous a permis de révéler les normes sociales pesant sur l'autonomie procréative des femmes.

Dans le chapitre V, nous avons porté notre attention sur la façon dont les femmes construisent leur choix d'interrompre ou de poursuivre une grossesse. L'analyse des modalités selon lesquelles se fabrique la décision d'avorter puis de la manière dont les femmes la vivent révèle la prégnance des normes procréatives (le bon âge, l'existence potentielle d'un couple parental, les conditions matérielles et la situation professionnelle) sur leur choix. Mais c'est bien la manière dont les femmes pensent et vivent l'articulation des différentes « sphères » de leur vie que révèle l'examen de cette étape. Alors que l'avortement s'impose comme une évidence pour les femmes lorsqu'elles sont engagées dans des projets vus comme concurrents (études, carrière, allaitement/élevage d'un enfant), *a fortiori* lorsqu'elles sont jeunes et que leur partenariat sexuel est instable, il résulte d'un processus complexe et plus éprouvant lorsqu'elles en sont dégagées ou dépourvues. Cette opposition donne à voir une organisation « séquencée » des trajectoires des femmes, illustrant la difficile voire l'impossible conciliation entre études/travail et maternité (de la gestation à l'élevage des enfants). Toutefois, l'analyse du vécu de la décision de faire une IVG offre des nuances à ce premier résultat. Si la confrontation à des valeurs religieuses et morales peut rendre éprouvante une décision *a priori* pourtant évidente, le choix d'interrompre une grossesse devient douloureux et peut se transformer en drame lorsqu'il est l'expression du refus du partenaire d'investir le projet parental porté par la femme seule. En effet, si, légalement, la décision quant à la suite d'une grossesse entamée revient exclusivement à la femme enceinte, la venue au monde d'un nouvel être en dehors d'un couple parental et d'une solidarité conjugale demeure une option peu envisagée, voire inenvisageable en particulier lorsque les femmes sont précaires professionnellement et matériellement.

Enfin, dans le dernier chapitre, nous exposons la prise en charge de l'avortement, qui colore le récit du vécu des femmes et marque la place que prendra l'IVG dans leur histoire de

vie. Une fois leur décision assurée, les femmes engagent des démarches et amorcent un parcours. Bien que simplifiée au fil des années, la route vers l'avortement demeure encore truffée d'obstacles épars. La comparaison France-Québec apparaît ici particulièrement heuristique, puisqu'elle dévoile une commune organisation de la prise en charge selon un système à double vitesse opposant les espaces publics (hôpitaux et CLSC) aux lieux privés (cliniques québécoises ou cabinets de ville en France), mais aussi la diversité des chemins conduisant à un avortement et des cadres de sa pratique. En amont d'un avortement, les femmes se doivent de franchir un ensemble d'étapes qui varie de manière importante, en nombre, en nature et en durée, imposant encore bien souvent aux femmes la charge physique et mentale d'une grossesse qu'elles ne veulent pas éprouver et qui est difficilement cumulable avec leurs autres activités. Aussi, si toutes les femmes peuvent accéder à l'avortement, la mise en commun des récits soulignent des marges de manœuvres très variables à propos des différentes dimensions de leur expérience singulière : information sur la procédure, méthode d'avortement, gestion de la douleur, accompagnement, possibilité de voir le « produit de la grossesse extrait » que les lieux de la prise en charge (pays mais surtout type d'établissement) déterminent en grande partie. De même, les attitudes des professionnel·les de soins rencontré·es renforcent les oppositions des structures révélées précédemment. Aux « théâtres de la bienveillance », lieux historiquement impliqués dans la bataille pour le droit des femmes à avorter, dédiés quasi-exclusivement à la pratique de la régulation des naissances (Centre de santé des femmes, Cliniques spécialisées au Québec et Planning familial en France) s'opposent les « scènes de l'ambivalence » (CLSC, hôpitaux, laboratoires d'analyse, cabinets de gynécologie) où les femmes demeurent exposées à des formes variées de violences.

PREMIERE PARTIE : Déconstruire l'avortement, « une pratique moralement controversée » (Bateman, 2006).

Chapitre I: La construction socio-historique du « droit » à l'avortement en France et au Québec.

Introduction.

Aujourd'hui, en France et au Québec, les femmes peuvent avorter si elles ne désirent pas enfanter et devenir mères. Criminalisé dans un premier temps, puis dépénalisé et inscrit dans le *Code de santé publique* en France, l'avortement ne fait l'objet d'aucune loi limitant sa pratique au Canada – et donc au Québec –, situation particulièrement exceptionnelle dans le monde. Mais l'obtention de ce « droit » sur ces deux territoires fait suite à une série de batailles qu'il apparaît essentiel de retracer pour saisir la place particulière que recouvre aujourd'hui cet acte ici et là-bas.

À travers ce chapitre, nous donnons à voir dans un premier temps la manière dont s'est construit ce « droit » dans ces deux sociétés. Ainsi, dans un premier temps, nous retraçons l'histoire de l'encadrement étatique des différentes méthodes de contrôle des naissances, et des différents événements ayant conduit à leur légalisation. Nous présentons ici en parallèle les histoires françaises et québécoises de l'avortement et de la contraception, selon un découpage temporel en grandes périodes. Chacune des séquences se caractérise par une redéfinition légale des outils de maîtrise de la fécondité des femmes. Puis, à partir de la libéralisation de l'ensemble des moyens accordés aux femmes pour contrôler leurs maternités, nous resserrons la focale sur le « droit » à l'avortement, montrant la manière dont il a été précisé et consolidé comme un droit de santé des femmes, pour toutes les femmes.

Pourtant l'examen précis des dispositions légales contemporaines encadrant l'avortement souligne le caractère non consensuel de cet acte. Largement restreint initialement par la loi en France, son accès va être progressivement élargi et assuré par un ensemble de modifications règlementaires. Alors que les Françaises réussiront à faire disparaître les concessions initialement faites pour assurer le vote de la loi, les Québécoises s'assureront de ne pas connaître de telles limitations par la loi de l'accès à l'avortement. Mais derrière la liberté apparente des Québécoises en matière d'avortement, se dissimulent des obstacles du droit au choix des femmes, que seul un travail comparatif pouvait révéler.

I.A. De la criminalisation à la médicalisation de l'avortement.

I.A.1. La criminalisation de la contraception et de l'avortement.

Au cours du XIX^{ème} siècle, l'avortement se voit réaffirmé dans la loi comme un crime. Mais ce sont aussi toutes les techniques de limitation des naissances qui font l'objet, au Québec comme en France, d'une forte répression étatique. Toutefois, ce contrôle par l'État se fait selon des modalités distinctes dans ces deux sociétés, dans des contextes où la religion et les préoccupations démographiques jouent des rôles bien différents.

I.A.1.a. Au Québec, la procréation des femmes sous contrôle.

Au Canada, le 22 juin 1869, « deux ans après l'entrée en vigueur de la *Loi constitutionnelle de 1867*, qui confère au gouvernement fédéral la compétence exclusive en matière de droit pénal, le Parlement canadien entreprend d'unifier les lois des provinces. S'inspirant de l'*Offences Against the Person Act*, en vigueur en Angleterre depuis 1861, il promulgue la *Loi sur les infractions contre la Personne,* dont les articles 59 et 60 font de l'avortement un crime. Puis le premier *Code criminel* canadien, adopté le 28 juin 1892 par la Chambre des communes, tout en réaffirmant la criminalisation de l'avortement, condamne alors pour la première fois la distribution et la vente d'informations et de produits contraceptifs avec l'article 271 (Desmarais, 1999 : 30-32).

Ces définitions officielles de l'avortement volontaire et de la contraception votées par le parlement canadien s'imposent au Québec. Elles adviennent alors dans une province où l'Église catholique occupe une place centrale et pèse lourdement sur la vie sexuelle et procréative des femmes. En effet, depuis le milieu du XVIII^{ème} siècle, le clergé est pleinement impliqué dans la diffusion d'une pensée populationniste-nataliste. Cette idéologie trouve ses racines dans le conflit qui oppose les Canadiens français aux colons anglais. Elle incite les couples de Canadiens francophones-catholiques à avoir davantage d'enfants pour contrer l'augmentation du nombre de citoyens d'origine britannique. La « revanche des berceaux » entraîne un taux de fécondité relativement exceptionnel au Québec. Ainsi, au XIX^{ème} siècle, le nombre d'enfants par femme mariée est évalué à 6,4 (Henripin, 1968). De plus, érigée en fin principale du mariage par le pape en 1917, la « production des enfants » – et la « productivité » des femmes – sont contrôlées par un encadrement religieux très serré. Les représentants de l'Église au Québec, porteurs d' « une rhétorique nataliste valorisant les couples prolifiques », n'hésitent pas à s'immiscer dans leur vie privée pour maintenir le

nombre et la fréquence des naissances chez les femmes mariées (Marchand, 2012 :10-22). Dans les années 1930, la défense de la famille traditionnelle sera encore renforcée par l'action d'un mouvement familial regroupant plusieurs associations catholiques en charge de l'éducation parentale (Malouin, 1998). Assurant déjà une surveillance rapprochée de la fécondité des Québécoises à travers ses diktats et ses sanctions, le contrôle de l'Église est encore réaffirmé avec la publication de l'encyclique *Casti Connubii* de 1930 qui condamne officiellement et sans appel l'avortement et la contraception (Desmarais, 1999 : 33).

Pourtant « entre 1921 et 1941, le Québec enregistre la première baisse majeure de son taux de natalité » (Desmarais, 1999 : 33). Si celle-ci peut en partie être liée à la diminution de la nuptialité, elle témoigne surtout d'une volonté de plus en plus affirmée de la part des couples mariés d'avoir moins d'enfants (Baillargeon, 2012 :134). Dans un contexte économique devenu difficile, les Québécois·es semblent donc, en silence, transgresser la morale catholique et ses interdits (Gauvreau, 2004). Malgré la lente mais progressive diminution, amorcée dès la fin du XIX^{ème} siècle (Prioux et Girard, 2010 : 44**)**, la fécondité des Québécoises demeurera la plus forte des sociétés occidentales jusqu'à la fin des années 1950 (Frenette, 1991 : 67) : le nombre d'enfants mis au monde par les femmes ayant complété leur vie reproductive s'y élève à 6,19 en 1941 (Gauvreau, 2002 : 175) et l'indice synthétique de fécondité atteint encore quatre enfants par femme à la fin des années 1950 (Gauvreau et Gervais, 2003 : 89). Les femmes au Québec se voient donc toujours à cette époque prises en étau entre l'État et l'Église qui, tous deux, sanctionnent activement le recours tant aux pratiques contraceptives qu'abortives.

I.A.1.b. En France, un État répressif impuissant face à la dénatalité.

La France, de son côté, est l'un des premiers pays d'Europe à amorcer sa transition démographique et à enregistrer une baisse importante et durable de sa fécondité au cours du XIX^{ème} siècle. Dès 1820, en effet, le taux de natalité diminue fortement, la société française entamant sa première révolution contraceptive (Léridon, 1987). Les Français·es adoptent, en l'occurrence, une attitude volontaire de restriction de la fécondité, notamment en recourant à la pratique du coït interrompu (Régnier-Loillier, 2007: 27). Toutefois, dans un premier temps, ce fléchissement de la fécondité est masqué par une chute importante de la mortalité. Ainsi en 1851, la population française se trouve encore au deuxième rang en nombre parmi les grandes puissances. Mais après la guerre franco-prussienne, elle passe au quatrième rang, alors que son rival allemand connaît une natalité florissante et une population en expansion. C'est à cette période qu'émerge donc en France l'idée d'un « péril démographique » (Le Naour et

Valenti, 2003 ; Le Bras, 1991) qui prend alors une importance considérable dans la vie politique, confortée et renforcée par l'influence de l'Église catholique. Après la Première Guerre mondiale et ses conséquences démographiques catastrophiques pour la France, la question de la natalité se voit à nouveau au cœur des préoccupations.

C'est dans ce contexte qu'est votée la loi du 31 juillet 1920, qui réaffirme l'avortement comme un crime, mais surtout étend l'interdit aux pratiques anticonceptionnelles sur lesquelles n'existait jusque là aucune législation. En effet, la loi, sans modifier les termes de l'article 317 du code pénal de 1810 – qui punissait « de réclusion les femmes qui se sont livrées à des manœuvres abortives et aux travaux forcés les médecins qui les ont aidées » – fait même de la « provocation » à l'avortement une offense criminelle, mais surtout punit dorénavant toute propagande anticonceptionnelle ou vente de tous « remèdes secrets préventifs à la grossesse ». L'État, par ces dispositions légales, souhaite « bâillonner les néo-malthusiens élevés au rang d'ennemis de la nation dans une France traumatisée par la guerre et l'angoisse de la disparition » (Le Naour et Valenti, 2003 : 7). Mais si ces nouvelles règles freinent l'information et la diffusion des méthodes de prévention de la grossesse, les repopulationnistes constatent que le nombre d'avortements augmenterait. Sont alors mis en cause les jurys d'assises trop indulgents et accusés de prononcer trop souvent des jugements de non culpabilité à l'encontre des avorteurs·ses et avortées.

De manière à endiguer ce phénomène, la correctionnalisation de l'avortement apparaît comme l'unique remède. Préconisée depuis la fin du XIX^{ème} siècle par un ensemble de médecins et de juristes, elle est adoptée le 27 mars 1923. Bien que ne modifiant pas les éléments constitutifs des fautes, la requalification de l'avortement en délit permet des condamnations à des peines moins sévères, mais plus systématiques. Cette législation, qui se voulait plus dissuasive, n'aura pourtant pas les effets escomptés puisque le nombre d'avortements ne semble pas fléchir, ni la natalité se redresser.

Malgré l'interdit qui pèse sur la propagande anticonceptionnelle, les théories anglo-saxonnes du *Birth control* commencent à se répandre dans la France des années 1930. Pourtant, à cette même époque, le Parti communiste, qui appuyait jusqu'alors l'accès à l'avortement pour les femmes, effectue un revirement et s'aligne sur les thèses de ses opposants en cautionnant cette forme de lutte contre la dénatalité. Ainsi, lorsque le Front populaire arrive au pouvoir en 1936, les lois de 1920 et 1923 ne sont pas remises en cause. D'ailleurs dès 1939, la natalité ne se redressant toujours pas, la répression de l'avortement s'accentue. Le 23 février, Édouard Daladier du parti radical crée le Haut Comité à la population chargé, entre autres choses, de réfléchir à des modifications possibles des lois

existantes pour mieux réprimer l'avortement. Tandis que dans les tribunaux le nombre d'affaires instruites se multiplie, les différents ministères sont appelés à se mobiliser davantage. Ainsi, le 29 juillet 1939 est promulgué le *Code de la famille* qui légifère sur l'avortement au sein du chapitre « Protection de la maternité » du titre II : « Protection de la famille ». Les peines prévues sont aggravées et ce, plus spécifiquement pour les avorteurs·ses, et les tentatives d'avortement, même en l'absence de preuve de la grossesse, se voient elles aussi condamnées.

Avec le régime de Vichy, le nombre des procès ne cesse d'augmenter dès 1940, tandis que les lois deviennent de plus en plus intransigeantes. La loi du 1er septembre 1941 exclut les avorteurs·ses du droit au sursis et empêche les femmes ayant pratiqué un avortement elles-mêmes de plaider les circonstances atténuantes. La loi du 15 février 1942 érige même l'avortement en crime contre la Sûreté de l'État (Le Naour et Valenti, 2003 :196). C'est sous le régime de Vichy que se crée le Conseil de l'Ordre des médecins, dont l'un des rôles est de participer activement à la « chasse » aux criminel·les (Ferrand et Jaspard, 1987:14 ; Muel-Dreyfus, 1996). La sévérité de cette nouvelle législation mènera à trois condamnations à mort dont une effective, celle de Marie-Louise Giraud, guillotinée le 30 juillet 1943, pour avoir pratiqué des avortements[3].

Selon Francine Muel-Dreyfus (1996 : 327), « après la guerre, si l'abrogation de la loi de septembre 41 et celle du tribunal d'État, rendent impossible l'application de la loi de février 42, la répression de l'avortement demeure. […] La politique nataliste est à nouveau au cœur de la politique de "reconstruction nationale" et la démographie une science "neutre" plus que jamais ». Toutefois, l'explosion du *baby-boom* qui débute avant même la fin de la guerre font passer en arrière-plan les revendications et conflits autour du contrôle des naissances et de la population (Ferrand et Jaspard, 1987:16).

I.A.2. Une planification des naissances qui s'impose.

Dès le milieu du XXème siècle, avec la fin de la période du *baby-boom*, la question du contrôle des naissances redevient d'actualité, notamment en raison des changements observés dans un certain nombre de pays occidentaux. En France comme au Québec, au cours des années 1950-1960, quelques femmes, appuyées par de rares médecins, s'organisent alors progressivement pour diffuser de l'information aux couples et surtout aux femmes sur les méthodes pour maîtriser leur fécondité. Ainsi, la contraception se diffuse très progressivement

[3] Cet épisode de l'histoire française est devenu célèbre du fait de sa mise à l'écran par Claude Chabrol (1988), à partir du texte de Francis Szpiner (1988/1986) retraçant cette histoire.

dans les deux pays durant les années 1950-1960. Si ce processus se déroule selon des modalités et des temporalités singulières, il conduira, dans ces deux sociétés, à la légalisation de la contraception.

I.A.2.a. Du *Birth Control* à la loi Neuwirth.

Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé, ou la diffusion d'une rhétorique à la française.

Durant les années 1950, une fois le retard des naissances dû à la guerre comblé, la question de la planification des naissances se pose à nouveau. Et c'est la docteure Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé qui initie le débat en octobre 1955 avec une communication à l'Académie des sciences morales et politiques sur la maternité volontaire (Mossuz, 1966: 913). Se référant explicitement à un procès pour infanticide largement médiatisé au cours duquel elle a témoigné (MFPF, 2006 : 23), elle « dénonce ouvertement la loi de 1920 et réclame la liberté en matière contraceptive à la fois pour améliorer la santé physique et morale des femmes mise en péril par les maternités non désirées et pour lutter contre les avortements clandestins réalisés dans des conditions sanitaires déplorables» (Pavard, 2012). Catholique, cette médecin est néanmoins marquée par la souffrance des femmes et l'horreur des avortements constatée dans sa pratique de gynécologue. Suite à une visite dans une clinique de la fédération américaine de planning familial créée par Margaret Sanger à New York, qu'elle avait rencontrée à Paris en 1954 (Chaperon, 2006 : 21), elle revient convaincue de l'importance de donner aux couples la possibilité de décider du moment d'une nouvelle naissance. Elle tente donc de convaincre le corps médical et l'opinion publique du bien-fondé du *Birth Control* (MFPF, 2006 : 22).

Elle est appuyée dans la presse, notamment par le quotidien *Libération* qui charge alors Jacques Derogy d'entreprendre une grande enquête sur les objectifs et les pratiques de ce mouvement de planification des naissances, dont les résultats seront publiés dès octobre 1955. Développant une argumentation favorable à la planification familiale, les textes publiés par le journaliste sont réunis dans le livre *Des enfants malgré nous* qui apporte de l'eau au moulin des partisans de la maternité volontaire et favorise l'ouverture d'un débat dans la société française. La publication d'articles de presse se multiplie par la suite témoignant d'une modification importante des représentations de la contraception au cours de cette période de sensibilisation (Pavard, 2006 : 120).

M.-A. Lagroua Weill-Hallé, qui assure un rôle de « passeuse » de savoirs, contribue à l'adaptation de la rhétorique sur la contraception au contexte français (Pavard, 2012). En

effet, de manière à se distancer des connotations politiques du mouvement néo-malthusien, celle-ci, tout comme l'ensemble des promotrices de la « maternité consciente » (MFPF, 2006 : 23), revendique la maîtrise de la fécondité et non pas « la grève des ventres » (Ferrand et Jaspard, 1987: 16). Elle prône avant tout un « contrôle individuel […] par une contraception hygiénique et efficace, pour éviter les drames de l'avortement, tout en favorisant une politique d'aide à la famille, ce qui n'aboutit pas fatalement à la diminution du nombre de naissances » (MFPF, 2006 : 24). Ainsi, en évitant de s'inscrire en contradiction avec la promotion de la natalité française, le discours sur la contraception présente celle-ci comme un outil de prévention, et même un instrument de lutte contre l'avortement.

La contraception : une responsabilité qui relève du médical.

De manière à mener à bien son action, M.-A. Lagroua Weill-Hallé décide de lui donner un cadre. C'est ainsi que se créé autour d'elle, avec Évelyne Sullerot et Anne-Marie Dourlen Rollier, la Maternité Heureuse, qui s'affilie en 1958 à *l'International Planned parenhood federation* (IPPF) et qui se structure pour faire face à la montée en puissance de la demande. En 1960, cette première initiative devient le Mouvement français pour le Planning familial (MFPF). Dans la même foulée, mais de manière plus audacieuse et plus rapide, le Dr Henri Fabre crée, à Grenoble en 1961, avec un groupe de militants, le premier centre de planning familial malgré l'opposition de la direction nationale du MFPF (More, 2004 : 79). La structure associative du centre permet de contourner la loi. Tout en dispensant une information contraceptive aux adhérent·es, le centre mène des recherches sur les différents problèmes rencontrés en matière de procréation au sein de son « centre pour l'orthogénie médicale » (Garcia, 2011 : 60). Cette initiative représente un virage stratégique du mouvement qui progressivement se radicalise (Chaperon, 2006 : 23). Quelques mois plus tard, le MFPF ouvre à Paris sa première antenne. En janvier 1962, se forme autour de M.-A. Lagroua Weill-Hallé, un « Collège des médecins » réunissant un ensemble de gynécologues et d'obstétriciens « qui prescrivent aux femmes qui en font la demande des moyens contraceptifs disponibles en France et acquis clandestinement à l'étranger » (Garcia, 2011 : 61 ; 2006). Des sections locales se développent dans la métropole sur les premiers modèles mis en place, toujours porteuses du même message, celui d'une contraception « prophylactique », pour prévenir l'avortement (Le Naour et Valenti, 2003: 211).

Toutefois, le MFPF se heurte à différents obstacles pratiques, mais surtout à l'opposition pérenne de l'Église et de l'Ordre des médecins. Tandis que l'Église condamne la pilule dès 1958, et l'épiscopat français le MFPF en 1961, le Conseil de l'Ordre contre-attaque

face aux activités du Collège des médecins. Dès 1962, il affiche une posture hostile au MFPF, affirmant que « le médecin n'a aucun rôle à jouer et aucune responsabilité à assumer dans l'appréciation des moyens anticonceptionnels, dans les conseils au public, ou les démonstrations relatives à ces moyens » (Garcia, 2011 : 82). Il finit pourtant par céder en 1966, déclarant quant à la contraception que « le médecin n'a pas à s'en désintéresser s'il veut la pleine santé et l'épanouissement des familles dont il est médicalement responsable » (Garcia, 2011 : 88). L'Ordre des médecins ne peut fermer les yeux sur les changements profonds qui s'opèrent dans la société : la constante augmentation des adhésions au MFPF et la fréquentation de ses centres révèlent en effet une transformation des mentalités que relève la presse quotidienne.

Le déplacement d'un tabou : de la contraception à l'avortement.

L'évolution des écrits d'une journaliste de *Marie-Claire*, Marcelle Auclair, constitue une parfaite illustration de cette évolution. Si, en 1956, elle fait la promotion de la méthode Ogino, seule technique contraceptive qui soit en accord avec les préceptes de l'Église, elle défend cinq ans plus tard dans ce même magazine l'usage d'autres méthodes et se positionne en faveur de l'abrogation de la loi de 1920 (Pavard, 2009). Cette mutation illustre bien la levée du tabou sur la contraception qui s'opère durant ces années. Si elle est une des premières à évoquer publiquement les réalités de l'avortement en 1962 dans *Le livre noir de l'avortement*, elle le présente toutefois comme étant surtout le « fait des femmes non instruites et d'hommes non seulement ignorants mais dénués de tout sens de leur responsabilités ». Selon Michèle Ferrand et Maryse Jaspard, ce jugement reflète assez fidèlement l'esprit de l'époque (1987 : 17). Elle reprend l'argument alors soutenu que seule la diffusion d'informations sur la contraception et sa pratique peut permettre d'éviter les grossesses non désirées et les conséquences dramatiques des avortements clandestins qui leur font souvent suite. D'ailleurs, à partir de 1962, les enquêtes et les ouvrages (Auclair, 1962 ; Dourlen-Rollier, 1963 ; Kaupp, 1965) se multiplient sur les vécus tragiques de l'avortement clandestin (Naudier, 2006), et c'est toujours la contraception et sa nécessaire légalisation qui sont présentées comme solutions.

La légalisation de la contraception.

Côté législation pourtant, les onze projets de lois déposés par des formations de gauche entre 1956 et 1967 sont tous repoussés. C'est à partir de 1965, lors de la campagne électorale pour l'élection présidentielle, que la loi de 1920 revient en avant de la scène suite à

l'intervention de François Mitterrand qui se positionne en faveur d'une réforme de la loi. C'est le député gaulliste Lucien Neuwirth qui dépose le projet qui conduira à l'abrogation des articles 3 et 4 de la loi de 1920 et à la légalisation de la contraception. La loi[4] est adoptée le 28 décembre 1967, après six mois de débats et de nombreux amendements. Si cette première étape apparaît comme une victoire, la loi demeure cependant très restrictive. L'accès aux contraceptifs médicaux fait l'objet d'une inscription dans les carnets à souche[5] des professionnel·les du médical. Il nécessite une autorisation parentale pour les mineures (alors de moins de 21 ans). Enfin, les décrets d'application se font attendre et ne seront publiés qu'après le soulèvement de mai 1968.

L'avortement thérapeutique : retour sur l'échec d'un projet de loi.

Face au retard de publication des décrets d'application de la loi Neuwirth (en 1969 et 1972) et la commercialisation tardive des contraceptifs (Chauveau, 2003) en France, des médecins et juristes créent en 1969 l'Association Nationale pour l'Étude de l'Avortement (ANEA), qui revendique une légalisation (cependant restrictive) de l'avortement thérapeutique, ayant le même objectif que celui porté par le MFPF, soit l'éradication de l'avortement clandestin perçu comme un fléau. Dirigée par une majorité d'hommes, médecins ou juristes, la légitimité de l'ANEA s'appuie sur l'expertise, le « capital humaniste » (Gaudillière, 2006 : 244) et la « droiture morale » de ses fondateurs et membres (Pavard, 2012a : 124). À la suite d'une campagne médiatique de l'Association, un premier projet de loi est porté par le député gaulliste et président de la commission des Affaires sociales à l'Assemblée nationale en mars 1970, le Dr Peyret. Le projet prévoit d'élargir les conditions d'accès à l`avortement thérapeutique pour inclure la santé – physique, psychique et mentale – de la femme enceinte, la présence de malformations fœtales et les grossesses résultant de viols ou d'incestes. Le projet fait silence toutefois sur les différents facteurs sociaux ou matériels qui rendent impossible pour une femme d'élever un enfant tandis que la décision finale continue de revenir à un comité de deux médecins (Engeli, 2010 :100). Ainsi, trois ans après la légalisation de l'avortement sur simple demande de la femme en Angleterre, s'amorce en France une réforme de la Loi pour assouplir les règles d'encadrement de l'avortement thérapeutique. Cette première ouverture, pourtant très timide, va susciter une opposition

[4] Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 dite Neuwirth relative à la régulation des naissances.

[5] Ce système est destiné au contrôle de la prescription et de la consommation des stupéfiants. Ce carnet est délivré par l'ordre professionnel du prescripteur. La souche doit porter mention du nom du malade, du produit prescrit et de sa quantité; elle est jointe à deux volets mobiles : l'un sera remis au malade, l'autre sera conservé par le pharmacien fournisseur. Cette pratique sera progressivement abandonnée.

violente de la part des milieux catholiques traditionnels qui ne tarderont pas à organiser leur réplique, en mettant en place le groupe anti-avortement *Laissez les vivre*. Mais cette initiative n'aboutira pas, puisque comme nous le verrons, le début des années 1970 marque l'irruption sur la scène publique d'un nouvel acteur majeur sur cette question : le mouvement des femmes.

I.A.2.b. De la promotion de la « méthode des températures » au Bill omnibus.

Une contraception « religieuse » pour assurer la sérénité des couples.

Alors qu'en France, la question de la planification des naissances est d'actualité dès les années 1950, ce n'est que dix ans plus tard qu'elle apparaît dans l'espace public au Québec, là encore après le *boom* des naissances de l'après-guerre. Le mouvement familial au cours des années 1950 s'était tourné vers le soutien de la vie spirituelle des couples. Ce qui l'amène, à s'intéresser à la régulation des naissances, pour s'assurer qu'elle soit conforme aux préceptes de l'Église en matière de fécondité. Dans cette optique, c'est avant tout la maîtrise de soi par l'usage de méthodes de continence périodique (méthode Ogino-Knaus) qui est présentée comme la solution. Rita Henry et Gilles Brault débutent leur activité en 1955 dans une telle perspective. Ce couple de laïcs ayant découvert puis expérimenté une technique alors inconnue au Québec – la méthode sympto-thermique – décident d'initier d'autres couples à cette méthode dite des températures, d'abord dans leur résidence privée, puis au sein du Service d'orientation des familles de la Ligue ouvrière catholique. À partir de 1962, l'équipe des Brault s'organise en association – le Service de régulation des naissances (SERENA) – et fait la promotion de cette méthode qui, améliorant la technique Ogino, se voit acceptée par l'Église (Desmarais, 1999 : 37 ; Malouin, 98 : 114-115). C'est alors le seul organisme, excepté le modeste Service éducatif de régulation au foyer (SERF), à offrir cet enseignement particulier (Gervais, 2005). Il occupe alors quasiment seul le champ de la planification familiale au Québec (Gervais, 2001 : 188), et ce jusqu'en 1964 en raison de la mainmise de l'Église sur les questions de fécondité. Soulignons qu'alors la première recherche sociologique sur la planification familiale au Québec, réalisée par Colette Carisse, montre qu'à cette époque les méthodes les plus employées par les Québécois·es pour contrôler leur fécondité sont la continence périodique et le coït interrompu, mais aussi que la taille idéale de la famille est en moyenne d'environ quatre enfants (Desmarais, 1999 : 39).

Le débat sur l'avortement pour « motifs eugéniques ».

Tandis que la planification familiale peine à s'imposer au Québec, un autre discours émerge parallèlement au Canada, autour de l'avortement thérapeutique. Dès 1960, l'Église Unie du Canada, d'obédience protestante, se prononce en faveur d'un assouplissement de la loi en matière d'avortement pour le permettre « lorsque la continuation de la grossesse, de l'avis des autorités compétentes, met en danger la santé physique ou mentale de la mère, l'avortement thérapeutique ». En août 1961, la section de la Colombie Britannique de l'Association médicale canadienne demande des changements du *Code criminel* pour protéger les médecins faisant des avortements à visée thérapeutique (Desmarais, 1999 : 37-38).

Mais c'est au cours de l'été 1962 que s'ouvre véritablement le débat sur l'avortement dans la foulée d'une affaire américaine. Sherri Chessen Finkbine, animatrice aux États-Unis d'une émission populaire pour enfants et mère de quatre enfants, apprend que sa prise de thalidomide durant les premiers mois de sa nouvelle grossesse pourrait occasionner des malformations du fœtus. Elle décide, sur les conseils de son médecin, d'avorter, ce qui est légal dans ce cas en Arizona. Elle contacte un de ses amis du journal local pour qu'il publie un article sur sa situation afin d'alerter les autres femmes des effets de ce médicament. À la date prévue de son avortement, l'article est publié, et son identité dévoilée. L'intervention est annulée, l'hôpital craignant des poursuites suite à cette publicité. Le médecin de Finkbine demande une ordonnance du tribunal afin de procéder à l'avortement. Mais, devenus des personnages publics, Sherri Chessen Finkbine et son mari reçoivent des lettres et appels d'opposants à l'avortement, allant parfois jusqu'à des menaces de mort. Elle bénéficie alors de la protection du FBI (*Federal Bureau of Investigation*) et s'envole avec son conjoint vers Stockholm pour avorter. Il est révélé que le fœtus avait d'importantes malformations et n'aurait pu survivre. Comme le souligne Louise Desmarais (1999 : 39-40), cette histoire a d'importants retentissements dans l'ensemble du Canada et provoque l'ouverture d'un débat sur l'avortement pour « des raisons eugéniques ». Dès juin 1964, le Conseil national des femmes du Canada, lors de sa réunion annuelle à Hamilton (Ontario), formule la première demande de modification de la loi sur l'avortement provenant d'un groupe de femmes (Desmarais, 2016 : 42).

La promotion de la planification familiale comme mesure de bien-être social.

Alors que sont entamées les premières initiatives en faveur d'une modification de la loi criminalisant l'avortement, de son côté le débat sur la contraception progresse. Au cours de cette même période, la question de la régulation des naissances fait surface au Québec :

l'idée de la planification familiale s'affiche enfin dans la presse – notamment par la publication du premier grand dossier dans la revue *Châtelaine* sur la planification des naissances d'Alice Parizeau en juin 1963 – et se met en place, au Canada, un réseau d'associations qui, bien qu'initié par le milieu anglophone, se déploie progressivement dans le Québec francophone (Desmarais, 2016 : 41-42). L'Association pour la planification familiale de Montréal (APFM) est créée à l'Université Mc Gill le 15 octobre 1964. Bilingue, mais à composante fortement anglophone, celle-ci est présidée par le rabbin H. Leonard Poller secondé par deux vice-présidentes, l'une anglophone, la Dre Anne Batshaw et l'autre francophone, Alice Parizeau (Desmarais, 2016 : 43).

Le jour même de sa création, l'APFM vote une résolution en appui au bill privé C-48 présenté par le député fédéral néo-démocrate, Robert Prittie. Ce bill vise l'amendement de l'article 150 du *Code criminel* qui interdit depuis 1892 la distribution et la vente d'informations et de produits contraceptifs (Desmarais, 1999 : 42-43). L'année suivante, lors de sa deuxième assemblée biennale, la *Canadian Federation of Societies for Population Planning* fondée en 1963, devient la *Family Planning Federation of Canada*/Fédération pour la planification familiale du Canada (FPFC). L'APFM est représentée lors de cet événement par son président et son vice-président francophone alors le Dr Maurice Jobin. Le thème de la soirée française « Le Planning familial combat la pauvreté », signale la redéfinition opérée des méthodes de contrôle des naissances, qui sont pensés comme outils de lutte contre la misère.

Alors même qu'un Comité permanent de la santé et du bien-être social amorce l'étude de quatre bills privés réclamant le retrait de l'article 150, se met en place, à Pointe-Claire en octobre 1966, à l'initiative de la *Lakeshore Unitarian Church* et avec la collaboration de l'APFM, la première clinique de planification familiale au Québec (Desmarais, 1999 : 45).

La même année, la revue *Châtelaine* publie les résultats d'un sondage réalisé avec le ministère de la Famille et du bien-être social sur les besoins des femmes en matière de sécurité sociale. Plus de 84 % des 1 000 Québécoises qui participent au sondage réclament des cliniques d'État pour la planification des naissances. Le 8 novembre 1966, l'APFM organise le premier colloque autour du planning familial à Montréal (Desmarais, 1999 : 47). Un peu moins d'un mois plus tard, le Comité de la santé et du bien-être rend son Rapport à la Chambre : il recommande « de faire disparaître du *Code criminel* la question de la limitation des naissances et de placer sous l'empire de la *Loi des aliments et drogues* la réglementation nécessaire concernant l'annonce et la distribution des contraceptifs » (Desmarais, 1999 : 43).

Le 28 mars 1967 la première clinique de planification familiale gratuite en milieu francophone ouvre ses portes à Saint Vincent de Paul, grâce à l'initiative du Dr Roland Lamquin, directeur du Service de santé de la ville de Montréal. Face à l'affluence qu'elle connaît, le Dr Lamquin ouvre quelques mois plus tard deux autres cliniques : la clinique Saint-Gabriel dans le quartier de Pointe St Charles et la clinique Saint-Jacques sur Amherst (Desmarais, 2016 : 45-46). Enfin, le 30 mai 1967, sous l'impulsion de la section francophone de l'APFM et grâce à une subvention du ministère de la Famille et du bien-être social, les directeurs des agences de service social aux familles de Montréal fondent le Centre de planification familiale du Québec (CPFQ) (Desmarais, 2016 : 46). L'objectif principal du CPFQ est de mettre sur pied des services en planification familiale au sein des agences de service social aux familles afin de répondre, en priorité, aux besoins des familles défavorisées. Tout en prêtant assistance aux organismes concernés par l'éducation en planification familiale et en sexologie, le CPFQ exerce une action directe d'information auprès de la population (Dion, 2010 : 510). C'est Serge Mongeau, alors président de l'APFM, qui devient directeur du CPFQ.

Aussi, lorsque que l'encyclique *Humanae Vitae* réaffirme, en 1968, les interdits de l'Église à l'endroit des différentes méthodes de régulation des naissances, le Comité du CPFQ, à l'instar de nombreux Québécoises et Québécois, manifeste son désaccord et souligne qu'il entend continuer à agir dans le respect même des consciences. Son président affirme que le Centre continuera « son travail de d'éducation et de démocratisation de la planification familiale grâce à la diffusion de méthodes contraceptives efficaces » (Desmarais, 1999 : 54-55).

Serge Mongeau : une approche « sociale » des différentes méthodes de régulation des naissances.

Serge Mongeau se révèle un personnage important dans l'histoire de la régulation des naissances au Québec. Médecin de formation, il pratique dans les milieux populaires et est très vite sensibilisé aux problèmes liés à l'absence d'accès à la contraception et à la pratique d'avortements clandestins[6]. De 1965 à 1969, à titre de chroniqueur médical au sein de l'équipe du *Photo-Journal*, il répond dans sa chronique « Médecine d'aujourd'hui » à un

[6] En 1965, Serge Mongeau, alors médecin, s'inscrit au nouveau programme en organisation communautaire de l'École de service social de l'Université de Laval afin d'intervenir à titre de travailleur social, car « la pratique médicale lui paraissait ne guérir que les symptômes d'un mal beaucoup plus important » (Dion, 2010 : 506). Par la suite, il devient dans les années 1980, le promoteur de la simplicité volontaire au Québec.

grand nombre de demandes qui portent sur la sexualité. Tant et si bien qu'en 1967 il propose à la direction du journal de rédiger une vingtaine d'articles sur la sexualité et la planification des naissances. Ceux-ci sont publiés jusqu'en 1970 sous la forme de cours de sexologie. D'abord prudent et respectueux de la morale catholique, il se radicalise progressivement et se voit congédié par le journal qui ne peut assumer le risque de ses postures. C'est néanmoins au sein de cette chronique du *Photo-Journal* que Serge Mongeau publie le 16 novembre 1966 les résultats d'une première enquête sur l'avortement sous le titre « Que d'hypocrisie sur l'avortement » ; elle révèle, à l'inverse de la situation française, que contraception et avortement sont pensés comme deux réalités indissociables de l'expérience des Québécoises. En effet, tandis que les promoteurs du planning des naissances en France présentent, dès les années 1950, la contraception comme outil efficace pour empêcher les avortements, leur équivalent québécois la pense davantage comme un instrument pour lutter contre la pauvreté et assurer le bien-être des familles. Aussi, face à la perspective sanitaire et médicale du mouvement français initié par M.-A. Lagroua Weill-Hallé, gynécologue issue de la bourgeoise provinciale catholique pratiquante, s'oppose une attitude « sociale » et humaniste au Québec portée notamment par Serge Mongeau, médecin devenu travailleur social qui, contrairement au MFPF, n'oppose pas la contraception à l'avortement.

Entre avortement thérapeutique et avortement sur demande : une loi qui tranche, tout en légalisant la contraception.

Si les promoteurs de la planification familiale s'organisent, la question de l'avortement et celle de l'inhumanité de la loi en la matière demeurent irrésolues. Pour la période de 1960 à 1966, le Bureau fédéral de la statistique dénombre 160 condamnations en vertu de cette loi, alors que de nombreuses femmes doivent être hospitalisées en raison de complications consécutives à un avortement (Desmarais, 2016 : 46).

L'Association du barreau canadien puis celle des médecins canadiens demandent, tour à tour, la décriminalisation de la pratique des avortements thérapeutiques. Au mois d'octobre 1967, le Comité permanent de la santé et du bien-être accepte de procéder à l'étude de trois bills privés réclamant la modification de la loi en matière d'avortement. Le premier, le bill C-122 proposé par Grace MacInnis, seule femme à la Chambre des Communes, propose que l'avortement soit autorisé avec accord médical lorsque la santé physique ou mentale de la femme est en danger, s'il est probable que l'enfant naisse handicapé ou encore si la grossesse résulte d'un viol ou d'un inceste. Le bill C-136 va plus loin et réclame que l'avortement soit également autorisé pour des motifs d'ordre eugénique et socio-économique (bill proche de

l'*Abortion Act* qui est voté en 1967 en Angleterre). Enfin le bill C-123, plus restrictif dans sa portée, demande l'uniformisation et la légalisation de la situation qui prévaut déjà dans plusieurs hôpitaux canadiens, à savoir l'autorisation, avec l'accord d'un comité d'avortement thérapeutique, uniquement dans les cas où la vie ou la santé de la femme en enceinte est en danger (Desmarais, 1999 : 49).

La présentation d'un mémoire, le 19 octobre 1967, aux membres du Comité permanent de la santé et du bien-être du Canada par le docteur Henry Morgentaler, au nom de l'Association humaniste de Montréal, marque une rupture forte puisqu'il ouvre sur une tout autre posture :

> « Nous croyons que toute femme devrait avoir le droit de demander l'interruption de la grossesse dans les trois premiers mois de la gestation. Cette assertion, je le répète, peut paraitre révolutionnaire, mais en réalité, elle ne l'est pas, parce que à mon avis, nous devons considérer comme accidentels la grossesse involontaire et l'avortement, car les relations sexuelles ne visent pas nécessairement à procréer » (Desmarais, 2016 : 48).

Si dans un premier temps, c'est sur la légalisation de l' « avortement thérapeutique » que portaient les revendications, émerge donc à partir de 1967 un discours plus progressiste autour de l' « avortement sur demande ». À la suite de cette intervention retentissante, le Dr Morgentaler reçoit de nombreux appels à l'aide de femmes désespérées. Ce qui l'amène, dès 1968, à pratiquer des avortements dans sa clinique médicale à Montréal, expérimentant et perfectionnant la méthode par aspiration (soit cinq ans avant que la méthode dite Karman soit importée en France).

Autre moment important, le 12 décembre 1967, le *Women's Liberation Group de Toronto* défend à son tour l'avortement sur demande devant le Comité permanent de la santé et du bien-être. Émerge dès lors un discours féministe nord-américain fermement opposé à la mise sous tutelle médicale du choix des femmes. Parallèlement à cette prise de position, la *Canadian Abortion Law Reform Association* donne son appui au bill C-122 (Desmarais, 2016 : 49). Ces initiatives reflètent les deux tendances qui marqueront la lutte contre la Loi de 1969 : aux côtés de cette dernière, plus « modérée », féministes progressistes et médecins humanistes joignent leurs efforts pour revendiquer une liberté totale des femmes en la matière, autrement dit l'avortement sur demande.

Le 21 décembre 1967, Pierre Elliott Trudeau, ministre de la Justice du Canada, présente à la Chambre des communes le Bill omnibus (bill C-195). Celui-ci, qui vise à adapter le droit pénal canadien aux valeurs de l'époque, se compose de cent vingt articles portant sur des sujets variés dont l'avortement. Le projet propose d'autoriser l'avortement à condition

qu'il soit pratiqué dans un hôpital accrédité avec l'autorisation d'un comité d'avortement thérapeutique (CAT) qui aurait constaté que la continuation de la grossesse mettrait probablement en danger la vie ou la santé de la femme. Le 25 janvier 1968, le Comité permanent de la santé et du bien être reprend donc ses audiences, mais en les centrant cette fois sur le projet de loi gouvernemental. Si les différents camps s'expriment, le Congrès du travail du Canada, la *First Unitarian Congregation* d'Ottawa et huit femmes indépendantes de toute organisation officielle se déclarent pour le droit à l'avortement sur demande (Desmarais, 2016 : 50-51).

À la remise de son rapport à la Chambre, le Comité recommande une modification du projet de la loi pour que l'ambiguïté entretenue autour de la « notion de santé de la femme » soit levée et que la loi stipule explicitement qu'il doit exister une menace sérieuse, claire et directe à la santé de la mère. Mais la Chambre des communes est alors dissoute pour permettre la tenue des élections fédérales. Pierre Elliott Trudeau, porteur du projet de loi et alors nouveau chef du parti libéral, devient Premier ministre du Canada (Desmarais, 1999 : 53, 57). C'est donc le nouveau ministre de la Justice John Turner qui, à la première session du vingt-huitième parlement canadien, le 19 décembre 1968, présente à la Chambre des communes une version modifiée du Bill. Après des débats houleux, le projet de loi C-150 est adopté en troisième lecture le 14 mai 1969. Le *Code criminel* est donc amendé et l'avortement est légalement autorisé à condition d'être réalisé par un médecin dans une institution médicale accréditée et d'avoir reçu au préalable l'accord d'un CAT. À cette réforme s'ajoute, le 27 juin 1969, l'abrogation de l'article du *Code criminel* qui interdisait la publicité et la vente de contraceptifs dont la réglementation est dorénavant placée sous la *Loi sur les aliments et les drogues*. À noter que si les produits contraceptifs ne sont plus inscrits au *Code criminel*, cette légalisation ne s'étend pas aux produits abortifs (Desmarais, 2016 : 57-58).

Parallèlement, au cours de l'année 1968, tandis que plusieurs membres du CPFQ, dont Serge Mongeau et Renée Cloutier-Cournoyer, se déclarent publiquement en faveur de la légalisation de l'avortement pour des motifs médico-sociaux-psychologiques (Mongeau et Cloutier, 1968) et que l'Association pour l'avortement sur demande, cofondée par la docteure Lise Fortier et la journaliste Lise Payette, fait la promotion de sa cause, un événement sans précédent retient l'attention.

Le nouveau conseil étudiant de la *Students' Society* de l'Université McGill ouvre un centre d'information sur le contrôle des naissances sur le campus, le *Conception Control information Centre* et publie, en octobre de la même année, un manuel illustré, le *Birth Control Handbook,* qui aborde dans une perspective clairement féministe les questions

relatives à la sexualité, la contraception et l'avortement. L'ouvrage rencontre un incroyable succès : la première édition de 17 000 copies est rapidement épuisée et plus de trois millions de copies sont distribuées entre 1968 et 1974 (Holmes, 2016). Survenant deux ans avant la publication du célèbre *Our bodies, Ourselves* du Collectif de Boston, ce manuel marque l'émergence du mouvement féministe nord-américain de santé des femmes. Dans la même lancée, en réponse aux nombreuses demandes qui leur parviennent de femmes désireuses d'avorter, les deux principaux rédacteurs du *Handbook,* Allan Feingold et Donna Cherniak, mettent en place un premier service illégal d'information et de référence en contraception et en avortement au Québec, dirigeant la plupart de celles qui souhaitent avorter vers le Dr Henry Morgentaler qui pratique alors dans l'illégalité (Desmarais, 2016 :55-56).

Suivant le cours des événements, cette période se solde donc au Québec tout comme en France par une mutation progressive des mentalités et des pratiques à l'égard de la contraception et, plus concrètement comme nous venons de le voir, par des modifications importantes sur le plan législatif. Mais, si la loi Neuwirth votée en 1967 constitue un premier pas vers la légalisation de la contraception et si la *Loi C-150* votée en 1969 au Canada rend licites la contraception et l'avortement « thérapeutique », celles-ci continuent de nier aux femmes, sur leur seule décision, le libre accès à l'avortement.

I.A.3. Les luttes pour la libéralisation de l'avortement : entre droit et liberté.

Le début des années 1970 marque un tournant majeur dans l'histoire de la régulation des naissances au Québec comme en France. S'organise une mobilisation exceptionnelle pour dénoncer les barrières qui subsistent dans l'une et l'autre société en matière de contrôle des naissances. En France, c'est à la suite des événements de mai 1968 que se forme un nouveau mouvement porté par des femmes qui réclame une libéralisation totale de la contraception et l'accès libre à l'avortement.

I.A.3.a. La radicalisation de la lutte : vers la légalisation de l'IVG.

La levée du tabou sur l'avortement.

Depuis le début des années 1970, le jeune mouvement des femmes crée des espaces de réflexions et d'échanges sur le corps et la sexualité. La revendication du libre choix de la maternité et du droit fondamental des femmes à disposer de leur corps devient rapidement un thème central et une revendication fédératrice.

Dès lors, la lutte pour l'avortement devient très vite un des moteurs du Mouvement de libération des femmes (MLF) qui considère l'avortement, non seulement comme le complément nécessaire à la généralisation de la contraception médicale, mais encore comme un préalable à la libération des femmes. Dans le numéro spécial de la revue *Partisans* « Libération des femmes, année zéro » publié en 1970 chez Maspero, deux textes sont directement consacrés à l'avortement et positionnent le mouvement des femmes sur la question : « Matières pour une réflexion politique sur l'avortement » et « L'interdiction de l'avortement : exploitation économique ».

Ce positionnement en faveur de la liberté d'avorter marque une véritable rupture au regard des mobilisations antérieures qui se focalisaient essentiellement sur la contraception. Rupture plus apparente que réelle cependant, car la plupart des féministes françaises se focalisent sur l'avortement légal de manière stratégique parce qu'elles sont convaincues que la libération effective de la contraception sera acquise par le biais de la lutte pour l'avortement légal (Pavard, Rochefort et Zancarini-Fournel, 2012 : 69). Preuve du maintien d'une certaine ambiguïté dans la façon dont est pensé l'avortement, le premier numéro du journal *Le Torchon brûle*, publie de manière concomitante un « Appel du MLA pour l'avortement libre et gratuit » et un article intitulé « Non ! Nous ne sommes pas des fanatiques de l'avortement »,

> « Nous considérons **l'avortement comme un pis-aller, un ultime recours** auquel les femmes ne sont jamais résignées de gaité de cœur : il serait **évidemment mille fois préférable de prévenir un avortement par l'emploi de moyens contraceptifs** » [nous soulignons].

Le 5 avril 1971 est un autre temps fort dans l'histoire de la bataille des Françaises pour l'avortement libre. Trois cent quarante-trois femmes, célèbres et anonymes, déclarent publiquement avoir avorté en signant le « Manifeste des 343 », depuis appelé à tort le manifeste des 343 salopes[7], que le *Nouvel Observateur* publie à cette date.

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

[7] Cette appellation s'explique par la une de l'hebdomadaire satirique *Charlie Hebdo* publiée le 12 avril 1971, soit une semaine après le Manifeste. Figure sur la première page une caricature de Michel Debré, dessinée par Cabu, qui à la question : « Qui a engrossé les 343 salopes du manifeste sur l'avortement ? », répond : « C'était pour la France ! »

Brisant le silence qui entoure les avortements clandestins, des femmes s'affichent donc collectivement au grand jour. Elles mettent en lumière la pratique de l'avortement et, pour reprendre les termes de l'époque, « bafouent » ouvertement la loi, voulant ainsi pousser à la réforme juridique (Ferrand et Jaspard, 1987 : 21, 23). Pour assurer la défense des femmes s'étant ainsi placées dans l'illégalité, Gisèle Halimi, Simone de Beauvoir et Jean Rostand créent en juillet 1971 l'association Choisir. Au-delà de la défense des femmes ayant déclaré publiquement avoir avorté, cette organisation aura pour but de se battre plus largement sur le terrain juridique et légal pour faire abroger les lois interdisant l'avortement, sa pratique et son recours.

Des femmes et des médecins militants réunis autour d'une méthode.

Tout comme au Québec, des groupes de femmes et des médecins militants s'unissent dans la bataille pour la libéralisation de l'avortement. Après le reflux des mouvements étudiants et sociaux de 1968, un certain nombre de jeunes médecins et étudiants formés dans les facultés de médecine, se regroupent pour former, sur le modèle du Groupe d'information sur les prisons, le Groupe information santé (GIS). Créé en mai 1972 à Paris, ce collectif tout en contestant l'organisation hiérarchique de la profession médicale et notamment l'Ordre des médecins, « souhaite transformer l'éthique médicale par une "démédicalisation de la médecine" » (Pavard, Rochefort et Zancarini-Fournel, 2012 :78). Il revendique, entre autres, « une médecine au service de la population » et un « contrôle populaire sur la santé » (Pitti, 2010 : 112-113). Une partie des membres du groupe s'implique dans la bataille de l'avortement et s'associe aux groupes de femmes. Cette rencontre entre groupes militants, GIS et féministes, se fait notamment autour d'une méthode permettant une pratique simple et « sécurisée » (Pheterson et Azize, 2006) de l'avortement : la méthode dite Karman ou méthode par aspiration. Cette technique est importée en France, en 1972 à Grenoble mais aussi à Paris (Pavard, 2009a : 82). Au-delà de la simple contestation des lois en discours, la diffusion de l'information quant à cette méthode conduit à une contestation en actes, soit à la pratique subversive d'avortements illégaux mais sécurisés par des militantes et des médecins, comme en témoigne les films militants, *Histoire d'A* (1973) et plus tard *Regarde, elle a les yeux grands ouverts* (1980).

De manière à saisir l'originalité de cette méthode, nous faisons ici un point sur les méthodes d'avortement alors pratiquées à cette époque :

Encadré 1 : Les différentes méthodes d'avortement dans les années 1970.

Le curetage
Avant le développement de la méthode par aspiration, la technique généralement utilisée dans les hôpitaux est celle du curetage. Cette méthode médicale consiste en deux gestes : la dilation du col de l'utérus (généralement à l'aide de tiges de diamètre croissant : les bougies), puis l'extraction du produit de la grossesse par grattage à l'aide d'une curette. Cette intervention douloureuse nécessite une anesthésie que certaines femmes se voyaient refuser par des professionnel·les condamnant le recours à l'avortement (Gauthier, 2004 ; 2015).

La méthode par aspiration dite « méthode Karman » en France
Cette technique permet de « réaliser des avortements dans les six à huit premières semaines de la grossesse. […] elle consiste à aspirer le contenu de l'utérus à l'aide d'une canule et d'une seringue. Harvey Karman n'a pas inventé cette technique venue de Chine, mais l'améliore en mettant au point un système de canules souples en plastique facilement stérilisables et peu chères » (Pavard, 2012b : 46). Pour traiter la douleur, est pratiquée « une "anesthésie verbale" c'est-à-dire un dialogue constant avec la personne avortée à travers un ou une intermédiaire qui accompagne affectivement l'opération » (Pavard, 2009b :109). Cette méthode, par opposition au curetage, comporte de nombreux avantages : relativement simple, elle ne demande pas d'anesthésie, le matériel nécessaire est facilement accessible et peu cher. Aussi, elle permet de réaliser des avortements à domicile, l'ensemble des éléments qu'implique sa pratique tenant dans une valise[8]. Nous soulignons que si au Québec, le Dr Morgentaler pratique les avortements par aspiration dans sa clinique à partir de 1968, il la combine dès le départ à une anesthésie locale.

La sonde et l'injection
De manière à provoquer une « fausse-couche », de nombreuses femmes à cette époque ont recours à une méthode clandestine. Elles se font introduire une sonde urinaire dans l'utérus. Dans certains cas, une poire de lavement était combinée à l'extrémité de la sonde, pour injecter un liquide dans l'utérus. Ces deux dernières méthodes, pratiquées avec plus ou moins de compétence, ont amené de nombreuses femmes à être hospitalisées, notamment pour hémorragie ou septicémie (Gauthier, 2004 ; 2015).

Bobigny : les procès des « lois scélérates ».

Alors qu'est importée en France la méthode d'avortement par aspiration dans les réseaux militants, débutent à fin de l'année 1972 les retentissants procès de Bobigny[9], dont l'issue marque une première avancée sur le terrain judiciaire. Lors de ces procès, une jeune femme mineure Marie-Claire Chevalier est jugée pour avoir avorté après un viol. Sa mère, une employée de la RATP[10], ainsi que trois autres femmes sont jugées, dans un second temps,

[8] Le détail du contenu de celle du MLAC 20ème a été récemment reproduit avec précision au sein d'un roman graphique *Le Choix* par Désirée et Alain Frappier (Frappier et Frappier, 2015 : 112-113).
[9] La sténotypie du second procès a été publiée dès 1973 (Choisir), et rééditée en 2006 (Choisir), année de la diffusion sur France 2 de l'adaptation en téléfilm (Luciani, 2005) et trois ans avant la diffusion au Québec sur Télé-Québec.
[10] La RATP ou Régie autonome des transports parisiens est la compagnie en charge des transports communs de Paris et sa banlieue.

pour complicité ou pratique de l'avortement. Mme Chevalier contacte l'association Choisir, qui depuis le *Manifeste des 343* défend toute personne poursuivie pour des raisons en lien avec l'avortement. C'est l'association qui se chargera de leur défense. Les avocates Gisèle Halimi et Monique Antoine saisissent l'occasion, à partir du procès de Marie-Claire Chevalier, de mettre en cause la loi de 1920.

En effet, la situation des accusées combine plusieurs éléments : la jeune femme est mineure, victime d'un viol ; elle et sa mère, n'ont pas les moyens pour que la jeune femme de 17 ans puisse se rendre dans une clinique privée ou à l'étranger pour avorter. Les deux procès qui sont engagés sont largement médiatisés et participent à une évolution importante des représentations de l'avortement dans la société française au regard de l'injustice de la loi envers les femmes et des restrictions qui leur sont imposées (Fortino, 1997). Il devient clair que la loi est dépassée : « Le jugement de Bobigny a fait éclater la loi, qu'on le veuille ou non. À partir de Bobigny, on peut le dire, il n'y a plus de loi de 1920. Elle a volé en morceaux » (Halimi, 1974). En raison du retentissement du procès, le gouvernement se voit pressé d'agir. La loi condamnant l'avortement n'étant plus applicable, il se doit d'envisager l'élaboration d'un nouveau permettant de rétablir l'ordre.

Médecins et femmes: un même combat ?

La radicalisation du Planning familial : des conseillères face aux médecins.

Alors que les procès s'achèvent, le MFPF, déjà secoué par la démission en 1967 de sa présidente Marie-Andrée Lagroua Weill-Hallé (s'opposant fermement à ce qu'elle pensait être une banalisation de l'avortement), traverse une crise d'envergure. Celle-ci atteint son paroxysme au printemps 1973. Après les événements de 1968, les conseillères ne veulent plus être les assistantes des médecins (soulignant les inégalités de genre) et souhaitent comme eux se constituer en collège. Médecins et conseillères s'opposent au sein du Planning.

C'est dans ce contexte que se créé en avril 1973 le Mouvement pour la liberté de l'avortement et la contraception (MLAC) « mouvement mixte, qui regroupe diverses organisations de gauche et d'extrême gauche, ayant pour but la libéralisation totale de l'avortement et de la contraception » (Garcia, 2005 : 99). Un des objectifs pratiques du MLAC est de répondre aux besoins des femmes qui veulent avorter. Il affiche une double politique : la constitution de filières d'avortement à l'étranger – essentiellement en Grande Bretagne et aux Pays-Bas – et la pratique concrète d'avortements « militants » avec la méthode par aspiration. Lors du congrès du MFPF en juin 1973, lorsque le débat s'engage sur

la revendication pour l'avortement libre et gratuit et la possibilité, en s'associant au MLAC, de pratiquer des avortements illégaux au Planning, s'opère une scission.

Le camp en faveur de l'appui au MLAC représenté par une conseillère, Simone Iff, l'emporte face à ceux, essentiellement des médecins, qui souhaitent une carrière plus institutionnelle pour l'association (Picq, 2006 : 30). Le Planning alors se radicalise et assiste au départ de certains militants et militantes (dont Évelyne Sullerot), et de médecins de la première heure qui ne souhaitent pas être associés à cette nouvelle conception du rôle du MFPF et à la position des militantes féministes qui refusent d'opposer avortement et contraception. Pour elles, ces deux modes de contrôle des naissances sont complémentaires et l'accès à ces deux pratiques est une condition indispensable pour permettre aux femmes de disposer de leur propre corps et accéder à une véritable liberté face à la procréation.

Militantes du MLAC et médecins du GIS.

Depuis l'importation de la méthode Karman, médecins du GIS et femmes des MLAC pratiquent donc des avortements. Les membres du GIS souhaitant sortir de leur isolement et donner une base populaire à leur action, décident de s'associer avec les militantes. Le 3 février 1973, 331 médecins déclarent avoir pratiqué des avortements. Le 8 avril suivant, ils pratiquent à l'hôpital Saint-Antoine de Paris un avortement public. Forts de l'appui du MFPF, ils commandent à deux cinéastes, Charles Belmont et Marielle Issartel, de filmer leur intervention pour donner à voir l'usage de la technique Karman et publiciser leur action (Naudier, 2006 : 135), ce qui conduit à la production et à la diffusion du film *Histoires d'A*.

En parallèle, le MLAC présidé par Monique Antoine se développe et s'organise dans les différentes villes, selon des déclinaisons locales très contrastées. Soutenues par le Planning, diverses pratiques protestataires se mettent en place. Celles-ci vont de l'information sur l'avortement et la contraception à l'organisation de voyage pour les Pays-Bas et pour l'Angleterre en passant par la pratique d'avortement sur place (IVP, 2008 ; Zancarini-Fournel, 2003 ; Rameau, 2011). Certains MLAC (Rouen, Bordeaux, Marseille, Lyon, Aix et certains quartiers de Paris et communes de banlieues) font aussi la promotion de la démédicalisation de l'avortement : « ce que nous voulons, c'est diminuer dans notre vie quotidienne l'importance des spécialistes afin de reprendre possession de nous-mêmes, de nous réapproprier notre corps », ce qui n'est pas sans créer de controverses avec certains médecins du GIS (Pavard, Rochefort et Zancarini-Fournel, 2012 : 80).

Face à la radicalisation du mouvement, l'élaboration de nouvelles lois.

Le projet de réforme du gouvernement Messmer.

Face à la radicalisation du mouvement et à la transgression publique de la loi, le Premier ministre Pierre Messmer, en campagne à Provins, annonce dès janvier 1973 une réforme à venir de la loi en matière d'avortement. D'autre part, à Grenoble, la Dre Annie Ferrey-Martin est arrêtée le 8 mai 1973 pour avoir fait un avortement sur une mineure, ce qui entraîne la réactivation de la mobilisation autour du droit à l'avortement. Le gouvernement Messmer est contraint d'agir et charge le garde des Sceaux, Jean Taittinger, et le ministre de la santé publique, Michel Poniatowski, de la rédaction d'un projet de loi. À la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, un groupe de travail est mis en place pour recueillir les témoignages des personnes considérées comme particulièrement qualifiées. Les auditions sont menées de juillet à novembre 1973 donnant à voir les positions antagonistes qui divisent l'ensemble du tissu social français (Devreux et Ferrand-Picard, 1982 : 510-515). La mort du président Pompidou, le 2 avril 1974, et l'annonce subséquente d'une élection présidentielle amène l'interruption du processus parlementaire.

Des lois en matière de régulation des naissances : contraception et interruption de grossesse.

Malgré son positionnement plutôt mitigé durant la campagne électorale, Valéry Giscard d'Estaing, devenu président, charge rapidement la ministre de la Santé, Simone Veil de mettre en place une nouvelle loi. Contrairement au précédent projet qui avait été confié au ministre de la Justice, le nouveau mandat est sous la responsabilité exclusive de la ministre de la Santé témoignant d'une mutation de perspective opérée à travers le temps.

Mais avant que ne s'engagent les débats sur l'avortement, un autre texte issu du gouvernement Messmer est discuté et adopté le 24 juin 1974. Il comporte différentes « dispositions relatives à la régulation des naissances », dont l'objectif est la « normalisation » de la contraception en France. Simone Veil, lors de son discours à l'Assemblée nationale le 28 juin 1974, explique qu'elle souhaite que « la contraception devienne un acte médical comme les autres, soumis aux mêmes règles et débarrassé des interdits et des tabous qui l'ont entouré par le passé ». Différents changements sont donc amenés par ce texte, allant tous dans le sens d'une libéralisation de la contraception, engagée notamment en 1967 avec la loi Neuwirth. Les carnets de souche dans les pharmacies sont éliminés pour les contraceptifs médicaux qui sont alors remboursés. Dès lors, la contraception est prise en charge pour toutes

par la sécurité sociale. Elle devient également accessible, sans autorisation parentale et à titre gratuit, pour les mineures de moins de 18 ans dans les centres de protection maternelle et infantile de même que dans les centres d'éducation et de planification familiale.

C'est dans ce contexte que Simone Veil s'attaque à la question de l'avortement et entreprend de rédiger un projet de loi pouvant satisfaire la majorité. En cours de rédaction, la ministre sonde l'opinion des Françaises et Français et rencontre des parlementaires de la majorité, des représentants de différentes obédiences religieuses, des médecins mais aussi des militantes pour l'avortement libre et gratuit et la présidente de l'association Choisir (Pavard, Rochefort et Zancarini, 2012 :126). Simone Veil ambitionne de trouver un consensus au sein de cette arène fortement divisée sur la question. Le texte déposé le 14 novembre 1974 à l'Assemblée nationale vise à concilier les positions portées par la gauche, favorable à la libéralisation de l'avortement, et les membres de la droite qui n'y sont pas totalement opposés. Le pari est gagné puisqu'après des débats parlementaires particulièrement violents (Veil, 2004), la loi est finalement adoptée. Résultat de compromis entre les diverses positions, elle est promulguée le 17 janvier 1975[11].

Désigné en tant qu'acte médical, l'avortement est ainsi dépénalisé, mais à certaines conditions puisque son accessibilité et sa pratique se voient restreintes par le rappel dans l'article 1er de la loi qui « garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie », et qui prévoit que « ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la loi ». D'entrée de jeu, il est donc affirmé que l'avortement n'est pas un droit comme un autre et que son accessibilité est pensée comme « l'exception » à la règle, l'« ultime recours pour des situations sans issue ». Il est de fait conçu comme une « dérogation légale » (Marguet, 2014 : 7), une tolérance qui se doit d'être très encadrée pour que « la société ne paraisse l'encourager ». Dans la foulée, les avortements légaux sont redéfinis en termes d'« interruptions de grossesse » et scindés en deux catégories aux encadrements différenciés. Aux « interruptions volontaires de grossesse » (IVG) sont opposées les « interruptions thérapeutiques de grossesse» (ITG). Tandis que ces dernières peuvent être réalisées à n'importe quel moment de la grossesse, les premières le sont seulement dans les dix premières semaines de grossesse. Une femme enceinte ne peut donc recourir à l'avortement que si elle se trouve en « état de détresse », état dont elle est dorénavant la seule juge (ce qui est l'élément vraiment novateur). Elle n'est donc pas contrainte de passer devant une commission d'experts qui évalueraient sa condition, comme

[11] Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.

cela demeure le cas pour l'ITG (cette disposition prévaut également dans la loi canadienne de 1969). Il est aussi stipulé que l'IVG ne peut « avoir lieu que dans un établissement d'hospitalisation public ou un établissement d'hospitalisation privé agréé et ne peut être pratiquée que par un médecin. Pour satisfaire le Conseil de l'ordre, est octroyé à tout médecin, le droit de « refuser ou de donner suite à une demande d'IVG » s'il juge l'accomplissement de l'IVG contraire à ses convictions personnelles[12], conformément aux dispositions de la clause de conscience spécialement formalisée pour cet acte.

Les procédures entourant l'avortement sont donc très codifiées : la femme se doit de signer un consentement écrit auprès d'un médecin dans lequel elle affirme posséder toute l'information nécessaire pour prendre une décision éclairée – ce qui va alors à l'encontre de la tradition orale du contrat médical ; elle doit préalablement se soumettre à deux consultations, l'une médicale dont le but est de l'informer sur « les risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et ses maternités futures » et de lui remettre en main propre un dossier-guide dans lequel lui sont présentées les alternatives possibles à l'avortement, ses droits de même que le soutien dont elle peut bénéficier, l'autre sociale auprès d'un organisme agréé vise à l'informer sur les « moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés » et lui permettre notamment de garder l'enfant. À la suite de ces deux rencontres, il lui est à nouveau demandé de confirmer par écrit auprès du ou de la médecin précédemment rencontré sa volonté de poursuivre sa démarche. Ce dernier ou cette dernière ne peut accepter la nouvelle attestation qu'après un délai de réflexion d'une semaine. Par ailleurs, si la femme est mineure et célibataire, le consentement de l'une des personnes qui exercent l'autorité parentale ou, le cas échéant, d'un représentant légal est requis. Les femmes n'ayant pas la nationalité française, à l'exception des réfugiées, doivent justifier des « conditions de résidence fixées par voie règlementaire » : c'est-à-dire avoir une résidence régulière sur le territoire français dans les trois mois qui précèdent l'IVG. Enfin, la loi ne prévoit pas le remboursement de l'IVG par la sécurité sociale. De toute évidence, un tel encadrement vise à manifester la préférence de l'État pour la contraception sur l'avortement et à inciter concrètement la population à faire de même (Pavard, Rochefort et Zancarini-Fournel, 2012 : 128). De plus, l'avortement fait l'objet d'une surveillance très rapprochée, signalant l'inquiétude des pouvoirs publics à l'endroit de l'usage qui sera fait de ce droit et des impacts démographiques anticipés. Chaque avortement fait l'objet d'un enregistrement particulier : une fiche « état civil » dont l'analyse est confiée à l'Institut national d'études démographiques (INED) pour juger de l'impact démographique de

[12] Soulignons d'ailleurs que cette clause est étendue à l'ensemble des professionnel·les de soin soit à tout membre de la sphère paramédicale.

la nouvelle loi, une fiche « médicale » dont l'analyse sera menée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) pour tenir compte des effets sanitaires. D'ailleurs, la loi Veil est d'abord votée pour une durée initiale de cinq ans, mesure très inhabituelle révélant encore la crainte qu'elle suscite. Ce n'est qu'en 1979, avec l'adoption de la loi Pelletier, que la loi Veil est reconduite sans limite de temps et inscrite de manière pérenne dans le *Code de la santé publique.*

En résumé, bien qu'autorisant l'avortement, la loi française établit un itinéraire long, complexe et éprouvant. Dissuasive par son contenu et sa forme, la prise en charge de l'avortement, telle qu'elle est codifiée, libéralise l'avortement, mais assure un encadrement très étroit de sa pratique et ne l'autorise que sous certaines conditions.

I.A.3.b. Le combat des Québécoises : une bataille « inachevée » ?

Si dès 1969 l'avortement devient légal au Canada, l'ensemble des restrictions qui accompagnent sa dépénalisation partielle et la mise en application de la loi font de la légalisation de l'avortement dans l'ensemble du territoire canadien un « acte formel de modernité » (Commaille, 1981). En effet, si elle donne le droit aux femmes d'avorter selon certaines conditions, elle ne leur permet pas en pratique l'accès à l'avortement, et ce tout particulièrement en milieu francophone encore très empreint des interdits religieux.

Des Québécoises « debouttes » à côté d'un médecin.

La révolte des Québécoises : le Front de libération des femmes du Québec.

Face à cette nouvelle loi, une longue bataille juridique et politique s'amorce dans la plupart des provinces canadiennes. Le Québec est le premier à répliquer par une initiative du Front de libération des femmes du Québec (FLFQ) qui organise, le 10 mai 1970, jour de la fête des mères, un rassemblement au Parc Lafontaine de Montréal, le jour même du premier anniversaire de l'adoption de la loi sur l'avortement. Le FLFQ est le premier groupe féministe francophone organisé au Canada (Desmarais, 1999 : 63). Il a vu le jour en novembre 1969 avant que n'émerge en France le MLF, et ce en réplique aux nombreuses arrestations intervenues lors d'une marche initiée par un groupe de femmes descendu dans la rue pour protester contre un règlement restreignant les manifestations publiques à Montréal (Mills, 2004 :187).

Alors que les militantes du *Montreal Women's Liberation Movement* acceptent l'invitation d'un groupe de Canadiennes de Vancouver – l'embryonnaire *Vancouver Women's*

Caucus – et rejoignent les 400 manifestantes prenant part à la « Caravane de l'avortement » sur la colline parlementaire (Sethna et Hewitt, 2009), les Québécoises du FLFQ choisissent, par conviction politique, de ne pas se joindre aux Canadiennes anglophones, mais en geste de solidarité, elles se réunissent le même jour à Montréal. Ce rassemblement montréalais consacre l'émergence d'un nouveau féminisme au Québec, au cœur duquel l'avortement sera « le symbole et le fer de lance » (Desmarais, 2002 :54 ; O'Leary et Toupin, 1982). Tandis que la légalisation de l'avortement par sa médicalisation est le dénouement d'années de contestation des lois « scélérates » en France, cette revendication constitue, au Québec, le point d'ancrage d'une bataille qui se déploiera sur deux terrains de lutte distincts.

Les deux terrains de la lutte.

Un médecin en procès et dans les médias.

Dans un premier temps, une partie des militantes canalise leurs énergies autour de la défense du Dr Henry Morgentaler. Ayant commencé à pratiquer des interruptions de grossesse dans sa clinique depuis 1968, il est accusé et poursuivi par le ministère de la Justice du Québec en juin 1970 pour pratique illégale d'avortements, c'est-à-dire effectués sans l'approbation d'un CAT et en dehors d'un hôpital.

Il est intéressant de noter que l'amorce de la bataille juridique au Canada est axée sur la défense d'un médecin jugé à de multiples reprises pour avoir pratiqué illégalement des avortements, tandis qu'en France, elle se concentre en 1972 autour du procès d'une jeune femme ayant avorté. En outre, contrairement à la France, ce sont des médecins qui se sont d'abord attaqués ouvertement à la loi en prenant position en faveur de la libéralisation de l'avortement dans les médias. Quatre d'entre eux, en conférence de presse, en juin 1970, demandent l'abolition de la loi et dénoncent la difficulté voire l'impossibilité d'obtenir un avortement au Québec du fait de la quasi-inexistence de CAT dans les hôpitaux, et de l'usage abusif de la clause de conscience par les médecins. Ils annoncent à la même occasion, qu'en trois jours seulement, 250 médecins montréalais ont signé une pétition appuyant leur requête. Les quatre médecins en question sont les Drs Henry Morgentaler et William Shipping, respectivement président et trésorier de l'Association Humaniste du Canada, le Dr Maurice Jobin, président de l'Association pour l'avortement sur demande, et le Dr Serge Mongeau (Desmarais, 2016 :77).

C'est toutefois autour de la saga Morgentaler[13], que se regroupe l'essentiel des forces vives en faveur de l'avortement en 1973. Inculpé pour une première fois en 1970, son procès ne s'ouvre que trois ans plus tard, en raison d'une stratégie de son avocat qui multiplie les demandes de sursis et d'ajournement, en espérant un revirement de l'opinion publique dont l'influence sur le tribunal pourrait être décisive. En mars 1973, soit un mois après le manifeste des médecins en France, le Dr Morgentaler décide de provoquer les choses et de défier ouvertement l'appareil judiciaire en déclarant officiellement avoir fait plus de 5 000 avortements illégaux dans sa clinique (Desmarais, 1999 : 103). Le mois suivant, il récidive et réalise un avortement devant les caméras de télévision (Desmarais, 2016 : 98). Tout comme sa déclaration officielle, cet événement a lieu quelques semaines après une action similaire en France. Le ministre de la Justice intervient alors et pose des accusations formelles à son encontre.

Un premier procès s'ouvre donc en septembre 1973. Le Dr Morgentaler, qui plaide non coupable, est acquitté par le jury. Mais la Couronne porte l'affaire en appel et la décision d'acquittement prononcée par le jury est renversée en avril 1974. Henry Morgentaler est condamné à dix-huit mois de prison. Ce jugement sera maintenu par la Cour suprême du Canada en mars 1975. C'est la première fois dans les annales juridiques canadiennes qu'un Canadien est emprisonné en dépit de son acquittement par un jury. Et cela, malgré le vaste mouvement de solidarité qui se développe dans l'ensemble du pays pour contester cette décision. Le Dr Morgentaler est emprisonné en mai 1975, au moment même où il subit un nouveau procès pour avortement illégal. Cette fois encore, il est acquitté par le jury.

En octobre 1975, le Parlement canadien adopte un amendement au *Code criminel* qui interdit à la Cour d'appel de substituer son jugement dans les cas où un accusé est acquitté par un jury. Cet amendement sera nommé « l'Amendement Morgentaler » dans le monde juridique de l'époque. Par ailleurs, face à la gronde populaire, le ministre de la Justice fédérale, Ron Basford, ordonne la mise en liberté provisoire du médecin, qui a déjà purgé dix mois en prison, et l'ouverture d'un nouveau procès, qui se tiendra en septembre 1976. Celui-ci réitère les accusations qui lui avaient valu un acquittement lors de son premier procès.

Alors que le 20 janvier 1976, la Cour d'appel du Québec confirmait l'acquittement d'Henry Morgentaler prononcé par le jury en 1975, ce troisième procès pour avortement illégal se conclut également par un verdict de non culpabilité de la part du jury. Face à une telle situation, le nouveau ministre québécois de la Justice Marc-André Bédard du Parti

[13] Mise à l'écran dans le documentaire de Paul Cowan.

Québécois ordonne en décembre 1976 l'arrêt de toutes les procédures contre le médecin Morgentaler et ses collègues qui pratiquent des avortements, considérant les dispositions du *Code criminel* canadien inapplicables au Québec.

Au cours de cette période, différents groupes participeront à la lutte pour l'accès à l'avortement au Canada et plus particulièrement au Québec. Parmi les plus importants, outre le Comité de défense du Dr Morgentaler, qui met l'accent sur le retrait des accusations contre le médecin et la décriminalisation de l'avortement de 1973 à 1974 (Desmarais,1999 : 82), se retrouvent au sein du même réseau :

- le Front commun pour l'abrogation des lois sur l'avortement (FCALA) qui assure de 1971 à 1974 une politique de lobbying auprès du gouvernement fédéral (Lamoureux, 1983 : 83),
- la section québécoise de l'Association canadienne pour l'abrogation des lois sur l'avortement de 1974 à 1976.

Ce premier Réseau se caractérise par son caractère réformiste et, à l'instar de l'association Choisir en France, oriente principalement son action sur le terrain juridique pour obtenir l'abrogation de la loi, se porter à la défense des médecins arrêtés et amener le débat sur la place publique.

Des féministes radicales à l'aide les femmes.

Parallèlement, un second réseau plus radical et plus engagé dans l'action auprès des femmes participe de la lutte pour l'accès à l'avortement. Pour celui-ci, il ne s'agit pas seulement de défendre la pratique médicale de l'avortement, mais bien davantage de gagner pour toutes les femmes le droit « d'avorter librement et gratuitement » (Lamoureux, 1983, 84). Ce réseau peut-être comparé dans une certaine mesure au réseau articulant le MLAC et le Planning familial en France après 1973. Il est formé par :

- le Front de libération des femmes du Québec (FLFQ) (1969-1971),
- le Centre des femmes (CDF) (1972-1974),
- et le Comité de lutte (1974-1980).

Ce regroupement canalise ses énergies dans la consolidation du Service d'information et de référence en contraception et avortement mis en place au Québec, à la suite des demandes suscitées par la traduction française par des membres du FLFQ de la brochure publiée par des étudiants de Mc Gill en 1969 (Lamoureux, 1993 : 174 ; Sethna, 2006). Le réseau mis en place offre information et référence en matière de régulation des naissances et collabore très tôt avec des médecins – notamment le Dr Morgentaler – qui prennent en charge les cas référés par l'organisme. Tout comme médecins du GIS et militantes féministes s'allient en France,

les féministes radicales et les médecins humanistes coopèrent au Québec. Mais contrairement aux Françaises, les Québécoises ne s'engagent pas sur le terrain de la pratique.

Selon Diane Lamoureux, la décision de se limiter à l'information et à la référence trouverait son explication dans la conjoncture québécoise, puisque les recommandations de la Commission royale d'enquête sur la situation de la femme au Canada, mieux connue sous le nom de Commission Bird, propose en 1969 la décriminalisation de l'avortement et qu'un état américain voisin, celui de New York légalise en 1969 la pratique d'avortements dans les hôpitaux. Ces deux événements amenèrent le FLFQ à croire que la légalisation de l'avortement au Canada était imminente, ce qui l'autorisa, tout en demeurant actif dans le dossier, à concentrer une partie de ses efforts de mobilisation sur d'autres causes (Lamoureux, 1983 : 82).

Alliance et rupture des deux tendances.

Si certaines militantes au sein du FLFQ tentent à quelques occasions de mobiliser l'opinion publique autour de la question de la décriminalisation de l'avortement, cette préoccupation va progressivement prendre moins d'importance dans la plateforme du groupe. Le collectif consacre alors l'essentiel de ses efforts dans le dossier à son service de référence, qui dès 1972, sera dorénavant assuré par le Centre des femmes (CDF). Les membres du FLFQ les plus préoccupées par cette dimension de la lutte se sépareront du collectif en désaccord avec cette implication limitée de l'organisation.

Mais lorsqu'en 1973, le docteur Morgentaler est arrêté et ses collègues à leur tour accusés, une perquisition a lieu au CDF dont les actions clandestines sont jugées illégales. Cette action policière qui signe la fin de la tolérance étatique force le Centre à réagir et à chercher des appuis pour lui permettre de poursuivre ses activités de référence. « Pris de court par la disparition de ses médecins-ressources [il est] forcé par la logique du service à trouver des solutions de remplacement pour continuer à pratiquer des avortements » (Lamoureux, 1983 : 83). C'est le FCALA qui le premier leur vient en renfort en convoquant une assemblée publique afin de rassembler les forces militantes pro-avortement dont le Comité de défense de Morgentaler, le CDF ainsi que des militantes de la corporation des enseignants, de l'Association pour la défense des droits sociaux et de nombreuses personnes sans affiliation organisationnelle.

Mais très vite naissent des conflits : le CDF reproche aux membres du FCALA qui contrôlent le Comité d'accorder trop d'importance à la défense de médecins et de négliger de porter leurs revendications au champ plus global de la contraception et de l'avortement libres

et gratuits. Cette dissension est à l'origine de la création du Comité de lutte pour l'avortement libre et gratuit au printemps 1974 et de la formation par les militantes du CDF de leur propre comité de mobilisation auquel s'associe notamment le comité Laure-Gaudreault de la Centrale d'enseignement du Québec (CEQ).

Selon Diane Lamoureux (1983 : 84), dans les premières années, le Comité de lutte, jugeant indispensable de circonscrire de plus près « les enjeux de la lutte pavant d'entreprendre toute mobilisation », s'astreint à un travail de déblayage théorique et se préoccupe de régler ses différends avec la gauche de l'époque. Entre temps, le travail de sensibilisation hors les milieux militants est assuré par le Théâtre des cuisines qui présente, dans différents milieux, une pièce intitulée *Nous aurons les enfants que nous voulons*. Mais, ce n'est qu'« après l'arrivée au pouvoir du Parti Québécois, et l'arrêt des poursuites contre Morgentaler que le Comité de lutte juge la situation suffisamment favorable pour lancer une campagne de mobilisation sur la question de l'avortement » (Lamoureux, 1983 : 84).

État et professionnel·les de santé pour la planification des naissances.

Au cours des années 1970, la question de la planification familiale devient un objectif de l'État qui, par l'octroi de subventions, favorise la structuration d'organismes engagés sur ce terrain dans l'espoir de remédier aux taux élevés de mortalité infantile, à la pauvreté des familles nombreuses, à l'augmentation des grossesses illégitimes et à la demande de plus en plus grande d'avortements.

Dans cette intention, John Muro, ministre fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social, annonce le 18 septembre 1970 la création d'un programme public d'information, de formation des intervenants et de recherche en planification familiale. Son ministère réunit les 22 et 23 mars 1971, les représentants des provinces et des territoires pour discuter des besoins, des ressources disponibles et des moyens pour établir des programmes de planification familiale au Canada. Le 6 mai 1971, il attribue une subvention de 100 000$ à la FPFC afin de permettre aux organismes bénévoles qui œuvrent dans ce domaine d'étendre leurs activités (Desmarais, 1999 : 84).

Au Québec, le 10 mai 1972, le ministre libéral des Affaires sociales fait connaître sa *Politique en planification des naissances*. Celle-ci cible en priorité l'implantation de programmes d'information pour les jeunes dans les établissements scolaires à partir du secondaire, des services d'information et de consultation dans les Centres locaux de services

communautaires[14] (CLSC) et des services spécialisés dans les hôpitaux et centres de services sociaux. Si un programme d'information et de prévention en milieu scolaire est implanté en 1973-1974, l'essentiel des recommandations de cette politique ne sera implanté qu'à partir de 1976 (Desmarais, 2016 : 91).

C'est dans la foulée de cette ouverture que se crée, en septembre 1972, la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN), à l'initiative de la FPFC. La FQPN prend alors la relève du CPFQ disparu en juin 1972 et réunit majoritairement des professionnel·les de santé, ce qui n'est pas sans créer des remous au sein du Service d'information et de référence en avortement. En effet, les femmes du CDF craignent que la planification familiale « soit fait[e] par des "professionnels" en dehors de toute analyse de l'exploitation des femmes » (Desmarais, 1999 : 99), ce qui n'est pas sans rappeler certaines des divergences entre le MLAC et le MFPF, ou encore au sein même du MFPF. Par ailleurs, les fédérations canadienne et québécoise adoptent comme le MFPF (d'avant 1973) une posture modérée quant à la question de l'avortement. Dès décembre 1972, la FPFC s'annonce en faveur d'une abrogation de la loi sur l'avortement, mais contre son autorisation sur simple demande de la femme, considérant à l'instar du MFPF d'avant 1973 que la contraception est le meilleur moyen pour réguler les naissances. Or, en juin 1973, la FQPN se positionne en faveur de la légalisation de l'avortement sur demande dans les vingt premières semaines de grossesse. Elle réclame des gouvernements provincial et fédéral une politique en planning des naissances incluant des services relatifs à l'avortement de même que la création de CAT dans tous les hôpitaux accrédités et l'application par ces derniers d'une définition large de la notion d'atteinte à la santé des femmes en attendant l'abrogation de la loi. Cela étant, la FQPN réitère néanmoins qu'elle ne considère pas l'avortement comme un moyen de contraception et qu'elle n'en fait pas la promotion (Desmarais, 2016 : 99). Ainsi, l'État et les professionnel·les de la santé s'unissent pour faire de la contraception une pratique légitime nécessaire à la santé et au bien-être social des femmes, mais continuent de voir l'avortement comme une solution ultime qui demande encadrement.

[14] Les Centres locaux de services communautaires ou CLSC sont des organismes publics, nés des cliniques populaires et créés par le gouvernement du Québec en 1974. Ces centres offrent des services de première ligne en matière de santé et d'assistance adaptés aux besoins des populations des territoires qu'ils recouvrent.

Quand les Québécoises passent à l'action.

Une mobilisation provinciale.

Face à l'inertie des gouvernements fédéral et surtout provincial qui perdure sur le terrain de l'avortement, les groupes de femmes québécois décident de faire pression, fortes des conclusions du Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement présentées dans le Rapport Badgley en février 1977 qui confirment que l'accessibilité à l'avortement demeure un problème non résolu, et ce particulièrement dans les hôpitaux francophones du Québec. Dans les circonstances, le Comité de lutte qui a « un rôle de leadership informel » (Lamoureux, 1990 : 90), donne le 8 mars 1977 une conférence de presse pour rendre public le manifeste « Nous aurons les enfants que nous voulons » (Desmarais, 2016 : 172-174). Diffusion qui sera suivie, le 2 avril, d'une manifestation à Montréal réunissant 2000 femmes réclamant publiquement l'avortement libre et gratuit.

Mais l'opinion publique n'est pas nécessairement gagnée à la cause et l'État évite de s'engager ouvertement. C'est du moins ce que révèle la distance qui s'instaure entre le Parti Québécois, nouvellement élu à la tête de la Province, et les délégués au Congrès du parti en mai 1977. En effet, bien que les seconds y adoptent une résolution en faveur de la décriminalisation de l'avortement, René Levesque, chef du Parti Québécois, mais aussi Premier ministre du Québec, déclare que son gouvernement n'est pas pour autant lié à cette résolution (Desmarais, 2016 :150).

Le Comité de lutte constate donc la nécessité absolue d'étendre son action à l'ensemble du Québec et de susciter une plus forte mobilisation en faveur de sa cause (Desmarais, 1999 : 149-150).

Des cliniques « Lazure » au développement d'un réseau illégal d'avortement.

Dans l'espoir de réduire les tensions et d'apaiser le mécontentement des groupes de femmes, le ministre des Affaires sociales du Québec, Denis Lazure, incite formellement les hôpitaux à mettre en place des CAT et offre un programme de subvention aux hôpitaux qui acceptent de développer des cliniques spécialisées en planification familiale et d'offrir un service d'avortement thérapeutique en assurant la présence d'un CAT au sein de leur institution (Desmarais, 1999 : 150-151).

Malgré la mise en place des Cliniques « Lazure » et l'avancée que cela représente, le Comité de lutte considère devoir continuer sa mobilisation et appelle, en conséquence, les représentantes des groupes de femmes et des syndicats à se réunir autour de la question de

l'avortement en janvier 1978. De ce rassemblement naît la Coordination nationale pour l'avortement libre et gratuit (CNALG) qui s'engage, à la lumière des résultats d'une enquête menée sur la situation dans les hôpitaux un an après l'avènement du projet des cliniques Lazure, dans la mise sur pied de services d'avortement au sein des Centres de santé des femmes et des CLSC. Le Centre de santé des femmes de Montréal sera le premier à mettre ce projet en exécution. L'encadré suivant, retracé à partir des travaux de Louise Desmarais (1999) et de Jacinthe Michaud (1997), illustre clairement l'importance du rôle joué par le Centre dès sa création.

Encadré 2 : Le Centre de santé des femmes de Montréal (CDSFM).

Le premier des six centres de santé des femmes créés au Québec est celui de Montréal. En juin 1975, « Désireuses de travailler avec des ménagères dans un quartier, cinq féministes et marxistes fondent le Centre de santé des femmes du quartier Plateau Mont-Royal […] Les fondatrices, Francine Dandurand, Ginette Fortier, Luce Harnois, Lise Lapierre et Louise Vandelac [souhaitaient] mettre sur pied un instrument qui appartienne aux femmes et à partir duquel elles pourrai[en]t poser les problèmes spécifiques à leur condition de façon à pouvoir agir concrètement » (Desmarais, 1999 :129). Remplaçant le service de référence en avortement mis en place par le Front de Libération des femmes du Québec (1969-1971) et le Centre des femmes (1972-1974), le Centre de santé des femmes à Montréal s'adresse d'abord aux femmes du quartier Plateau Mont-Royal.

Dans un premier temps, le centre offre un service de consultation médicale, des cours sur la santé, un service de documentation, des rencontres thématiques et enfin un service de référence pour obtenir des avortements illégaux non clandestins (Michaud, 1997 : 99). C'est au sein du Centre que « les premières militantes féministes en santé en sont venues à développer une critique radicale de la médecine scientifique » (Michaud, 1997 : 100). La pratique de l'avortement deviendra son activité principale à partir de 1980.

En effet, dès sa première assemblée générale, le 5 avril 1978, si le CDSFM énonce sa volonté de pratiquer des avortements il doit y renoncer temporairement par manque de médecins (Desmarais, 1999 :204). C'est dans un second temps, avec l'aide matérielle et financière de CLSC actée par la signature d'un Protocole d'entente sur les services de première ligne relatifs à l'avortement en novembre 1980, et l'implication de deux femmes médecins, que le Centre met en place son service d'avortement boulevard St-Joseph (Desmarais, 1999 : 204). L'ouverture de celui-ci est célébrée le 16 mai 1981 après la projection à Montréal du film français *Regarde, elle a les yeux grands ouverts*.

Le Centre veut offrir un service d'avortement « libre, gratuit et facilement accessible, tout en favorisant une approche globale, un contact privilégié avec les femmes, la réduction des délais d'attente et une démystification de la pratique des avortements en dehors du cadre hospitalier » (Michaud, 1997 :100), en dénonçant aussi l'oppression des femmes et revendiquant leur autonomie.

Pour accentuer la pression sur les autorités gouvernementales, la CNALG publie en 1979 une liste de cent femmes connues qui affirment avoir déjà eu recours à l'avortement et

se prononcent en faveur de la liberté d'avortement (Desmarais, 2016 :172). Cette stratégie n'est pas sans rappeler le *Manifeste des 343* publié en France huit ans auparavant. Des femmes médecins mettant leurs convictions en pratique commencent à réaliser des avortements dès 1979 au Québec et à Montréal en 1980 dans les Centres de santé des femmes et les CLSC face aux circonstances. Leur action s'étendra progressivement sur l'ensemble du territoire québécois.

Le ministre Lazure ne peut en l'occurrence que constater l'échec de son initiative, puisqu'elle ne permet toujours pas réellement aux femmes d'accéder à l'avortement au sein des hôpitaux. Il ordonne alors à la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) de rembourser les médecins qui pratiquent des avortements en cabinet ou en clinique privée. Par ailleurs, constatant l'inefficacité des cliniques Lazure, encore en 1982, la FQPN décide de retirer son appui à ce projet et, bien que soucieuse pendant longtemps d'éviter de se voir associée à la lutte pour l'avortement libre, elle finit par adhérer à la CNALG en juin 1982 quelques mois avant sa disparition (Desmarais, 1999 : 152-157). Aussi, la FQPN opère en 1982 une radicalisation assez semblable à celle réalisée en France par le MFPF en 1973. À partir de juin 1983, elle se redéfinit en « regroupement féministe de luttes et de pressions dont l'objectif général est l'autonomie des femmes dans le domaine de leur sexualité » (Desmarais, 1999 : 236) et se désaffilie par le fait même de la FPFC.

Pour résumer, retenons que si les MLAC en France pratiquent dès 1973 des avortements sécurisés illégaux en dehors de structures de santé et disparaissent presque totalement avec la loi Veil en 1975 (Chovelon, 1977), la pratique des avortements au Québec est amorcée par des médecins en 1969, et réalisée à partir de 1979 au sein de structures de santé dans lesquelles les femmes ont développé des pratiques alternatives, ainsi qu'au sein de structures locales issues de cliniques populaires.

Les derniers pas vers la décriminalisation de l'avortement.

Une mobilisation de nouveau divisée face à un nouveau procès.

En 1983, le Dr Morgentaler désireux d'étendre son rayon d'action ouvre deux cliniques à Winnipeg et Toronto. Les gouvernements de ces deux provinces décident à leur tour de le poursuivre en justice. Tandis que l'Association canadienne pour le droit à l'avortement (ACDA), *l'Ontario Coalition for Abortion Clinics* (OCAC) et la *Coalition for Reproductive Choice* de Winnipeg appuient l'initiative du médecin pour améliorer l'accessibilité de l'avortement au Canada, les militantes québécoises, quant à elles, s'attellent à consolider et

étendre la pratique des avortements en CLSC et dans les Centres de santé des femmes. Les intervenantes de CLSC, les représentantes du CDSFM et de la FQPN, réunies au sein du Comité de vigilance assurant la relève de la CNALG, se montrent toujours un peu réticentes à soutenir l'ouverture de cliniques privées, ce qui est le cas des cliniques Morgentaler, puisqu'elles revendiquent la gratuité de l'avortement.

Cependant, après une première victoire contre la province de l'Ontario, le Dr Morgentaler et deux autres médecins impliqués, les Drs Scott et Smoling, se voient condamnés par la Cour d'appel de l'Ontario qui, à son tour, renverse le verdict d'acquittement prononcé en octobre 1984. Les médecins portent cette décision en appel à la Cour Suprême. L'OCAC et l'ACDA font alors pression auprès des Québécoises pour qu'elles rejoignent le mouvement pancanadien de lutte et de soutien des médecins (Desmarais, 2016 : 221).

De la riposte à la victoire.

Au cours de cette même période, le mouvement anti-avortement s'est réorganisé et a multiplié ses actions au Québec. Certains services d'avortement sont fermés, par manque de financement, mais aussi en raison des pressions exercées par les militants anti-avortement. En réaction à ces offensives, les féministes se remobilisent et forment la Coalition québécoise pour le droit à l'avortement libre et gratuit (CQDALG) à laquelle ne s'associe pas la FQPN, considérant qu'il faut multiplier les stratégies. Les membres de cette nouvelle coalition entendent mettre la priorité sur le développement et la consolidation des services au Québec où sont offerts en 1986, avec une concentration très forte sur Montréal, des services d'avortement dans quatre CDSF, 12 CLSC sur 160, plus ou moins 20 centres hospitaliers sur 170, et 3 cliniques privées. Sous l'influence de leurs homologues anglophones, plusieurs féministes québécoises modifient au fil des ans leur discours de manière à susciter un plus fort appui à leur cause au sein la population. Elles mettent dorénavant l'accent sur la notion de choix soulevant immédiatement la critique des militantes qui interprètent cette position comme un recul de l'analyse radicale (Desmarais, 1999: 230).

Nonobstant les tensions qui traversent immanquablement le mouvement, l'année 1988 marque un tournant dans la lutte pour le droit à l'avortement au Canada comme au Québec avec la promulgation de l'arrêt Morgentaler[15]. Par celui-ci, la Cour Suprême du Canada, déclare, le 28 janvier 1988, que l'article 251 (qui devint l'article 287) du *Code Criminel* porte

[15] *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30.

atteinte aux droits et libertés garanties par l'art. 7 de la *Charte Canadienne des droits et libertés*, qui n'est pas justifiée par l'article premier de la *Charte* et donc n'est pas conforme aux principes de la justice fondamentale. Il est considéré que l'article 251, que le jugement rend caduc, va à l'encontre du droit à la santé et à la sécurité de la personne. Considérant que tous les hôpitaux ne sont pas accrédités ou ne veulent pas l'être, que plusieurs des petits hôpitaux se trouvent dans l'impossibilité de réunir les trois médecins qualifiés pour siéger au CAT, alors que la notion de « santé » se prête à nombre d'interprétations variables (à savoir si celle-ci s'étendait à la santé psychologique ou si elle était restreinte à la santé physique), les juges décrètent que ces facteurs violent le droit des femmes à la sécurité et invalident, en conséquence, la loi sur l'avortement. Malgré de nombreux projets déposés depuis au Parlement canadien pour contester cette décision ou en réduire l'impact, aucune loi en la matière n'est jusqu'à aujourd'hui votée.

I.A.4. La consolidation d'un droit de santé pour toutes les femmes.

Avec la confirmation de la loi Veil en 1979 en France et l'arrêt Morgentaler en 1988 au Canada, l'avortement semble bien être enfin un « droit » reconnu aux femmes. Droit sous conditions en France, droit sans loi au Canada, il n'en demeure pas moins qu'il est reconnu en tant que droit de santé pour les femmes dans ces deux sociétés. Durant les années 1980, divers jugements confirmeront qu'il appartient aux seules femmes de décider pour elles-mêmes de la suite à donner à leur grossesse. Dans les décennies subséquentes, l'avortement devient un droit pour toutes les femmes, puisque le remboursement des frais qu'il implique sera dorénavant assuré par l'État dans les deux sociétés, quel que soit le lieu de sa prise en charge.

I.A.4.a. L'avortement : un acte de santé sous contrôle médical.

L'évolution de l'encadrement légal de l'avortement signale une mutation remarquable dans les modalités de contrôle de ce mode de régulation des naissances qui sort du domaine du pénal pour entrer dans le champ du médical (Horellou-Lafarge, 1982 ; 1992a ; 1992b). La dépénalisation partielle de l'avortement dans ces deux sociétés correspond en effet à sa médicalisation « c'est dire qu'il est effectué par un médecin et qu'il est dicté par un impératif de santé » (Ferrand-Picard, 1982 : 390). Ce transfert de responsabilité et la redéfinition de l'avortement qui l'accompagne sont signalés dans les textes dès 1975 en France avec la loi Veil et dès 1969 avec l'adoption du bill C-150 au Canada. Comme il vient d'être mentionné, si depuis ce célèbre jugement, l'avortement est autorisé sans conditions au Canada, c'est parce que la loi de 1969 allait à l'encontre du droit à la santé et à la sécurité de la personne

garantie dans la *Charte Canadienne des droits et libertés*. Aussi, sa pratique y demeure depuis déléguée dans les faits, comme en France, à des médecins. Selon Diane Lamoureux : « Malgré l'existence de centres d'auto-santé des femmes, le mouvement féministe n'a jamais mis en cause le fait que l'avortement constituait un geste médical et qu'il devait par conséquent être pratiqué par des médecins. […] la bataille judiciaire qui est à l'origine de la décriminalisation de l'avortement a principalement été le fait d'un médecin qui défendait au moins autant le droit des femmes d'obtenir un avortement que son droit professionnel de pratiquer ce type d'intervention » (1993 :173).

Ce monopole des médecins sur la pratique de l'avortement apparaît encore difficile à remettre en question tout comme l'extension de sa pratique à d'autres corps du secteur médical – notamment les sages-femmes – . En effet, en France, une première loi[16] en 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) aspirait à élargir les catégories professionnelles compétentes pour des IVG, dans une logique de fluidification du parcours de soin (Stringre, 2012 : 4). Mais les dispositions relatives à la compétence des sages-femmes en matière d'IVG ont été annulées par le Conseil constitutionnel, confirmant dans un premier temps le refus de confier la responsabilité des avortements à d'autres corps professionnels que celui des médecins (Marguet, 2014) – bien qu'elles le pratiquent de fait depuis de nombreuses années (Mathieu et Ruault, 2014) –. Ce n'est qu'en 2016, après une période d'expérimentation dans une région donnée, qu'est votée avec la loi santé l'autorisation pour les sages-femmes de délivrer des avortements par médicaments. Le décret élargissant leurs compétences est publié au Journal officiel du 5 juin 2016.

I.A.4.b. Le choix des femmes.

Si pour quelques-uns, un flou pouvait persister en France quant à la personne à même d'apprécier la « situation de détresse », l'arrêt Lahache[17] émis par le Conseil d'État le 31 octobre 1980 a tranché, estimant qu'il n'appartient qu'à la femme majeure « d'apprécier elle-même si sa situation justifie l'interruption de sa grossesse ». Rappelons-en les circonstances. Mme Lahache avorte sans en informer son époux. Lorsque ce dernier l'apprend, il attaque devant le Conseil d'État l'administration de l'hôpital où l'intervention a été pratiquée, considérant que son avis aurait dû être requis et que sa conjointe n'était pas dans une situation

[16] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
[17] Conseil d'État, Assemblée, 31 octobre 1980, n° 13028, M. Lahache Vincent.

de détresse. En réponse à sa plainte, le Conseil d'État statue que : « les articles L162-1 à L162-11 du *Code de la santé publique* permettent à toute femme enceinte, qui s'estime placée par son état dans une situation de détresse et qui s'est soumise aux consultations prévues par certains de ces articles, d'obtenir l'interruption de la grossesse avant la fin de la 10e semaine ». Et, bien que selon le dernier alinéa de l'article L162-4, « chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre », le Conseil d'État considère que cette condition demeure facultative, n'ayant « ni pour objet, ni pour effet de priver la femme majeure du droit d'apprécier elle-même si sa situation justifie l'interruption de sa grossesse. »

Au Canada, le libre choix de la femme est affirmé à l'occasion du retentissant procès qui oppose Chantal Daigle à son ex-compagnon Jean-Guy Tremblay en 1989 (Desmarais, 2005 : 38). Alors que les deux protagonistes sont séparés après cinq mois de cohabitation, Chantal Daigle, enceinte de dix-huit semaines, décide d'interrompre sa grossesse. En tant qu'ex-conjoint et « père » présumé, Jean-Guy Tremblay obtient, en première instance, une injonction pour empêcher l'avortement, injonction qui sera maintenue en Cour d'appel mais finalement renversée par la Cour Suprême[18]. Celle-ci tranche en effet en faveur de l'annulation de l'injonction, jugeant que les droits substantifs invoqués pour appuyer : « les droits du fœtus » ou les « droits du père en puissance » n'existent pas. Ce jugement est particulièrement important puisqu'il constitue la pierre angulaire de la définition de la notion de « liberté des femmes à disposer de leur propre corps », car il confirme leur « droit » au choix sans intervention du géniteur, autrement dit réaffirme que c'est à la femme seule de décider. Toutefois, il semble important d'ajouter, pour mémoire, que c'est grâce à l'appui des réseaux féministes que Chantal Daigle a pu se rendre aux États-Unis et mettre un terme à une grossesse non désirée avant le rendu du jugement, ce qui rendait son geste illégal.

I.A.4.c. Un droit pour toutes les femmes ?

Malgré les avancées instaurées par la loi Veil en 1975 et le jugement Morgentaler de 1988, la question des frais afférents à l'intervention est restée pendant longtemps ignorée, situation qui, en l'occurrence, créait une inégalité de fait entre les femmes.

En France, il faudra attendre la venue de la gauche au pouvoir pour que soit envisagé le remboursement partiel de l'avortement. Il est voté en mars 1982 avec la loi dite Roudy[19]. Mais dès 1983, Gilbert Gantier fait une proposition de loi pour l'abrogation du

[18] Tremblay *c.* Daigle, [1989] 2 R.C.S. 530.

[19] Loi no 83-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure.

remboursement de l'IVG, la question de la participation de la sécurité sociale (payée par tous les travailleur·ses) au remboursement de l'IVG ayant toujours été la cible de la droite. Dès son retour au pouvoir en 1986, lors de la première cohabitation, le gouvernement Chirac envisagera le déremboursement. Immédiatement une manifestation s'organise et le projet est abandonné. Le remboursement partiel est maintenu. Mais ce n'est que le 31 mars 2013, soit 38 ans après le vote de la loi Veil, que le remboursement intégral des frais liés à une IVG est voté, malgré de multiples oppositions[20] (Clavel, 2014 ; Legrand, 2014 ; Feireisen, 2014) allant même jusqu'au dépôt d'un amendement par des députés de droite, de l'Union pour un mouvement populaire, visant son déremboursement (Feireisen, 2014).

Au Québec, cette question a aussi été très tardivement réglée à la suite d'un recours collectif institué par l'Association pour l'accès à l'avortement (AAA)[21]. Dans un premier temps, en 2006, le gouvernement du Québec a été contraint de rembourser les « sommes que les femmes ont dû débourser pour obtenir une interruption volontaire de grossesse (IVG) alors qu'elles étaient assurées par le régime d'assurance maladie du Québec […] entre le 2 mai 1999 et le 22 février 2006 » (CDSFM, 2007). Ces remboursements rétroactifs ont permis d'assurer la gratuité des services d'avortement entre 1999 et 2006. Mais, ce n'est qu'en 2008 que l'avortement devient réellement gratuit au Québec, quel que soit le lieu de prise en charge. En effet, une entente intervient alors entre les cliniques et l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal qui permet aux femmes avortant en dehors des hôpitaux de ne pas avoir à défrayer des coûts supplémentaires.

I.B. Les déclinaisons singulières d'une tolérance légale : une loi garante ou une menace ?

Si l'avortement est devenu dans ces deux sociétés un acte légal et médical pour les femmes, les hésitations relatives à son remboursement indiquent bien que celui-ci demeure pour plusieurs un droit *pas vraiment comme les autres*. Et l'examen des dispositions légales (lois et projets de loi) ayant trait à l'avortement en France comme au Canada/Québec, depuis sa légalisation en France et sa décriminalisation au Canada, nous permet d'avancer l'hypothèse qu'il représente encore, dans l'une et l'autre société, « une tolérance légale », un droit non-consensuel.

La mise en perspective des règles qui en conditionnent la pratique en France et au Canada, révèle, par contraste, des postures singulières des féministes quant à la loi. Alors

[20] Nous soulignons que les traitements contre la stérilité sont pris en charge à 100 % dès 1978. En 1990, ce dispositif est étendu à l'ensemble des traitements de procréation médicalement assistée (Engeli, 2010).

[21] *Association pour l'accès à l'avortement c. Procureur général du Québec,* 17 août 2006.

qu'en France la loi Veil a ouvert une brèche dans le *Code de la santé publique* et que c'est sur la base de ce premier texte de loi pourtant fortement restrictif que s'est consolidé le droit pour les femmes de recourir à l'IVG, la loi constitue une perpétuelle menace pour les Québécoises. Au Québec, comme au Canada, « [l]es garanties du droit des femmes à disposer de leur corps restent fragiles; elles ne concernent que l'état actuel du droit sans préjuger des lois futures […] » (De Sève, 1990 : 111).

En France, en effet, la loi de 1975 portait en elle une série d'obstacles à l'exercice du libre choix des femmes, obstacles qui, pour la plupart, ont été progressivement levés grâce aux batailles menées par les femmes pour améliorer le droit à l'avortement pour toutes, sans que pour autant les réticences et résistances à faire de l'avortement un épisode ordinaire de la maitrise de la fécondité n'aient vraiment disparu.

Les concessions initialement consenties aux Françaises ont été largement reprises pour tenter de restreindre ce droit au Canada. Le droit des femmes à la libre disposition de leur corps s'est vu, à travers les années, fréquemment questionné dans le but ultime de restreindre, par le biais d'amendements législatifs, l'accès des femmes à l'avortement (Lemonde, 2009). L'analyse des différents bills privés présentés au Parlement canadien par des députés anti-avortement souligne que derrière le « vide » juridique apparent et l'illusion d'une vraie liberté de choix pour les femmes, se cachent un impossible consensus et le refus pérenne de faire de l'avortement un droit comme un autre. Mais il se manifeste aussi par une restriction toute particulière : l'interdiction par Santé Canada du RU-486 sur le territoire. Cette disposition n'est en effet officiellement remise en cause qu'en 2015, et ce n'est qu'à partir de 2016 que les Québécoises peuvent accéder à l'avortement par médicaments tel que pratiqué en France, soit 17 ans après les Françaises.

I.B.1. Le refus des compromis français au Québec.

Au Canada et au Québec, l'absence de loi a permis aux femmes d'accéder librement à l'avortement, liberté qu'elles refusent de voir restreindre par une loi. Car tout comme en France dans les années 1970, la légalisation de l'avortement pour être votée impliquerait la recherche de consensus et des compromis que refusent Canadiennes et Québécoises.

I.B.1.a. Un encadrement différencié selon la justification de l'interruption de grossesse.

Un élément remarquable ressort de la mise en perspective des encadrements légaux de l'avortement dans les deux sociétés étudiées. En France, rappelons-le, deux catégories d'avortements ont été créées par la loi française dès 1975. Sont alors distinguées en France les

« interruptions volontaires de grossesse » – dites IVG –, des « interruptions thérapeutiques/médicales de grossesse » (ITG/ IMG) dites aujourd'hui interruptions de grossesse pour motif médical.

Cette opposition interruption volontaire de grossesse vs. interruption médicale de grossesse (IVG/IMG) est inexistante dans le « cadre légal » canadien/québécois, ce qui n'est pas sans complexifier le travail de comparaison. D'ailleurs, ajoutant une difficulté supplémentaire, l'expression « avortement thérapeutique » au Canada perdure dans certains documents, notamment dans le cadre de l'enquête de Statistiques Canada, pour désigner l'ensemble des avortements ; le terme « thérapeutique » ayant été longtemps conservé dans le titre de l'enquête canadienne à des fins de « cohérence historique ».

Mais un examen attentif des différents projets de loi déposés en matière d'avortement au Canada donne à voir une typologie assez proche de celle formulée en France. Dès 1989, un projet de loi présenté par le gouvernement conservateur est déposé « pour tenter de criminaliser à nouveau l'avortement, sauf si le médecin en était arrivé à la conclusion que l'avortement était nécessaire pour préserver la vie ou la santé de la femme ». Si ce texte (C-43) est rejeté au Sénat le 31 janvier 1991, son dépôt représente le début d'une longue liste de projets présentés en Chambre pour tenter de re-criminaliser, en tout ou en partie, l'avortement et plus spécifiquement les avortements « non essentiels à la survie de la femme » (projets de loi C-268 et C-277 en 1989, C-221 et C-222 en 1991) ou considérés comme « n'étant pas "médicalement nécessaires" » (motions M-91 en 1996 et M-523 en 2002). Le tableau suivant récapitule les projets de loi présentés pour tenter de limiter le droit des femmes à l'avortement et le recriminaliser, plus particulièrement les avortements considérés comme « non médicalement nécessaires »[22], entre 1989 et 2016.

[22] Tableau établi à partir du document de la Coalition pour le droit à l'avortement au Canada (CDAC, 2012) et de la synthèse opérée par Louise Desmarais (2016 : 534-538).

Tableau 1 : Liste des projets présentés à la Chambre des communes pour recriminaliser l'avortement totalement ou en l'absence de motifs médicaux (1989- 2016).

N° du projet de loi ou de motion	Date de sa présentation	Député/sénateur porteur du projet	Description du contenu du projet
C-268	1989	Don Boudria, député progressiste-conservateur	Projet de loi modifiant la *Loi canadienne sur la santé* afin de permettre au gouvernement fédéral de pénaliser toute province qui financerait des avortements jugés non essentiels à la survie de la femme
C-277	1989	Don Boudria, député progressiste-conservateur	Projet de loi modifiant l'article 293 du *Code criminel* et abrogeant les articles 223, 238 et 287 afin de bannir l'avortement dans tous les cas, sauf pour sauver la vie de la femme
C-261	1989	John Nunziata, député libéral	Projet de loi modifiant l'article 287 du *Code criminel* afin de bannir l'avortement dans tous les cas, mais de permettre les soins médicaux nécessaires à la survie de la femme enceinte
C-266	1989	Ralph Ferguson, député libéral	Projet de loi qui propose de définir le fœtus comme une personne et d'interdire l'avortement sauf dans certains cas, notamment quand il y a une « autorisation médicale afin de sauver la vie de la femme enceinte »
C-43	le 3 novembre 1989	Doug Lewis, député conservateur et ministre de la Justice	Projet de loi du gouvernement qui vise à criminaliser l'avortement sauf s'il est provoqué par un médecin qui en est arrivé à la conclusion que, sans l'avortement, la santé ou la vie de la femme est menacée *Adopté à la Chambre des communes : 140 vs 131, mais rejeté par le Sénat : 43 vs 43*
C-220	1991	Don Boudria, député progressiste-conservateur	Projet de loi criminalisant le fait d'avoir recours à l'avortement : « Toute personne qui exige directement ou indirectement qu'un médecin, un(e) infirmier(e), un(e) membre du personnel ou un(e) employé(e) d'un hôpital ou de toute autre institution des soins de santé procède à un avortement ou y participe directement ou indirectement est coupable d'un acte criminel et risque un terme de prison d'un maximum de deux ans »
C-221	1991	Don Boudria, député progressiste-conservateur	Projet de loi identique au projet de loi C-277
C-222	1991	Don Boudria, député progressiste-conservateur	Projet de loi identique au projet de loi C-268

C-302	1991	Ralph Ferguson, député libéral	Projet de loi identique au projet de loi C-266
C-253	le 27 mai 1994	Don Boudria, député progressiste-conservateur	Projet de loi identique au projet de loi C-220
M-91	le 14 mars 1996	Garry Breitkreuz, député réformiste	Motion réclamant la tenue d'un référendum national sur le financement fédéral des avortements n'étant pas « médicalement nécessaires »
M-268	le 20 novembre 1997	Garry Breitkreuz, député réformiste	Motion identique à la motion M-91
C-515	le 2 juin 1999	Garry Breitkreuz, député réformiste	Projet de loi identique à la motion M-91 et M-268
C-440	le 25 novembre 2000	Garry Breitkreuz, député réformiste	Projet de loi identique à la motion M-91 et M-268, et au projet de loi C-515
M-523	le 17 juin 2002	Garry Breitkreuz, député de l'Alliance canadienne	Motion demandant au Comité permanent sur la santé de déterminer si les avortements sont « médicalement nécessaires » et de comparer les risques médicaux associés à l'avortement aux risques associés aux grossesses menées à terme.
C-242	le 23 octobre 2002	Garry Breitkreuz, député de l'Alliance canadienne	Projet de loi identique aux motions M-91 et M-268, et aux projets de loi C-515 et C-440
M-83	le 12 mai 2003	Garry Breitkreuz, député de l'Alliance canadienne	Motion identique à la motion M-523 *Rejeté à 139 vs 66*

I.B.1.b. Le délai pour les avortements « volontaires ».

La loi Veil en France établit un délai au-delà duquel les avortements sur demande (IVG) ne sont plus permis. Initialement fixé à dix semaines de grossesse, il est depuis 2001 étendu à douze semaines de grossesse, soit quatorze semaines d'aménorrhée. Ce seuil représente la limite légale pour les femmes pour pouvoir être prises en charge en France (Marguet, 2014). Seuls les avortements pour des motifs médicaux sont permis lorsque la grossesse dépasse cette durée de gestation (IMG).

Soulignons que l'établissement d'un délai en France pour les IVG suggère en creux la reconnaissance implicite de droits au fœtus au-delà du seuil de quatorze semaines. D'ailleurs, la question des « droits des fœtus » n'est pas sans poser problème. Comme le souligne Dominique Memmi, se sont mis en place, depuis la disparition de critères de poids et de gradation dans le temps pour établir un acte d'enfant sans vie (2008), des pratiques professionnelles qui établissent une limite. À Lille par exemple, les professionnel·les de soins produisent un certificat d'accouchement à la demande, et ce seulement à partir de la

quinzième semaine, manière de respecter le seuil de quatorze semaines au-delà duquel l'IVG n'est plus possible (Memmi, 2011 : 27-33).

Rappelons d'ailleurs la loi sur l'IVG en France contient en elle-même un rappel moral à la vie. *« La loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie »* : le premier article assimile ainsi l'avortement à « une atteinte exceptionnelle à l'existence d'un être » (Divay, 2003 : 202) concédée par le législateur, dispositif unique au sein du cadre légal général des actes médicaux, tout comme le délai de réflexion imposé aux femmes jusqu'en mars 2015 qui vient souligner la gravité de la décision qu'elles s'apprêtent à prendre (Coutelle et Quere, 2015).

Au Canada/Québec la loi n'établit aucune limite temporelle à la réalisation des avortements. En conséquence, les femmes peuvent légalement avorter quel que soit le stade de leur grossesse, sans avoir à rendre compte des raisons motivant la demande d'arrêt de grossesse. Dans ce contexte, s'est opérée une évolution paradoxale : tandis que la jurisprudence canadienne affirmait progressivement la non-existence de droits aux fœtus et l'unicité de la femme enceinte, une multitude de projets de lois étaient déposés pour tenter de restreindre la liberté des femmes (Cf. Tableau 2) et faire reconnaître des droits au fœtus, implicitement – par la mise en place d'un délai légal comme celui pratiqué en France – ou explicitement (notamment le projet de loi C484, projet de loi qui a franchi l'étape de la deuxième lecture avec un vote de 147 vs.132, mais qui est mort au feuilleton[23] en 2008 lors du déclenchement des élections).

Au Canada, deux jugements ont affirmé l'absence de droits au fœtus. En 1997, le jugement de l'Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg (province du Manitoba) contre D.F. G[24] confirme la non-existence de droits du fœtus. Dans cette affaire, Mme D.F. G., enceinte de cinq mois d'un quatrième enfant, inhalait de la colle. Sa dépendance risquait d'endommager le système nerveux du fœtus. Du fait de sa dépendance, Mme D.F.G avait déjà eu deux enfants nés avec des handicaps permanents qui avaient été placés sous tutelle permanente de l'État. La Cour Supérieure ordonne la détention de Mme G. et son traitement afin qu'un préjudice ne soit pas infligé à « l'enfant à naître ». Remise à la garde de l'Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg, l'ordonnance qui brimait sa liberté est suspendue, puis annulée en Cour d'Appel, et la Cour Suprême rejette le pourvoi

[23] Se dit d'un projet de loi resté inscrit au Feuilleton, sans avoir été examiné, à la fin de la session.

[24] *Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg c. G. (D.F.),* [1997] 3 R.C.S 925.

en arguant que le « droit canadien ne reconnaît pas à l'enfant à naître la qualité de personne juridique titulaire de droits ».

Autre jugement d'importance, en 1997, l'affaire Dobson contre Dobson[25] va au-delà de la simple affirmation de la non-existence de droits du fœtus. Mme Dobson était à sa vingt-septième semaine de grossesse lorsqu'en 1993 elle a un accident de voiture. Le fœtus, blessé lors de l'accident, naît prématurément par césarienne le jour même de l'accident. Les blessures prénatales du fœtus ont entraîné une incapacité mentale et physique permanente de l'enfant. Représenté en cours par un tuteur, l'enfant intente une action en responsabilité contre sa mère affirmant que l'accident à l'origine de ses handicaps a été causé par sa négligence au volant. Si le juge de première instance estime que le plaignant a la capacité juridique d'intenter une action en justice contre sa mère, la Cour suprême rejette cette possibilité considérant qu'une mère ne peut être « tenue responsable du dommage causé à son enfant né vivant » et elle rejette en conséquence « tout recours du fœtus contre sa mère pour une faute commise par cette dernière pendant la vie intra-utérine du fœtus ». Le plus haut tribunal base son jugement sur les dangers que l'octroi d'un tel recours ferait courir aux femmes, considérant que « la possibilité d'un tel recours fait planer sur ces femmes le spectre du contrôle de leur vie, ce qui porte atteinte à leur droit à la vie privée et à l'autonomie décisionnelle » et l'impossibilité de déterminer et de surveiller ce qui serait un comportement responsable de la part de la femme enceinte. Dès lors, ce jugement de la Cour Suprême du Canada affirme véritablement l'unicité de la femme enceinte et du fœtus et réitère l'absence de droits du fœtus.

Alors même que les tribunaux tranchaient pour l'absence de droits à la fin des années 1990, aux projets déjà présentés se succèdent à partir de cette période douze autres tentatives en ce sens (Cf. Tableau 2) pour tenter de faire reconnaître des droits au fœtus.

Au total, vingt-trois présentations de projets de loi ou de motions ont été élaborées depuis 1987, tentant de faire reconnaître des droits au fœtus (comme le projet C-484, représenté en 2016 en tant que C-225), d'établir un seuil limite légal (le projet C-338 en 2007) ou d'user de cette absence de délai maximum dans la loi. Ainsi, sous des allures de projet féministe, la motion M-408 s'appuie sur cette absence de limite légale au Canada pour « condamner la discrimination envers les femmes lors d'avortement sélectif en fonction du sexe du fœtus ».

[25] *Dobson c. Dobson* [1999] 2 R.C.S. 753.

Tableau 2 : Liste des projets présentés à la Chambre des communes tentant de faire reconnaître des droits au fœtus ou d'établir un seuil limite légal (1989- 2016)[26].

N° du projet de loi ou de motion	Date de sa présentation	Député/sénateur porteur du projet	Description du contenu du projet
M-37	le 2 juin 1987	Gus Mitges, député progressiste-conservateur	Motion d'amendement de l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés* afin d'inclure les « personnes non encore nées » *Rejetée par 89 vs. 62*
S-16	mai 1988	Stanley Haidasz, sénateur libéral	Projet de loi modifiant le *Code criminel* afin de protéger l'« enfant conçu »
C-266	1989	Ralph Ferguson, député libéral	Projet de loi définissant un fœtus comme étant une personne et interdisant l'avortement sauf dans certains cas, incluant quand il y a « l'autorisation médicale afin de sauver la vie de la femme enceinte »
C-275	1989	Tom Wappel, député libéral	Projet de loi redéfinissant l' « être humain » afin d'inclure « embryon » et « fœtus » dans sa définition de façon à définir l'avortement comme étant un homicide
S-7	1989	Stanley Haidasz, sénateur libéral	Projet identique au projet de loi S-16
C-214	1991	Tom Wappel, député libéral	Projet de loi identique au projet de loi C-275
C-302	1991	Ralph Ferguson, député libéral	Projet de loi identique au projet C-266
C-205	1994	Tom Wappel, député libéral	Projet de loi identique aux projets de loi C-275 et C-214
C-208	février 1996	Tom Wappel, député libéral	Projet de loi identique aux projets de loi C-275, C-214 et C-205
C-372	mars 1997	Keith Martin, député réformiste	Projet de loi incriminant les femmes qui abusent de l'alcool et des drogues alors qu'elles sont enceintes. Les femmes déclarées coupables seraient condamnées à aller en centre de réhabilitation
M-	26 février 1998	Stanley Haidasz, sénateur libéral	Motion réclamant la formation d'un comité mixte spécial sur les enfants conçus « afin d'examiner et de faire le compte-rendu de la valeur pratique de la législation dans le domaine des droits des fœtus dans le but d'assurer une protection aux enfants conçus »
M-360	1999	Garry Breitkreuz, député réformiste	Motion visant à appliquer la loi définissant comme étant un être humain tout « fœtus ou embryon humain à partir de la fécondation, qu'il soit dans le ventre de la mère ou non et qu'il ait été conçu naturellement ou non »

[26] Tableau établi à partir du document de la CDAC (2012) et de la synthèse opérée par Louise Desmarais (2016 : 534-538).

M-228	le 2 février 2001	Garry Breitkreuz, député réformiste	Motion identique à la motion C-360
M-392	le 18 avril 2002	Garry Breitkreuz, député de l'Alliance canadienne	Motion demandant au Comité permanent sur la justice et les droits humains d'examiner la définition actuelle de l' « être humain » selon le *Code criminel* afin de déterminer si la loi doit être modifiée dans le but de protéger les fœtus et définir les fœtus et les embryons comme étant des êtres humains
M-560	le 10 mars 2004	Garry Breitkreuz, député conservateur	Motion demandant au parlement de créer un nouvel article sous le *Code criminel* criminalisant le « meurtre d'un enfant conçu » quand quelqu'un assassine une femme enceinte
C-291	le 17 mai 2006	Léon Benoit, député conservateur	Projet de loi identique à la motion M-560
C-338	le 21 juin 2006	Paul Steckle, député libéral	Projet de loi criminalisant l'avortement après une période de gestation de 20 semaines
C-338	le 16 octobre 2007	Paul Steckle, député libéral	Nouvelle présentation du projet de loi C-338
C-484	le 21 novembre 2007	Ken Epp, député conservateur	Projet de loi protégeant les fœtus des attaques de tiers : « Loi sur les enfants non encore nés victimes d'actes criminels », projet similaire à la motion M-560 et au projet de loi C-291 *Adopté en 2ème lecture par 147 vs. 132*
C-543	le 14 mai 2008	Brent St-Denis, député libéral	Projet de loi qui vise à permettre aux juges d'imposer des pénalités plus sévères à ceux qui feraient sciemment subir des agressions ou des sévices à une femme enceinte
M-312	le 12 mars 2012	Stephen Woodworth, député conservateur	Motion pour créer un comité parlementaire pour examiner si la définition d'« être humain » du *Code criminel* devrait inclure les fœtus, et pour étudier les preuves médicales, ainsi que les effets et les conséquences juridiques *Rejetée en 2ème lecture par 203 vs. 91*
M-408	le 26 septembre 2012	Mark Warawa, député conservateur	Motion demandant à la Chambre des communes de condamner la discrimination envers les femmes qui se produit lors d'un avortement sélectif en fonction du sexe du fœtus
C-225	le 23 février 2016	Cathay Wagantall, député conservateur	Projet de loi identique aux projets de loi C-484 et C-291 et à la motion M-560

Si la limite arbitraire (IVG/IMG) basée sur le motif avancé par la femme pour avorter (justifiant un encadrement légal différencié et une prise en charge différente en France) n'existe pas explicitement dans la loi au Québec/Canada, la tendance à limiter l'accès à l'avortement après 23 ou 24 semaines de grossesse est manifeste[27], et la bi-catégorisation des avortements opposant avortements « précoces » et avortements « tardifs » est relativement

[27] Entretien avec la Dre Édith Guilbert, Ste Foy, jeudi 22 août 2013.

identique à celle qui prévaut en France. Les avortements de stades moins avancés sont réalisés sur simple demande de la femme, par aspiration et pris en charge généralement par des omnipraticiens (généralistes) au sein de la filière « planification familiale ». Les avortements « tardifs » sont quant à eux pratiqués par des obstétriciens par induction du travail en milieu hospitalier et consistent à provoquer l'avortement par l'administration de médicaments, après acceptation d'un comité d'éthique[28].

En France existe également un ensemble de projets de lois tentant là aussi de faire reconnaître des droits au fœtus. Mais la loi évolue dans le sens d'un élargissement du seuil légal à travers le temps, bien qu'elle continue d'assurer une veille toute particulière sur le recours et la pratique des IVG.

I.B.1.c. Le décompte des avortements : de la surveillance rapprochée au « flou » statistique.

Depuis sa légalisation en France, l'IVG est l'objet d'une vigilance particulièrement importante. La surveillance des médecins établie par la loi est redoublée par la mise en place d'un enregistrement systématique des avortements pratiqués en vue d'une exploitation statistique visant, notamment, à en mesurer les impacts démographiques et permettant la rédaction de bilans annuels concernant l'IVG (Ferrand et Jaspard, 1987 : 51). Ainsi, aujourd'hui encore en France, « toute intervention, qu'elle ait lieu dans un établissement public ou privé doit faire l'objet d'une déclaration sur une fiche spéciale, anonyme, recueillant à la fois des données sociodémographiques et médicales afin de permettre un contrôle *a posteriori* des actes effectués » (Bajos, Ferrand *et al.,* 2002 : 164). Les données obtenues des bulletins d'interruption de grossesse (BIG) sont complétées par celles de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) et par les données provenant du Programme médicalisé des systèmes d'informations (PMSI).

Ce système est renforcé à partir de 2004. Le système de suivi des IVG est alors revu pour tenir compte des modifications législatives intervenues en 2001 et 2004, notamment l'autorisation de la pratique d'IVG par médicaments en médecine de ville que nous abordons par la suite. Les recensions effectuées par la SAE et le PMSI sont ainsi complétées par un suivi sur les ventes des molécules utilisées pour les IVG médicamenteuses. Ainsi, depuis leur autorisation en cabinet en 2004 et, en 2009, en centre de santé, de planification ou d'éducation familiale, le nombre de remboursements de forfaits (honoraires ou médicaments)

[28] Entretien avec la Dre Édith Guilbert, *op.cit.*

correspondant à des IVG médicamenteuses réalisées hors établissement hospitalier est disponible auprès de la Caisse nationale d'assurance maladie (Vilain et Mouquet, 2012 : 2). Les caractéristiques des femmes ayant recours à une IVG sont, pour leur part, recueillies à une périodicité renouvelée par voie d'enquêtes par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès d'échantillons représentatifs de femmes afin de mieux connaître les parcours personnels et les mode de recours à la contraception (Vilain, Mouquet et *al.*, 2013 : 2 ; Vilain et Mouquet, 2012 ; Vilain, 2011 ; 2008 : 3 ; 2005). En outre, une enquête menée en 2007 auprès de 11 400 femmes ayant eu recours à une IVG a permis de recueillir des informations détaillées sur les établissements et les professionnels pratiquant des IVG et d'interroger les femmes sur leur prise en charge, leur trajectoire, leurs pratiques de contraception, afin de mieux comprendre le recours à l'IVG (Vilain, 2008 : 3). Enfin, le Baromètre Santé de l'Institut national de la prévention et d'éducation pour la santé (INPES), réalisé tous les cinq ans, offre également des données sur les IVG et la contraception (Vilain Mouquet et *al.*, 2013 : 2). Il existe ainsi en France un ensemble de modes de recueils de données sur l'avortement (IVG) qui permet une connaissance précise et assure une veille constante sur cet acte médical.

Au Canada, Statistiques Canada compile les données recueillies par les provinces. Le Québec assure un décompte des avortements, qui reste approximatif, puisque les chiffres utilisés notamment par l'Institut de la statistique du Québec et le Conseil du Statut de la Femme

> proviennent des fichiers des codes d'acte médical de la RAMQ. […] cet organisme est avant tout un agent payeur et non un agent statisticien ; de ce fait, un certain nombre d'avortements pratiqués en CLSC par des médecins payés sur une base hebdomadaire ou à la vacation sont exclus de ses fichiers. En plus de cette sous-évaluation, il y a celle qui est conséquente aux avortements interrompus par médication [certes minoritaires comme nous le verrons ultérieurement, ils ne sont pas pris en compte] et ainsi que celle qui est imputable à la transcription faite par le médecin lui-même : une erreur quelconque dans son formulaire de facturation entrainera nécessairement des inexactitudes dans les compilations statistiques de la RAMQ (CSF, 2008 : 13).

Par voie de conséquence, « l'Institut de la statistique du Québec [estime], dans une des ses études, que l'écart entre le nombre réel d'avortements pratiqués et celui qui est comptabilisé s'établit à 6% » (INSPQ, 2005 : 5 ; CSF, 2008 : 13). Estimation sans aucun doute assez éloignée de la réalité, puisque les IVG pratiquées dans les établissements, où les médecins ne sont pas rémunérés à l'acte (plusieurs CLSC et quelques hôpitaux), ne sont pas comprises dans les données de la RAMQ. Autrefois récupérées annuellement par le Ministère de la

Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) (et ce depuis 1992) (INSPQ, 2006 : 148), ces données permettaient un ajustement des chiffres de la RAMQ mais elles ne sont plus recueillies depuis 2009. Ainsi, les seules données aujourd'hui accessibles au Québec sont celles fournies par la RAMQ et transmises à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). La Dr Édith Guilbert en explique les raisons :

> Donc jusqu'à 2009, il y avait une personne au Ministère de la Santé qui faisait une enquête clinique par clinique pour savoir si on faisait des IVG médicamenteuses, ou s'il y avait des IVG qui n'avaient pas été codées, déclarées. Elle ajustait les chiffres de la RAMQ, et produisait les chiffres du MSSS […] qui étaient les chiffres qui étaient envoyés à Santé Canada. Quand cette personne-là est partie à la retraite, cela ne s'est plus fait. Alors depuis 2009, on n'a plus cette information-là sur le nombre d'avortements, et d'ailleurs quand vous voyez dans l'ICIS, vous voyez bien que sur le Québec, il y a toute une partie manquante[29].

Apparemment, au Québec, la connaissance du chiffre des IVG n'apparaît pas comme un réel enjeu étatique, alors qu'en France cette donnée, tout comme l'ensemble des caractéristiques et trajectoires des femmes ayant recours à l'avortement, fait l'objet d'une surveillance toute particulière. De plus, la loi Veil instaurait initialement une veille d'une autre nature à travers la mise en place d'un entretien psycho-social préalable à l'IVG. Ce dispositif français, bien qu'ayant aujourd'hui disparu pour les femmes majeures, a participé d'un processus spécifique à la France.

I.B.1.d. Victimisation des femmes et psychologisation de l'IVG.

En France, la loi Veil officialise « un champ logique nouveau pour l'avortement, mais déjà parcouru pour l'enfance ». Tout comme l'enfant délinquant, la femme placée en situation de « détresse » selon la loi est à la fois coupable et victime. Sa « faute n'est plus [alors] à punir mais à "comprendre" et à "gérer" à l'aide d'un arsenal conceptuel fourni par d'autres disciplines : psychologie, psychologie sociale, psychiatrie » (Serverin, 1980 : 12). Selon les termes de la première loi Veil, la demandeuse d'IVG se voyait contrainte de se soumettre à un entretien psycho-social préalable. Cet entretien deviendra facultatif pour les femmes majeures en France à partir de 2001 et la notion de « détresse » est retirée officiellement des textes en 2014[30], ce qui, d'ailleurs, n'a pas été sans réactiver de vives réactions au regard de la possible banalisation de l'acte que ce retrait pourrait laisser présager (Berhouet, 2014 ; Mallaval et Berhouet, 2014). Le caractère récent de ces modifications souligne bien la difficulté à penser

[29] Entretien avec la Dre Édith Guilbert, *op. cit.*
[30] Vote de l'article « 5 quinquies C » du projet de loi sur l'égalité Femmes-hommes, 21 janvier 2014.

l'autonomie des femmes en matière d'avortement et le droit à l'IVG comme un droit ordinaire de santé.

Si au Canada et au Québec, aucun texte n'organise explicitement le parcours de la prise en charge des femmes souhaitant avorter, un projet de loi a néanmoins tenté de restreindre leur accès à l'avortement en considérant les demandeuses d'avortement comme de potentielles victimes dont la décision pouvait être forcée. Ainsi, le 15 avril 2010, le député conservateur Rod Bruinooge déposait un projet de loi (C-510) avec l'intention d'obtenir l'amendement du *Code criminel* pour introduire l'interdiction de toute contrainte à un avortement par des menaces physiques ou financières, des actes contraires à la loi ou « le fait de harceler ou d'importuner par des arguments ou l'expression de sa rancune ». Ce projet de loi pour le bannissement de l'« avortement forcé » sous les apparences d'une loi pour le libre choix des femmes n'était qu'une autre tentative du mouvement anti-avortement pour ralentir, sinon restreindre, les activités des services d'avortement.

I.B.1.e. Les restrictions quant aux lieux de la pratique.

Lorsque la loi Veil est votée, elle encadre très précisément les lieux de sa pratique en France. Ainsi, les avortements légaux dits IVG sont autorisés seulement s'ils sont pratiqués au sein d'établissements de santé. « Par ailleurs, un établissement ne peut se spécialiser dans l'IVG puisque le nombre d'IVG ne pourra être supérieur au quart du total des actes chirurgicaux et obstétricaux » (Veil, 2011 : 19). Cette restriction se voit assortie d'une menace de fermeture de l'établissement pendant un an, si cette proportion est dépassée. « En cas de récidive », l'établissement sera définitivement fermé. Au fil du temps, les lieux de la pratique des avortements se sont diversifiés, accompagnant l'accroissement de l'avortement par médicaments : les IVG médicamenteuses sont autorisées en cabinet dès 2004 et en centre de santé, de planification ou d'éducation familiale depuis 2009.

Au Québec, la Clinique Morgentaler s'est imposée dès la fin des années 1960 comme une clinique spécialisée dans la prise en charge des avortements et comme réseau concurrent aux cliniques Lazure. Également les Centres de santé des femmes, tout comme un ensemble de cliniques qui consacrent une grande de partie de leur activité à la réalisation d'avortement, telles que la clinique de l'Alternative ou la clinique Fémina à Montréal, se sont progressivement établies comme d'importants intervenants dans le dossier. Toutefois, en 2009, le projet de loi 34 « modifiant diverses dispositions législatives concernant les centres médicaux spécialisés et les laboratoires d'imagerie médicale générale » prévoyait des restrictions concernant les lieux de la pratique des avortements. Les interruptions de

grossesse, selon ce projet, ne pouvaient être effectuées que dans un centre hospitalier ou dans un centre médical spécialisé (CMS), contraignant les cliniques d'avortement et Centres de santé des femmes à se conformer aux exigences des CMS, dont celle de se doter d'un bloc opératoire. Bien que le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Yves Bolduc, retire finalement l'avortement des interventions médicales incluses dans la loi 34, cette initiative comportait initialement une nouvelle attaque aux droits d'accès des femmes à l'avortement, cette fois-ci québécoise.

I.B.1.f. La codification de la clause de conscience des professionnel·les de soins.

Si l'entretien psycho-social obligatoire a aujourd'hui disparu en France pour les femmes majeures, l'une des restrictions initialement contenues dans la loi Veil demeure, celle de la clause de conscience reconnue aux médecins et au personnel paramédical, qui constitue encore un obstacle éventuel dans l'accès des femmes en France à l'IVG et isole cet acte de l'ensemble des actes médicaux. Cette disposition spécifique était très large dans sa version initiale et garantissait aux professionnel·les de la santé la possibilité de refuser d'intervenir :

> « un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une I.V.G. mais il doit informer au plus tard lors de la première visite, l'intéressée de son refus. […] Aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption volontaire de grossesse. Un établissement d'hospitalisation peut refuser que des IVG soient pratiquées dans ses locaux. Toutefois, dans le cas où l'établissement a demandé à participer à l'exécution du service public hospitalier ou conclu un contrat de concession, en application à la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, ce refus ne peut être opposé que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux[31] ».

En même temps qu'en 2010 la loi rallongeait la durée légale, de manière à faciliter le parcours des femmes souhaitant arrêter une grossesse, elle a été précisée pour mieux encadrer le refus de prise en charge des médecins. Dorénavant ceux-ci, en vertu de la loi[32], doivent obligatoirement non seulement informer immédiatement la femme en demande d'avortement de leur refus, mais ils sont aussi contraints de « *lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention ».*

Au Canada comme au Québec, selon Jessica Shaw, l'objection de conscience des médecins n'est pas codifiée, elle est issue de la pratique, ce qui laisse cours à certaines dérives

[31] Art. L 162-8 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse, *Code de la santé publique*.
[32] Art. L 2212-8 du *Code de la santé publique* modifié par l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 1.

(Shaw, ACDA, 2006 : 55). Toutefois, un examen des règles en la matière souligne certaines obligations de ces professionnel·les. Ainsi, en situation de danger pour la vie, la santé et l'intégrité des femmes, ils ont l'obligation d'assurer leur prise en charge (Poirier, 1990 : 300). De plus, le *Code de déontologie des médecins du Québec*, au chapitre « Devoirs et obligations du médecin envers le patient, le public, la profession », à la section « Qualité de la relation professionnelle » souligne que :

> « Le médecin ne peut refuser d'examiner ou de traiter un patient pour des raisons reliées à la nature de la déficience ou de la maladie présentée par ce patient ou pour des raisons de race, de couleur, de sexe, de grossesse, d'état civil, d'âge, de religion, d'origine ethnique ou nationale ou de condition sociale de ce patient ou pour des raisons d'orientation sexuelle, de mœurs, de convictions politiques ou de langue; il peut cependant, s'il juge que c'est dans l'intérêt médical du patient, diriger celui-ci vers un autre médecin» (D. 1213-2002, a. 23).

> « Le médecin doit informer son patient de ses convictions personnelles qui peuvent l'empêcher de lui recommander ou de lui fournir des services professionnels qui pourraient être appropriés, et l'aviser des conséquences possibles de l'absence de tels services professionnels. Le médecin doit alors offrir au patient de l'aider dans la recherche d'un autre médecin » (D. 1213-2002, a. 24).

Mais la clause relative à l'objection de conscience des professionnel·les de soins (notamment dans le cas spécifique d'une demande d'avortement) a été l'objet d'une multitude de projets de loi qui, à travers la codification légale de cette disposition, tentait de restreindre l'accès des femmes à l'avortement. En dix ans, huit projets ont été présentés à cet effet, dont six à l'initiative du même député conservateur, Maurice Vellacott (Cf. Tableau 3). Soulignons que le dernier projet de loi : C-537 : Loi modifiant le *Code criminel* (protection du droit de conscience des professionnel·les de la santé)[33], visait à protéger le droit des professionnel·les de santé et d'autres professionnel·les (notamment éducateurs) de refuser de participer à des actes médicaux qui sont contraires aux préceptes de leur religion ou à leur croyance dans le « caractère inviolable de la vie humaine », sans crainte de représailles ou d'autres mesures discriminatoires de la part d'employeurs, d'associations professionnelles ou d'éducateurs du secteur de la santé. L'obligation d'information et de redirection des femmes vers des personnels acceptant de participer à ces actes n'était nullement formalisée. De plus, l'expression « vie humaine » était définie comme « toutes les étapes du développement de l'organisme humain depuis la fécondation ou la création » (Lemonde, 2009 : 617), témoignant

[33] C-537 : Loi modifiant le Code criminel (protection du droit de conscience des professionnels de la santé)

une nouvelle fois d'une tentative de faire reconnaître le fœtus comme une personne, et de restreindre par là le droit des femmes à disposer de leur corps.

Tableau 3 : Ensemble des projets de loi canadiens tentant de formaliser une clause de conscience[34].

N° du projet de loi	Date de sa présentation	Député/sénateur porteur du projet de loi	Description
S-7	le 19 novembre 1997	Stanley Haidasz, sénateur libéral	Projet de loi contre toute mesure coercitive en cas de refus d'une personne de participer à des actes médicaux qui sont contraires aux préceptes de sa religion ou à sa croyance dans le caractère inviolable de la vie humaine
C-461	le 2 décembre 1998	Maurice Vellacott, député réformiste	
C-207	octobre 1999	Maurice Vellacott, député réformiste	
S-11	novembre 1999	Raymond Perrault, sénateur libéral	
C-422	décembre 1999	Maurice Vellacott, député réformiste	
C-246	le 2 février 2001	Maurice Vellacott, député réformiste	
C-246	le 30 octobre 2002	Maurice Vellacott, député réformiste	
C-537	le 16 avril 2008	Maurice Vellacott, député conservateur	

Ainsi, alors que l'accès des femmes à l'IVG est garanti en France par un élargissement des obligations des professionnel·les de soins refusant de prendre en charge un avortement, l'absence de disposition légale en matière de clause de conscience apparaît comme plus favorable à l'accès à ce droit au Québec.

I.B.2. Derrière le « vide juridique » canadien, les limites d'une liberté apparente.

Bien que les différents projets de lois présentés précédemment signalent le caractère non consensuel du droit à l'avortement, les Québécoises continuent de bénéficier d'une liberté inconditionnelle en matière d'avortement. Pourtant, ce « vide » juridique apparaît bien ambigu. Il dissimule en effet la menace permanente qui pèse sur praticiens et demandeuses d'avortement tout comme l'interdit d'une des techniques employées dans la plupart des sociétés occidentales pour avorter.

[34] Tableau établi à partir du document de la CDAC (2012) et de la synthèse opérée par Louise Desmarais (2016 : 534-538).

I.B.2.a. Un « vide » plein d'ambiguïtés.

Au Canada, la décriminalisation de l'avortement n'a pas été suivie par l'élaboration d'une loi malgré le renvoi de la question au législateur. Si l'affirmation du « droit » à l'avortement par la jurisprudence est cohérente avec la tradition de *common law,* bien éloignée du droit français codifié[35], il est important de noter que ce « vide » est unique en Occident : le Canada est la seule société occidentale à n'avoir pas de loi encadrant les arrêts volontaires de grossesse ou codifiant sa prise en charge (Daigle, 2011 : 144). Si nous écrivons le qualificatif *vide* entre guillemets, c'est que l'absence de loi en matière d'avortement est l'objet d'interprétations multiples. D'un côté, on peut considérer qu'« une non-inscription au *Code criminel* ne correspond pas forcément à un vide. C'est juste que le *Code criminel* n'en parle plus. La criminalisation des actes n'[étant] pas la règle mais l'exception » (Desmarais, 1999 : 301). De l'autre, son absence de formalisation par une loi peut révéler la non-reconnaissance politique du droit (Desmarais, 1999 : 378) et il exprime l'impossible consensus autour de ce sujet. Mais bien qu'il n'y ait pas de loi en la matière, la situation au Canada – et tout particulièrement au Québec – est exceptionnelle. L'existence d'une série de jugements venue confirmer – au niveau fédéral – l'absence de droit du fœtus et la liberté des femmes d'avorter si elles le souhaitent, assure aux Canadiennes un accès sans condition à l'avortement. Et depuis 2008, l'acte est remboursé quelque soit le lieu de sa pratique au Québec.

I.B.2.b. Le délit d'entrave au Québec : une formalisation nécessaire ?

Si la loi française a été observée en portant attention aux restrictions dont elle était et demeure porteuse, elle a aussi formulé une protection toute particulière des femmes souhaitant avorter. Une disposition d'importance a été mise en place en France dès 1993 pour répondre aux multiples attaques des commandos anti-avortements : le délit d'entrave à l'IVG, formalisé dans la loi dite Neiertz[36] qui stipule que : « le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher une interruption volontaire de grossesse » devient un délit puni par la loi. La notion de perturbation est élargie par la loi de 2001 dite Aubry-Guigou, à l'ensemble des « pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans ces établissements, des femmes

[35] En effet, si le droit français est de tradition civiliste et constitue un système complet de règles codifiées, le système québécois de droit mixte est fortement marqué par la tradition anglaise de *common law*, caractérisée par la prééminence des décisions des tribunaux.
[36] Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social.

venues y subir[37] une interruption volontaire de grossesse ou de l'entourage de ces dernières[38]».

En outre, en 2014, donnant suite au rapport du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes relatif à l'IVG (Bousquet et Laurant, 2013 : 16-19) qui soulignait le développement de sites internet anti-avortement diffusant des informations erronées, l'entrave à « l'information sur l'IVG » se voit elle aussi sanctionnée par la loi Vallaud-Belkacem :

> « Est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30000 euros d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou **de s'informer** sur une interruption de grossesse » [nous soulignons] [39].

Cet élargissement des entraves sanctionnées s'ajoute à la mise en place d'un site gouvernemental sur l'IVG en 2013 (http://www.sante.gouv.fr/ivg).

Au Québec, par comparaison, l'absence de formalisation de délit d'entrave laisse court à de fréquentes manifestations anti-avortement devant des églises, mais aussi et surtout devant les lieux où se pratiquent des avortements, notamment devant la clinique Morgentaler. Certes, le « 16 juin 2008, la Cour supérieure du district de Hull accordait une injonction permanente (ce qui constituait une première au Québec) à la Clinique des femmes de l'Outaouais interdisant à quiconque de manifester à l'intérieur d'un quadrilatère, déterminé par la Cour, entourant l'emplacement de la clinique. Cette demande d'injonction faisait suite à la remise en question, par un manifestant anti-choix, d'une première injonction interlocutoire accordée à la clinique en 2001 » (FQPN, ACLC, 2010 : 37), mais cette injonction n'a pas empêché la répétition de manifestations semblables ailleurs. Bien que les incidents à l'encontre des fournisseurs ou des cliniques aient eu lieu dans d'autres provinces canadiennes (Tableau 4), ceux-ci ne sont pas sans répercussions sur la prise en charge des avortements au Québec.

[37] Nous signalons ici l'emploi du verbe « subir », qui donne à voir l'esprit de la loi en France.
[38] Art.17 de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.
[39] Art. 25 de la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.

Tableau 4 : Liste des incidents connus de violence commis à l'encontre des fournisseurs ou des cliniques au Canada, y compris les actes graves de vandalisme[40].

15 juin 1983	Un homme avec des ciseaux de jardinage, dans une tentative d'agression, se jette sur le Dr Henry Morgentaler à l'extérieur de sa clinique de Toronto. Augusto Dantas est accusé de possession d'une arme dangereuse et de voies de fait.
29 Juillet 1983	Un incendie criminel a lieu à la clinique de Toronto du Dr Morgentaler. Un feu est allumé en bas dans la librairie des femmes et la clinique, à l'étage, subit des dommages à cause de la fumée et de l'eau.
Janvier 1985	Le militant anti-choix Jim Demers, de Nelson en Colombie-Britannique, vole un appareil d'aspiration à l'hôpital régional Kootenay de Nelson et le détruit. Il restera 30 jours en prison.
25 février 1990	Un homme fait irruption dans le Centre de santé Everywoman de Vancouver et détruit une machine à ultrasons et à aspiration à l'aide d'un pied-de-biche. En octobre 2000, l'activiste anti-choix Lane Walker se dénonce comme coupable de cet acte et est condamné à un jour de prison et à une amende de 10.000 $ de dommages et intérêts.
Juillet 1991	Un liquide inflammable est versé sur le mur du fond de la future clinique Morgentaler d'Edmonton qui doit ouvrir ses portes un mois plus tard. Le liquide s'enflamme et cause des dommages de 1000 $.
Janvier 1992	Un incendie criminel à la clinique Morgentaler de Toronto cause des dommages pour 7000$. Des jeunes ont mis le feu à un pneu imbibé d'essence transporté sur le porche, et ont vidé le foyer de la clinique. Quelques jours plus tôt, une femme avait libéré de l'acide butyrique dans les toilettes de la clinique (L'acide butyrique est une substance toxique, malodorante et chimique qui sera par la suite injectée à travers les murs et les plafonds des cliniques d'avortement).
18 mai 1992	Une bombe incendiaire détruit complètement la clinique Morgentaler de Toronto au milieu de la nuit. Aucune personne n'est blessée, mais l'auteur n'a jamais été retrouvé.
8 novembre 1994	Le Dr Garson Romalis de Vancouver est grièvement blessé par balle à son domicile par un tireur inconnu caché dans la ruelle arrière. Cet événement est le premier de ce qui deviendra l'obscur "Jour du Souvenir", lors duquel d'autres fusillades contre des médecins pratiquant l'avortement ont lieu les années suivantes. Ces fusillades sont toujours semblables à celle du Dr Garson Romalis : un tireur caché derrière la maison, tirant à travers une vitre ou une porte dans la maison du médecin, à l'aide d'une carabine de gros calibre.
10 novembre 1995	Vers la période du "Jour du souvenir", en lien avec la tentative de meurtre du Dr Garson Romalis de 1994, le Dr Hugh Short d'Hamilton, en Ontario, est blessé par balle dans le coude à son domicile. James Kopp est par la suite accusé.
12 novembre 1996	La clinique Morgentaler d'Edmonton subit une attaque à l'acide butyrique.
11 novembre 1997	Le Dr Jack Fainman de Winnipeg, au Manitoba, est blessé par balle à l'épaule lors du "Jour du Souvenir" par un tireur (Un médecin anonyme dans l'État de New York est également blessé le 28 octobre). Un Groupe national de police est créé pour enquêter sur les fusillades du "Jour du Souvenir" et attraper le tireur d'élite.
23 octobre 1998	La fusillade contre le Dr Barnett Slepian de Buffalo, New York, devient le premier accident mortel lors du "Jour du Souvenir". Le manifestant anti-avortement James Kopp est accusé pour ce meurtre et pour la tentative sur le Dr Short. Il est aussi un suspecté dans les fusillades d'autres canadiens. Kopp est finalement arrêté en France en mars 2001.
11 juillet 2000	Le Dr Garson Romalis est de nouveau attaqué, cette fois-ci dans le parking de son cabinet médical par un inconnu. Le Dr Romalis est poignardé dans le dos et à la rate. Le coupable n'est jamais arrêté et il n'y a pas de suspect.

[40] Liste issue du site consacré au 25ème anniversaire de l'arrêt Morgentaler [En ligne] : http://www.morgentaler25years.ca/fr/la-lutte-pour-le-droit-a-lavortement/

La loi garante en France de l'information en matière d'avortement n'a pas trouvé de résonnance dans les projets de lois au Canada. Malgré la mise en place d'une plateforme téléphonique commune aux différents lieux de la prise en charge à Montréal (le Centre des rendez-vous en avortement de Montréal) et le développement d'un site gouvernemental (http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/services-d-avortement/description/), l'absence de régulation concernant l'information sur l'avortement a par ailleurs ouvert la voie à la mise en place de centres conseil grossesse anti-choix/anti-avortement et à la diffusion d'information erronée (ACLC et FQPN, 2010). Humanisation de l'embryon/du fœtus, glorification et essentialisation de la maternité sont identifiées comme les stratégies mobilisées dans ces centres aux côtés d'un ensemble de discours hypertrophiant les risques de l'avortement, et maintenant un sentiment de peur à travers un discours sur les répercussions physiques/médicales et psychosociales d'un avortement (notamment le traumatisme avortement) (Gonin, Pronovost et Blais, 2014 : 96).

Tandis qu'en France le droit à avorter a été consolidé par la loi, le « vide » juridique en la matière au Canada (et donc au Québec), bien qu'assurant la liberté des femmes à décider des suites d'une grossesse, ne les protège pas contre un ensemble d'entraves à leurs droits effectifs. Aussi, derrière cette apparente liberté, se dissimule une restriction toute particulière : l'interdit sur le sol canadien de la pilule abortive.

I.B.2.c. L'avortement par médicaments : un interdit canadien pérenne.

Encadré 3 : Précisions terminologiques.

- **Avortement par aspiration** = IVG chirurgicale (France) = IVG instrumentale (France) = Avortement traditionnel (Québec) = Avortement conventionnel (Québec)

- **Avortement par médicaments** = IVG médicamenteuse (France) = IG médicale (Québec) = Avortement chimique.

- **RU-486** = mifépristone = pilule abortive.

La pilule abortive est développée en France au cours des années 1980. Dès 1979, trois chercheurs des laboratoires Roussel-Uclaf travaillent au développement d'anti-glucocorticoïdes. Ils aboutissent à une série de puissants anti-glucocorticoïdes brevetés à leurs noms par Roussel-UCLAF ; l'un d'entre eux le RU 38486 (selon les initiales du laboratoire et la numérotation chronologique des synthèses) dit aujourd'hui RU-486 (mifépristone), est

aussi un anti-progestérone. Le Pr Étienne-Émile Baulieu, chercheur conseiller de Roussel-Uclaf, s'intéresse à cette dimension du produit qui pourrait permettre des avortements par voie médicamenteuse. Il l'expérimente rapidement sur onze femmes enceintes à Genève et obtient des résultats encourageants.

Le 19 avril 1982, il présente le RU à l'Académie des sciences comme une alternative à l'avortement par aspiration. Le monde scientifique est très intéressé par la découverte et Roussel-Uclaf signe un accord en 1983 avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui sponsorise des essais cliniques dans de nombreux pays. Les expérimentations étant concluantes, le 23 septembre 1988, le RU reçoit l'autorisation de mise sur le marché en France, pour les IVG à moins de sept semaines. Mais la distribution du médicament est suspendue face à la levée de boucliers de l'Église catholique, des groupes anti-avortements et des pressions de Hoechst, actionnaire principal de Roussel Uclaf. C'est à ce moment-là que le ministre français de la Santé, Claude Évin, prend publiquement position et déclare que « le RU-486 est propriété morale des femmes ! », mettant ainsi en demeure la société qui produit le médicament. La diffusion de la mifépristone reprend deux jours après, soit le 28 octobre 1988. Hoechst cède alors gratuitement tous les droits sur la production et la commercialisation de la pilule à Édouard Sakiz, ancien patron de Roussel-Uclaf et codécouvreur de la molécule. La production se fait à travers une nouvelle entreprise indépendante, Exelgyn. Il faudra cependant attendre février 1989 pour que la distribution soit effective dans les hôpitaux et les centres agréés. Initialement couplée à la prostaglandine, le RU-486 est associée à partir de 1991, à la suite d'un décès par crise cardiaque d'une patiente, au misoprostol (Cytotec) (Gauthier, 2002 : 401-402 ; Baulieu, 2013). Elle est aujourd'hui la méthode privilégiée en France pour avorter, représentant plus de la moitié des avortements qui y sont réalisés (55,4 % des IVG en France en 2011, Mazuy, Toulemon et Baril : 2014, 373 ; Mazuy, Toulemon et Baril : 2015 : 2),

Un des éléments remarquables que donne à voir la mise en perspective des encadrements de l'avortement en France et au Québec porte sur cette méthode d'avortement. La méthode médicamenteuse demeure marginale au Québec et est très rarement proposée aux femmes qui souhaitent interrompre une grossesse. Moins de 1% des avortements, soit approximativement 250 par an, sont réalisés par médicaments (CSF, 2008 : 20-21). Ces chiffres s'expliquent par la proscription de la mifépristone (RU-486) en territoire canadien, ces avortements étaient, jusqu'à récemment. Ils sont alors réalisés à l'aide d'une combinaison de méthotrexate et de misoprostol, ou par ingestion de misoprostol seul.

Dès 1993, des médecins françaises sont venues présenter aux Québécoises cette méthode lors d'une rencontre organisée par la CQDALG. Au moment de cette rencontre, le CDSFM et la FQPN se positionnent contre cette méthode, et le CDSFM se retire même de la CQDALG en 1994 (Desmarais, 2016 : 345-346). Pourtant, la pilule abortive est un temps introduite à titre expérimental, projet appuyé par la CQDALG. Mais en 2001, la position de la FQPN n'a pas changé, soulignant les risques potentiels du RU dans sa brochure : « Notre mémoire collective nous rappelle constamment les conséquences désastreuses sur la santé des femmes lorsque la science utilise leur corps pour fin d'expérimentation » (Desmarais, 2016 : 397).

Finalement en juillet dernier, Santé Canada approuve la mise sur le marché de la pilule abortive : le RU-486. Commercialisé sous le nom de Mifegymiso, ce médicament n'est accessible aux Québécoises qu`à partir de 2016, soulignant une limite durable du choix des femmes en matière d'avortement, tout comme une résistance toute québécoise à la médicamentation des corps des femmes.

Tableau 5 : Les produits employés pour la réalisation des avortements de 1988 à 2015.

En France	Au Québec
De septembre 1988 à 1991 : RU-486 (Mifépristone) + Prostaglandine	Depuis 1997: Méthotrexate + Misoprostol Voire Misoprostol seul
Depuis 1991 : RU-486 (Mifépristone) + Misoprostol (Cytotec[41])	

Conclusion.

À travers ce chapitre, nous avons retracé les évolutions du droit en matière de contrôle des naissances. Au cours du XIX^{ème} siècle, dans tous les pays occidentaux, est réaffirmée dans la loi le caractère criminel de l'avortement. Mais cette condamnation légale des pratiques abortives est doublée en France et au Québec par l'interdiction du recours et de la diffusion de toutes méthodes anticonceptionnelles. Si au Québec cette criminalisation des différents moyens de réguler les naissances vient renforcer le contrôle qu'effectue depuis la fin du XVIII^{ème} siècle l'Église catholique sur la fécondité des femmes, elle est réaffirmée dans une France laïque éprouvée par les guerres et inquiète de la chute constante de la fécondité.

[41] Le misoprostol a été développé et commercialisé par le laboratoire Searle (aujourd'hui Pfizer), sous le nom de Cytotec, même s'il est disponible sous de nombreuses autres appellations : *Gymiso*, *Arthrotec*, *Oxaprost*, *Cyprostol*, *Misotrol*, *Prostokos*, *Vagiprost*…

Malgré ces interdits, l'idée de planification des naissances s'impose dans ces deux sociétés durant les années 1950-1960, bien que la généralisation de cette pratique tarde à se matérialiser. Un retour sur cette période permet néanmoins de dégager, les particularismes locaux au niveau des redéfinitions de l'avortement et de la contraception tout comme d'analyser leur articulation : ainsi, alors que la contraception est pensée en France comme outil de lutte contre l'avortement, ces deux méthodes apparaissent au Québec plus complémentaires. D'autre part, si l'organisation du mouvement pour la planification des naissances est plus lente à se mettre en place au Québec, son rythme de développement apparaît par ailleurs plus accentué, rattrapant ainsi son retard. À terme, les années 1960 se soldent par des modifications législatives importantes édictées de manière quasi-concomitante : la première loi autorisant le recours à des méthodes contraceptives est votée en France en 1967, tandis que le Canada légalise en 1969 l'usage de contraceptifs et l'avortement dit « thérapeutique ».

Mais la législation ne suffit pas à faciliter l'accès à la contraception en France et à l'avortement au Québec. Face aux difficultés rencontrées, Françaises et Québécoises s'engageront dans une lutte unifiant dans leurs revendications contraception et avortement. De part et d'autre de l'Atlantique, il s'agira d'une mobilisation exceptionnelle dans l'histoire des femmes.

Dans l'une et l'autre sociétés, deux réseaux distincts militent en faveur de l'accès à la liberté de procréation : l'un, réformiste, se déploie sur le terrain juridique et légal ; le second, plus radical, revendique la contraception, mais également l'avortement libre et gratuit. Selon des modalités d'action et des visions contrastées, c'est l'action conjuguée de ces réseaux qui gagne le « droit » à l'avortement dans les deux sociétés. Cette période de grandes agitations s'achève dans la deuxième moitié du XX^{ème} siècle avec deux grandes victoires. En France, la loi Veil de 1975, après la reconnaissance de la gratuité de la contraception, rend légale l'interruption volontaire de grossesse pour les femmes, alors qu'en 1988 le jugement Morgentaler décriminalise l'avortement au Canada. Bien que participant de la consolidation de la définition de l'avortement comme un droit de santé pour toutes les femmes et appuyant leur liberté en matière de procréation, ces succès ont construit dans ces deux sociétés un bon et un mauvais objet. Alors que la contraception devient une pratique de santé ordinaire positive, l'avortement demeure une pratique non-consensuelle, encore stigmatisée par certain·es, comme en témoigne l'examen attentif des dispositions légales en France et des nombreux projets de lois au Canada.

Dans la seconde partie de ce chapitre, nous avons montré comment, dans les deux sociétés, malgré ces avancées majeures et les améliorations qui suivent les batailles des années 1970-1980, l'avortement demeure une tolérance légale, un « droit » pas vraiment comme les autres. À partir de l'examen des dispositions légales en France comme au Canada/Québec, nous avons rendu compte des restrictions qui pèsent encore sur la liberté des femmes en la matière et son caractère non-consensuel. La mise en perspective des règles entourant l'avortement dans les deux sociétés révèle deux situations contrastées. Tandis qu'en France, le régime légal applicable à l'IVG a connu de notables améliorations mais contient encore en son sein des limites au droit des femmes à accéder à l'avortement, l'absence de loi au Canada et au Québec a fait l'objet de plusieurs contestations légales.

« Les nombreuses évolutions qui viennent d'être retracées permettent de constater que le régime légal applicable à l'IVG [en France] a connu de notables améliorations : de dérogation légale, elle est devenue une liberté, que l'on pourrait même qualifier aujourd'hui de liberté "renforcée" en raison des différents processus d'aménagement dont elle a été l'objet » (Marguet, 2014). Toutefois, la loi signale toujours, à travers la conservation de la clause de conscience des professionnel·les de soins et du seuil légal limite, le caractère non consensuel de cette pratique.

Au Canada et donc au Québec, une série de projets de loi ont été déposés par différents élus fédéraux avec pour objectif de restreindre la liberté des femmes. Plusieurs des restrictions ainsi réclamées étaient déjà présentes dans l'initiale loi Veil. Ainsi, l'examen conjoint des dispositions légales encadrant la pratique de l'avortement dans ces deux sociétés révèle que l'apparente liberté assurée par le « vide » légal actuel ne peut être tenue pour irrémédiablement acquise. Elle dissimule en outre une restriction toute particulière : l'interdit durable d'une des méthodes d'avortement : la voie médicamenteuse. Si une piste d'explication peut se trouver dans l'attitude antichoix de certains membres de Santé Canada, on ne peut nier les résistances des féministes canadiennes – et plus particulièrement québécoises – engagées sur la question de l'avortement à la médicamentation des corps des femmes.

Chapitre II : Enquêter et écrire sur l'avortement, un épisode ordinaire de la vie des femmes.

Introduction.

Ce chapitre a pour but de donner à voir l'originalité de cette recherche et la manière dont elle s'est construite. Dans un premier temps, à partir d'une revue de la littérature existante, nous montrons comment l'avortement a été appréhendé par les différentes disciplines en France et au Québec. S'il a été au centre des mobilisations des féministes dites de la deuxième vague, il est aussi l'objet depuis longtemps d'études dans divers domaines. Question démographique et médicale, sujet du droit, objet historique ou problème de santé publique, sont parmi les multiples perspectives sous lesquelles l'avortement a été traité. Il l'a été aussi par la sociologie qui focalise cependant son intérêt sur une question précise en deux occasions et de manière limitée dans le temps. En effet, dans les deux sociétés, les sciences sociales engagent d'abord des recherches sur l'interruption de grossesse autour de sa « légalisation », mais le délaissent durablement ensuite – une fois la décriminalisation admise. Et, leur attention va, hors de ces périodes spectaculaires, se dessaisir d'une approche plus fine, notamment de l'analyse d'une de ses dimensions, l'expérience vécue de l'avortement, par les femmes. Lorsque cette dernière est exposée, c'est bien essentiellement sous la forme de recueils de témoignages ou alors à l'aune de théories psychologiques ou psychanalytiques, mais exceptionnellement sous l'angle sociologique. Durant les années 2000, on observe un regain d'intérêt pour l'objet avortement à la suite d'une nouvelle enquête épidémio-sociologique française. Celle-ci impulse une nouvelle vague de recherches abordant l'avortement avec un regard sociologique, plus particulièrement en France faut-il ajouter. Mais rares sont les études qui ont cherché à analyser la manière dont les femmes pensent, disent et vivent l'avortement au sein de ces deux sociétés. Quand elles le font, c'est souvent en traitant de segments donnés de cette expérience, ou en évacuant l'ensemble des normes sociales et rapports sociaux, notamment de sexe, au sein desquels elle s'inscrit nécessairement.

C'est pourquoi il nous semblait important d'initier une recherche qui se centre sur la construction sociale du vécu de l'avortement et qui mette en évidence les normes qui encadrent l'expérience des femmes, de la découverte de la grossesse jusqu'à la période post-abortive. Car si les femmes sont aujourd'hui libres de décider, le choix et les actions qu'il implique s'inscrivent dans un cadre normatif régulant les pratiques en matière de contrôle des naissances, c'est-à-dire plus largement de la procréation. Par conséquent, notre travail a été

guidé par une hypothèse forte qui est la suivante : les expériences vécues de l'avortement sont de puissants révélateurs de l'ensemble des normes sociales et des injonctions contradictoires avec lesquelles les femmes se doivent de négocier, mais aussi le produit de ces normes. Or, si les analyses quantitatives permettent de saisir les pratiques, il nous apparaît que seule l'analyse de la parole de femmes sur leur propre expérience peut nous approcher d'une meilleure compréhension de l'objet visé. Les témoignages recueillis permettent, en effet, d'appréhender la manière dont les femmes que nous avons rencontrées, en France comme au Québec, pensent et vivent avec un avortement passé dans les contextes de vie qui sont les leurs et de donner à voir la construction sociale de leur expérience dans les contextes sociaux au sein desquelles elles s'inscrivent. Nous expliquons, plus avant, les raisons pour lesquelles nous avons opté pour un travail comparatif franco-québécois, de même que ce que nous attendons d'une telle comparaison.

Tandis que les analyses sociologiques du vécu de l'avortement sont peu fréquentes, comme nous venons de le souligner, la production discursive populaire est en revanche inflationniste et, pour l'explorer, il nous fallait circonscrire les préjugés qui lui sont associés. Comme nous l'avons montré au chapitre I, l'avortement s'est construit en France et au Québec comme la « mauvaise » pratique en matière de régulation des naissances par opposition à la « bonne » pratique que serait la contraception (bien que cette opposition apparaît plus nette). Tout comme son encadrement légal contemporain, une telle perception reflète la charge morale qui est encore associée à l'avortement. Une étape préalable de notre démarche a donc consisté à « banaliser » l'avortement pour pouvoir le traiter comme un fait social ordinaire. En nous appuyant sur la littérature existante, nous montrons comment l'avortement, dégagé de tout jugement de valeur, apparaît alors comme un mode parmi d'autres de contrôle de la fécondité, un épisode qui devrait pouvoir être considéré comme ordinaire dans la vie des femmes. Toujours fréquent selon les chiffres, il représente une pratique médicale simple et sécurisée et une donnée structurelle des trajectoires contraceptives et reproductives des femmes lorsque le droit de décider de leurs maternités leur est accordé. Aussi, pour enquêter et écrire sur ces expériences de femmes en adoptant cette perspective, il nous a fallu opérer des choix épistémologiques et terminologiques sur lesquels il apparaissait important de revenir.

Enfin, nous donnons à voir la manière dont nous avons construit et mené l'enquête : du recrutement des informatrices à l'analyse de leurs récits, mais aussi du contexte social dans les deux sociétés. Nous présentons les méthodes employées pour rencontrer à Paris et à Montréal des femmes prêtes à rendre compte de leur(s) expérience(s) d'avortement tout

comme de leurs expériences sexuelles, contraceptives et procréatives. Après une description générale des volontaires ayant répondu à notre appel, nous revenons sur les modalités spécifiques du recueil de leur parole et de son traitement.

II.A. Pour une lecture sociologique du vécu des avortements.

II.A.1. L'expérience de l'avortement, un objet délaissé par les sciences sociales ?

En France dans les années 1970, tout en mettant en évidence la division sociale du travail entre classes de sexe, les féministes matérialistes révèlent l'ensemble des contrôles exercés sur les corps sexués qui en découle. Parallèlement aux luttes politiques, les premières analyses théoriques sont publiées et progressivement affinées dans les années qui suivent (Delphy, 1970,1975 ; Guillaumin, 1978a, 1978b, Mathieu, 1973, 1977). Quelques temps après, Paola Tabet prolonge ces analyses théoriques en soulignant, notamment, l'importance de l'exploitation sexuelle et du contrôle des femmes comme « corps-outils de reproduction ». Tout en réduisant la sexualité à la seule pratique du coït hétérosexuel supposée naturelle (Tabet, 1985), le système de genre condamne les avortements qu'il produit. Ainsi, selon Tabet (1998 : 128), l'interdit de l'avortement participe de la domestication de la reproduction des femmes et renforce la domination masculine et sa mainmise sur la maternité idéologisée comme destin biologique et naturel des femmes (Beauvoir, 1949 : 326). D'ailleurs si l'avortement fait l'objet d'un contrôle social si important, selon Nicole Claude Mathieu, c'est bien parce que l'avortement est perçu comme un « refus culturel d'un processus biologique *entamé* » et que les femmes qui y ont recours donnent à voir la dimension sociale de la maternité (Mathieu, 1977 : 63).

Ces travaux offrent un premier cadre théorique pour penser l'avortement comme droit des femmes, pourtant les premières analyses produites sur le sujet tant en France qu'au Québec le sont par la médecine, le droit, auxquels s'ajoute pour la France, la démographie.

II.A.1.a. Avant la loi, l'avortement, une préoccupation avant tout médicale, juridique et démographique.

En France, comme le souligne la riche bibliographie de sources médicales et juridiques mobilisées par Jean-Yves Le Naour et Catherine Valenti (2003 : 365-370) pour

écrire l'histoire de l'avortement, la production de textes sur cet objet est avant tout le fait de ces deux disciplines[42].

Certes, du fait du « souci nataliste » français, cet objet est aussi investi par les démographes (Sutter, 1950 ; Calot, 1974), ce dont témoigne l'importante recension d'articles dans la revue *Population,* effectuée par Marie-Laurence Lamy pour la période 1970-1981 (1982). Les démographes sont d'ailleurs, au moment de la loi Veil, chargés du suivi des données recueillies sur les interruptions volontaires de grossesse dans l'optique d'en connaître l'impact sur la natalité (comme nous l'avons signalé dans le chapitre I). Dès 1975, en effet, toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le/la médecin, qui remplit à cet effet un bulletin statistique. Une fois récoltées, ces informations doivent être adressées par les établissements aux médecins inspecteurs·rices régionaux de la santé ; ceux et celles-ci les envoient à l'INSEE qui en assure l'exploitation statistique. L'INED, en liaison avec l'INSERM, analyse et publie, ensuite, les statistiques d'avortement ainsi recueillies et traitées (Blayo, 1977 : 977). Cette organisation du suivi des avortements, tout en redéfinissant officiellement l'avortement comme une question de démographie et de santé publique en France, conduit à la publication régulière d'analyses tout comme à celle de quelques enquêtes démographiques (Blayo, 1977, Fine-Souriac, 1978 ; Blayo, 1979 ; Calot, 1979 ; Fresel-Lozey, 1980 ; Olivier-Friguet, 1980 ; Lamy, Jourdain et Levaillant, 1980 ; Dumont et Legrand, 1981 ; Blayo, 1989, 1993, 1995, 1997). Ainsi, depuis 1975, on dispose d'analyses statistiques régulières sur la fréquence et la pratique de l'avortement.

Très peu abordé par la démographie au Québec, l'avortement est un élément peu développé dans les bilans annuels des données sur la santé et ce jusqu'à récemment (Cf. INSPQ, 2005, 2006). Mais, il est en 1975, l'objet de violentes charges de la part de membres du département de démographie de l'Université de Montréal (Bellerose, Berneche et *al.*; Piché), en réponse à la publication dans le journal quotidien indépendantiste *Le Jour* d'un article rédigé par Jean-Morse Chevrier présentant l'avortement comme « une solution extrême de désespoir ». En s'appuyant sur des données démographiques, un front de protestations s'élève contre une analyse psychologique accusée d'être lourdement empreinte de jugement moral.

Au Québec, l'avortement a été d'abord un terrain investi par le droit. Dès 1972, les Québécoises sont attentives aux jugements ayant lieu chez leurs voisins américains (Rivet ;

[42] Nous signalons notamment un ouvrage d'un médecin, le Dr Pierre Vellay qui tente un premier travail d'analyse du vécu de l'avortement à partir des expériences de patientes à une époque où celui-ci est interdit (1972).

1972). Une suite d'articles, traitant de la loi l'encadrant, est publiée au cours de la même période, notamment dans *les Cahiers du droit,* (Rivet, 1974 ; Giroux, 1982). Cette analyse des dispositions légales canadiennes se voit reprise dans les années 1990 à la suite du jugement Morgentaler (Poirier, 1990) et dans le contexte du vide juridique créé par l'absence de législation qui s'ensuit (Gagnon et Quéniart, 1990 ; Koch, 1990). Enfin, dans les années 2000, comme nous en ferons mention, la contribution du droit sera à nouveau sollicitée pour contrer les multiples projets de loi visant à limiter l'accès des femmes à l'avortement.

II.A.1.b. Autour des luttes : l'analyse politique et sociologique de l'IVG.

Ce n'est qu'au moment où la France et le Québec connaissent de profondes modifications du cadre légal de l'avortement que sociologues et politistes s'attellent à l'analyse de cet objet.

En France, quelques travaux précèdent la loi Veil. On peut signaler notamment un premier article publié en 1966 par Janine Mossuz qui rend compte des aspects politiques du débat sur la régulation des naissances. De même, en 1974, Dominique Wolton élargit cette première analyse dans *Le nouvel ordre sexuel* en révélant, à partir d'un récit centré sur le MFPF, la substitution d'un encadrement scientifico-social de la sexualité aux anciennes formes de régulation morales et religieuses. Mais c'est réellement au début des années 1980 que paraissent la plupart des publications françaises en sciences sociales, après l'inscription durable du texte sur l'IVG dans le *Code de la santé publique* (loi dite Pelletier de 1979) et le vote de la loi Roudy (1982) assurant pour partie son remboursement.

Les premiers textes de cette série de travaux se concentrent sur l'analyse des débats qui ont cours dans la presse durant les périodes de mobilisation pour l'accès à la contraception et à l'avortement (Isambert et Ladrière, 1979 ; Serverin, 1980). Puis, alors que le MFPF publie un premier ouvrage retraçant son histoire (MFPF, 1982), paraît, coordonné par Paul Ladrière, un numéro complet de la *Revue française de sociologie* dédié à l'avortement qui regroupe des chercheur·ses concerné·es depuis quelques années par différentes dimensions de cet objet. Au sein de cette production collective, Anne-Marie Devreux et Michèle Ferrand prolongent les premiers travaux initiés autour de l'IVG et établissent la chronologie des événements et des prises de positions de 1970 jusqu'à la promulgation de la loi dite Pelletier (Devreux et Ferrand-Picard,1982). D'autres soulignent la profonde mutation de l'encadrement légal de l'avortement et le glissement de responsabilités qui s'est opéré : la question de la gestion de l'avortement se voit déléguée aux médecins bien que nombreux y demeurent en

grande partie opposés (Lafarge, 1979-1980 ; Horellou-Lafarge, 1982 ; Ferrand-Picard, 1982 ; Ferrand, 1989).

On voit également apparaître les premières enquêtes autour des expériences d'avortement qui abordent tant des récits d'avortements pratiqués à l'époque où ceux-ci sont illégaux (Houel et Lhomond, 1982) que des demandes d'IVG après la loi Veil (Bateman Novaes, 1979). Dans le numéro entièrement consacré à l'IVG de 1982, une attention particulière est portée à celles qui sont alors désignées comme « récidivistes » (Novaes, 1982) qui, comme nous le verrons dans le chapitre III, questionnent et inquiètent tout particulièrement dans ce nouvel espace légal de la non-procréation. Soulignons aussi que l'instauration, avec la loi Veil, de l'entretien psycho-social préalable à l'avortement fait l'objet de quelques articles sociologiques. Ceux-ci mettent en évidence le caractère dissuasif de cette étape de la prise en charge à la française, de même que les normes sociales véhiculées par les professionnel·les qui en ont la charge (Devreux, 1981, 1982). En 1986, Agnès Fine publie ainsi un travail original autour des savoirs sur les corps et les procédés abortifs au XIX^{ème} siècle. Enfin, en 1987, le premier ouvrage de synthèse sociologique autour de la question de l'IVG, écrit par Michèle Ferrand et Maryse Jaspard, clôture cette première vague de recherches françaises. Durant plus d'une décennie, l'avortement est à nouveau recouvert d'un voile cachant les dimensions sociales de cet acte, de son recours, de sa pratique et de son vécu. Sociologues et politistes s'en détournent pour investir d'autres objets. Tout se passe un peu comme si la légalisation-médicalisation de l'IVG et le vote de son « remboursement », en résolvant le problème social apparent, avaient émoussé les curiosités. Ne représentant plus de « réel » enjeu social, l'IVG ne semble alors plus digne d'intérêt.

Son analyse est alors de nouveau le fruit quasi-exclusif des médecins et professionnel·les de soins. Ainsi, durant les années 1990, les travaux sur l'IVG sont pour l'essentiel le fait de l'Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC), des professionnel·les travaillant dans les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), des centres d'interruption volontaire de grossesse (CIVG) et des établissements d'information de conseil conjugal et familial (EICCF). L'ANCIC continue durant ces années de réaliser la publication de ces journées nationales et régionales d'études sur la question, (ANCIC, 1989, 1991, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1999, 2000) amorcée dès 1980 (1980, 1981, 1982, 1983, 1985, 1986, 1988).

Outre la publication, par Francine Muel-Dreyfus (1996), d'un article traitant de l'encadrement de l'avortement sous le régime de Vichy, les rares travaux en sciences sociales que nous avons été en mesure de recenser pour la décennie 1990 ont pour objets les opposants

à l'avortement, leurs discours et leurs actions (Erdenet, 1992 ; Venner, 1995a, 1995b). Ils sont diffusés alors que la France subit un ensemble d'actions commando contre des CIVG, opérations qui conduiront à la formation de la Coordination des associations pour le droit à l'avortement et à la contraception (CADAC) et à l'adoption de la loi Neiertz (1993) interdisant l'entrave à l'avortement.

De même, au Québec, c'est dans la période qui suit le jugement Morgentaler (1988) et l'affirmation avec l'affaire Daigle contre Tremblay (1989) du droit des femmes enceintes à interrompre leur grossesse, qu'est produit, au sein des sciences politiques et sociales, la plupart des textes sur l'avortement. Si quelques travaux sont amorcés avant l'arrêt Morgentaler, c'est bien dans la décennie 1990 que s'observe une concentration des publications scientifiques. Il est intéressant de remarquer que les quelques recherches en amont de cette période, appréhendent la question, tout comme en France, à travers l'analyse des débats et des positions des différents acteurs (Garon et Quiénart, 1982), ou encore selon une lecture socio-historique de la lutte menée par le mouvement des femmes pour le droit à l'avortement libre depuis les années 1960 et les effets de cette lutte sur le mouvement des femmes (Lamoureux, 1983). Soulignons cependant que si peu de publications universitaires sont publiées avant le jugement Morgentaler (si ce n'est à travers l'analyse du droit comme on l'a précédemment souligné), les Éditions du Remue-ménage offrent en 1987 la traduction de l'ouvrage d'une journaliste Anne Collin, *L'avortement au Canada. L'inéluctable question*, qui dresse un portrait de la situation canadienne en s'appuyant sur une importante enquête mêlant entretiens et observations.

À partir de 1990, se multiplient les analyses scientifiques sur l'avortement. Cela survient dix ans après le premier engouement en France pour cette question, de manière cohérente avec l'histoire de l'établissement de ce droit dans les deux sociétés. L'article de Micheline De Sève (1990) analyse ainsi spécifiquement l'affaire opposant Chantal Daigle et Jean-Guy Tremblay. Suzanne Garon et Anne Quiénart rédigent, dans la lignée de leur recherche antérieure, un premier article dans la revue *Déviance et Société* sur les différentes positions à l'endroit de l'avortement. Un ouvrage collectif dirigé par Diane Lamoureux (1993a) réunit pour la première fois un ensemble de contributions explorant cet objet. Alors qu'elle y poursuit son travail sur l'histoire de la lutte pour l'accès à l'avortement (1993b), Béatrice Godard, qui a achevé en 1992 son doctorat de sociologie sur la problématisation de l'avortement de 1950 à 1991, y rend compte de l'histoire des contre-mouvements, ceux hostiles au droit à l'avortement. Elle offre une première analyse des discours des opposants à l'avortement, précédant de quelques années les analyses qui seront publiées en France sur les

actions et les productions discursives du camp des anti-avortements en France. Notons que, peu de temps avant, Béatrice Godard avait produit un premier article sur l'attitude des médecins face à l'avortement (1992a). Enfin, au sein de cet ouvrage collectif entièrement dédié à l'avortement, figure aussi, tout comme le dossier français de 1982, un article sur « L'avortement répété, sens du geste » de Marie-Thérèse Lacourse (1993) ; il fait suite à son mémoire de sociologie (1991a) et à une première publication appréhendant cette dimension de l'objet (1991b). À côté de ces travaux, la médecin Édith Guilbert offre une riche revue de la littérature sur l'avortement et une première analyse sur les caractéristiques des femmes avortantes (Guilbert, 1991, 1993). L'année 1993 est aussi marquée par la publication d'une contribution originale articulant théologie et féminisme, *L'avortement dans une société pluraliste* (1993) par Louise Melançon. Cofondatrice en 1976 avec Monique Dumais et Marie-Andrée Roy de la collective féministe et chrétienne *L'autre Parole* (Roy, 2001), Louise Melançon dresse un état des lieux articulant des grilles de lecture pensées biens souvent incompatibles. Durant ces années, le Conseil du statut de la femme s'attaque lui aussi à la question de l'avortement et fait le point sur la situation des IVG au Québec en 1997 (CSF, 1998). Enfin, les travaux sur l'histoire de la lutte pour le droit à l'avortement se voient prolongés. Si certains rendent compte de l'évolution de groupes acteurs de la lutte pour le droit à l'avortement, tels que le mouvement des centres de santé des femmes (Michaud, 1997), paraît en 1999 le premier ouvrage retraçant l'histoire globale de cette bataille des Québécoises pour l'avortement libre et gratuit sous la plume de Louise Desmarais. Toutefois, comme en France, suite à cette première période riche en analyses, l'intérêt des universitaires pour l'avortement semble s'être un temps estompé.

Les années 2000 marquent un renouveau et ce, tout particulièrement en France comme nous le verrons par la suite. Au Québec, les recherches sur l'avortement seront relancées à partir de 2006 et sont avant tout le fait d'associations pour le droit à l'avortement et du Conseil du Statut de la femme. Elles offrent des informations précieuses quant au recours à l'avortement, aux services le prenant en charge et à leur accès (ACDA, ACDA, Shaw, 2006 ; CSF, Di Domenico, 2008 ; FQPN, Dunn, Quirion et Parent : 2010), mais aussi à propos des discours des ressources anti-choix (FQPN, Gonin, Pronovost et Blais, 2014). Si du côté du droit les analyses se prolongent, c'est en partie du fait des multiples menaces de restrictions légales qui pèsent sur l'avortement au Canada (Lemonde, 2009), ainsi que de la dégradation des conditions d'accès dans certaines régions.

La première décennie des années 2000 signe la réouverture de l'histoire de cette lutte avec, notamment, l'analyse spécifique de certaines dimensions de l'IGV. Tandis que certains

articles abordent des temps forts de cette bataille, tel que le travail réalisé sur la Caravane de l'avortement à partir de l'analyse des dossiers déclassifiés de la Gendarmerie royale canadienne (Sethna et Hewit, 2009), Louise Desmarais met à jour l'histoire globale de la lutte des Québécoises pour l'accès à l'interruption de grossesse (2016). Soulignons cependant deux autres contributions : l'une est publiée au sein d'un ouvrage collectif sur la contraception au Québec (Charton et Lévy, 2011), dont le seul chapitre abordant l'avortement en tant que tel le fait sous l'angle d'une analyse de presse (Landreville et Moreau, 2011) ; l'autre est un article publié en 2013 par Isabelle Côté qui propose une analyse féministe du syndrome post-avortement, identifié comme un mythe véhiculé par le mouvement pro-vie. Cette publication témoigne du regard critique des chercheuses québécoises quant aux analyses psychologisantes et morales de cet épisode. Tout comme les démographes quelques décennies auparavant, elles leur opposent des grilles d'analyse sociologiques et donc féministes.

En France, la deuxième vague de recherches s'amorce de manière plus précoce, au tout début des années 2000, et fournit une dense littérature sur l'IVG. Ainsi, aux côtés des travaux réguliers assurés par l'ANCIC (2001, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2011), les chercheur·ses en sciences sociales réinvestissent cet objet, l'abordant notamment selon deux perspectives ; l'une produit un ensemble de recherches menée d'un point de vue socio-historique, l'autre s'élabore autour d'une approche sociodémographique sur l'IVG.

Ainsi, une première série de recherches retrace et analyse l'histoire de l'avortement et de la contraception, soit de manière globale depuis leur criminalisation jusqu'à aujourd'hui (Gauthier, 2002 ; Le Naour et Valenti 2003 ; Garcia, 2011 ; Pavard, 2012a ; Pavard, Rochefort et Zancarini-Fournel, 2012), soit en focalisant leur attention sur des acteurs·rices de la lutte française pour l'accès aux différentes méthodes de contrôle des naissances ou sur des dimensions particulières de cette histoire. Aux travaux sur le Planning familial (MFPF, 2006 ; Mossuz-Lavau, 2006) et ses relais culturels (Naudier, 2006), s'ajoutent des articles sur les MLAC (Zancarini-Fournel, 2003 ; Pavard, 2009a ; Rameau, 2011) et leur usage de la méthode par aspiration dite Karman (Pavard, 2012b), sur le GIS (Pitti, 2010), sur le collège des médecins (Garcia, 2006), sur les experts et médecins (Gaudillière, 2006 ; Garcia, 2005), sur les conseillères conjugales (Flahault, 2013) ou sur des personnages clefs (Duverger, 2015) impliqué·es dans la bataille pour le droit des femmes à accéder aux différents outils de contrôle des naissances. À côté des analyses portant sur les acteurs·rices impliqué·es historiquement dans la bataille pour le droit à l'avortement et sa prise en charge sont produites de nouvelles analyses de la presse (Pavard, 2006, 2009b) et du droit (Marguet, 2014). Une

partie des résultats de l'ensemble de ces recherches est diffusée par les associations investies dans la question de l'avortement à travers des ouvrages formulant des bilans sur l'IVG en France (Gentile et Planning, 2008 ; CADAC, Haudiquet, Surduts et TenenBaum, 2008).

Un autre type de recherches, que nous avons qualifié de sociodémographiques, voit le jour à partir du début des années 2000. Émanant majoritairement de l'INED et de l'INSERM, mais intégrant des dimensions sociologiques, voire psychologiques aux approches démographiques et épidémiologiques (Bajos, Ferrand et Giné, 2002) ; Rossier et Pirus, 2007 ; Rossier, Toulemon et Prioux, 2009 ; Mazuy, Toulemon et Baril, 2014, 2015), ces travaux s'accompagnent de ceux menés par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (Vilain et Mouquet, 2003 ; Vilain, 2004, 2005, 2006, 2008a, 2008b, 2011b ; Vilain et Mouquet, 2012 ; Vilain, Mouquet *et al.,* 2013). Trois grandes enquêtes sociologiques et épidémiologiques en France vont aussi compléter ces savoirs sur l'IVG.

Dans le cadre d'un programme de recherche sur les pratiques contraceptives et le recours à l'avortement dans les années 2000, deux enquêtes sont lancées, conçues d'emblée comme complémentaires (Bajos, Leridon et Job-Spira, 2004). D'une part, une recherche qualitative a été conduite auprès de 71 femmes ayant été confrontées récemment à une grossesse non prévue. L'ouvrage publiant ses résultats, *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, offre un premier regard sur des dimensions peu éclairées de l'avortement et notamment sur la construction de la décision (Donati, Cèbe et Bajos, 2002), sur l'accès aux soins et l'expérience vécue de l'avortement (Bajos, Ferrand *et al.,* 2002a), et enfin sur le recours à l'IVG chez les jeunes (Durand, Ferrand et Bajos, 2002).

D'autre part, une cohorte socio-épidémiologique a été constituée sous forme d'un échantillon représentatif de 2 863 femmes suivies annuellement pendant cinq ans dans le cadre de l'enquête de COhorte sur la CONtraception, dite Cocon. Sur l'ensemble, 320 femmes ont eu une IVG entre 1996 et 2000, permettant de ce fait de recueillir des résultats sur les filières d'accès à l'IVG et sur certains éléments de la prise en charge (Lelong, Moreau *et al.,* 2015 ; Bajos, Moreau *et al.,* 2003) tout en soulignant la difficulté d'appréhender l'IVG à travers ce type d'enquête (Moreau, Bajos et Bouyer, 2004). Ces études révèlent et expliquent le *paradoxe contraceptif* que nous développerons plus tard au sein de ce chapitre.

En 2011, sont publiés les résultats d'une troisième grande enquête menée par la DREES auprès de 11400 femmes ayant eu recours à une IVG. Cette enquête trace notamment un premier panorama de l'offre de services pour les interruptions de grossesse (Collet, 2011), identifie des profils de femmes selon les modalités de prise en charge et notamment selon la

méthode d'avortement (Vilain, 2011a), éclaire les modalités de décision et d'accompagnement des mineures (Moisy, 2011) tout comme les trajectoires contraceptives autour d'une IVG (Moreau, Desfrères et Bajos, 2011).

Enfin, s'ajoutent à ces résultats des travaux sur les représentations de la contraception et de l'avortement dans les études médicales (Gelly, 2008, 2013), sur les hommes et l'avortement (Cresson, 2006 ; Divert et Jarvin, 2011 ; ANCIC, 2011), alors que d'autres se focalisent sur des éléments spécifiques de l'expérience de l'avortement et des temps de la prise en charge. Gail Pheterson explore ainsi les conditions du choix de la méthode d'avortement[43] (Pheterson, 2001). Dominique Memmi révèle les stratégies discursives des professionnel·les de soins lors des rencontres médicales (Memmi, 2003). D'autres articles prolongent les recherches d'Anne-Marie Devreux sur les entretiens pychosociaux et analysent la parole « contrainte » (Divay, 2003, 2004).

La recension des écrits en France révèle l'existence d'un corpus parallèle de textes consacré à l'analyse des discours lors de l'entrevue préalable prévue par la loi. En effet, une importante littérature, constituée d'analyses menées par des conseillères conjugales et familiales adhérant pour partie aux analyses psychologiques (Avon, 2002 ; de Dinechin, 2002 ; Tamian-Kunégel : 2002) et des psychologues (Rondot-Mattauer, 2003 ; Mytnik, 2007, 2009 ; Mortureux, 2010), est consacrée à ce sujet. Soulignons que l'intérêt pour cette question s'accroît au moment précis où l'entretien psycho-social est rendu facultatif pour les femmes majeures. Un autre élément notable est la nature même des grilles d'interprétation psychologiques mobilisées par ces auteures. La psychologie mobilisée par ces auteur·es est avant tout clinique, distante des premiers travaux sur l'avortement dans cette discipline. Car en 1986, la traduction française de l'œuvre de Carol Gilligan, au sein duquel elle développe l'éthique du *care,* se basait notamment sur des entretiens avec des femmes face à la décision d'avortement. Mais son analyse n'a pas ouvert la voix à plus d'enquêtes en psychologie sociale sur l'IVG.

Enfin, dans la lignée des témoignages publiés dans la presse des années 1970, de nombreuses expériences d'avortement sont relatées aujourd'hui. Aux récits des avortées clandestines (Gauthier, 2004, 2015), se sont ajoutés ceux d'expériences plus contemporaines d'IVG (Thibout, 1995 ; Benhamou, 2004 ; Gentile et le Planning, 2008 ; Les filles des 343, 2012) qui offrent un regard actualisé sur les réalités des femmes qui ont avorté. Pourtant ceux-ci ne font pas toujours l'objet d'une analyse sociologique et lorsqu'une telle analyse est

[43] Nous soulignons ici un travail qui, mené en Suisse, éclaire l'expérience vécue de l'avortement par médicaments (Schnegg, 2007).

menée, c'est généralement en s'attachant à un moment spécifique du processus d'IVG. Seul Boltanski a tenté de problématiser une sociologie « globale » de l'avortement[44] (Boltanski, 2004). Celle-ci a suscité, par ailleurs, de nombreuses réactions et commentaires critiques (Delphy, 2005 ; Bateman, 2006 ; Ferrand et Bajos, 2006 ; Akrich, 2006). Bien que largement documentée et s'appuyant sur un riche matériau, il lui a été reproché de faire disparaître, derrière l'idée d'un « projet parental » un peu flou, un ensemble de normes sociales tout comme les rapports sociaux, notamment de sexe, au sein desquels s'inscrivent les décisions et les expériences des femmes. En d'autres mots, comme le signalent Nathalie Bajos et Michèle Ferrand (2006), son approche tend à négliger les diverses injonctions culturelles et sociales qui conditionnent fortement les choix et les expériences des femmes lorsqu'il est question d'avortement et de maternité.

II.A.2. Interrompre une grossesse, une expérience socialement construite.

Avec cette recherche, nous souhaitons donc donner à voir ce qui se cache derrière les représentations toutes faites d'une culpabilité ou souffrance psychique « universelle » chez toutes les femmes ayant avorté, ou encore d'une banalisation par les femmes de l'avortement. En l'absence d'études rigoureuses sur les expériences vécues d'avortement se diffusent, en effet, de nombreuses idées reçues. D'emblée, le premier regard porté sur le rapport à l'avortement dans les deux sociétés considérées nous a permis d'identifier que chacune véhicule des représentations sociales de l'avortement et de son vécu très contrastées.

En France, comme le constate Mona Chollet (2007), s'impose progressivement un discours autour des « séquelles psychologiques » de l'IVG. Autrefois porté par les anti-avortements[45] mais aussi, comme nous l'avons évoqué, par certain·es conseiller·es conjugaux·les et familiaux·les et psychologues, cette représentation se voit aujourd'hui relayée par les médias (De Mallevoüe, 2008) à travers les propos de certain·es médecins et psychanalystes se déclarant pourtant fervent·es défenseur·ses du droit à l'avortement (Nisand, Letombe et Marinopoulos, 2012a et b). Si un tel discours n'a pas été sans susciter des réactions (Bajos, Ferrand, Meyer *et al.,* 2012a et b ; Les filles des 343, 2012b), l'idée que l'avortement est « un événement indésirable » dont on ne peut « plus ignorer les difficultés psychiques des femmes qui [l']ont subi » se propage sans que de véritables études en apportent la preuve. Au Québec, le processus inverse s'observe. C'est

[44] Les outils développés au sein de son analyse seront repris dans différents travaux, notamment au Québec (Daigle, 2011, Malenfant, 2011).

[45] Qui s'attellent encore ailleurs à faire reconnaître l'existence d'un syndrome post-abortif (Lee, 2003).

> « le discours sur la banalisation de l'avortement qui s'impose de plus en plus même s'il ne repose sur aucune étude ou enquête. [Il] va jusqu'à prétendre que les femmes ne se font plus avorter seulement en cas de grossesse non désirée, mais également en cas de grossesse "imprévue", parce que "ce n'est pas le meilleur moment", pour reprendre les termes de Martine Turenne [2005]. De là à penser que les femmes, par insouciance, par caprice ou par égoïsme, se font avorter à répétition comme si de rien n'était, il n'y a qu'un pas, que plusieurs n'hésiteront pas à franchir » (Desmarais, 2005).

En effet, les médias québécois ont eu plutôt tendance, lorsqu'ils traitaient de la question de l'avortement, à mettre l'accent sur sa banalisation et n'hésitent pas à parler de d'irresponsabilité féminine en matière de sexualité et de contraception, allant parfois jusqu'à laisser entendre qu'elles s'adonnent à des avortements de « convenance » sans états d'âme (Perreault, 2005 ; Pratte, 2005 ; Turenne, 2005 ; Blanchette, 2005). Un tel commentaire a été émis lors de la diffusion publique en 2005 des données québécoises sur l'avortement. Certaines n'hésitent pas à qualifier de fallacieuse cette interprétation donnée, comme Louise Desmarais (2005, 111), qui écrit à l'époque : « les médias [ont] privilégi[é] l'indice du nombre d'avortements par rapport au nombre de naissances pour une année donnée », ce qui donne, en raison du faible taux de natalité au Québec, un chiffre plus « alarmant » que si on utilisait le taux d'avortements pour 1 000 femmes en âge de procréer.

De ce qui précède, il est déjà possible de concevoir que, bien que l'avortement soit aujourd'hui autorisé (la norme « légale ») et que sont valorisées, dans ces deux sociétés, l'autonomie (Ehrenberg, 1998, 2005) et la sexualité épanouie (Bajos et Bozon, 2008 ; Bajos, Ferrand et Andro, 2008), un ensemble de prescriptions entrent en conflit avec ces principes, les anciens types d'« arrangements », comme les nomme Boltanski (2006), n'ayant pas totalement disparu.

- En effet, en France tout comme au Québec, les femmes sont soumises à un ensemble de prescriptions sociales qui confèrent à l'avortement un caractère toujours « déviant ». Aux valeurs morales et religieuses le condamnant, s'ajoutent l'injonction sociale à penser une conception comme un enfant potentiel (Bajos et Ferrand, 2006) de même que la norme contraceptive. Comme le soulignent Michèle Ferrand et Nathalie Bajos (2004 :127), « toute naissance se doit d'être programmée et désirée » aujourd'hui, alors qu'en l'absence de projet d'enfant, les femmes se doivent d'assurer un travail contraceptif, c'est-à-dire qu'elles ont l'obligation d'user d'un moyen de contraception reconnu comme efficace. Dans ce modèle socialement prescrit de la non-procréation, autre que volontaire, l'avortement est alors défini comme ultime recours en cas d'échec de contraception. Par opposition aux méthodes de

contraception, l'avortement reste considéré comme une pratique « non légitime », encore stigmatisée même si elle représente une autre manière de contrôler les naissances.

- À ces précédentes contraintes normatives s'ajoutent l'ensemble des prescriptions qui pèsent sur les femmes en tant que classe de sexe et qui, elles aussi, apparaissent contradictoires avec les valeurs modernes d'autonomie et de libre-choix en matière de reproduction : à la norme maternelle (toute femme doit porter, mettre au monde et élever au moins un enfant pour réussir sa vie) s'articule la norme procréative (un enfant, au bon moment), qui elle-même s'articule avec la norme contraceptive (pas de sexualité sans contraception) et avec l'injonction à une conciliation harmonieuse entre vie professionnelle et maternité. Dans ces deux sociétés étudiées, « l'expérience de la maternité cristallise, encore aujourd'hui, l'identité "femme" » (Debest, 2015 : 120), comme en témoignent les travaux sur les femmes volontairement infécondes[46] (Debest, 2014). Les enquêtes – notamment sur l'AMP – soulignent d'ailleurs que si les femmes sont enjointes à avoir des enfants, cela se doit être de manière biologique (Rozée Gomez, 2015). De plus, si au modèle de « la maternité subie » s'est substitué celui de « la maternité choisie » (Thébaud, 1999 ; Knibiehler, 2000), celle-ci sous-tend aujourd'hui une disponibilité parentale d'autant plus importante et encore toute féminine (Gojard, 2010 ; Garcia, 2011) perçue comme indispensable au développement et au bien-être d'un enfant. Enfin, la norme procréative (Ferrand et Bajos, 2006) réunit un ensemble de conditions considérées socialement comme « bonnes » pour donner naissance à un nouvel être humain.

La première est celle de l'âge. En effet, comme en témoignent les expressions « maternité précoce » et « maternité tardive », il existe au sein des sociétés étudiées une tranche d'âge jugée plus légitime pour avoir des enfants : soit entre 25 et 30 ans (Le Van, 1998, 2006 ; Guilbert, Dufort, St-Laurent, 2004 ; Löwy, 2009 ; Moguérou, Bajos *et al.,* 2011 ; Bessin et Levilain, 2012 ; Charton, 2014), l'âge de la première maternité se situant aux alentours de 28 ans du fait notamment de l'allongement des études (Bingoly-Liworo et Lapierre-Adamcyk, 2006; Ní Bhrolcháin et Beaujoua, 2012), alors qu'il se situe en moyenne, en France et au Québec, tout rang confondu à 30 ans. Autres composantes accolées à cette norme, la dimension idéale d'une famille est de deux ou trois enfants ayant un écart d'âge de

[46] Soulignons cependant que le Québec enregistre une infécondité plus fréquente qu'en France (Prioux et Girard, 2010).

deux-trois ans en France (Bajos et Ferrand, 2006) et légèrement moindre au Québec[47] (Charton, 2014).

La deuxième grande composante de la norme procréative mobilise l'image d'un couple parental stable affectivement, psychologiquement et matériellement (Donati, Cèbe et Bajos, 2002 ; Bajos et Ferrand, 2006 ; Charrier et Clavandier, 2013 ; Malenfant, 2011) ; couple hétérosexuel de surcroît, comme le révèlent les enquêtes sur l'homoparentalité et les maternités lesbiennes (Descoutures, 2010 ; Cadoret, 2005), qui conforte l'idée de la supériorité de la parentalité biologique sur la parentalité sociale.

Pour finir, la norme procréative encadre également la décision de procréation en rapport avec les activités professionnelles des membres du couple parental. En effet, la naissance d'un enfant est pensée idéalement comme survenant au « bon moment » des trajectoires professionnelles des deux partenaires. Car la maternité recouvre un ensemble de tâches – gestation, accouchement, allaitement et élevage d'un enfant (Delphy, 1988) – , les femmes la pensent nécessairement au regard de leur situation professionnelle et de celle de leur partenaire. Dans des sociétés valorisant l'articulation harmonieuse de la parentalité et des activités salariées (Descarries et Corbeil, 2002b), elles tiennent compte des positions des deux partenaires tout comme de la division sexuée du travail toujours pérenne (Méda, 2002). Mais, plus souvent qu'autrement, il demeure que c'est la trajectoire de travail de la femme qui est prise en considération ou qui se voit modifiée par la décision d'avoir un enfant (Hertzog, 2016), et cela en dépit des divers programmes mis de l'avant depuis une dizaine d'années pour faciliter l'articulation travail-famille.

II.A.3. Genèse et apports d'une comparaison France-Québec.

Initié en France, ce travail de recherche a été pensé dès le départ dans une perspective comparative avec le Canada et plus spécifiquement avec le Québec. Deux facteurs majeurs ont été à la base d'une telle décision. D'une part, le fait que les représentations sociales de l'avortement ayant cours dans ces deux sociétés nous soient apparues fort contrastées, voire opposées, constitue un élément d'un intérêt indéniable pour une analyse pensée en termes contextuels. Nous avons déjà mentionné, qu'alors que se diffuse un discours sur la banalisation de l'avortement au Québec, en France les médias relayent l'idée d'une expérience entrainant des séquelles psychiques pour les femmes. D'autre part, les différences

[47] Le taux de natalité au Québec apparaît légèrement inférieur à celui enregistré en France, et les familles comportant au moins trois enfants sont maintenant plus répandues en France (Prioux et Girard, 2010).

observées au regard du choix des méthodes d'avortement dans l'une et l'autre sociétés introduisent un élément de distinction non négligeable : alors que l'avortement par médicament est devenue en France la principale méthode employée par les femmes pour avorter, il demeure au Canada une pratique encore marginale du fait de l'interdiction jusqu'en 2015 du RU-486. Enfin, faut-il ajouter, l'absence de loi au Canada constitue une situation exceptionnelle, qui contraste fortement avec l'extrême codification dont l'avortement et sa prise en charge font l'objet en France.

De manière à établir une comparaison rigoureuse, nous avons senti la nécessité de mieux circonscrire nos terrains d'enquête. Nous avons d'abord décidé de limiter le volet canadien au Québec. Deux raisons principales sont à l'origine de cette décision. La santé étant une compétence provinciale au Canada, il était pratiquement impossible de considérer un nombre aussi important de systèmes de soins dans un seul travail, compte tenu de l'importance que l'analyse doit accorder aux modalités de prise en charge pour mieux comprendre l'expérience des femmes. La singularité linguistique du Québec, par rapport aux neuf autres provinces canadiennes et deux territoires, a aussi fortement pesé sur cette décision. En effet, le fait que le Québec soit francophone nous a permis de mener nos entrevues avec les mêmes outils sans avoir recours à une traduction. Ensuite, nous avons choisi de mener notre enquête au sein des deux métropoles de Paris et Montréal, concentrant un nombre important de services d'avortement.

C'est donc l'ensemble de ces facteurs qui nous a amenée à choisir Montréal et Paris comme terrains pour éclairer l'expérience de l'avortement et sa construction sociale au sein des sociétés française et québécoise, saisir à la fois les convergences des normes sociales qui encadrent l'expérience des femmes de l'avortement et révéler, par comparaison, leurs singularités.

II.B. Rompre avec le sens commun et « se situer ».

II.B.1. Une banalisation nécessaire pour analyser les expériences des femmes.

Une étape préalable au travail d'enquête a consisté à questionner les préjugés ayant cours dans nos sociétés quant à l'objet étudié. Il nous a fallu mettre à distance la dimension morale associée à l'avortement pour pouvoir saisir et analyser les expériences des femmes. Ainsi, nous avons notamment questionné la soi-disant dimension tragique, voire traumatique qui lui est parfois associée en France, tout comme la supposée irresponsabilité des femmes au

Québec. Inspirée par l'approche développée par John H. Gagnon dans ses recherches sur la sexualité, nous avons décidé de ne pas traiter de l'avortement

> « comme d'un objet tabou, difficile à analyser, mais le fait qu'[il] le soit est analysé comme l'un des éléments des scénarios culturels qui en régissent le fonctionnement. Le corollaire de ce principe est que [l'avortement] se voit traité […] comme une activité banale, au moins aussi banale que d'autres activités sociales telles que le travail ou la consommation, qui prend sa place dans la vie quotidienne » (Giami, 2008 : 31).

Précisons ici que parler de la banalisation de l'avortement, n'équivaut pas à dire que les femmes « s'adonneraient » à des avortements « de convenance », autrement dit qu'elles-mêmes le banaliseraient comme cela peut parfois être dit dans la presse québécoise. Si l'avortement n'est pas, comme on l'a souvent écrit et entendu en France, un drame, force est de constater qu'« aucune femme ne recourt à l'avortement de gaîté de cœur » (Veil, 1974) pour autant. Cela ne veut pas dire non plus ignorer l'importance éventuelle qu'a pu avoir pour certaines femmes cet acte : les récits des femmes montrent bien comment certaines ont vécu douloureusement l'expérience.

Faire de l'avortement un objet d'étude ordinaire, c'est avant tout opérer un premier travail de repérage des lieux communs, entreprendre une déconstruction des présupposés qui l'entourent et, enfin, effectuer une mise à distance des acceptations communes moralement connotées. Il s'agit là d'une étape nécessaire, d'un postulat de départ pour recenser l'ensemble des normes sociales qui encadrent l'expérience des femmes. C'est également prendre en compte les connaissances historiques, anthropologiques, sociologiques et médicales contemporaines qui le concernent. L'histoire retracée dans le chapitre I met en évidence la manière dont le rapport à l'avortement s'est construit au sein des deux sociétés comme « mauvaise » pratique en matière de contrôle des naissances, par opposition aux autres moyens de contraception. Alors que les pratiques contraceptives et les avortements (selon les différentes méthodes) préviennent tous deux la survenue d'une naissance non voulue, l'avortement demeure dans les sociétés étudiées une pratique dite « à éviter » et « évitable », au regard du développement de la contraception moderne. On continue de sous-estimer les risques d'« échec » et les difficultés de l'observance de la contraception au quotidien. Un examen des données produites sur l'avortement permet de questionner cette constante division/hiérarchisation opérée dans nos sociétés[48].

[48] Rapport qui ailleurs se voit renversé notamment au Japon (Lévy, 2016).

II.B.2. Quelques données sur l'avortement.

II.B.2.a. Avorter, un épisode commun dans les vies des femmes.

« Il est peu de sujets sur lesquels la société bourgeoise déploie plus d'hypocrisie : l'avortement […] C'est un phénomène si répandu qu'il faut le considérer comme un des risques normalement impliqués dans la condition féminine ». C'est en ces termes que Simone de Beauvoir (1949 : 326) dénonçait la répression dont l'avortement était l'objet en 1949. Mais elle formulait en même temps une réalité de l'avortement encore d'actualité plus de cinquante ans après. En effet, malgré la large diffusion de la contraception, l'avortement demeure aujourd'hui une pratique fréquente à laquelle les femmes ont recours pour ne pas faire d'enfant.

En effet, selon les chiffres, on dénombre en France 222 500 interruptions volontaires de grossesse de type IVG en 2011, dont 209 300 en Métropole. Bien qu'ayant connu une chute importante jusqu'à la fin des années 1980, ce chiffre s'est stabilisé autour de 200 000 par an depuis plus de trente ans. Ainsi on estime qu'en 2011, le taux moyen de recours à une IVG est de 15,1 pour 1 000 femmes en France (Vilain, Mouquet *et al.*, 2013) et atteint 18,1 pour mille en Île-de-France.

L'Institut canadien d'information sur la santé ne fait pas apparaître dans son traitement des données sur l'avortement la distinction, instaurée en France, entre interruption médicale de grossesse et interruption volontaire de grossesse. L'enquête longitudinale sur les avortements intitulée « Enquête sur les avortements thérapeutiques », qui offre les statistiques annuelles en matière d'avortement, « recueille des données sur les avortements provoqués légaux. Les avortements illégaux et les avortements spontanés (c'est-à-dire les fausses couches) sont exclus de l'enquête » (ICIS, 2008). L'institut de la statistique du Québec, quant à lui, fournit des chiffres sur les interruptions volontaires de grossesse qui englobent encore ici l'ensemble des interruptions de grossesse (IVG et ITG), même si le terme se rapproche de la terminologie usitée depuis la loi Veil en France.

La consultation des données donne à voir qu'au Québec, le nombre d'avortements a connu une hausse importante après sa totale décriminalisation en 1988, pour se stabiliser depuis la fin des années 1990 autour de 25 000 à 30 000 avortements par an, soit un taux oscillant légèrement entre 14 et 16 avortements pour 1000 femmes en âge de procréer depuis 1995. Cette proportion est tout à fait du même ordre qu'en France. Plus du tiers des avortements pratiqués au Québec, soit 37,86%, le sont dans Montréal Centre qui est la région la mieux dotée en services d'avortement (CSF, 2008). Toutefois, une imprécision demeure

quant à la proportion exacte d'avortements de type IVG et rend fragile une comparaison terme à terme avec la situation française.

Mais, en France, les chiffres sont suffisamment éloquents : l'avortement apparaît bien comme un épisode ordinaire dans la trajectoire contraceptive des femmes puisque plus d'une femme sur trois aura au moins un avortement au cours de sa vie (Rossier, Toulemon et Prioux, 2009 ; Shivo, Bajos *& al.*, 2003 ; Guilbert, 2010). Au Québec, malgré des configurations légales différentes, la mise en parallèle des chiffres permet d'arriver à des taux équivalents du recours à cette pratique. Et, similitude encore plus parlante, tandis qu'il n'y a pas de délai limitant le recours à l'avortement au Québec, 92% des avortements ont lieu à moins de 12 semaines de grossesse (CSF, 2008 : 21).

II.B.2.b. L'interruption de grossesse, un acte médical simple et sécurisé.

Si, dans les deux sociétés étudiées, l'avortement est devenu légal, il a été d'emblée construit en opposition aux moyens de contraception et demeure dans les esprits des opposants, comme dans ceux de la plupart des défenseurs du libre choix, une pratique à éviter. Pourtant, dans la mesure même où il est, quand exécuté dans les conditions optimales, sans risque pour la santé des femmes, il pourrait être pensé comme une pratique complémentaire à la contraception, voire une alternative quand certaines pratiques contraceptives, notamment hormonales, peuvent être contre-indiquées. Selon Gail Pheterson

> « présenter l'avortement comme un acte regrettable, le signe d'un manque de jugement ou de discipline, et la contraception comme une démarche éclairée et responsable renforce le mythe selon lequel la contraception ne présenterait aucun risque et l'avortement, même pratiqué dans de bonnes conditions, *serait dangereux* » (2003 : 111).

Pourtant, aujourd'hui, un avortement pratiqué dans de bonnes conditions présente peu de risques (Pheterson, 2003 : 111), qu'il soit réalisé par aspiration (Soulat et Gelly, 2006) ou par médicaments (Allen, Westhoff *& al.,* 2001 ; Hamoda, Ashok *& al.,* 2003, 2005). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il est quatorze fois moins dangereux qu'un accouchement par voies basses, quarante et une fois moins dangereux qu'une césarienne (1998 : 4) et souvent moins dangereux que le recours prolongé aux contraceptifs hormonaux (Hartmann, 1995).

Mais, pour Gail Pheterson (2003 : 111)

> « rares sont […] les gens prêts à admettre que la méthode de prévention des grossesses non désirées la moins dangereuse pour les femmes pourrait être l'emploi des contraceptifs moins fiables mais aussi moins dangereux, tels que les contraceptifs locaux, avec possibilité de recours à l'IVG en cas d'échec »,

alors qu'il est devenu un acte techniquement simple et sans risque quand il est effectué dans de bonnes conditions sanitaires.

II.B.2.c. L'IVG, une donnée structurelle des trajectoires re·productives des femmes.

Si on a longtemps cru à une « éradication » possible de l'avortement par un usage généralisé de la contraception – notamment médicalisée –, cette représentation établissant un lien causal et direct entre contraception moderne et avortement apparaît aujourd'hui comme une vision simplificatrice et erronée. Comme en témoigne l'exemple français – pensé initialement comme un paradoxe (le *paradoxe contraceptif*) – l'augmentation de la couverture contraceptive de la population française et sa médicalisation croissante (Léridon, Oustry *et al.*, 2002) ne conduisent pas automatiquement à une diminution du nombre d'IVG, stable aujourd'hui depuis 30 ans (Bajos, Moreau, Léridon et Ferrand, 2004). Si les femmes en France se contraceptent plus et sont moins souvent confrontées à des grossesses non prévues (Léridon, 1995), elles avortent aussi davantage en situation de grossesses non prévues, car ne rejoignant par les conditions définies socialement comme « bonnes » pour avoir un enfant. Comme l'ont mis en évidence Nathalie Bajos et Michèle Ferrand (2006), la norme procréative s'est reconfigurée et surtout rigidifiée au travers du temps, expliquant le caractère « incompressible » du nombre d'avortements.

Les travaux de Marston et Cleland (2003) soulignaient déjà, à partir de recherches sur différentes sociétés, que l'avortement et la contraception se doivent d'être mis en rapport avec le besoin de limitation des naissances et ne peuvent être seulement traités à partir de la dichotomie contraception/avortement. Toutefois, perdure l'idée que « [l]es femmes contraceptées ont la bonne conduite, celles qui avortent, la mauvaise. Et pourtant ce sont les mêmes, la même femme à des moments différents de sa vie » (Fougeyrollas et Zaidman, 1995). Malgré la fin de cette illusion (Olier, 2011 : 9) et la mise en évidence qu'il est (et demeurera) une donnée structurelle de la vie contraceptive et reproductive des femmes (Olier, 2011 :15 ; Aubin, 2011 : 212), l'avortement continue toujours d'être l'objet d'une forte réprobation sociale et sa pratique très encadrée.

L'ensemble de ces observations et des pratiques sous-jacentes nous autorise donc à redéfinir l'avortement comme un mode ordinaire de contrôle des naissances aux côtés des méthodes de contraception. Cette pratique aujourd'hui simple et sécurisée est en effet couramment employée par les femmes pour contrôler leur fécondité et apparaît comme un outil complémentaire aux différentes méthodes contraceptives.

II.B.3. Une neutralité axiologique impossible.

C'est en raison même des représentations sociales dominantes, qu'il est particulièrement difficile

> « de traiter de l'avortement comme s'il s'agissait d'un objet parmi d'autres et comme les autres, c'est-à-dire, en [se] réclamant de la fameuse "neutralité axiologique", si facile à affirmer en tant que principe, si difficile à adopter réellement, qui constitue pourtant l'un des axiomes ayant rendu possible la constitution de la sociologie comme discipline universitaire »

ce que souligne Luc Boltanski (2004 :13) dans son ouvrage *La Condition fœtale*.

Selon cette neutralité axiologique – entendue selon l'acceptation traditionnelle française[49] de la notion de *Wertfreiheit* développée par Max Weber (1919) – le/la chercheur·se se distancierait de son objet et adopterait une attitude qui lui permettrait de n'émettre aucun jugement de valeur dans son travail. Cette posture nous est apparue impossible à tenir en abordant notre objet, ne serait-ce parce que travailler sur l'avortement, c'est inévitablement aborder une « pratique moralement controversée » comme le souligne Simone Bateman dans sa réponse critique à l'ouvrage de Luc Boltanski (Bateman, 2006: 169). Car tel l'observe François-André Isambert (1982 : 260), « l'analyse sociologique, rien qu'en usant, pour nommer les aspects du phénomène, des mots de la langue courante, est entraînée à faire figure de prolongement savant des discours de la polémique […] le vocabulaire disponible [étant] déjà coloré ».

De manière à contourner cet obstacle apparent[50], nous avons effectué un autre « pas de côté ». Guidée au départ par un souci d'honnêteté intellectuelle, l'épistémologie du *point de vue situé* (Hartsock, 1998; Harding, 1991) nous est rapidement apparue comme la plus rigoureuse pour traiter de l'avortement et rendre compte de la construction sociale des vécus des femmes. Aussi, tout au long de cette thèse, nous avons tenu compte de notre inscription dans le champ social (classe sociale, sexe, couleur de peau, orientation sexuelle, profession, expérience contraceptive et abortive, positionnement politique, etc.), tout comme de celles des femmes informatrices ainsi que de notre proximité avec ces dernières.

Bien entendu, une telle posture, articulée à l'opération de banalisation de l'avortement, apparaîtra, pour certains, comme le reflet d'une prise de position féministe et par conséquent,

[49] Traduction aujourd'hui critiquée (Kalinowski, 2005 ; Gaussot, 2005 : 160 ; 2008 : 195).

[50] Si la charge morale et conflictuelle associée à l'avortement est considérée comme un obstacle pour en écrire une sociologie, cette difficulté ne nous apparaît pas spécifique à l'objet étudié. Elle révèle des problèmes épistémologiques ordinaires ici exacerbés par l'extrême intensité et virulence des affrontements que l'avortement a suscités et suscite encore dans l'espace public.

sera jugée scientifiquement suspecte. Car, malgré la démonstration de l'apport heuristique des perspectives féministes (Gaussot, 2003), la mise en lumière de l'androcentrisme d'écrits se revendiquant objectifs (Chabaud-Rychter, Descoutures *et al.*, 2010; Thiers-Vidal, 2010), et le développement de travaux prouvant que la subjectivité peut s'avérer une ressource importante dans la production de la connaissance scientifique (Flores Espínola, 2012), les épistémologies du point de vue situé sont aujourd'hui encore considérées, par certains, comme des formes de relativisme, sinon comme des perspectives partisanes incompatibles avec la constitution de savoirs sociologiques. Pourtant, seul un constant travail de réflexivité – sur notre position sociale et nos affects – peut permettre une analyse rigoureuse des expériences d'avortement des femmes, comme de toutes autres expériences d'ailleurs.

Il nous a aussi fallu prendre certaines décisions concernant les termes à utiliser auprès des informatrices ainsi que dans l'écriture. Les choix terminologiques retenus reflètent le travail que nous avons poursuivi, mais ils se sont aussi imposés en raison de la comparaison franco-québécoise. Ainsi, nous avons opté dans le guide d'entretien pour l'usage du terme avortement, nous distançant en cela de sa redéfinition légale française d'IVG. De même, pour éviter la confusion qui entoure la définition des techniques, nous avons choisi de nous référer au procédé technique utilisé pour identifier les méthodes d'avortement : par aspiration ou par médicaments (comme souligné en fin de chapitre I).

II.C. Démarche empirique de la recherche.

Cette partie apporte des précisions sur la manière dont nous avons pensé et mis en place cette recherche. Nous exposons d'abord les modalités de recrutement et offrons une vue d'ensemble sur la population étudiée. Par la suite, nous revenons sur les conditions du recueil des récits des femmes sur leur expérience d'avortement, le guide d'entretien que nous avons employé mais aussi sur le travail complémentaire vers lequel le terrain québécois nous a entrainée. Enfin, nous exposons la procédure que nous avons appliquée pour dégager nos résultats.

II.C.1. La constitution du corpus d'entretiens, terrain principal de l'enquête.

II.C.1.a Le recrutement.

Le recrutement a été effectué selon deux méthodes complémentaires. Nous avons, dans un premier temps, élaboré un appel à témoignages que nous avons diffusé par mail à l'ensemble des personnes de notre entourage (familial, amical et professionnel et militant), hommes et femmes. Le court texte ainsi transmis était assorti d'une requête. Nous avons

demandé aux personnes sollicitées de transférer, à leur tour, l'appel à l'ensemble des femmes qu'elles étaient en mesure de joindre. La deuxième méthode employée a été celle dite « boule de neige » qui consiste à demander aux premières personnes rencontrées de nous mettre en relation avec une ou plusieurs membres de leur entourage qui auraient également avorté. Bien que relativement efficace, cette deuxième technique, employée seule, risquait de conduire à la constitution d'un groupe trop homogène du point de vue des caractéristiques sociodémographiques, comme nous avons été à même de le constater dans la première phase de recrutement en France : les femmes ainsi rencontrées s'apparentant souvent, du point de vue de l'âge et du capital scolaire, à la chercheuse. En combinant ces deux méthodes, il s'est avéré que nous avons été en mesure d'assurer une meilleure diversification des profils des informatrices.

Considérant que le vécu de l'avortement pouvait être lié à l'âge de la femme, son appartenance sociale, son capital culturel et scolaire, sa situation familiale et conjugale, sa biographie procréative, sa religion, tout comme la société dans laquelle elle l'avait vécu (France/Québec), nous avons tenu compte, dans la mesure des contraintes liées à l'analyse qualitative dans un contexte doctoral, de ces critères pour constituer un échantillon diversifié, pertinent et de taille suffisante pour mener une démarche comparative.

Dans les premières semaines de diffusion de notre appel à collaboration au Québec, la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN) nous a contactée pour savoir si elle pouvait relayer l'appel. Nous n'avons pas hésité à accepter, voyant dans cette proposition une occasion de diversifier notre champ de recrutement. Cet appui a d'ailleurs été un facilitateur important sur le plan du recrutement puisque, en quelques semaines, la plupart des informatrices québécoises nous contactaient par mail et se portaient volontaires pour un entretien. Au final, les vingt-neuf entrevues au Québec ont été réalisées dans un laps de temps relativement court, contrastant avec le recrutement par « à-coups » en France.

En effet, nous avons été confrontée à de plus grandes difficultés à Paris pour contacter des femmes acceptant de rendre compte de leur expérience. Après plusieurs épisodes « cul de sac » dans le recrutement par connaissance interposée, nous avons tenté à maintes reprises de trouver un appui à notre démarche du côté du Planning familial. Après des tentatives de prises de contact par mail, nous nous sommes rendue directement au Planning familial rue Vivienne pour obtenir l'autorisation d'afficher le texte d'appel dans les salles d'attente des centres de planification familiale parisiens. Cette initiative n'a pas donné les résultats escomptés. Bien que nous ayons fourni par écrit un résumé du projet pour son examen par les membres du Planning, tel qu'il nous a été demandé de faire, aucune suite n'a été donnée à notre démarche.

Soulignons que le Planning était alors pleinement investi dans l'ouverture de nouveaux locaux. Malgré l'échec de cette initiative nous avons tout de même été en mesure, au fil des mois, de recueillir une palette de vécus suffisamment large et diversifiée pour atteindre ce moment de saturation où l'ajout d'entretiens n'occasionne pas une meilleure compréhension du phénomène étudié (Glaser et Strauss, 1967).

La mise en perspective du déroulement du processus de recrutement dans les deux sociétés concernées nous est apparue comme un premier indicateur de l'existence d'un rapport différent des femmes à l'avortement et à la parole dans les deux sociétés, ainsi que de leur rapport au cadre institutionnel. Quelques hypothèses au regard de ce recrutement différencié méritent d'être formulées. S'il peut signifier la présence d'un plus grand tabou autour de l'avortement en France, il peut aussi être l'expression d'une plus grande pudeur à Paris sur les questions de sexualité, sur la contraception et les relations amoureuses, relevant, dans l'ensemble, de l'intime. Mais il peut aussi rendre compte d'un réseau de contacts plus large au Québec, voire des usages différenciés d'internet dans ces deux sociétés, car si les femmes ont été plus difficiles à rejoindre en France, il n'en demeure pas moins qu'elles se sont aisément exprimées au moment du recueil de parole.

Deux mises en contact en France ont échoué, situation que nous n'avons pas rencontrée au Québec. Nous ne disposons pas des éléments nécessaires pour expliquer ces échecs, mais dans l'un des deux cas, il est vraisemblable de penser que la femme s'est déclarée plus gênée par l'analyse sociologique du pan intime de sa vie, que par le fait de parler de l'avortement en particulier. Cet épisode rend notamment compte de la difficulté à dépasser dans le cadre de la recherche la frontière établie entre le privé et le public et à aborder, en dehors de la sphère personnelle, les questions liées à la sexualité et aux affects. Aussi, les caractéristiques socio-économiques de la femme ayant exprimé ce refus nous ont amenée à nous questionner sur le poids de notre propre inscription dans le social dans ce désistement et à son articulation avec l'asymétrie entre « expert » et « profane » dans la situation d'entretien. En effet, issue de milieu populaire, cette femme avait amorcé une formation en sociologie et était au chômage au moment de notre premier échange. Si nous ne pouvons nier que notre inscription dans la classe sociale « femmes » et la situation d'un entre-soi féminin a pu agir comme facilitateur/catalyseur dans le recrutement initial et le recueil des discours, il semble que l'asymétrie des rapports de classes sociales ait pu primer dans cette situation.

Nous avions au départ décidé de limiter le recrutement des informatrices à celles ayant avorté dans les cinq dernières années. Cette limitation temporelle se justifiait par la volonté de

contrôler davantage l'univers des normes actuelles structurant l'expérience de l'avortement. Toutefois, certaines femmes ayant répondu à notre appel dépassaient cette limite temporelle. Nous avons choisi de les inclure dans le corpus, considérant que le dépassement par rapport aux bornes originellement fixées était acceptable et pouvait, somme toute, offrir une source d'informations complémentaires. Il faut souligner de plus que la limitation temporelle renvoyait au dernier avortement. Notre échantillon incluant des femmes ayant avorté plus d'une fois, il était plus que probable que leur premier avortement ait eu lieu avant la période prédéterminée : c'est le cas de JEANNIE, par exemple, dont le premier de ses trois avortements a été effectué en 1993, soit dix-sept ans avant l'entretien. Ces témoignages de pluri-avortées ont d'ailleurs confirmé la place particulièrement importante du passage du temps entre le moment de l'avortement et celui du recueil du récit, particulièrement en ce qui concerne le sens que prend la décision d'avorter selon l'âge de la femme et le moment de sa trajectoire personnelle dans lequel s'inscrit la grossesse. En effet, le matériau utilisé étant un discours sur le vécu d'un épisode passé, deux mécanismes agissent. D'une part, la mémoire des événements devient progressivement moins précise, plus parcellaire, voire certains éléments disparaissent dans l'oubli. D'autre part, le discours recueilli est une recomposition du vécu à l'aune de la situation actuelle de la femme et de la manière dont elle se définit au moment de l'entretien. La mémoire de l'événement n'est pas figée dans le temps. De toute évidence, elle évolue et se transforme tout au long de la trajectoire de la femme, selon les relations qu'elle entretient à la maternité, à son corps ainsi qu'avec le partenaire sexuel avec lequel est survenue la grossesse arrêtée. La perception *a posteriori* de l'expérience vécue peut aussi être largement modifiée par les événements survenus après l'avortement : maternité, nouvel avortement, séparation ou mise en relation, événements dramatiques (décès, maladies), autant d'éléments pouvant aller dans le sens d'une relativisation de l'épisode. « Le travail d'objectivation du récit et sa mise en scène [peut par exemple] ouvrir pour [la femme] la possibilité d'une réappropriation de sa propre expérience » vécue sur l'instant de manière plus passive (Bajos, Ferrand *et al.,* 2002a : 190). En cela la limitation temporelle dans l'appel paraissait tout particulièrement importante puisqu'elle assurait d'aller au plus près de l'expérience vécue à l'instant, tout en saisissant les effets que l'avortement pouvait avoir sur la trajectoire de la femme dans les années qui suivaient l'arrêt de grossesse.

Comme il en est fait mention dans l'enquête sur les grossesses non prévues réalisée en France (Bajos, Ferrand, GINE, 2002 : 190), ce besoin de se réapproprier après coup une expérience vécue de manière assez passive antérieurement peut expliquer en partie le volontariat des femmes pour participer à une telle enquête. Mais, leur participation peut aussi

trouver ses justifications dans le besoin d'évoquer une situation particulièrement difficile, de rendre compte des circonstances d'un acte parfois empreint de culpabilité ou encore de tenter de faire sens, au-delà de l'entretien, d'une expérience jamais ou peu partagée. En effet, seules des femmes volontaires informées de l'objet et du cadre de l'enquête ont été interviewées. Il est impossible d'évaluer le biais que cet aspect a pu avoir sur le recrutement. Mais, nous tenons à confirmer que nous avons recueilli des témoignages d'expériences très variées. En effet, notre recrutement nous a permis de collecter des récits de femmes favorables ou hostiles à l'avortement, rendant compte de leur avortement avec une gravité plus ou moins importante, et des manifestations d'affects s'inscrivant dans un continuum allant des rires aux larmes.

La formulation de l'appel a été la même dans les deux sociétés. Le but annoncé de l'enquête était d'établir une comparaison relative aux conditions dans lesquelles les femmes avortent dans les deux sociétés. Cela a amené le recrutement de GENEVIEVE et Amélie qui, toutes deux, ont avorté pour des raisons médicales. Nous n'avons pas intégré ces entretiens dans le corpus final. Il nous ont toutefois permis de constater que dans les deux sociétés IMG comme IVG sont pensées comme des avortements, mais sont l'objet d'un récit de nature différente.

Il y a lieu aussi de souligner que seules des femmes ont été interviewées, considérant que ce sont elles, au final, qui assument la décision, s'informent et se plient aux démarches que ce choix demande. Si nous avons choisi de ne pas recueillir les propos des partenaires masculins impliqués dans le rapport ayant conduit à la grossesse avortée, c'est que nous considérons que les femmes se situent à l'épicentre du phénomène que nous souhaitions appréhender et en portent l'expérience dans sa magnitude la plus forte. Notons toutefois que si seuls les propos de femmes ont été pris en compte dans cette recherche, ils nous ont permis, du moins partiellement, d'appréhender à travers leur narration le vécu des hommes. Car, malgré l'absence de questions directes dans le guide d'entretien sur cette dimension de l'expérience de l'avortement, les femmes ont bien souvent relaté les vécus de leur partenaire lorsqu'elles étaient engagées dans une relation de couple au moment de l'avortement. Certaines nous ont même parfois vivement encouragée à rencontrer leur partenaire. Cette approche des expériences des hommes – bien qu'indirecte – offre des éléments complémentaires aux connaissances établies par les très rares enquêtes menées sur les hommes et l'IVG en France (Cresson, 2006 ; Divert et Jarvin, 2011 ; ANCIC, 2011) qui n'ont pas leur correspondance québécoise. Bien que cet aspect n'occupe pas une position centrale dans le développement de cette thèse, il apparaîtra en filigrane tout au long de ce travail.

Le recrutement des informatrices dans le cadre d'une démarche qualitative n'a pas pour vocation de représenter une population plus large. Cette enquête ne fait pas exception dans la mesure où les informatrices ne forment pas un groupe représentatif de l'ensemble des femmes ayant avorté dans les deux sociétés étudiées : la France et le Québec. En tel cas, le matériau ayant été recueilli de manière à appréhender au mieux les vécus des femmes de leur avortement dans leur diversité, le recrutement a donc été arrêté lorsque nous avons eu l'impression d'atteindre la saturation et de pouvoir disposer de pistes d'interprétation.

II.C.1.b. Présentation de la population.

La population ainsi recrutée se compose de 45 femmes, 29 au Québec et 15 en France (cf. Tableau Annexe 3), aux profils variés du point de vue des études réalisées et de la profession au moment de l'entretien. Toutes ont vécu un avortement dans les dix années précédant l'entrevue (cf. Tableau Annexe 3). Neuf des femmes informatrices sont mères d'un enfant lorsque nous les rencontrons (cf. Tableau Annexe 3) : si pour deux d'entre elles, l'avortement survient après la naissance de leur enfant, il fait suite à une ou plusieurs IVG pour 6 autres. Pour la dernière des femmes, la naissance de son enfant arrive entre sa première et sa deuxième interruption de grossesse.

De plus, si nous avions restreint l'appel aux femmes de Paris et de Montréal ayant avorté, nous avons toutefois décidé de conserver les expériences recueillies par des femmes qui ont interrompu leur grossesse dans d'autres villes, mais qui se sont portées volontaires à la suite de notre appel dans les deux villes. Ainsi, au Québec, une informatrice a été prise en charge dans la ville de Québec et une autre dans une ville avoisinante de Montréal pour son dernier avortement, bien que les précédents aient été faits à Montréal. En France, deux informatrices ont avorté à Nice, une à Marseille et une autre à Biarritz.

Pour faciliter la lecture, les informatrices québécoises sont signifiées dans l'ensemble des tableaux qui suivent, tout comme dans la suite de cette thèse, par des prénoms en majuscules et les Françaises par des pseudonymes en minuscules de manière à les identifier plus aisément. De même, afin de favoriser la compréhension des acronymes utilisés pour désigner les différents niveaux des systèmes scolaires français et québécois, nous présentons ci-suit l'organisation des systèmes scolaires français et québécois et avons formulé en annexe un petit lexique (Annexe 2).

Encadré 4: Quelques précisions quant aux systèmes scolaires en France et au Québec.

En France, suite à leur formation secondaire (collège, puis lycée), les étudiantes passent le baccalauréat (signifié dans cette thèse sous l'abréviation bac. pour éviter les confusions avec le BACCALAUREAT québécois) lorsqu'inscrites dans la voie générale. Elles peuvent ensuite prolonger leur formation à l'université. Les trois premières années universitaires sont celles de la Licence. Après l'obtention de ce diplôme, elles peuvent continuer en Master. Le Master se déroule en deux années. La première année (dite Master 1) était autrefois désignée sous le terme de Maitrise. La deuxième année quant à elle (dite Master 2) peut être axée sur la recherche (Master 2 Recherche, autrefois désigné DEA : Diplôme d'études approfondies) ou vers un autre domaine professionnel (Master 2 Professionnel, autrefois nommé DESS : Diplôme d'études supérieures spécialisées ; à ne pas confondre avec le DESS québécois). Enfin, les étudiantes peuvent poursuivre leur cursus en réalisant un doctorat.

Cependant, les élèves peuvent emprunter une autre voie dite professionnelle. Dès la fin de la classe de troisième (classe marquant la fin du collège français, premier cycle du secondaire français), elles peuvent préparer un Certificat d'aptitude professionnel (CAP), pour entrer sur le marché du travail. Elles peuvent faire un lycée professionnel pour avoir un bac. professionnel (pouvant aussi être obtenu deux ans après l'obtention d'un CAP).

Au Québec, le secondaire se déroule en 5 années. Il permet l'obtention d'un Diplôme d'études secondaires (DES) et l'accès aux études dites collégiales réalisées au sein d'un Collège d'enseignement général et professionnel (CEGEP). Suite à cette formation, les étudiantes obtiennent un Diplôme d'études collégiales (DEC) et peuvent se rendre à l'université pour prolonger leurs études. Les premières années de formation sont regroupées sous le terme BACCALAUREAT (que nous signifions dans cette thèse en majuscules pour éviter la confusion avec le bac. français). Ce BACCALAUREAT équivaut aux années de Licence française. Puis les étudiantes peuvent continuer leur cursus en complétant une MAITRISE (équivalente au Master français) et par la suite un doctorat.

Toutefois, existent là encore des voies alternatives. Ainsi les élèves peuvent au Québec s'engager dans d'autres filières et dès la fin de leur secondaire (en secondaire 5) prolonger leur formation par la réalisation d'un Diplôme d'études professionnelles (DEP) qui équivaut dans une certaine mesure au CAP français. Aussi, une fois au CEGEP, elles peuvent s'orienter dans une formation plus professionnelle, les Techniques (équivalentes au lycée et bac. professionnels). De même elles peuvent réaliser une fois à l'université un Certificat (formation de niveau BACCALAUREAT) ou un Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) (formation de niveau MAITRISE).

Nous soulignons ici que les trajectoires étudiantes au Québec sont moins « linéaires » qu'en France. En effet, il est assez fréquent au Québec que des étudiantes interrompent durant une année leurs études pour les reprendre plus tard. Parmi les informatrices, nombreuses sont celles qui prennent une année après le CEGEP ou après quelques sessions universitaires pour travailler et/ou voyager.

Les personnes que nous avons rencontrées étaient, au moment de l'entretien, âgées de 22 à 36 ans, mais étaient les plus nombreuses dans la tranche d'âge 25-30 ans et dans une tranches encore plus restreinte, soit celles des 27-29 ans dans le cas des Françaises (Cf. Tableau 1).

Neuf d'entre elles avaient moins de 20 ans au moment de leur avortement, mais la plupart d'entre elles, selon une distribution relativement homogène, avaient entre 20 et 30 ans (Cf. Tableau 2). Seules trois informatrices françaises ont avorté à 30 ans et plus.

L'ensemble des informatrices se partage 65 expériences d'avortement. Parmi celles-ci, la très grande majorité d'entre elles a avorté une seule fois, alors que 8 femmes ont interrompu 2 grossesses au cours de leur vie, 3 ont eu recours à l'avortement 3 fois, et que seules deux informatrices en ont fait l'expérience 4 fois (cf. Tableau 3).

Le terrain ayant été mené entre 2009 et 2015, les avortements déclarés se répartissent entre 1993 et 2015 pour l'ensemble des expériences considérées, et entre 2001 et 2015 si l'on ne tient compte que du dernier avortement (cf. Tableau 4). Toutefois, la plus importante proportion de ces avortements (44/66, soit les deux-tiers) se situe entre 2004 et 2009.

Lorsqu'on prête attention aux méthodes employées pour avorter, on voit clairement apparaître les effets de l'interdiction du RU-486 au Québec (cf. Tableau 5). Toutes les 41 expériences d'avortement des Québécoises sont des IVG réalisées par aspiration. À l'inverse, la grande majorité des avortements (17/23) effectués en France l'a été par médicaments. Soulignons qu'une Québécoise, AUDREY, a avorté une fois en France, et qu'à l'inverse Lila, française, a avorté une fois au Québec : toutes deux ont avorté avec la méthode qui y était la plus employée. De même, 3 des femmes françaises parmi celles qui ont avorté plusieurs fois ont connu au moins une expérience d'avortement avec l'une et l'autre méthodes (Anne-Sophie, Myriam et Séline).

II.C.2. Les conditions du recueil de la parole.

II.C.2.a. Le guide d'entretien.

Les entretiens que nous avons menés sont de type semi-directifs et ont été entrepris avec le même guide d'entretien (Cf. Annexe 4). Celui-ci a été élaboré pour répondre à nos intentions d'analyse mais également en nous inspirant d'autres enquêtes menées sur les grossesses non prévues. Il a été revu et affiné à la lumière des premiers entretiens.

Une première phase de l'entretien se déroulait sans enregistrement. Nous présentions aux femmes volontaires la visée générale de l'enquête et le cadre dans lequel ce travail s'inscrivait. Puis une série d'informations étaient données à l'informatrice, précautions d'usage au Québec dans une telle enquête, nous rappelions d'abord aux femmes qu'elles pouvaient se retirer à n'importe quel moment de l'étude. Par la suite, nous leur présentions les modalités d'enregistrement et de traitement des données, leur donnant l'assurance que leur

anonymat serait protégé et que leurs propos étaient recueillis en toute confidentialité. De nouveau, après avoir signalé la durée approximative de l'entretien, nous vérifiions l'accord des informatrices de prolonger cette rencontre. Enfin, nous les informions aussi des lieux où le document final serait mis à leur disposition, leur suggérant ainsi d'aller le consulter si elles le souhaitaient. Nous nous sommes également engagée à leur fournir une synthèse des résultats selon le mode de diffusion de leur choix. C'est seulement au terme de ces premiers échanges que nous déclenchions l'enregistrement.

L'entretien s'ouvrait sur une question très ouverte : « Pourrais-tu me raconter comment s'est passé ton avortement ? », permettant à la femme d'entamer à sa manière le récit. Puis nous l'amenions à aborder les quatre thèmes suivants :

1. La construction de la décision d'avortement
2. La survenue de la grossesse avortée
3. Le vécu de l'avortement
4. Les représentations passées et présentes de l'avortement

Si nous nous sommes attachée essentiellement à relancer les femmes sur quelques points pour qu'elles les développent davantage, nos autres interventions pendant ce volet de l'entrevue se sont limitées à les amener à réfléchir, en fonction de l'un ou l'autre des quatre thèmes mentionnés dans le guide d'entretien, à certains de leurs aspects lorsqu'elles ne les abordaient pas d'elles-mêmes. Dans la suite de l'entretien, nous avons invité les informatrices à retracer leur trajectoire étudiante et professionnelle et à nous parler de leurs différents lieux de vie et modalités de logement au fil du temps, de même que de leur parcours sentimental et familial, leur cheminement sexuel, contraceptif et procréatif. Au terme de cet échange, nous procédions au recueil des données socio-démographiques, pour ouvrir, en fin d'entretien, sur un espace de discussion plus libre afin de permettre aux informatrices qui le désiraient de revenir sur certains éléments non développés ou encore de nous poser à leur tour des questions.

Pour compléter le terrain principal de l'enquête, à côté des entretiens menés avec les femmes, nous avons aussi réalisé des entrevues avec des professionnel·les de soins, une historienne, et des temps d'observation dans différents espaces de la prise en charge. Nous en résumons brièvement la nature et les objectifs dans l'encadré 5.

Encadré 5 : Les terrains complémentaires de l'enquête.

Une entrevue a été menée auprès d'une infirmière ayant travaillé pendant six ans dans un centre d'orthogénie de la région parisienne, afin d'avoir un autre point de vue sur la prise en charge en France. Aussi, nous avons suivi, à titre d'accompagnatrice, une des informatrices françaises (Myriam) lors de sa prise en charge dans un hôpital français, la clinique des Bluets, de son deuxième rendez-vous jusqu'à sa sortie suite à l'intervention avec anesthésie générale. Cela représente une demi-journée à laquelle s'ajoute une matinée et un début d'après-midi, soit au total un peu plus d'une journée.

Côté québécois, nous avons été incitée par les entretiens à faire des observations au Centre de santé des femmes de Montréal (CDSFM). Ainsi, au matériau principal s'ajoutent les comptes-rendus de deux passages au CDSFM en octobre 2010 et mars 2013, mêlant des temps d'observation dans les différents lieux et temps de la prise en charge des avortements et des moments d'échanges avec des professionnelles qui y exercent : médecin, travailleuse sociale et infirmière. Lors de notre premier passage, nous avons suivi le cheminement de trois femmes dans les différents temps de leur prise en charge (rencontre collective, entrevue individuelle avec un médecin, avortement et temps de repos), où nous avons pu discuter de manière informelle avec les professionnelles. Lors de notre second passage, nous avons réalisé un entretien avec la directrice du Centre. Enfin, au Québec, nous avons mené deux entretiens avec des personnages clefs dans le dossier de l'avortement. Une première entrevue a été menée auprès de Louise Desmarais, historienne ayant retracé l'histoire de la bataille des Québécoises pour l'accès à l'avortement et qui au moment de l'entrevue était en voie de mettre à jour et de compléter son premier ouvrage sur l'avortement paru plus de 10 ans auparavant (1999). Enfin, nous avons pu nous entretenir avec Édith Guilbert, l'une des médecins ayant mené plusieurs enquêtes sur l'avortement et ayant participé à la phase expérimentale de l'avortement par médicaments au Québec.

II.C.2.b. Une femme qui mène l'enquête.

Une des dimensions non négligeables de nos entretiens est qu'ils ont été réalisés dans une situation d'entre-soi féminin. Ceci nous semble avoir été un facteur facilitateur important à l'expression de la parole des femmes rencontrées. Les entretiens menés ont généralement duré une heure et demi, mais ont pu s'étaler sur plus de deux heures (2h10 pour le plus long). Si les femmes décidaient du lieu de la rencontre, presque la moitié a été réalisée à leur domicile (26 sur les 45), et ce plus fréquemment en France (11 sur 16). Signalons que l'ensemble des femmes nous ont interrogée sur les premières observations tirées des entretiens réalisés, tout spécifiquement au sujet du vécu des différentes méthodes en France. Au-delà de ces questions sur la recherche, la moitié des femmes nous a questionnée au terme de l'entretien sur notre propre expérience de l'avortement. Rarement apparue en début d'entretien, cette question, plus qu'une « condition d'entrée » dans leur intimité, souligne le nécessaire « contre don » suite au dévoilement d'une part dite privée de leur vie.

De même, l'accessibilité au CDSFM, lieu où les professionnelles de soins sont toutes des femmes, tout comme à l'ensemble des temps de la prise en charge au Centre, nous semble

avoir été facilitée par le fait de notre appartenance à la classe sociale des femmes. Cette dimension apparaît avoir eu une moindre importance lorsque nous avons accompagné Myriam dans les différentes étapes de son deuxième avortement. Si nous avons été confinée durant la journée de l'avortement durant presque quatre heures en salle d'attente aux côtés de deux hommes attendant la sortie de leur compagne, nous avons été la seule parmi les accompagnant·es à être autorisée à nous rendre dans la chambre d'une des avortantes. La raison invoquée par les professionnel·les pour expliquer la restriction d'accès aux hommes était la préservation de l'intimité des femmes qui partageaient à plusieurs les chambres.

II.C.3. Les va-et-vient de l'analyse.

La structure de cette thèse donne à voir les modalités de l'analyse. Elle est avant tout une analyse thématique, dont les catégories ont été formulées à travers un va-et-vient entre le cadre théorique et le terrain.

Ainsi, dans un premier temps, nous nous sommes intéressées spécifiquement aux femmes ayant avorté plusieurs fois dans les deux sociétés, comme en rend compte le chapitre III, en portant une attention particulière à leurs représentations sociales de l'avortement, comme à leurs pratiques contraceptives.

Puis nous avons resserré le regard sur la survenue d'une grossesse non prévue, pour appréhender ce qui se cache derrière « l'échec de contraception ». L'analyse nous a permis de saisir ce qu'impliquent les « bonnes » pratiques en matière de régulation des naissances, tout comme les normes encadrant les usages des différents moyens de contraception.

Enfin, nous nous sommes intéressée aux deux temps constitutifs de l'expérience de l'avortement : la décision et sa construction et les modalités de la prise en charge, pour donner à voir la construction sociale des expériences vécues. Le corpus des entretiens réalisés en France et au Québec a été traité simultanément afin de favoriser la mise en lumière tant des convergences que des divergences observées entre les deux sociétés.

Ci-suit l'ensemble des tableaux mentionnés dans le texte. Nous avons préféré les regrouper à la fin de ce chapitre pour permettre un accès rapide durant la lecture :

Tableau 1 : Répartition des informatrices selon leur âge au moment de l'entretien.

Âge	Effectif total des avortements	Avortements effectués en France		Avortements effectués au Québec	
		Nb d'A*	Informatrices	Nb d'A*	Informatrices
22	1	0		1	JUDITH
23	1	0		1	JOSEPHINE
24	1	1	Lucie	0	
25	5	1	Lila	4	CAMILLE CARINE DARYA MARIE-ANDREE
26	3	0		3	CYNTHIA ELISE EMELINE
27	6	3	Isabelle Mazarine Vanessa	3	CLAUDINE MARIE-JOSE MIA
28	7	4	Charlotte Déborah Hélène Stéphanie	3	HANANI JOSIANE NOEMIE
29	7	4	Anne-Sophie Jenny Myriam Paula	3	CHLOE MATHILDE SARAH
30	5	1	Julienne	4	AUDREY DANIELE ELISA MARJOLAINE
31	2	0		2	ANDREANNE MARUSSIA
32	1	1	Séline	0	
33	1	0		1	RACHEL
34	1	0		1	PASCALE
35	3	1	Sabrina	2	MARYTHE REBECCA
36	1	0		1	JEANNIE

* A : Avortement

Tableau 2 : Répartition des informatrices selon leur âge au moment de l'avortement.

Âge	Effectif total des avortements	Avortements effectués en France		Avortements effectués au Québec	
		Nb d'A*	Informatrices**	Nb d'A*	Informatrices**
17	1	0		1	MARJOLAINE (A1)
18	3	2	Charlotte Mazarine (A1)	1	JUDITH
19	5	2	Anne-Sophie (A1) Séline (A1)	3	JEANNIE (A1) Lila (A1) MARIE-ANDREE
20	5	0		5	CARINE ELISA (A1) EMELINE (A1) JOSEPHINE SARAH (A1)
21	7	2	Hélène Stéphanie	5	CAMILLE HANANI JOSIANE MARYTHE (A1) MIA
22	6	5	Isabelle Lila (A2) Lucie Myriam (A1) Séline (A2)	1	NOEMIE
23	4	2	Anne-Sophie (A2) Paula	2	MATHILDE SARAH (A2)
24	6	2	AUDREY (A1) Déborah	4	CYNTHIA DARYA EMELINE (A2) MARIE-JOSE
25	5	1	Mazarine (A2)	4	ELISE JEANNIE (A2) MARJOLAINE (A3) REBECCA
26	4	1	Julienne	3	CLAUDINE DANIELE PASCALE
27	7	1	Mazarine (A3)	6	ANDREANNE (A1) CHLOE ELISA (A2) MARUSSIA RACHEL SARAH (A3)
28	3	0		3	ANDREANNE (A2) JEANNIE (A3) SARAH (A4)
29	5	3	Jenny Myriam (A2) Séline (A3)	2	ANDREANNE (A3) AUDREY (A2)
30	1	0		1	MARYTHE (A2)
31	1	1	Sabrina	0	
32	1	1	Séline (A4)	0	

* A : Avortement

**A1, A2, A3, A4 : signale le rang de l'avortement quand la femme a avorté plusieurs fois

Tableau 3 : Répartition des informatrices selon le nombre d'avortements effectués au cours de leur vie.

Nb d'avortements	Effectif total des avortements	Avortements effectués en France		Avortements effectués au Québec	
		Nb	Informatrices	Nb	Informatrices
1	32	11	Charlotte Déborah Hélène Isabelle Jenny Julienne Lucie Paula Sabrina Stéphanie Vanessa	21	CAMILLE CARINE CLAUDINE CHLOE CYNTHIA DANIELE DARYA HANANI ELISE JOSIANE JOSEPHINE JUDITH MARIE-ANDREE MARIE-JOSE MARUSSIA MATHILDE MIA NOEMIE PASCALE RACHEL REBECCA
2	8	3	Anne-Sophie Lila Myriam	5	AUDREY ELISA EMELINE MARJOLAINE MARYTHE
3	3	1	Mazarine	2	ANDREANNE JEANNIE
4	2	1	Séline	1	SARAH

Tableau 4 : Répartition des informatrices selon l'année de leur(s) avortement(s).

Année au moment de l'avortement	Effectif total des avortements	Avortements effectués en France		Avortements effectués au Québec	
		Nb d'A	Informatrices*	Nb d'A	Informatrices*
1993	1	0		1	JEANNIE (A1)
1994	0	0		0	
1995	0	0		0	
1996	1	0		1	MARYTHE (A1)
1997	0	0		0	
1998	1	0		1	JEANNIE (A2)
1999	0	0		0	
2000	2	1	Mazarine (A1)	1	ELISA (A1)
2001	2	0		2	HANANI SARAH (A1)
2002	3	1	Séline (A1)	2	JEANNIE (A3) MARJOLAINE (A1)
2003	4	1	Hélène	3	JOSIANE NOEMIE REBECCA
2004	7	1	AUDREY (A1)	6	EMELINE (A1) MARIE-ANDREE MATHILDE MIA RACHEL SARAH (A2)
2005	10	5	Anne-Sophie (A1) Charlotte Isabelle Julienne Séline (A2)	5	CAMILLE CARINE MARJOLAINE (A2) MARYTHE (A2) PASCALE
2006	6	3	Mazarine (A2) Myriam (A1) Sabrina	3	ANDREANNE (A1) DANIELE MARUSSIA
2007	7	2	Paula Stéphanie	5	ANDREANNE (A2) ELISA (A2) JUDITH MARIE-JOSE Lila (A1)
2008	7	1	Déborah	6	ANDREANNE(A3) CLAUDINE CHLOE CYNTHIA EMELINE (A2) SARAH (A3)
2009	7	3	Anne-Sophie (A2) Jenny Mazarine (A3)	4	AUDREY (A2) DARYA ELISE SARAH (A4)
2010	2	1	Lucie	1	JOSEPHINE
2011	1	1	Lila (A2)	0	
2012	1	1	Séline (A3)	0	
2013	2	2	Myriam (A2) Vanessa	0	
2014	0	0		0	
2015	1	1	Séline (A4)		

*A1, A2, A3, A4 : signale le rang de l'avortement quand la femme a avorté plusieurs fois

Tableau 5 : Répartition des informatrices selon la technique d'avortement utilisée.

Méthode d'avortement	Effectif total des avortements	Avortements effectués en France		Avortements effectués au Québec	
		Nb d'A	Informatrices*	Nb d'A	Informatrices*
Aspiration	47	6	Anne-Sophie (A2) Jenny Julienne Myriam (A2) Paula Séline (A3)	41	(3A) ANDREANNE AUDREY (A2) CAMILLE CARINE CLAUDINE CHLOE CYNTHIA DANIELE DARYA HANANI (2A) ELISA ELISE (2A) EMELINE (3A) JEANNIE JOSIANE JOSEPHINE JUDITH Lila (A1) (2A) MARJOLAINE MARIE-ANDREE MARIE-JOSE MARUSSIA (2A) MARYTHE MATHILDE MIA NOEMIE PASCALE RACHEL REBECCA (4A) SARAH
Médicament	17	17	Anne-Sophie (A1) AUDREY (A1) Charlotte Déborah Hélène Isabelle Lila (A2) Lucie (3A) Mazarine (A1, A2, A4) Myriam (A1) Sabrina (3A) Séline (A1, A2, A4) Stéphanie Vanessa	0	

*A1, A2, A3, A4 : signale le rang de l'avortement quand la femme a avorté plusieurs fois
2A, 3A, 4A : signale le nombre des avortements effectués avec cette méthode

DEUXIEME PARTIE : Les cadres sociaux du contrôle des naissances.

Chapitre III : Les avortements itératifs : des cas d'école.

Introduction.

Aujourd'hui autorisé par la loi dans les deux sociétés étudiées (Chapitre I), l'avortement a pourtant été construit socialement comme *la* mauvaise pratique en matière de contrôle des naissances par opposition aux différentes méthodes de contraception (Chapitre II). Le recours à l'avortement bien que « légal » se doit de rester exceptionnel comme en témoigne l'usage persistant du terme « récidivistes » pour désigner les femmes ayant avorté plusieurs fois au cours de leur vie. « Cette expression issue du champ lexical pénal [...] les étiquette explicitement comme des *coupables*, qui prendraient une *habitude* nuisible » (Mathieu et Ruault, 2014 : 55). Ce terme a ceci d'étonnant qu'« il traduit un consensus qui unit défenseurs et adversaires de l'avortement : celui-ci ne saurait être toléré s'il se répète » (Novaes, 1982 : 473). Pourtant les avortements dits « itératifs » recouvrent des réalités minoritaires plurielles qu'il importe d'explorer pour déconstruire les préjugés ayant cours sur les pluri-avortées et plus largement sur les femmes.

Après un premier état des lieux soulignant les caractéristiques de cet objet et ses définitions plurielles, nous souhaitons éprouver certaines des idées préconçues entretenues à leur égard et donner à voir la diversité des expériences que ces images toutes faites réduisent et dissimulent. Nous nous appuyons au sein de ce chapitre sur l'examen attentif de treize entretiens menés avec des femmes ayant avorté plus d'une fois (de deux à quatre fois), dont huit au Québec et cinq en France. Le traitement des entretiens a donc été guidé par trois questions : dans quelle mesure les femmes qui ont interrompu plusieurs grossesses « banaliseraient » l'avortement ? Ces femmes considèrent-elles et utilisent-elles l'avortement comme un moyen de contraception ? Enfin, les pluri-avortées auraient-elles des pratiques contraceptives particulières ?

Ainsi nous rendons compte au fil du chapitre, de la manière dont les pluri-avortées pensent, disent et vivent l'expérience de plusieurs avortements et plus largement de la façon dont elles se représentent ce mode de contrôle de leur fécondité. L'analyse de leurs représentations et des stratégies qu'elles mobilisent pour se soustraire au stigmate associé au recours répété à l'avortement permettra de révéler les normes sociales et les échelles de déviance structurant le modèle socialement défini en matière de non-procréation.

Enfin, les expériences des pluri-avortées seront ici employées comme des cas d'école, pour donner à voir les différentes postures à l'endroit des méthodes de contraception offertes

aux femmes, mais aussi la manière dont celles-ci peuvent évoluer au sein d'une même trajectoire procréative.

III.A. L'état des savoirs sur les avortements « répétés ».

III.A.1. Des situations marginales.

Si les avortements dits « itératifs » suscitent de nombreuses inquiétudes dans les discours, ils demeurent minoritaires dans les faits. En effet, en France, 33 % des femmes ont une IVG au moins une fois dans leur vie (Mazuy, Toulemon et Baril, 2015: 3), pour autant seul un tiers des avortements concerne des femmes qui y ont déjà eu recours (Bajos, Moreau et Prioux, 2013). De même, si on ne dispose pas de données aussi récentes et précises au Québec, environ une Québécoise sur trois a une IVG durant sa vie reproductive (Guilbert, 2010), alors que la proportion des IVG de rang égal ou supérieur à deux est estimée à 35 % des avortements dans les années 1990 au Canada (CSF, Di Domenico, 2008 : 19 ; Millar, Wadhera & Henshaw, 1997 ; Fisher, Singh *&* *al.*, 2005).

Ainsi, la proportion de femmes ayant recours plus d'une fois à l'IVG, surtout ramenée à l'ensemble des femmes sexuellement actives, reste faible. En France, moins de 14 % des femmes ont recours plusieurs fois à un avortement au cours de leur vie (Mazuy, Toulemon et Baril, 2015 : 3 ; 2014 : 385), proportion qui apparaît dans les enquêtes les plus récentes au Canada relativement équivalente. Pour l'année 1993, ce chiffre est estimé à 17 % (Millar, Wadhera & Henshaw, 1997 : 22).

III.A.2. Derrière une même expression, des réalités plurielles.

Il est important de souligner que derrière ces chiffres se cachent des réalités bien différentes, comme en témoignent la construction de ces statistiques et les définitions formulées quant à cet objet. Bien que le mode de recueil et de traitements des données permet de dresser un état des lieux plus précis en France, les chiffres dans ces deux sociétés tiennent compte aussi des IMG, recouvrant ainsi des situations d'avortement dont les motivations apparaissent bien différentes. Nous définirons au sein de ce chapitre les avortements itératifs comme le recours répété à l'avortement par une même femme au cours de sa vie. Toutefois, il nous apparaît important de souligner une dimension que cette définition dissimule.

Un examen des définitions usitées dans les enquêtes sur les avortements répétés nous renseigne déjà sur les différentes situations qu'elles peuvent englober ou exclure. Dans leur enquête, Micheline Garel, Monique Crost et Monique Kaminski (1996) offrent la définition la

plus restrictive. Pour elles, l'IVG itérative correspond, au-delà de la répétition de son usage chez une même femme, à des situations très précises : « Soit la femme a eu 3 ou plus de 3 IVG, soit elle a eu une 2ème IVG à moins de 3 ans d'intervalle ». Cette délimitation de l'objet étudié souligne la gêne à réunir sous cette même appellation des avortements de rangs différents, séparés par des intervalles plus ou moins longs. En effet, les études visent à différencier le sens que peut prendre cette pratique en soulignant que c'est la répétition « rapide » qui laisse suspecter une attitude de moindre observance des exigences planificatrices, telles qu'elles sont définies socialement, alors que deux avortements éloignés dans le temps, décidés pour des raisons possiblement différentes, renvoient surtout au constat de trajectoires sexuelles et affectives des femmes très diversifiées.

On sait aujourd'hui, pour la France, que la plupart des pluri-avortées n'ont eu recours que deux fois à l'avortement. En effet, si 9,5 % des femmes ont recours deux fois dans leur vie à l'IVG, elles ne sont que 4,1 % à en user trois fois ou plus (Mazuy, Toulemon et Baril, 2014 : 385). Aussi, tous rangs confondus, seulement un quart des IVG répétées a lieu dans l'année et demie qui suit l'IVG précédente, contre trois-quarts dans les sept ans. Enfin, le temps moyen entre deux IVG est en France de cinq ans après la première, les IVG répétées après deux ou trois IVG précédentes étant quant à elles un peu plus rapprochées (Mazuy, Toulemon et Baril, 2014 : 382).

De même si on ne connaît pas ces proportions au Québec, on sait qu'au Canada, en 1993, les avortements de rang deux représentent 21,8 % de l'ensemble des interruptions de grossesse, ceux de rang trois 5,6 %, et que moins de 2 % des avortements sont de rang plus élevé (Millar, Wadhera & Henshaw, 1997 : 22).

Encadré 6 : Caractéristiques du corpus mobilisé au sein de ce chapitre.

- Les treize enquêtées ayant avorté plusieurs fois ont entre 25 et 36 ans au moment de l'entretien ; elles appartiennent donc au groupe des femmes les plus âgées au sein des volontaires qui ont participé à notre enquête.
- Sur l'ensemble de celles-ci, huit sont Québécoises et cinq sont Françaises.
- Huit d'entre elles ont avorté deux fois (cinq Québécoises et trois Françaises) ; trois autres ont avorté trois fois (deux à Montréal et une à Paris) et, enfin, les deux dernières ont avorté quatre fois (une dans chacune des sociétés).
- Pour la plupart des enquêtées, les grossesses avortées surviennent alors qu'elles avaient employé des méthodes de contraception différentes au moment des rapports fécondants. Seules trois des pluri-avortées (ANDREANNE, Anne-Sophie et MATHILDE) n'avaient en rien

modifié leurs pratiques contraceptives jusqu'à leur dernier avortement. Pour deux d'entre elles (Mazarine et JEANNIE), malgré une remédicalisation de la contraception post-avortement, les différentes grossesses surviennent alors qu'elles utilisaient une méthode de contraception « masculine » : le retrait.

- Selon la définition de Micheline Garel, Monique Crost et Monique Kaminski (1996), seules cinq des enquêtées correspondraient à des cas d'IVG itératives : ANDREANNE, JEANNIE, Mazarine, SARAH et Séline, puisqu'ayant avorté trois fois ou plus. Soulignons ici que seule ANDREANNE a un délai d'un an entre ses deux premières IVG. Les autres ont toutes avorté deux fois à plus de trois ans d'intervalle.

Tout en manifestant la diversité des réalités rassemblées sous une même dénomination, ces informations offrent un premier aperçu des cadres sociaux français et québécois du recours à l'avortement : son usage est généralement unique et lorsque les femmes y ont recours plus d'une fois, c'est généralement une unique autre fois et ce, après plusieurs années d'intervalle (cinq ans en moyenne en France). Dès lors, dans la très grande majorité des cas, l'avortement ne peut être considéré comme la principale méthode de contrôle des naissances utilisée par les femmes. On est bien loin des représentations communément véhiculées autour des pluri-avortées qui « banaliseraient » l'avortement et en useraient « comme un moyen de contraception ». Car c'est bien ce que suggère déjà la délimitation opérée par Micheline Garel, Monique Crost et Monique Kaminski (1996) à travers leur définition des IVG itératives : les pluri-avortées interpellent d'autant plus que le nombre d'avortements est élevé ou que ceux-ci sont proches dans le temps. Ils conduisent à hâtivement soupçonner les femmes de ne pas employer des méthodes contraceptives ou de ne savoir correctement assumer la responsabilité pour prévenir une grossesse.

III.A.3. La hausse du nombre d'IVG répétées : quelques éléments explicatifs.

Un examen attentif des données françaises révèle une augmentation du nombre des avortements itératifs. En France depuis la légalisation de l'avortement par la loi Veil (1975), « la proportion d'IVG répétées augmente de façon continue » (Mazuy, Toulemon et Baril, 2014 : 378). Sur une période plus restreinte et plus proche, de 2002 à 2011, la probabilité (évaluée) d'une nouvelle IVG après un premier avortement est passée de 28 % en 2002 à 41 % (Mazuy, Toulemon et Baril, 2014 : 379). « Après 1980, […] les IVG de rang 3 ou plus (précédées de 2 IVG ou davantage) deviennent également plus fréquentes, jusqu'à représenter 29 % des IVG répétées en 2011 » (Mazuy, Toulemon et Baril, 2014 : 378-379).

Au Québec, même si demeure un flou autour des chiffres sur l'avortement, on constate le même phénomène : « manifestement, au cours des années, ce phénomène a subi une forte hausse » (CSF, Di Domenico, 2008 :19) ; les estimations de la proportion d'avortements répétés à la fin des années 1980 se situent aux alentours de 20 % pour le Canada tout comme pour le Québec (CSF, Fontaine, Laplante *et al.,* 1988 : 8 ; Millar, Wadhera & Henshaw, 1997 : 20-24, Lacourse, 1991a et b, 1992 : 377-378 ; 2010).

Cette hausse a été expliquée en France par la rigidification de la norme procréative (si les grossesses non prévues sont moins fréquentes – ce qui résulte d'une meilleure observance contraceptive –, les femmes avortent plus souvent en cas de grossesse non souhaitée), qui s'articule avec deux phénomènes importants, également observables au Québec. Tout d'abord, le report de l'âge de la première maternité a étendu la période durant laquelle les femmes considèrent ne pas être au bon âge pour avoir un enfant (Bajos, Moreau et Prioux, 2013 ; Girard, 2013). Aussi, si l'âge au premier rapport sexuel est relativement stable depuis les années 1980 (Blais, Raymond *et al.,* 2009 ; Léridon, 2008), la période de la « jeunesse sexuelle » a connu une mutation qualitative. Tout comme pour les autres âges, les trajectoires affectives et sexuelles des jeunes se sont diversifiées (Toulemon, 2008 ; Beltzer et Bajos, 2008 ; Paris et Blais, 2006). Ainsi, les jeunes femmes ont plus souvent des relations peu ou non stables et, comme nous le verrons au chapitre V, la nature de la relation avec le partenaire apparaît un élément déterminant dans l'entrée dans la parentalité ou son refus. Car, aujourd'hui comme hier, la plupart des femmes ne peuvent penser devenir mères en l'absence d'une relation stable et d'un partenaire ayant investi avec elle un projet parental (Shivo, Bajos *et al*., 2003 ; Régnier-Lollier, 2007 ; Boltanski, 2004). Par conséquent, la probabilité de recourir à l'avortement durant cette période de la vie a augmenté, comme en témoigne la hausse de la proportion des grossesses interrompues chez les plus jeunes en France (Rossier, Toulemon et Prioux*,* 2009), observée aussi jusqu'à la fin des années 1990 au Québec (Guilbert, 2010).

III.A.4. Des réalités peu explorées.

Malgré cette évolution récente, peu d'enquêtes sociologiques se sont attelées à saisir les réalités que recouvre le recours répété à l'avortement, laissant alors ce terrain d'étude à la psychologie et à la psychanalyse. Pourtant, l'invitation à explorer cet usage de l'avortement revient tel un leitmotiv dans les travaux traitant des arrêts volontaires de grossesse. Déjà en 1991, Édith Guilbert (1991 : 62) écrit au Québec : « En conclusion, l'avortement répété est un phénomène complexe, tant dans son analyse, que dans les questions qu'il soulève. […] Des

recherches plus approfondies sont nécessaires pour mieux connaître et aider ces femmes dont le vécu soulève critiques et ressentiment». De même, en 2008 dans son plus récent rapport sur l'avortement, le Conseil du Statut de la Femme québécois constate, parmi les phénomènes persistants autour de l'avortement, « l'absence de recherches québécoises sur les avortements itératifs » (CSF, Di Domenico, 2008 : 22). En France, en 2004, Sophie Divay (2004 : 208-209) invite en conclusion de son article à se pencher sur « l'expérience de plusieurs avortements », qui selon elle offrirait « une piste de recherche » pour prolonger son enquête, émettant « l'hypothèse[51] que l'expérience de plusieurs avortements entraine une évolution des positions des femmes concernées par rapport à ce type de déviance ».

En résumé, malgré de multiples incitations à explorer sociologiquement les avortements itératifs, à comprendre cet usage de l'avortement et son sens, peu d'enquêtes qualitatives ont été menées, tandis que les rares études publiées apparaissent désormais obsolètes (Novaes, 1982 ; Lacourse, 1991). Le présent chapitre se veut donc une première réponse à ces différents appels et un premier pas dans l'analyse des avortements itératifs contemporains.

III.B. Des femmes qui banaliseraient l'avortement ?

Une des premières questions qui a guidé l'analyse trouve son origine dans l'hypothèse de Sophie Divay, à savoir que le recours répété à l'avortement conduirait à une modification des discours des femmes sur l'IVG. Nous nous proposons donc dans les pages qui suivent de rendre compte des postures et des représentations des femmes au sujet de l'avortement et de son usage répété.

III.B.1. « *J'ai vécu plusieurs avortements malheureusement* ».

Selon les idées reçues, le recours répété à l'avortement serait la manifestation directe de représentations et de postures atypiques concernant l'avortement ; autrement dit, elle serait propre à un/ce groupe de femmes. Or, notre enquête nous incite à répondre qu'il n'en est rien. La conception de l'avortement des femmes que nous avons désignées comme pluri-avortées ne diffère pas sensiblement des cadres de lecture qui circulent généralement.

Bien qu'ayant eu recours à l'avortement à différents moments de leur vie, le discours des treize femmes enquêtées met en lumière la difficile, sinon l'impossible banalisation de cet acte en France comme au Québec, tant est déterminante sur l'ensemble du corps social la

[51] Hypothèse concordante avec la théorie de la dissonance cognitive de Léon Festinger (1957).

prégnance du modèle normatif en matière de contrôle des naissances. En effet, les pluri-avortées, tout comme la grande majorité des femmes, ont pleinement assimilé les règles sociales édictées sur le droit à l'avortement et son usage.

« *Alors moi, j'ai… J'ai vécu plusieurs avortements* ***malheureusement*** ». C'est ainsi que s'amorce le témoignage de Mazarine (27 ans, en recherche d'emploi) qui, au moment de la rencontre, a avorté trois fois. Cette première réponse est indicative, d'entrée de jeu, du ton général ou du moins de la ligne de fond qui a traversé nos différents entretiens avec les pluri-avortées : le dénombrement de plusieurs avortements dans une trajectoire de vie représente pour l'ensemble de ces femmes un constat déplorable, voire critiquable comme le souligne cet énoncé prononcée par SARAH (29 ans, quatre IVG), étudiante au BACCALAUREAT en gestion des ressources humaines et employée dans l'événementiel : « *Je pense […] qu'il y a beaucoup trop de monde qui s'en sert abusivement… comme moi peut-être* » . Cette brève affirmation donne à voir l'adhésion de SARAH à l'une des normes sociales gouvernant la mise en pratique de ce mode de contrôle des naissances. Bien qu'elle considère qu'il s'agit d'un service essentiel – « *Il faut que cela reste un service qui est offert à tout le monde, c'est vraiment important* » –, elle dénonce le « mésusage » fréquent que les femmes en feraient, comme elle-même considère l'avoir fait : « *je pense que j'en ai abusé un peu* ». Si les femmes ont le droit d'arrêter une grossesse, elles se doivent d'user de ce droit avec la plus grande parcimonie.

Le mésusage relaté par SARAH ne se trouve généralement pas associé à des justifications chez les pluri-avortées, il tombe telle une vérité absolue qui ne nécessite pas d'explications, un énoncé moral incontestable. C'est bien la dimension éthique qui est toujours rappelée, sans laisser place à des arguments d'ordre sanitaire. Alors que certaines des femmes ayant avorté une fois et n'ayant pas connu de grossesse par la suite se questionnent sur l'impact physique d'un avortement, comme c'est le cas d'HANANI, notaire de 28 ans – « *ma plus grande crainte, c'est les risques que ça peut causer, si tu veux avoir des enfants par la suite* » –, à l'inverse, toutes les pluri-avortées interrogées savent qu'une interruption de grossesse n'a pas de conséquence sur leur santé génésique et leur potentiel procréatif. Pourtant, avorter plusieurs fois demeure dans leur esprit quelque chose de « *mal* ».

Bien que n'ayant avorté qu'une seule fois, Hélène (28 ans, journaliste-pigiste) est celle qui explicite le mieux toute la contradiction dont sont porteuses les femmes pluri-avortées. Dans un premier temps, comme HANANI, elle se représentait le recours à l'avortement comme ayant des conséquences néfastes sur le potentiel procréatif : « *je me suis toujours dit qu'on ne pouvait pas avorter plus d'une fois, parce que ça fatiguait l'organisme. Je m'étais*

imaginée qu'après plus d'un avortement, on pouvait encore moins avoir d'enfants ». Mais elle découvre qu'il n'en est rien : « *après j'ai su qu'il y avait des filles qui se faisaient avorter deux ou trois fois, et qu'elles étaient tombées enceintes après* ». Pourtant, elle ajoute : « *Bon, ce que je ne cautionne pas forcément* ». La contradiction dont est porteuse Hélène souligne bien, que même lorsque les femmes ont conscience que les IVG itératives n'ont pas d'effet sur leur potentiel procréatif, elles ne peuvent considérer l'emploi pluriel de l'avortement comme « anodin » tant lui est associé une certaine gravité. Le jugement moral du recours répété à l'IVG d'Hélène s'appuie sur son expérience contraceptive au moment où survient sa grossesse avortée : *« Enfin, moi, je savais que je n'avais pas été sérieuse sur la contraception* ».

C'est notamment parce que les femmes ne considèrent pas avoir été assez rigoureuses dans leur travail contraceptif qu'elles se culpabilisent lorsqu'elles usent de l'avortement. Et ce sentiment s'intensifie quand elles y recourent plusieurs fois, puisque leur vigilance contraceptive aurait dû être accrue par un premier épisode d'avortement.

Les enquêtées font état de la logique d'apprentissage à laquelle l'expérience de l'avortement devrait donner lieu, à l'instar d'ÉMELINE (26 ans, deux IVG) animatrice et assistante administrative dans un centre communautaire : « *J'aurais du peut-être mieux agir, pour empêcher ça, mais en même temps,* ***c'est comme ça qu'on apprend*** ». Selon ce raisonnement, la socialisation à la contraception, ou plutôt à sa bonne observance, se fait « sur le tas » au fil des expériences, un apprentissage par essai-erreur éprouvé par les femmes sur leur corps. L'avortement étant l'erreur, celle-ci devrait mener à l'acquisition de nouvelles connaissances et à un réajustement en conséquence des conduites en matière de contraception, ainsi que le signale AUDREY (30 ans) qui, bien qu'ayant elle-même avorté deux fois, nous dit :

> En fait, si quelqu'un me parlait de son avortement, pour moi, ce serait quelque chose […] je comprendrais la personne. À partir du moment où quelqu'un me parle de deux ou trois avortements, je me dis : "Ben, hey ! Fais attention franchement ! **Tu n'as pas eu ta leçon une fois-là** ?" Pas dans le sens de "Combien vas-tu en tuer ?", mais dans le sens "Est-ce que tu trouves ça vraiment amusant ? **Tu pourrais faire plus attention**".

De même Séline (32 ans, quatre IVG), lorsqu'elle nous explique être tombée enceinte une quatrième fois en pratiquant de nouveau le retrait, mentionne : « *c'était un accident. On était très amoureux, on ne se protégeait pas, rien du tout ! … Trois ans après, tu vois,* ***j'en avais pas pris de la graine****, il gérait pour moi, donc voilà* ». Selon elle, ses trois précédentes IVG aurait dû la conduire à changer de méthode de prévention de la grossesse et ce d'autant

qu'elle a eu accès à de l'information concernant les différentes méthodes de contraception lors de chaque avortement.

L'inobservance de la norme contraceptive (Bajos et Ferrand, 2001) est d'autant plus socialement « inacceptable » et inacceptée, aux yeux de plusieurs des enquêtées, qu'une planification familiale rationnelle est jugée possible dans tous les cas grâce à l'existence de méthodes de contraception modernes (notamment médicales) accessibles et efficaces (Daudelin, 2002), comme laisse apparaître cet échange avec SARAH (quatre IVG) :

> - Donc, toi tu as ce sentiment-là d'en avoir…?
> - **Abusé ? Oui,** c'est un peu trop. Parce que je pense que **j'aurai pu, je ne sais pas… j'aurai pu…** On dit ça mais je veux dire… Peut-être s'il y avait eu plus de prévention… **Peut-être qu'on est mal informées sur les moyens de contraception. Mais dans mon cas, j'étais très bien informée.**

Bien qu'ayant usé de différents modes de contraception médicalisés (pilule, injections, anneau), SARAH ne peut se considérer que coupable de ses quatre avortements, comme ayant eu accès tant à une information suffisante en matière de contraception qu'aux modes médicalisés de contrôle des naissances. Considérant que les femmes qui avortent le font souvent en raison de renseignements déficients en matière de contraception, elle condamne d'autant plus sa propre pratique qu'elle juge comme le résultat d'un manque d'assiduité et d'investissement dans le travail contraceptif. Par cette alternance entre « *j'aurai pu* » et « *Peut-être s'il y avait eu plus de prévention* », SARAH souligne l'ambivalence des pluri-avortées qui, bien que s'accusant pour partie d'un manque de rigueur ou de volonté, laissent entendre dans un même souffle, plus ou moins consciemment, que la responsabilité des avortements ne repose pas exclusivement sur les femmes, sans pour autant parvenir à identifier réellement où elle se situe.

Toutes les pluri-avortées, bien qu'ayant enfreint concrètement la règle définissant l'avortement comme épisode isolé et unique, souscrivent comme les autres à cette représentation de la bonne pratique. Paradoxalement, quel que soit le nombre d'avortements que les femmes rencontrées ont eu, l'adhésion à une telle norme de comportement apparaît consensuelle. Pour l'ensemble des enquêtées, la pratique abortive se doit de rester exceptionnelle voire unique, en cohérence avec la manière dont elle a été conçue et construite socialement (Bajos et Ferrand, 2011 : 49).

Aussi, lorsqu'elles « abusent » de cette liberté, en employant plusieurs fois l'avortement pour contrôler leur fécondité, les femmes expriment un malaise et des sentiments négatifs. Ceux-ci sont très explicitement énoncés dans le témoignage de Séline (32 ans, trois IVG) : « *Cette fois-ci c'était…J'étais dégoûtée de faire ça quatre fois. J'avais*

honte, et en même temps, je savais que je ne pouvais pas le garder ». De même SARAH, nous dit : « *la dernière fois, c'était la dernière fois. Vraiment c'est ça. La quatrième fois, j'étais mal à l'aise […] c'était vraiment un mauvais timing là. Je n'étais pas contente et puis quand ça fait plusieurs fois, à un moment donné tu n'es pas trop fière de…[toi]* ». En évoquant leur honte ou leur malaise, Séline et SARAH signalent non seulement qu'elles reconnaissent le caractère socialement proscrit de leur comportement – l'avortement ne doit pas s'accorder au pluriel –, mais encore qu'elles ont bien intégré cet interdit. Alors qu'elles ont toutes deux transgressé à plusieurs reprises (trois fois) la règle implicite, elles ne questionnent en aucun cas sa légitimité.

L'examen critique va d'ailleurs plus loin pour certaines d'entre elles, dont SARAH qui nous explique ainsi pourquoi elle n'est pas retournée au Centre de santé des femmes de Montréal après son deuxième avortement : « *je me sentais un peu mal à l'aise là* ». Se représenter au même endroit pour la même raison ne lui semblait pas très facile : « *Parce que… une fois, c'est un accident. Mais trois fois, un accident ? J'étais un peu mal. Je me disais mon Dieu, ça n'a pas de bon sens. C'est quoi ? Je suis complètement irresponsable ?* ». SARAH révèle ici l'une des stratégies que mobilisent les pluri-avortées pour contourner le stigmate qui pèse sur elles quand elles se retrouvent dans une situation identique vis-à-vis de l'institution, soit de nouveau enceinte et demandeuse d'avortement.

En effet, le recours itératif à l'avortement représente bien, dans les représentations communes, l'illustration de l'irresponsabilité contraceptive supposée de certaines femmes et suggère, par là même, celle de toutes les femmes. Encore nombreux·ses sont ceux et celles à penser que le recours pluriel à l'avortement signifie l'incapacité des femmes à gérer l'autonomie sexuelle et procréative qui leur a été donnée. Comme ils/elles considèrent qu'il existe de nombreux outils contraceptifs permettant aux femmes d'éviter une grossesse non prévue, le droit à l'avortement ne peut être dans ce schème de pensée qu'un « ultime recours ». Son emploi pluriel signifierait bien, en l'occurrence, une *déviance* par rapport au modèle prescrit en matière de régulation des naissances. Mais comme nous le verrons au Chapitre IV, c'est nier là le travail qu'exige la contraception sur l'ensemble d'une trajectoire procréative tout comme les difficultés que peuvent rencontrer les femmes pour l'assurer et les rapports sociaux au sein duquel il s'inscrit.

En se qualifiant de « *totalement irresponsable* », SARAH reprend à son compte le jugement de valeur indissociablement associé à l'avortement lorsque celui-ci est utilisé plusieurs fois. Certes, celui-ci n'est plus aujourd'hui considéré comme un crime, mais il continue néanmoins d'être pensé comme un acte non banal, un acte grave sinon répréhensible,

qu'il est « souhaitable » – c'est à dire fortement recommandé – de ne pas réitérer. SARAH ne fait donc pas exception ; comme la grande majorité des femmes, elle a intériorisé une conception normative de l'avortement, *a contrario* de sa propre pratique : si l'avortement ne constitue plus une infraction aux yeux de la loi, il ne peut cependant être autre chose qu'un « dernier recours ».

Les propos d'EMELINE (26 ans) au sujet de ses deux avortements confirment ce constat : « *je préfère ne pas trop y penser, mais pas dans le sens que je veux oublier mais passer à autre chose. Tout le monde fait des erreurs. Qu'est-ce qu'on peut y faire ? C'est des choses qui peuvent arriver* ». Si dans un premier temps, EMELINE qualifie les avortements d' « ***erreurs*** *[qui] peuvent arriver* », elle revient sur son propos dans la suite de l'entretien :

> [Ce n'est] pas vraiment une erreur, parce que ça peut arriver à tellement de moments et puis je pense qu'on… Il y a beaucoup de femmes qui se sentent coupables ou qui prennent le blâme, alors que parfois ça peut être vraiment un concours de circonstances ou ça peut être plein de choses. Mais je ne le prends pas comme si c'était **une erreur**, mais comme **un accident de parcours, un mauvais hasard**.

La définition de l'avortement d'EMELINE oscille donc entre deux pôles. Assimilé dans un premier temps à une faute commise ; « *une erreur* », elle le requalifie par la suite en un événement indépendant de sa volonté : « *un concours de circonstances, […] un accident de parcours, […] un mauvais hasard* ». Anne-Sophie, assistante qualité sécurité environnement (29 ans, deux IVG), identifie quant à elle deux déclinaisons de ces « **avortements-accidents** », selon la part de responsabilité identifiée dans la survenue des grossesses. Pour elle, son premier avortement est « *un accident de parcours prévu entre guillemets* », du fait de son inobservance des consignes associées à la pilule contraceptive qu'elle prenait alors (**l'accident-erreur**), tandis que le deuxième est « *un accident, là pour le coup véritablement* » puisqu'elle respectait avec rigueur ces mêmes consignes (**l'accident-malchance**).

MARJOLAINE, chargée de projets de 30 ans, considère que ses deux avortements résultent d'erreurs de sa part. Elle établit toutefois une distinction nette entre les deux : « *J'avoue que la première fois, je me le suis pardonnée parce que justement, j'avais* ***l'âge de mes erreurs****, mais la deuxième fois, non* ». Considérant avoir « fauté » deux fois, elle juge cependant sa première erreur beaucoup plus admissible, voire pardonnable. L'âge auquel elle avorte une première fois (17 ans) opère ici comme une justification disculpant son « égarement ». Comme le soulignait déjà Évelyne Serverin (1980 : 12) à propos du jugement de Marie-Claire lors du procès de Bobigny, l'appartenance à une classe d'âge – ici la jeunesse – permet à MARJOLAINE de résoudre l'équation paradoxale : coupable et innocente à

la fois. Cet arrangement moral donne à voir une des techniques de neutralisation (Sykes & Matza, 1957 : 666) de la tension que connaissent les pluri-avortées : tout comme l'ensemble du corps social, elles ont intériorisé tant les normes sociales définissant l'avortement comme pratique exceptionnelle que l'obligation de s'y conformer. L'irresponsabilité associée à cette période de la vie humaine amène MARJOLAINE à se disculper pour ce premier avortement, l'assimilant à un manque de discernement causé par son immaturité : « **l'erreur de jeunesse** ». Par contre, elle se considère **coupable et même irresponsable** lorsqu'elle arrête un nouveau début de grossesse à 25 ans, alors qu'elle considère avoir atteint « **l'âge de raison** ».

Ce sentiment de culpabilité semble atténué, chez certaines, lorsque le deuxième avortement est un « véritable accident », c'est-à-dire lorsque la grossesse survient alors que la femme pense avoir pris les précautions nécessaires en amont pour l'éviter. En d'autres mots, qu'elles se contraceptaient scrupuleusement ou qu'elles avaient eu recours à une contraception d'urgence pour prévenir tout risque. Le témoignage de Myriam, hôtesse d'accueil (29 ans, deux IVG), montre ainsi comment le sentiment d'être responsable modifie la manière de présenter (y compris à l'entourage) le recours à l'avortement. Elle informe sa mère de son deuxième avortement, alors qu'elle lui avait dissimulé sa première interruption de grossesse à 22 ans. « *[Je ne lui avait pas dit] Parce que je ne prenais pas la pilule et ma gynéco, m'a bien fait comprendre qu'en gros c'était ma faute…* ». Tout comme MARJOLAINE, elle ne parvient à justifier qu'un seul de ses avortements mais, contrairement à elle, ce n'est pas celui « de jeunesse ». Si cela peut en partie s'expliquer par son âge légèrement plus avancé lorsque survient sa première grossesse, on ne peut nier l'effet de l'attitude de la professionnelle de soin qui la prend en charge. Myriam refusait d'aller voir sa médecin pour faire renouveler sa prescription de pilule. Ayant la phobie des aiguilles, elle appréhendait une éventuelle prise de sang nécessaire pour obtenir l'ordonnance et pratiquait le retrait préventif avec le partenaire avec qui elle était en couple depuis deux ans : « *la première fois, je n'ai jamais pris de précaution [de contraception d'urgence] parce que pour moi [le sperme] était à l'extérieur donc voilà* ». La gynécologue s'est donc appliquée à lui faire un rappel à l'ordre. Mettant en avant son « irresponsabilité » contraceptive, elle se fait « entrepreneuse de morale » (Becker, 1985) et renvoie Myriam aux « bonnes » pratiques en matière de régulation des naissances. Lorsque celle-ci sort du cabinet, culpabilisée, elle a alors la volonté de ne pas se retrouver dans cette situation : « *Donc je m'en voulais la première fois et me disais, c'est la première fois, ça n'arrivera plus* ». Pourtant sept ans plus tard, Myriam retombe enceinte. Cette deuxième grossesse fait suite à un rapport sexuel avec

un nouveau partenaire, un collègue de quinze ans son aîné qu'elle fréquente depuis un mois. Lors de leur première relation sexuelle, elle envisage le retrait comme méthode de prévention de la grossesse. Mais son partenaire ne l'a pas informée du fait qu'il était éjaculateur précoce. Il ne se retire pas à temps. Myriam n'éprouve pas de culpabilité pour cet avortement, considérant qu'elle n'est que pour partie responsable de la survenue de la grossesse : « *le deuxième, c'était de NOTRE faute ».* Selon elle, son partenaire aurait dû l'informer en amont de leur rapport sexuel de ses troubles sexuels et ce, d'autant qu'il est plus âgé qu'elle. Derrière cette remarque sur l'âge de son partenaire, Myriam signifie l'asymétrie traversant leur relation, mais laisse sous-entendre que la responsabilité contraceptive et la raison seraient d'autant plus grandes que la personne serait âgée et par là plus expérimentée. Elle renvoie donc sur lui une grande partie de la responsabilité de cette grossesse : « *C'est pour ça que je m'en suis pas voulue la deuxième fois, mais quand même…* », puisque face à cette situation identifiée à risque de grossesse, elle a réagi de manière raisonnée – « *j'ai pris la pilule du lendemain quand même* » « *j'ai pris les précautions après…* ».

Myriam assume donc avec plus de difficulté son premier arrêt volontaire de grossesse réalisé à 22 ans, car il est le résultat d'un comportement qu'elle qualifie d'« irraisonné ». Elle considère, la deuxième fois, avoir pris les dispositions raisonnables (la contraception dite d'urgence) en aval de la relation sexuelle identifiée « à risque », face à un comportement perçu comme irresponsable de son partenaire.

Il y a lieu de noter que ces différents témoignages révèlent un modèle de découpage du réel en catégories d'avortement. En effet, la manière dont ces femmes se représentent et vivent leurs différents avortements rend compte d'un agencement des avortements entre deux pôles : aux **avortements coupables et honteux** s'opposent les **avortements « subis » dont elles ne se sentent pas responsables**. Cela correspond étonnamment aux représentations stéréotypées associées à l'avortement dans les deux sociétés que nous avons investiguées et montre la force de l'adhésion des pluri-avortées aux représentations communes véhiculées sur la pratique abortive, à savoir, un positionnement des femmes qui avortent entre deux pôles : **victimes** et **coupables**. Cependant, les pluri-avortées éclairent la manière dont on ordonne les avortements selon **une échelle de déviance/culpabilité**, soit une structure **combinant âge et degré d'investissement dans le travail quotidien de régulation (médicale) de sa fécondité**. Aux femmes victimes d'un mauvais concours de circonstances, d'un accident ou de leur jeunesse/inexpérience, s'opposeraient les femmes informées coupables d'un manquement en matière de contraception (contraception médicalisée et

contraception d'urgence), surtout si elles ont atteint l'âge de la maturité, l'âge socialement défini comme celui de la maternité.

III.B.2. « *L'avortement n'est pas un moyen de contraception* ».

ELISA est intervenante sociale. À 30 ans, elle a avorté deux fois et, tout comme Myriam, n'envisage pas d'avoir recours à un nouvel avortement : « *Non, mais c'est sûr que je ne souhaiterais pas le vivre encore une autre fois-là* ». Elle reconnaît néanmoins que certaines conditions impératives pourraient l'amener à avorter de nouveau : « *Je ne dis pas que je ne le referai pas si vraiment à ce moment-là, c'était comme un impératif* ». Pour elle, l'avortement « *Ce n'est pas traumatisant sauf qu'en même temps… il y a la condition sociale qui fait en sorte que oui, socialement parlant, ce n'est pas quelque chose qui est bien accepté* ». ELISA illustre bien dans son propos tant la gravité généralement associée à l'avortement – qui ne coïncide d'ailleurs pas avec sa propre expérience –, que la charge morale qui est conférée à cet acte. Mais elle rappelle la stigmatisation dont les femmes ayant avorté sont la cible : « *Oui, tu te sens jugée par ton entourage ou par la famille »,* et ce, tout particulièrement lorsque les femmes avortent plusieurs fois :

> Quand tu dis que tu t'es faite avorter une fois : "Oh" *[intonation de sa voix pour dire ce n'est pas grave]*. Deux fois : "Hm !" *[soulignant une forme de gêne voire de jugement]*. Tu sais c'est comme : "Oh! Deux fois!" *[sur un ton réprobateur, soulignant que c'est trop]*. C'est plus pareil, là.

ELISA révèle ici le clivage des représentations au sein même du groupe des femmes ayant avorté : aux femmes ayant avorté une fois sont opposées les pluri-avortées. Tandis que le premier avortement est socialement « acceptable », l'annonce de plusieurs avortements ne reçoit pas le même accueil et n'est bien souvent pas énoncé. ELISA ajoute : « *J'imagine celles qui l'ont fait plusieurs fois… Tu sais l'espèce d'idée, où les gens disent : "Oh !!! Mais il ne faut pas que ça devienne un moyen de contraception. Ce n'est pas correct !" C'est comme toute cette vision-là qui entoure…* ». Elle donne ici à voir cette affirmation dans les discours selon laquelle les femmes qui avorteraient plusieurs fois utiliseraient l'avortement comme un moyen de contraception, bref qu'elles ne feraient pas la distinction entre contraception et avortement. Elle s'oppose à cette vision qu'elle juge simpliste : « *Je ne pense pas qu'il y ait des gens qui vivent ça, et qui se disent : "Oh, ouais, je pourrais le faire la semaine prochaine, ce n'est pas grave, ça me dérangerait pas"* », en dénonçant la diffusion de ce préjugé.

D'ailleurs la crainte de se voir accoler cette étiquette revient à de multiples occasions au sein des entretiens. Ainsi ANDREANNE, 31 ans, intervenante dans une maison d'hébergement, nous explique pourquoi elle parle peu de ses trois avortements :

> Ben, j'ai peur de me faire juger parce que j'en ai eu plus de… Trois. […] Tu sais tous les préjugés sur les femmes qui se font avorter, pour qui finalement, c'est un moyen de contraception comme un autre…Je n'avais pas envie de me faire sortir ça, non plus.

Pourtant, en observant les données sur les avortements itératifs et en écoutant les femmes, on ne peut s'empêcher de constater l'absence de bien-fondé de cette accusation. Car les femmes, bien qu'ayant avorté plusieurs fois, ne cessent de répéter que l'avortement est à éviter et qu'elles tentent toutes de l'éviter, notamment en se contraceptant selon le modèle socialement prescrit : « *Je pense que c'est à éviter, qu'il faut mieux se protéger […] J'ai toujours pensé que l'avortement ce n'était pas la bonne solution, qu'il fallait faire attention* ». C'est ainsi que Mazarine (27 ans, trois avortements) exprime la dichotomie structurant l'espace social de la non-procréation. Aux pratiques contraceptives, en amont des rapports sexuels, s'oppose l'avortement, « ultime recours » en cas d'échec dans le contrôle raisonné de sa fécondité. Bien que JEANNIE, doctorante en anthropologie de 36 ans, ait avorté trois fois, elle demeure convaincue : « *Mon opinion n'a pas changé entre mes 19 ans et mes 36 ans. Je pense que c'est un moyen d'ultime recours* ». Derrière des expériences contrastées, toutes témoignent de l'opposition qu'elles effectuent entre modes légitimes de contrôle de leur fécondité (contraceptifs) et avortement. Selon toute vraisemblance, le recours répété à l'avortement dérange puisqu'il brouille la frontière toujours rigide qui divise et hiérarchise les modes de contrôle des naissances. Aux **techniques contraceptives, pratiques prophylactiques**, **considérées comme inoffensives et pouvant (voire devant) faire l'objet d'un usage fréquent et quotidien appliqué en amont**, est opposée **la pratique abortive. Celle-ci est** quant à elle, conçue et construite socialement comme **un acte grave potentiellement nuisible dont l'usage se doit de rester exceptionnel, idéalement unique, le dernier recours en cas d' « échec »**. La redondance de ce qui finit par apparaître comme un refrain incontournable au travers des entretiens : « l'avortement n'est pas un moyen de contraception », témoigne de ce malaise quant à l'emploi répété de l'IVG.

Bien qu'il ait été démontré que l'avortement ne peut être réduit au seul échec contraceptif ou à l'erreur de jeunesse (Bajos, Ferrand et Giné, 2002 : 33-78), il demeure identifié comme une faute de parcours sur la voie du contrôle raisonné de la vie sexuelle, entremêlant toujours des considérations morales à des préoccupations de « santé publique ».

Les femmes le disent elles-mêmes dans leurs ambivalences : avoir les informations, être en capacité de faire des choix « éclairés », ne préjuge pas de ce qui se passe dans la pratique qui implique des rapports sociaux de sexe, de classe, d'âge et sans doute aussi de race. Même les pluri-avortées enquêtées, alors qu'elles en ont usé plusieurs fois, ne remettent peu ou pas en cause la légitimité de cette lecture normative, ce qui les amènent à formuler à leur propre égard des critiques violentes et à éprouver des sentiments négatifs. D'ailleurs, plus le nombre d'avortements s'élève, plus le malaise semble grand et prompt à s'exprimer. Bien qu'ayant avorté plusieurs fois, les femmes du sous-groupe circonscrit pour ce chapitre tentent de se distinguer d'un autre « type » de femmes comme le signale cette première phrase de Myriam (29 ans, deux avortements) qui ouvre notre entretien : *« - Alors tout d'abord j'aimerais que tu me racontes ton ou tes avortements ? - Alors le premier… Genre il y en a eu quinze !* [rires] ». Par ce trait d'humour, Myriam relativise son expérience et se situe par contraste. Ayant avorté deux fois, elle se distancie d'une situation qui lui semblerait aberrante : quinze avortements. « La stratégie de désignation par contraste recouvre deux avantages. Elle permet, d'une part, de ne pas se montrer anticonformiste, tout en orientant, d'autre part, la stigmatisation vers plus déviant que soi » (Divay, 2004 : 42). Pour SARAH (29 ans) quatre avortements constituent déjà un abus et pour Myriam (29 ans, deux IVG) quinze constitue une situation inconcevable. La limite de « l'inacceptable » n'est pas clairement fixée, mais les femmes considèrent s'en rapprocher d'autant plus que le nombre de grossesses interrompues est important. JEANNIE, qui a avorté trois fois à 36 ans, est la seule des enquêtées à repousser le seuil du nombre « acceptable » d'interruptions volontaires de grossesse à cinq :

> Je suis certaine que ce n'est pas toutes les femmes qui se font avorter. Celles qui se font avorter, je ne sais pas si ça arrive souvent que ce soit à plusieurs reprises. Je n'en ai aucune idée. Je sais que j'ai connu **des gens, c'était sept-huit-neuf-dix fois dans des familles problématiques.** Mais je pense qu**'en deçà de cinq, on peut rester dans l'accident** encore**. Au-dessus, ça devient plutôt un mode de vie, une désorganisation,** mais sans vouloir juger là…

Cependant, à travers l'énonciation de cette limite, elle rend compte d'un découpage du réel, signalé implicitement par Myriam : aux femmes victimes d'accidents s'opposeraient les femmes (dont elles se distancient toutes deux) qui auraient « *un mode de vie* » désorganisé et qui s'inscriraient dans « *des familles problématiques* ». La manière dont elle scinde le groupe des avortées en deux concorde avec la distinction qui traverse l'ensemble des discours : aux femmes avortées ***ponctuelles*** **ou « *normales* »** (qui avorteraient une fois, voire plusieurs fois du fait d'accidents de contraception) s'opposeraient les **avortantes *chroniques*** dont le mode de régulation des fertilités est interprété comme ***pathologique*** (Mathieu et Ruault, 2014 : 56).

Cette frontière érigée au sein même du sous-groupe des pluri-avortées, bien que variable selon les enquêtées, témoigne de la menace de sur-stigmatisation qui pèse sur l'ensemble des femmes qui avortent plusieurs fois.

Bref, si les pluri-avortées témoignent d'une première organisation des avortements selon une échelle de déviance, établie à partir de leurs propres expériences, articulant l'âge au moment de l'avortement et le degré d'engagement dans un travail de contrôle (majoritairement médicalisé) de leur fécondité en cohérence avec le modèle de contrôle des naissances socialement construit et communément partagé, elles ont intégré l'échelle de déviance socialement définie selon laquelle plus le rang de l'avortement est élevé, plus les femmes auraient des comportements critiquables et risquent d'être perçues comme déviantes.

III.B.3. DES avortements : de l'indicible à l'impossible.

Les pluri-avortées semblent donc bien avoir intégré les représentations communes qui ont cours sur les avortements itératifs. Pour l'ensemble de ces femmes, le stigmate de l'avortante chronique, coupable d'irresponsabilité en matière de contraception, voire considérée comme pathologique, opère telle une menace. Ayant intégré les cadres sociaux du contrôle des naissances et adhérant à l'échelle de valeurs qui les sous-tend, elles mettent en place des stratégies pour se soustraire à la stigmatisation dont elles risquent d'être l'objet. Elles sont en effet conscientes de la déviance que représente l'interruption de plusieurs grossesses entamées au cours d'une vie de même que des jugements moraux auxquels elles s'exposent en formulant une deuxième, troisième ou quatrième demande d'arrêt de grossesse. Si elles ne peuvent se soustraire à un examen réflexif critique voire à une auto-dévaluation du fait d'un usage répété de l'avortement, elles se prémunissent de tout jugement extérieur en passant sous silence ces expériences plurielles, ou en dissimulant cette « tare de caractère » (Goffman, 2010 : 14), stigmate qui a pour spécificité d'être invisible.

Ainsi, SARAH (29 ans, quatre IVG) rend compte d'une stratégie discursive couramment employée par des pluri-avortées. Lors de son rendez-vous médical à la clinique l'Alternative pour son troisième avortement : « *j'ai dit que c'était la deuxième [fois]* ». SARAH montre ici la manière dont, en situation de « contacts mixtes », certaines enquêtées dissimulent leur stigmate derrière un autre jugé moins grave : un avortement de rang inférieur. De plus, SARAH change sciemment de lieu de prise en charge comme nous l'avons signalé précédemment ; après deux avortements au Centre de santé des femmes de Montréal, elle se dirige vers la clinique l'Alternative, où elle peut dissimuler l'un de ses avortements sans risquer d'être dévoilée. Bien qu'elle identifie comme la plupart des enquêtées québécoises le

CDSFM comme un « lieu retiré », soit un espace « où [toute femme] peut pénétrer sans voiles, conscient[e] qu'[elle] n'a nul besoin de dissimuler son stigmate ni de se soucier outre mesure de s'entendre avec autrui pour l'oublier » (Goffman, 2010 : 100-101), elle ne peut se résoudre à y retourner et à assumer un troisième avortement face aux professionnel·les de soins.

D'autres enquêtées adoptent une nouvelle stratégie, celle de dissimuler l'avortement derrière un autre épisode. Par exemple, ELISA (30 ans, deux IVG) qui avait annoncé sa première IVG à ses parents à 20 ans, ne peut se résoudre à leur dire une deuxième fois qu'elle avorte après avoir envisagé et rendu publique son intention de devenir mère dans un premier temps : *« Je n'étais pas capable de dire à ma mère que j'allais faire une nouvelle interruption de grossesse, fait que*…[silence] *Je lui ai dit que…* [silence] *… j'avais fait une fausse-couche* [à voix basse]…[silence]…*Et puis, mon père, il a même pas été au courant* ». C'est avec beaucoup de gêne qu'ELISA rend compte de cette stratégie qui a consisté à dissimuler derrière un acte « subi », une pratique volontaire d'arrêt de grossesse.

Si, lorsqu'elles avortent à nouveau, certaines pluri-avortées n'hésitent pas à mentir sur l'épisode ou sur le nombre d'avortements effectués par le passé, elles s'appliquent à dire et à répéter la vérité, bien qu'embarrassées, dans un contexte particulier, celui d'une maternité en devenir, comme le signale JEANNIE (36 ans, trois IVG). Son témoignage rend compte des limites des subterfuges déployés par les femmes pour se soustraire au stigmate. Tout comme ANDREANNE (31 ans, trois IVG), elle dissimule d'ordinaire le nombre réel de ses avortements : « *Je ne pense pas, à part ma grande amie, qu'ils [les membres de mon entourage] savent que j'en ai eu trois. J'en ai parlé pour deux* [rires] *probablement. Mais les trois, je ne pense pas qu'ils ont… Pour moi, c'est le fait qu'il y en ait eu trois qui me dérange* ». Pourtant, lorsque JEANNIE tombe enceinte à 34 ans et qu'elle s'engage dans la parentalité, elle est amenée à dévoiler ses avortements à d'autres personnes que sa grande amie qui est la seule à connaître son secret :

> Quand j'ai eu mon suivi de grossesse, ils demandent toujours : "Avez-vous eu d'autres grossesses ?". "Non, mais j'ai eu trois avortements". Donc, là, c'est considéré comme une grossesse, pour eux dans le dossier médical. Et ça, d'être toujours obligée de répéter ça *[rires]* Il me semble un ça va, trois c'est pesant.

JEANNIE signale ici l'impossibilité pour les femmes de mentir (par omission ou travestissement) en matière de santé lors d'une maternité en train de se construire, autrement dit lorsqu'au-delà de leurs corps la situation implique un potentiel être à venir. Bien que la production d'un nouvel humain contraint les femmes à s'exposer à une potentielle

stigmatisation (ici face aux professionnel·les de soins), elles ne peuvent dissimuler le nombre d'IVG réalisées. En devenant mères, les femmes pensent pouvoir bénéficier d'une forme de clémence, occasion que certaines saisissent pour révéler leurs avortements. Quand bien même la planification des naissances est valorisée et vivement encouragée, le refus de la maternité durable, que peut laisser supposer de multiples avortements, demeure un choix stigmatisé. Les pluri-avortées tout comme les femmes volontairement sans enfant sont suspectes (Debest, 2015 ; Carmel, 1990). Et pourtant, les femmes qui avortent sont très nombreuses à être ou à devenir mères. Malgré l'opposition traditionnellement établie entre enfantement et interruption de grossesse, ces expériences sont deux pans indissociables d'une même réalité (Azcué et Mathieu, 2017).

En effet, face à une grossesse non désirée, le stigmate de l'avortement, et plus spécifiquement de la « récidiviste », pèse sur les décisions des femmes en matière de maternité. Et ce, d'autant plus lorsqu'une nouvelle grossesse non souhaitée survient dans un laps de temps court après un précédent avortement. En effet, comme nous l'avons souligné avec Lucile Ruault (2014 : 56) :

> l'interprétation des avortements répétés atteint une échelle plus élevée de déviance lorsqu'ils surviennent de façon rapprochée. Plus la durée entre les avortements est courte, plus les jugements moraux sont explicites : les stigmates de l'irrationalité et l'irresponsabilité, de la marginalité psycho-sociale, voire de la maladie mentale se font jour.

Ainsi, MATHILDE, assistante de recherche de 29 ans, avorte à l'âge de 23 ans. Alors qu'elle considère ne pas être dans les bonnes conditions pour accueillir un enfant, raison pour laquelle elle avorte une première fois, elle refuse d'interrompre une nouvelle grossesse six mois plus tard, alors que sa situation n'a pourtant objectivement pas changé : « *je ne me voyais pas du tout vivre un deuxième avortement là. Je n'arrivais pas à me l'imaginer donc […] on avait décidé de le garder. Mais chaque soir je lui parlais et je lui disais :* "*Vas t'en ! Vas t'en!" Et puis ça a marché* ». Bien que MATHILDE ne souhaite pas devenir mère, elle continue sa grossesse : « *Parce que j'avais de la misère à concevoir un deuxième avortement en si peu de temps. Je trouvais que c'était totalement irresponsable, et puis c'était comme si je m'étais dit :* "*Ben, là, regarde ! Prends tes responsabilités !" Mais d'un autre côté, ça ne me tentait pas plus.* ». Elle exprime ainsi ses sentiments lorsque survient la fausse-couche à trois mois : *« c'était vraiment un soulagement* ». Bien que n'ayant avorté qu'une seule fois, son choix lors de sa deuxième grossesse rend compte de la force du stigmate qui pèse sur les femmes avortant plusieurs fois en un laps de temps court et de l'adhésion de MATHILDE à la

norme selon laquelle la répétition de l'avortement ne peut survenir qu'après un certain délai. Plutôt que de recourir à un avortement, elle choisit de garder une grossesse qu'elle ne souhaite pas et de « *prendre ses responsabilités* » (ne s'étant pas protégée durant la période où survient cette deuxième grossesse), tout en espérant faire une fausse-couche. Si l'avortement spontané peut servir aux femmes de stratégie discursive pour se prémunir de la stigmatisation associée à un avortement, il offre ici un dénouement à une situation relevant de l'impasse. En effet, la survenue spontanée de l'interruption de grossesse permet d'éviter aux femmes de faire le choix d'une nouvelle interruption volontaire de grossesse. Car l'avortement, s'il est répété, ne peut l'être dans un laps de temps court : en effet, la reproduction de cet acte dans un délai restreint est assortie d'un sentiment de culpabilité et d'irresponsabilité tellement important qu'il opère de manière dissuasive sur les choix des femmes. C'est en effet par sa répétition dans des délais rapprochés que l'avortement peut être pressenti comme un moyen de contraception, attitude, comme nous l'avons vu, que les femmes rejettent.

À travers ces témoignages, se tracent les frontières du dicible, voire du possible pour les femmes ayant déjà avorté et se profilent les normes sociales de la non-procréation auxquelles les pluri-avortées souscrivent pleinement.

III.C. Derrière le stigmate des « récidivistes ».

Comme souligné précédemment, la catégorie des « avortements itératifs » regroupe des réalités plurielles. Mais ce que montre l'analyse des entretiens des femmes ayant eu recours plusieurs fois à l'avortement, c'est que pour l'ensemble d'entre elles, l'avortement n'est pas la méthode principale de contrôle des naissances. Nous revenons donc ci-après sur la diversité des pratiques contraceptives de ces femmes qui ont eu recours plus d'une fois à l'avortement.

III.C.1. Des trajectoires contraceptives plurielles.

Nous avons décidé ici de donner à voir la diversité des trajectoires contraceptives des pluri-avortées au travers de trois portraits, ceux de SARAH, Lila et ANDREANNE. Réunis au sein d'une même partie, ils permettent d'illustrer l'éventail des positions sur la contraception – notamment hormonale –, mais aussi la pluralité des circonstances conduisant des femmes à avoir recours plusieurs fois à l'avortement au cours de leur vie. Alors que SARAH essaie un ensemble de méthodes de contraception (médicalisées pour la plupart) tout au long de sa trajectoire sexuelle, Lila opte à la suite de plusieurs grossesses non prévues pour une méthode à long terme (le stérilet), n'arrivant pas à se plier aux obligations qu'impliquent les autres

modes de contrôle des naissances. Pensée comme une méthode de contrôle des naissances efficace, voire infaillible, son expérience rend bien compte qu'aucune contraception n'assure aux femmes à 100 % leur infécondité. Enfin, le cas d'ANDREANNE nous renseigne sur les raisons qui poussent les femmes à « démédicaliser » leur contraception, et continuent à user d'une méthode dite « traditionnelle » malgré plusieurs avortements.

III.C.1.a. Quand on a tout essayé.

SARAH vient tout juste de se réinscrire à l'université pour faire un BACCALAUREAT en gestion des ressources humaines. À 29 ans, elle a avorté quatre fois : deux fois d'un premier compagnon (à 19/20 et 23 ans) et deux fois de son partenaire actuel (à 27 et 28 ans). Pour autant, SARAH ne considère pas l'avortement comme un moyen de contraception. Même si elle se sent « *honteuse* » de ces avortements, elle se défend d'être irresponsable : à chaque fois qu'elle a été enceinte, c'était un accident : deux oublis de pilule, un anneau tombé, et une erreur de calculs.

SARAH est une Montréalaise issue d'un milieu social assez modeste. Sa mère est éducatrice en garderie et son père traducteur. Dès ses 14 ans, elle se fait prescrire la pilule par le gynécologue de sa mère puisqu'elle fait alors ses premières expériences sexuelles avec un camarade qu'elle fréquentera pendant quelques mois. Mais cette première expérience n'ayant pas été agréable, elle attendra ses 17 ans pour avoir à nouveau des relations sexuelles. Durant cette année qui achève son secondaire, elle « *saute* » d'un partenaire à un autre tous les trois mois, combinant le préservatif et la pilule pour se protéger.

Lorsqu'elle commence son CEGEP, elle emménage en colocation à Montréal. Durant les années qui suivent, SARAH aura du mal à définir sa voie professionnelle. Elle fait une première session[52] en programmation informatique, mais change pour aller en arts et lettres durant deux sessions. Finalement, elle arrête les études pendant un an et fait différents petits boulots. Quand elle retourne au CEGEP, elle s'inscrit en sciences sociales dans un autre établissement, tout en continuant à travailler. Elle est ouvreuse et serveuse dans une salle de spectacle-bar. C'est à cette période qu'elle rencontre un étudiant au BACCALAUREAT en science politique de son âge qui travaille à côté dans un dépanneur. Elle découvre, lors de leurs premières expériences sexuelles, que l'usage du préservatif lui procure beaucoup d'inconfort. Très vite, donc, elle n'utilise plus que la pilule comme moyen de contraception.

[52] Dans le système d'études québécois, les années universitaires sont divisées en « sessions ». Dans une année universitaire, on dénombre quatre sessions dites session de printemps, d'été, d'automne et d'hiver.

Après six mois de relation, elle tombe enceinte à 19 ans. Ayant du mal à « *tenir un agenda* », elle éprouve depuis longtemps une difficulté à « *prendre une pilule tous les jours* ». Si elle a recours deux fois à la pilule du lendemain après avoir identifié un oubli de pilule lors d'une période « *à risque* », elle reconnait se contenter bien souvent, en cas d'oubli, de prendre deux pilules normales le lendemain gardant « *l'espoir que ce n'est pas grave […] que ça va être correct* ». Face à cette grossesse non prévue, la décision de l'avortement s'impose comme une évidence, pour elle comme pour son partenaire, puisqu'ils ne se connaissent que depuis peu de temps, sont jeunes, encore aux études et ne vivent pas ensemble : « *ma décision était claire* ». C'est vers le Centre de santé des femmes de Montréal qu'elle se dirige sur les conseils d'une amie ayant déjà avorté. Elle s'y sent très bien accueillie : « *C'était super chaleureux. Pas de pression et beaucoup d'explications. C'était vraiment bien. J'étais vraiment bien préparée* ». SARAH décide alors de ne pas prendre de médicaments pour apaiser la douleur durant cet avortement par aspiration, ayant des cours l'après-midi : « *je n'avais pas envie de gâcher toute ma journée pour ça. J'avais plein de trucs à faire et dans mon cas ce n'était pas particulièrement douloureux* ». D'ailleurs, pour elle, l'avortement « *ce n'est pas une douleur atroce du tout, c'est juste un peu désagréable* ». Son partenaire en examen ce matin-là, la rejoint à temps pour l'accompagner. SARAH a bien vécu ce premier avortement : « *Je n'ai pas été traumatisée. C'est sûr que ce n'est pas agréable, ce n'est pas la plus belle journée de ma vie* [rires] *mais il fallait le faire* ». Particulièrement satisfaite de sa prise en charge, elle fait une contribution volontaire de 100$ au Centre, l'avortement n'étant alors pas encore gratuit dans l'ensemble des lieux où il se pratique. Après ce premier avortement, SARAH décide d'opter pour le Dépoprovéra (injections contraceptives) pour éviter une nouvelle grossesse : « *je me disais que je voulais quelque chose que tu n'es pas obligée de poser sur le fait, et puis quelque chose que tu n'es pas obligée de prendre tous les jours* ». Mais, suite à sa première injection, elle vit des sautes d'humeur trop importantes : « *ça m'a rendue complètement folle. J'ai été vraiment très désagréable pendant trois mois […] les hormones étaient bien trop fortes. Je pleurais devant les annonces de couches pour bébés et vraiment je faisais des crises de nerfs pour rien* ». Elle décide de ne pas refaire de nouvelle injection. Connaissant des gênes importantes avec le préservatif et des difficultés à prendre chaque jour la pilule, elle demande à son gynécologue s'il peut la diriger vers une autre méthode de contraception lors du rendez-vous pris pour se faire de nouveau « *piquer* ». Celui-ci apparaît très peu compréhensif : « *j'ai demandé si je pouvais avoir autre chose que la pilule parce que je l'oubliais tout le temps. J'étais sur la table avec le spéculum, et puis, il m'a dit :* "*Ce n'est pas d'une méthode de contraception dont tu as besoin, c'est d'un*

cerveau" ». Elle repart avec une nouvelle prescription de pilule et cesse par la suite de consulter ce type de spécialiste. Elle se tourne dès lors vers les infirmières en CLSC pour ses examens gynécologiques suivants.

Mais environ trois ans plus tard, alors qu'elle vient tout juste de se séparer de son époux (elle est mariée depuis un an après deux ans de cohabitation), elle a la confirmation qu'elle est de nouveau enceinte. Elle a 23 ans, étudie alors à l'université où elle est rentrée par la « *porte du côté* », celle des expériences professionnelles, n'ayant jamais fini sa formation collégiale. Après avoir obtenu un certificat en action communautaire, elle entame à ce moment-là une scolarité pour obtenir un deuxième certificat en prévention/réadaptation en toxicomanie cette fois. Par ailleurs, elle travaille toujours dans une salle de spectacle-bar et organise aussi des événements pour un organisme récréatif. Dans un tel contexte, il lui paraît évident qu'elle ne peut continuer cette grossesse. Elle retourne donc avorter au CDSFM accompagnée d'une amie ; car, cette fois-ci, elle n'en dit rien à son partenaire considérant que leur histoire est finie et un peu amère de cette rupture. Pourtant, deux ans plus tard, le couple se réconcilie et elle lui révèle cet épisode longtemps passé sous silence. À cette époque, SARAH décide de laisser tomber les études et de travailler à temps plein, ayant pris conscience que les emplois sur lesquels débouche sa formation seraient trop difficiles émotionnellement à vivre pour elle au quotidien. Elle décide de s'investir davantage dans ce qui était pour elle jusqu'alors des petits boulots. Dans la salle de spectacle où elle travaille, elle évolue progressivement du service à la clientèle à l'organisation d'événements, tout en continuant parallèlement son activité auprès de l'organisme récréatif. Après son deuxième avortement, SARAH a envisagé un moment de changer de moyen de contraception, mais ce n'est qu'à nouveau en couple qu'elle opte pour l'anneau contraceptif.

À 27 ans, elle se sépare définitivement de son mari, à l'issue d'une rencontre avec un étudiant à la MAITRISE en anthropologie, de son âge, qui travaille comme barman dans la salle de spectacle où elle est employée. Elle garde l'anneau comme méthode de contraception et, après avoir utilisé après avoir retenté le préservatif pour se protéger des maladies sexuellement transmissibles, elle décide très vite avec son nouveau partenaire de ne plus en user. Plus qu'un inconfort, elle a cette fois-ci des réactions très gênantes de brûlure et de picotement après chaque rapport avec un condom. Elle reste donc à l'anneau qui lui convient très bien, n'ayant pas à y penser quotidiennement contrairement à la pilule. Mais plusieurs jours après un rapport sexuel, elle découvre l'avoir perdu. Quelques semaines après, elle a la confirmation de ce qu'elle craignait : elle est à nouveau enceinte. Il est clair pour elle, comme pour son nouveau partenaire, qu'elle va avorter. Ils ne sont ensemble que depuis un peu plus

d'un mois et le contexte ne leur apparaît pas idéal pour penser la venue d'un enfant. Cette fois-ci, elle ne peut se résoudre à retourner au Centre de santé des femmes de Montréal, se sentant mal à l'aise d'avoir recours, une troisième fois, à l'avortement. Elle se rend donc à la Clinique l'Alternative accompagnée de son « *amoureux* ». Gênée par cette situation, elle ment aux professionnel·les de soins et leur dit alors n'avoir avorté qu'une seule fois par le passé. De nouveau, elle est bien accueillie mais cette fois-ci, elle a beaucoup moins de choix concernant la manière dont l'avortement aura lieu. Contrairement au CDSFM, la prise en charge de l'avortement semble organisée selon un protocole unique : elle ne peut pas être accompagnée dans la salle d'avortement par son partenaire et on ne lui propose pas de choisir le mode de gestion de la douleur liée à l'intervention. Elle ressent une certaine pression à la médication et doit clairement manifester son refus des médicaments qui lui sont conseillés pour éviter d'avoir mal. Pour cet avortement, contrairement aux deux précédents, SARAH doit subir une échographie. Quand elle demande à voir l'image, on lui refuse : « *ils ne veulent rien savoir… de te le montrer* », ce qu'elle ne trouve pas vraiment normal : « *il me semble qu'ils pourraient accéder à ce genre de demande là. De toute façon, si ça te fait changer d'idée, ça te fait changer d'idée, ce n'est pas grave* ». Enfin, après l'intervention, elle se doit de montrer sa serviette hygiénique aux infirmières pour qu'elles s'assurent de l'absence de complications, ce qui n'est pas sans la mettre mal à l'aise : « *de devoir baisser mes culottes devant une infirmière […] c'est un peu humiliant* ». Lasse des méthodes hormonales de contraception qui, malgré ses efforts, l'amènent à avorter, elle décide alors de se tourner vers la méthode du calendrier.

Durant l'année qui suit, elle emménage avec son copain, qui achève sa MAITRISE en anthropologie tout en travaillant dans les bars. Elle continue ses activités salariées dans les mêmes endroits. Mais peu de temps après, elle est de nouveau enceinte. Elle a alors 28 ans, leur couple a tout juste un an et elle ne considère toujours pas qu'ils sont assez stables matériellement pour avoir un enfant. La décision est claire, même si elle est plus difficile cette fois-ci puisqu'ils sont très amoureux. SARAH change de nouveau d'endroit pour avorter. Elle se rend au CLSC des Faubourgs mais, cette fois-ci, ne dissimule pas le nombre de ses avortements, considérant que les professionnel·les de soins ne sont pas là pour la juger. Comme à la Clinique de l'Alternative, son partenaire ne peut l'accompagner lors de l'intervention et elle ressent une forte pression de leur part pour qu'elle prenne des médicaments afin d'atténuer la douleur de l'avortement. Là encore, SARAH s'y oppose. Elle doit cette fois-ci signer un document de décharge de responsabilité médicale pour qu'on accède à sa demande. Enfin, lors de cette quatrième interruption de grossesse, SARAH est

invitée par les professionnel·les à changer de méthode de contraception : « *Ils m'ont fortement suggéré le stérilet avec hormones, le Mirena, ils ont vraiment insisté pour que j'aille chercher un stérilet et puis me le poser. Ils ont même attendu que mon copain aille le chercher à la pharmacie* ». Si, après coup, elle considère que c'« *était bien de leur part* » et se réapproprie finalement cette décision – « *je me suis fait poser un stérilet avec hormones, [car] je voulais être CERTAINE que je ne tomberais pas enceinte* » –, SARAH rend bien compte de la manière dont la représentation sociale des pluri-avortées pèse sur les choix contraceptifs des femmes. Elle perçoit ce « *choix contraint* » comme positif aujourd'hui, car il lui permet de ne pas connaître de nouvelle grossesse pendant plus d'un an sans subir « *d'effets secondaires* » dûs à sa contraception.

Quelques mois avant que nous la rencontrions, SARAH a eu un grave accident de voiture, qui l'empêche à l'avenir de travailler dans les bars et salles de spectacles. Elle s'est réinscrite à l'université. Avec son partenaire, ils ont pris la décision d'avoir un enfant, étant alors depuis trois ans ensemble. Par conséquent, elle s'est fait retirer son stérilet. Pour SARAH: « *On attend toujours le moment idéal, et puis c'est finalement quand on décide d'avoir des enfants, comme là je l'ai décidé, qu'on se rend compte qu'il n'y en a jamais de moment idéal* ». Aujourd'hui, elle pose un nouveau regard sur les choses, sans doute parce qu'elle a vieilli. À force d'attendre le « *bon moment* », elle « *allai[t] être trop vieille* ». Elle a toujours voulu avoir des enfants et « *[elle] n'[a] pas envie de les avoir à 35 ans* ». SARAH offre un bon exemple du poids du facteur âge sur les choix procréatifs des femmes. Bien qu'ayant programmé de reprendre ses études et ne pouvant plus travailler comme avant dans les bars et salles de spectacles, SARAH pose un autre regard sur le contexte. Alors en relation stable, elle priorise la question de l'âge sur celle des conditions matérielles considérant pouvoir compter sur une solidarité conjugale.

Mais ce que l'exemple de SARAH illustre surtout ici, c'est l'investissement temporel, économique, mental, physique et émotionnel que représente la contraception pour certaines femmes et même chez pluri-avortées. Bien qu'ayant avorté quatre fois, elle emploie tour à tour différentes méthodes de contraception (le plus souvent médicales) pour prévenir une grossesse : anneau, injection, méthode du calendrier, et stérilet. Il est intéressant de souligner que dans un premier temps, SARAH use de méthodes hormonales (en combinaison avec le préservatif pour se protéger des MST), mais les délaisse après un troisième avortement, lasse de constater des grossesses malgré le travail qu'elle a déployé. Aussi, sa trajectoire nous renseigne sur les difficultés pour les femmes de rejoindre les bonnes conditions pour avoir un

enfant – « la situation idéale » – lorsqu'on est issue d'un milieu modeste, dans un contexte où emplois et relations apparaissent plus précaires.

Mais s'il est bien compliqué pour les femmes de rejoindre les conditions socialement définies comme bonnes pour avoir un enfant, il apparaît particulièrement difficile d'avoir un enfant en dehors de celles-ci, comme nous allons le voir avec l'exemple de Lila.

III.C.1.b. Une nouvelle grossesse pensée impossible.

Lila est étudiante en licence de psychologie. À 25 ans, elle est mère d'un garçon de 5 ans. Elle a eu deux avortements : l'un avant la naissance de son fils à 18 ans et l'autre après, à 22 ans. Si la première grossesse non prévue survient alors qu'elle n'employait pas de méthode de contraception et qu'elle avait selon ses termes « *une sexualité irresponsable* », la dernière arrive malgré le port d'un stérilet qu'elle décide de se faire poser lorsqu'elle arrête d'allaiter son fils.

Les parents de Lila se sont séparés quand elle avait 3 ans. Née à St Cyr, elle grandit d'abord dans une ville au sud de Paris. Mais lorsque son père, professeur en multimédia, part vivre à Montréal, sa mère emménage en HLM[53] dans la banlieue parisienne avec ses deux enfants. Lila a alors 7 ans et son demi-frère 17 ans. Sa mère a eu son frère alors qu'elle n'avait que 18 ans et, contrairement à Lila, celui-ci « *n'a pas de père* ». À l'adolescence, Lila rencontre des difficultés à l'école. Après avoir redoublé ses classes de quatrième et de troisième, son père lui propose de venir habiter avec lui à Montréal : « *Il avait envie de s'occuper de moi et de contribuer à mon éducation. Sauf que c'était un peu tard* ». Lila a 14 ans se présente comme une adolescente rebelle, qui fume du haschich et supporte mal l'autorité. Dès 16 ans, elle est déscolarisée pour absentéisme. À l'issue d'un conflit violent avec son père, elle se trouve placée par la Direction de protection de la jeunesse (DPJ) dans un foyer pour jeunes à 17 ans. À 18 ans, elle vit pour la première fois en appartement seule et travaille dans un café comme barista.

Depuis ses 15 ans, Lila a des rapports sexuels avec le même partenaire, un Russe dont elle est alors « *folle amoureuse* », un peu plus âgé et issu d'une famille très pauvre. Leur histoire fonctionne en pointillés : « *on se fréquentait mais on n'était pas vraiment ensemble… Je ne m'en sortais pas de ce mec. Dès que je me séparais, je courais chez lui* ». Alors quand elle rompt à 18 ans, après une relation de six mois avec son supérieur de travail de quelques années son aîné, elle retourne une fois de plus chez son premier amant pour se faire réconforter. À l'époque, Lila ne se protège pas (ni d'une grossesse, ni des MST) et se

[53] HLM : Habitat à loyer modéré.

soucie peu des conséquences : « *je me disais ben, si je tombe enceinte, je vais me faire avorter voilà, c'est tout* ». Mais quand elle se rend compte qu'elle est enceinte quelques semaines après cette rupture, elle vit cet épisode tout autrement : « *je me suis rendue compte que… je n'aurais pas imaginé à quel point cela me toucherait* », « *d'être capable de créer un être humain alors que des fois soi-même on ne se sent pas vraiment très concret, on ne se sent pas forcément exister* ». Lila est alors un peu tiraillée entre deux sentiments. À la fois, elle est heureuse « *de savoir qu['elle est] une femme qui fonctionne […] capable de porter, de donner la vie* », mais en même temps cette grossesse est « *une mauvaise nouvelle* » car elle ne voit pas comment elle pourrait élever un enfant. La décision d'avorter s'impose, d'autant qu'elle ne peut identifier lequel de ses deux partenaires est le « *géniteur* » et qu'elle commence tout juste à sortir des « *galères* » : « *j'avais trouvé un boulot, j'avais un appartement, ça aurait vraiment trop compliqué les choses* ». Un autre élément entre en jeu dans sa décision : « *je n'avais pas de sécurité sociale, donc il fallait que je rentre en France [si je décidais de continuer cette grossesse]* ». Autrefois détentrice d'un permis d'études, elle n'a alors « *qu'un visa de travail* ». Elle se rend donc dans une clinique pour avorter. Elle a un avortement par aspiration avec anesthésie locale et gaz hilarant. C'est son amant de longue date qui l'accompagne. Si l'avortement se passe bien, elle se sent malgré tout « *jugée* » et déplore l'attitude du gynécologue qui lui montre l'échographie sans qu'elle ne le souhaite : « *il m'a fait une écho, il m'a montré le truc quand même. Je veux dire, je n'ai pas demandé non plus ça ! Du coup, j'ai l'image du petit haricot gravée. Je ne voyais pas l'intérêt. Évidemment, ça fait de l'effet, évidemment ça marque… mais pff… C'est un peu sadique* ». Et l'intervention coûte cher (300$). N'ayant pas les moyens, elle demande à chacun de ses amants de contribuer, ce qu'ils font. Suite à cet avortement, Lila décide d'avoir une sexualité plus « responsable » et commence alors à prendre la pilule, qu'on lui a prescrite à cette occasion.

Elle emménage juste après cet épisode avec une amie qui travaille avec elle au café. Un Français vient rejoindre leur colocation. C'est un jeune homme de son âge venu au Québec dans le cadre d'un permis vacances travail, qui vivait auparavant en colocation avec le père de Lila. Il accumule les petits boulots pour poursuivre son périple en Amérique latine. Après quatre-cinq mois, ils sortent ensemble, Lila change d'emploi et coupe les ponts avec ses anciens amants. Décidée à suivre son nouveau partenaire dans son voyage, elle a pris un emploi de serveuse : « *je me faisais un peu de sous, parce qu'il y avait les pourboires* ». « *Très mauvaise serveuse* », elle est contrainte de changer d'établissement très souvent, heureuse de constater que c'est un domaine où il y a toujours du travail. Son partenaire part

en premier en Amérique latine. Elle retourne vivre alors temporairement chez son père. Sa grand-mère lui apporte un soutien financier qui lui permet de rejoindre son ancien colocataire et amoureux deux semaines plus tard au Guatemala. Ils iront jusqu'au Costa Rica en passant par le Mexique et Belize.

Mais au Mexique, le sac à dos de Lila, qui contenait tous ses vêtements et surtout les patchs contraceptifs qu'elle s'était procurée avant de partir (ayant peur d'oublier sa pilule durant ce long voyage) tombe du bus. Elle se rachète quelques habits et, le couple décide, en guise de contraception, de pratiquer le retrait. Quelques semaines passent, et Lila reconnaît des signes physiques assez semblables à ceux ressentis lors de sa première grossesse. Le couple se rend dans un laboratoire faire une analyse de sang et apprend qu'elle est bel et bien enceinte. Jeunes et précaires, il et elle sont très amoureux et décident malgré tout la continuation de la grossesse. Ensemble, ils prolongent leur voyage jusqu'au Costa Rica où les parents du partenaire les rejoignent. Leur sont annoncés la grossesse et leur souhait commun d'avoir un enfant. Mais de plus en plus angoissée, Lila ne mange presque plus rien. Le père de son partenaire, médecin, pense qu'il est préférable qu'elle rentre en France et, avec son épouse (éducatrice), ils lui paient un billet de retour pour Paris. Lila décide donc de ne pas rentrer à Montréal pour vivre sa grossesse proche de sa mère. Son retour en banlieue parisienne est décrit comme « *violent* », tant elle souffre de l'absence de repère, ayant laissé toutes ses affaires à Montréal. Les choses ne se passent pas bien avec sa mère. Lila refuse d'avoir cet enfant en vivant chez elle, car « *elle allait se l'accaparer. Déjà mon ventre, elle se l'accaparait. Elle le touchait tout le temps* ». Lila explique l'attitude de sa mère par un épisode survenu sept ans auparavant. La mère de Lila, tombée enceinte, suite à la détection d'une trisomie du fœtus, a fait une interruption médicale de grossesse à quatre mois de grossesse, vécue, selon Lila, comme « *le traumatisme de sa vie* ». Lila fait donc rapidement une demande de logement social et, à son neuvième mois de grossesse, s'installe dans un foyer pour mères célibataires. Entretemps son partenaire, qui a continué son voyage dans l'Ouest canadien, rentre en France alors que Lila entame son cinquième mois de grossesse. Le couple se sépare. La reprise d'études de son compagnon à Rennes semble signer la fin de leur relation ; ce dernier décide finalement de stopper son cursus pour accompagner Lila dans sa fin de grossesse. Quatre mois après la naissance de leur fils, elle quitte le foyer ; ils trouvent des solutions temporaires de logement durant trois mois jusqu'à ce qu'elle obtienne un logement social dans la ville où habite sa mère. Lila se fait poser un stérilet en cuivre après avoir arrêté d'allaiter son fils : « *je me suis dit la pilule, tout ça, c'est pas suffisant. Donc je me suis dit, je serai plus tranquille* ». Tous les trois emménagent alors ensemble. Elle

s'occupe à plein temps de son fils jusqu'à ses neuf mois. Après avoir obtenu une place en crèche, elle commence une formation pour être aide médico-psychologique (AMP) tout en faisant des petits boulots. Mais, suite à un stage en maison de retraite, elle s'aperçoit très vite qu'elle n'est vraiment pas faite ce métier. Son partenaire, quant à lui, après avoir été recruteur de donateurs dans la rue, prend un emploi dans un magasin de jouets tout en suivant une formation de conseiller en économie sociale et familiale. Un an et demi après la naissance de leur enfant, une séparation intervient de nouveau. Installé dans un appartement dans une ville voisine, son ex-conjoint s'occupe de son fils tous les week-ends.

Lila s'inscrit à l'université pour passer son diplôme d'accès aux études universitaires (un bac). Elle bénéficie à ce moment d'aides sociales pour vivre. Elle rencontre alors un nouveau partenaire : il a 25 ans, vient d'achever des études de marketing et travaille dans l'administration le temps de trouver un emploi dans la communication. Après neuf mois de relation, Lila tombe enceinte à nouveau malgré le stérilet qu'on lui avait posé. Lorsqu'elle va voir son gynécologue, qui le lui avait installé, elle se fait « *sermonner* ». Le dispositif intra-utérin (DIU) s'étant déplacé, il lui reproche de ne pas avoir pris rendez-vous pour le suivi régulier. Elle s'en étonne puisqu'elle ne se souvient pas en avoir été informée lors la pose du contraceptif. De nouveau enceinte, l'avortement s'impose comme une nécessité. Consciente de la distance sociale qui la sépare de son compagnon, sa raison prend très vite le pas sur ses émotions. En effet, elle ne se projette pas dans l'avenir avec ce partenaire « *d'une famille bourgeoise* » (père pilote chez Air France et mère femme au foyer). Elle prend conscience qu'ils sont mal assortis. Alors que son partenaire l'encourage à faire une formation dans l'immobilier, elle envisage continuer des études à l'université en sociologie. Sa décision d'interrompre la grossesse est d'autant plus claire qu'elle vient à peine d'obtenir son bac, travaille à temps partiel dans la maison de développement culturel de sa ville et doit s'occuper de son fils de deux ans et demi. Elle souhaite avorter rapidement, mais préfèrerait le faire par aspiration. Bien qu'ayant peur de la méthode médicamenteuse, elle s'y résout finalement, impatiente de mettre un terme aux signes physiques conséquents à sa grossesse. Pour elle, « *c'est vraiment une punition cette méthode* », punition qu'elle considère inutile, puisque c'est toujours avec un peu de tristesse qu'elle met fin à un début de grossesse. Avec cette méthode : « *ce qui [lui] faisait peur, c'était d'être consciente de ce qui se passe, d'être là, d'attendre* », contrairement à l'avortement par aspiration, où en étant *« endormie », « on délègue complètement* » : « *Ce n'est pas notre geste. Nous on choisit, on dit :* "*oui, je me fais avorter", mais c'est une opération médicale, et du coup, on délègue* ». Elle avorte chez elle, accompagnée de son partenaire. Lorsqu'elle expulse le produit de la grossesse sur une

serviette hygiénique, elle ne peut se décider à la jeter à la poubelle et la met dans une boîte qu'elle enterrera le lendemain. Ce rituel « *c'était un geste qui venait un peu apaiser cette agression corporelle* ». Si pour Lila l'avortement en tant que tel n'a pas été physiquement douloureux, elle adhère pour partie aux représentations communes qui en font un acte nuisible pour la santé : « *c'est polluant pour le corps, ça l'abîme* ».

Suite à ce nouvel avortement, elle se refait poser un stérilet. Quelques mois plus tard, elle se sépare de son conjoint et entame une relation avec un étudiant des Beaux-Arts, un ami d'enfance qu'elle côtoie à nouveau depuis qu'elle travaille dans une maison municipale de développement culturel. Elle fait alors le choix d'habiter dans la même ville que le père de son enfant, ce qui lui permet d'organiser une garde alternée. Elle reprend des études universitaires d'abord en sociologie puis se réoriente, dès la première année, en psychologie. Alors que nous la rencontrons, elle est en couple depuis bientôt trois ans.

Lila trouve difficile d'accepter « *ces réalités avec lesquelles il faut dealer* » : « *je trouve ça dommage d'avoir à se poser ces questions, je suis enceinte, mais je ne peux pas le garder parce que je n'ai pas les sous* ». Ayant eu un enfant jeune alors que très fragile économiquement, elle révèle ici le poids de la dimension matérielle de la norme procréative dans ses décisions d'avortement comme dans son expérience de mère :

> On ne se sent pas mère comme les autres mères, les mères qui ont la carte de crédit, les mères qui ont la bagnole, les mères… où socialement elles sont comme il faut. Et moi, c'est difficile parce que je ne me sens pas comme les autres mères, alors que je m'investis autant qu'elles. Je suis présente pour mon fils, je ne crois pas qu'il y ait de souci ou un manque d'amour, mais c'est vraiment dans des choses très concrètes et très matérielles. Des fois, j'ai le sentiment de ne pas avoir l'étoffe d'une mère.

Au-delà, son exemple donne à voir la difficile, voire l'impossible articulation, pour une jeune femme matériellement précaire, de la double identité maternelle et professionnelle. Car si elle est mère, elle a « *envie d'une carrière, de [s]'épanouir dans un truc et à la fois, […] envie d'être une* ***bonne*** *mère* », mais elle rencontre encore aujourd'hui de nombreuses difficultés.

Bien que n'ayant pas intégré la norme contraceptive jeune, Lila s'applique à essayer plusieurs méthodes médicales de contraception pour se prémunir d'une nouvelle grossesse non prévue suite à son premier avortement. Ayant conscience des difficultés qu'elle rencontre avec ces moyens de contraception, elle opte pour une méthode reconnue pour son efficacité contraceptive dès la fin de l'allaitement de son fils. Elle se trouve pourtant confrontée à une nouvelle grossesse qu'elle ne peut envisager de continuer. Alors qu'elle se pensait dégagée de tout travail contraceptif, lorsque survient cette dernière grossesse, elle est

culpabilisée par son médecin, lui renvoyant la responsabilité de l'échec de la contraception. Son exemple témoigne bien qu'aucune méthode de contraception réversible ne permet aux femmes de maîtriser leur fécondité sans effectuer une charge de travail, et ce même lorsque la méthode n'est pas médicale, comme l'illustre le cas d'ANDREANNE.

III.C.1.a. Après dix ans de pilule, le temps de l'exploration.

ANDREANNE à 31 ans a eu trois avortements par aspiration, tous réalisés au Centre de santé des femmes de Montréal. En couple depuis douze ans avec le même partenaire, cette intervenante en maison d'hébergement utilisait la méthode sympto-thermique comme mode de prévention de la grossesse lorsque surviennent ses trois avortements à 27, 28 et 29 ans ; en effet, après dix ans de pilule, elle ne veut plus user de méthodes hormonales pour contrôler sa fécondité. Ces avortements l'ont amenée à questionner sa méthode de contraception, mais ce n'est qu'après le troisième avortement qu'elle décide de changer sa manière de réguler sa fécondité. Elle se fait alors poser un stérilet en cuivre un mois et demi après la dernière IVG, refusant depuis ses 24 ans toute contraception hormonale.

ANDREANNE a grandi dans l'Estrie dans une famille catholique pratiquante de milieu modeste (sa mère est caissière à la Société des alcools du Québec et son père est opérateur d'équipement lourd). Très jeune (14 ans), elle se met en couple avec un camarade de classe avec qui elle a assez rapidement des rapports sexuels. Elle use dans un premier temps de préservatifs pour s'assurer de ne pas tomber enceinte et se protéger des maladies sexuellement transmissibles, mais assez vite, elle se rend avec ses copines de classe à la clinique jeunesse pour se faire prescrire la pilule. À cette époque, c'était *la* méthode de contraception, la seule qu'elle a envisagée. Elle l'emploiera pendant dix ans (en usant quelques fois de la contraception d'urgence en cas d'oubli) pour ne pas risquer d'être enceinte. Cette première relation dure jusqu'à ses 19 ans, âge auquel elle rencontre son partenaire actuel, un jardinier de son âge avec qui elle entame sa seconde relation. À l'époque, ANDREANNE projette d'avoir quatre enfants, mais au cours des années sa position évoluera nettement.

Après avoir fini son CEGEP, elle fait, pendant cinq ans, des petits boulots pour réaliser des voyages et apprend l'espagnol (Grèce, Pérou, Inde). À 23 ans, après quatre ans de relation avec son partenaire, elle décide d'emménager avec lui dans la région où elle a grandi. Après deux ans de vie commune, le couple décide de ne plus cohabiter. Elle part s'installer à Montréal en colocation pour faire des études universitaires, un BACCALAUREAT en sociologie avec une mineure en études féministes ; lui part vivre dans une ferme en Montérégie. La distance ne les empêche pas de continuer à se voir régulièrement.

C'est à cette période-là, qu'ANDREANNE décide d'arrêter la pilule. Si depuis ses 14 ans elle s'assure de sa prise régulière, elle ne veut plus mettre d'hormones dans son corps, craignant pour sa santé future – notamment les risques présupposés de cancer du sein, mais aussi les déséquilibres que les hormones sont susceptibles d'induire dans son corps –. Elle décide alors d'« *explorer* » pour trouver un mode de contrôle des naissances qui lui conviendrait mieux.

Dans un premier temps, son partenaire utilise un préservatif, mais la perte de contact physique les gêne. Elle se renseigne alors sur les autres méthodes non-hormonales et suit finalement une formation sur la méthode sympto-thermique. Pour elle, c'est une véritable « *révélation* », puisqu'elle découvre alors qu'elle n'est pas féconde tous les jours de son cycle. Plus qu'une méthode de contraception, cette technique est pour elle une manière de « *se réapproprier son corps* » et de découvrir son cycle qui selon elle était « *complètement approprié par l'industrie pharmaceutique* ». Bien qu'exigeant une astreinte quotidienne, par le relevé de température et l'observation de la glaire, le choix d'ANDREANNE est fait : elle utilisera cette méthode pour se contracepter. Mais elle se doit de trouver un autre mode de contraception pour pouvoir avoir des relations sexuelles durant les périodes qu'elle identifie « *à risque* ». Elle suit alors une autre formation au Centre de santé des femmes sur la cape cervicale. Après l'avoir utilisée un temps en articulation avec la méthode sympto-thermique, elle la délaisse très vite. Lui permettant de retrouver le contact physique dont la privait le préservatif, cette technique avait pourtant deux inconvénients majeurs pour elle : l'effet de succion sur le col de son utérus et une gêne pendant les rapports sexuels liée au cognement du sexe de son partenaire sur la cape.

Face à cette situation, elle décide avec son partenaire de revoir le registre de leurs comportements sexuels et de se distancier de *la* sexualité. Ainsi, lorsqu'elle estime se situer dans une période où elle pourrait tomber enceinte, le couple emploie parfois le préservatif, mais surtout « *explore* » d'autres pratiques sexuelles n'impliquant pas une pénétration vaginale et pénile, ce qu'elle trouve particulièrement intéressant.

Si pendant deux ans, tout se passe bien, elle tombe enceinte durant l'été consécutif à sa première année universitaire. Elle a alors 27 ans et vit en couple depuis neuf ans. Très impliquée dans un jardin communautaire, elle profite de cette période estivale pour sous-louer sa chambre et rejoindre son partenaire. Elle se trouve alors un petit boulot « *facile* » dans une boulangerie. Quand elle a la confirmation de sa grossesse, la décision d'avorter s'impose à ANDREANNE. Car si elle voulait initialement une grande famille, elle est aujourd'hui catégorique : elle n'aura pas d'enfant avant ses 32 ans. Cette idée s'est progressivement

développée selon elle en opposition au modèle familial qu'elle a connu. Sa mère n'a que trop peu porté attention à ses propres besoins, ayant eu ses deux enfants juste après son mariage. ANDREANNE souhaite donc ne pas reproduire le même « *pattern* ». Par conséquent, elle décide qu'elle aura ses enfants uniquement après avoir réalisé l'ensemble des expériences qui lui tiennent à cœur : études, voyages, implications sociales. Même si elle sait son partenaire « *pro-féministe* », elle a conscience de la division sexuée des tâches à laquelle mène la naissance d'un enfant. Cette organisation séquencée des différentes activités de sa vie, elle l'énonce cependant en fonction du bien-être d'un enfant potentiel : *« j'ai besoin de prendre soin de moi en ce moment et puis de vivre mes choses. Et puis, si je le fais maintenant, j'aurai plus d'énergie, de choses à donner, à partager à mon enfant ».* Alors quand survient cette première grossesse, la décision de l'avortement est une évidence et ce d'autant qu'elle gravite dans des réseaux sociaux – notamment amicaux – clairement féministes et pro-choix, et que son partenaire n'est pas non plus pressé d'avoir des enfants.

Ayant déjà fréquenté le réseau de santé des femmes à plusieurs occasions, elle se dirige logiquement vers le Centre de santé des femmes de Montréal. Elle avorte, accompagnée de son partenaire, qui la soutient dans sa décision. Elle donne une contribution volontaire de 5$ puisque l'avortement n'est alors pas encore gratuit. ANDREANNE se questionne sur la survenue de sa grossesse, et ne remet pas pour autant en question sa méthode de contraception. Elle décide cependant d'être plus rigoureuse dans sa pratique à venir.

Malgré sa vigilance, environ un an plus tard, elle est de nouveau enceinte. La question de la maternité n'est toujours pas d'actualité pour elle tout comme pour son partenaire. Elle est toujours étudiante et se considère encore trop jeune pour avoir un enfant. Elle retourne au CDSFM y ayant été précédemment bien accueillie et prise en charge. Contrairement à la première fois, le service est devenu gratuit. Et lors de cette deuxième expérience, elle ne souhaite pas l'anesthésie locale et opte pour un mode de gestion de la douleur plus naturel, les plantes relaxantes, considérant que si elle « *peu[t] accoucher, [elle] peu[t] avorter sans anesthésie* ». Mais elle reconnaît que cette fois-ci, elle a eu mal. Suite à cette deuxième IVG, ANDREANNE n'envisage toujours pas de changer de méthode de contraception, elle tentera encore d'être plus vigilante.

Un an plus tard, elle est confrontée à une nouvelle grossesse non prévue, alors qu'elle vient d'achever son BACCALAUREAT. Pour elle, cette grossesse est liée à une moindre rigueur dans son travail contraceptif quotidien. Étant alors « *très impliquée socialement* », elle a pour partie délaissée les tâches qu'implique sa méthode de contrôle des naissances. Elle a alors 29

ans et ne se sent toujours pas prête pour la maternité. Elle a terminé ses études et commence à travailler dans des organismes communautaires, mais son implication dans plusieurs projets ne lui permet pas de penser la venue d'un enfant. Cette décision est d'autant plus claire qu' ANDREANNE vit au quotidien avec des enfants (deux de ses colocataires ont décidé de s'engager dans la parentalité et elle est témoin des grossesses de ses amies et des premiers mois de leur enfant). Elle prend ainsi conscience du travail que nécessite leur prise en charge au quotidien. Cette fois-ci encore, ANDREANNE se rend au CDSFM pour avorter, toujours appuyée par son partenaire. Ayant eu mal lors de sa précédente interruption de grossesse, elle demande, en plus des plantes, des médicaments pour calmer la douleur liée à l'intervention. Après cette troisième IVG, lassée de la répétition des mêmes erreurs, ANDREANNE décide de changer de méthode de contraception. Pour elle, l'avortement n'est pas un acte physiquement agréable, mais elle souligne surtout les saignements et l'épuisement ressenti dans le mois qui suit chacune de ses IVG. Cela ne l'empêche pas de vaquer à ses occupations, mais durant environ quatre semaines elle se sent à chaque fois très affaiblie. Pour se parer contre une nouvelle grossesse non prévue et un avortement, elle se fait donc prescrire un stérilet en cuivre, qu'on lui pose un mois et demi plus tard. Si elle opte pour cette méthode, c'est avant tout pour ne plus avoir de contrainte quotidienne liée à la contraception : « *tu le mets, et puis tu peux le laisser pendant cinq ans. Je me disais, je n'ai rien à faire. Je n'ai pas à y penser tous les jours. Parce que, qu'on le veuille ou non la méthode sympto-thermique, il fallait y penser tous les jours comme la pilule !* ».

Durant cette même année, ANDREANNE déménage seule en appartement. Lorsque nous la rencontrons deux ans plus tard, elle amorce des recherches pour trouver une maison avec son partenaire. Elle envisage d'ailleurs dans un avenir proche le retrait de son stérilet, puisqu'à 31 ans elle se sent bientôt prête pour la maternité et estime devoir s'y préparer. Elle exprime une certaine hâte à se faire enlever son dispositif intra-utérin, sujette à une endométriose et à des menstruations abondantes : « *ça va me faire du bien de l'enlever* ».

ANDREANNE est à l'aise avec ses avortements : « *je ne me sens pas coupable non plus parce que je me dis qu'à toutes mes menstruations je pourrai être enceinte* ». Ce qui ne signifie pas qu'elle ne les vive pas avec émotion. En effet, à chaque avortement, elle suit des petits rituels lui permettant de faire à sa manière le deuil de ce qu'elle se représente comme des « *petits nuages* » : attribution d'un nom, dessin et, à chaque fois, elle souhaite voir le produit de la grossesse extrait pour lui « *dire au revoir* ». Bien qu'elle « *ne considère pas que c'est un être humain, mais un ovule et un spermatozoïde qui se sont rencontrés* », elle donne à chaque fois à cette « *entité* » « *une petite âme* ». ANDREANNE signifie ici son refus de penser

toute conception comme un être potentiel s'appuyant sur ses savoirs biologiques. Sa représentation du produit de la grossesse, ainsi que ses pratiques rituelles évoquent toutefois des traces de son éducation catholique.

De plus, si elle n'éprouve pas de culpabilité au sujet de ces trois épisodes, elle en parle peu, si ce n'est à ses colocataires et amies, considérant qu'ils relèvent de sa « *vie intime* », consciente également du stigmate qui est associé aux femmes qui avortent plusieurs fois. Aussi a-t-elle caché ces épisodes à ses parents. Elle justifie ce silence en évoquant des motifs différents pour l'un et l'autre. Elle avance la raison religieuse pour son père – « *Mon père, il est très TRES religieux* », tandis que l'impatience de sa mère à devenir grand-mère explique sa discrétion. Quant à sa sœur cadette, elle ne lui en parle pas sur le champ, tant pour ses positions plutôt « *conservatrices* », qu'en raison de ses difficultés à avoir des enfants. C'est donc plus tard qu'elle lui en parlera en faisant allusion d'abord à un avortement, puis à deux, puis à trois avortements, jaugeant au fur à mesure la réaction de sa sœur. Cette discussion sur ses avortements et ses pratiques contraceptives, juge-t-elle, leur permettra d'établir une nouvelle forme de proximité entre elles.

L'exemple d'ANDREANNE apparaît particulièrement heuristique, puisque tout en donnant à voir le travail que représentent les méthodes de contraception – même non médicales –, il éclaire sur les motifs justifiant la désaffection pour les moyens hormonaux de contrôle des naissances par certaines femmes.

III.C.2. En guise de conclusion : des pratiques contraceptives ordinaires.

À travers ces différents portraits, se donne à voir le travail réalisé par les pluri-avortées pour maîtriser leur fécondité, mais aussi les difficultés qu'elles peuvent rencontrer dans cet exercice. Car, tout comme les femmes qui avortent une fois et même celles qui n'ont jamais avorté, les pluri-avortées témoignent de pratiques contraceptives quasiment tout au long de leur temps fertile. Qu'elles usent de méthodes médicales ou de méthodes dites « traditionnelles », toutes les pluri-avortées tentent de prévenir une grossesse lorsqu'elles ne la souhaitent pas comme l'illustre le Tableau 6 récapitulant les trajectoires contraceptives de chacune de ces femmes. Si la grossesse peut survenir des suites d'un comportement jugé parfois « irresponsable » comme c'est le cas pour la première grossesse de Lila, la plupart des femmes tentent de prévenir une grossesse non souhaitée quand elles ont conscience du risque. Pour les rares qui n'avaient pas l'information suffisante ou adéquate, l'avortement

constitue une occasion d'accéder à une information en matière de contraception ou à un moyen de contraception dont elles n'ont parfois pas pu bénéficier auparavant.

Enfin, soulignons que la plupart des pluri-avortées optent pour une méthode de contraception au long cours à la suite de leur dernier avortement : stérilet (en cuivre ou avec hormones) ou injection (exclusivement au Québec[54]). Bien qu'elles ne puissent garantir à 100 % une infécondité, aucune méthode de contraception n'étant infaillible comme en témoigne l'exemple de Lila, ces modes de contrôle des naissances leur permettent cependant de se libérer d'une préoccupation quotidienne, celle d'une pratique de prévention au jour le jour. Comme le soulignent les propos de ces trois femmes, la contraception tout en permettant aux femmes de se prémunir pour partie du risque de grossesse, implique une charge de travail difficilement conciliable avec d'autres activités dans lesquelles les femmes sont impliquées, et ce particulièrement à certains moments de leur vie (comme nous allons le préciser au sein du chapitre suivant). Toutefois, l'important recours au stérilet chez les pluri-avortées questionne sur la manière dont pèse le stigmate des « récidivistes » sur les choix contraceptifs des femmes, mais aussi la place des professionnel·les de soins sur leurs décisions, comme le souligne le cas de SARAH contrainte de se faire poser un stérilet suite à son dernier avortement.

[54] Comme l'a mis en évidence Hélène Bretin, le recours aux injections hormonales est une pratique particulièrement marginale en France (Bretin, 1992 ; 2004).

Tableau 6 : Contraception et trajectoires contraceptives des pluri-avortées.

Pseudonyme	Âge au moment de la G	Situation affective au moment de la survenue de la G*	Moyen de contraception au moment de la survenue de la G**	Moyen de contraception suite à l'A **	Trajectoire contraceptive **
ANDREANNE	27	Rel. S (9ans)	Méth.ST	Méth.ST	Pil./Cape/Méth.ST/A1/Méth. ST/A2/Méth ST/A3/Stér. Cu
	28	Rel. S (10ans)	Méth.ST	Méth.ST	
	29	Rel. S (11ans)	Méth.ST	Stér. Cu	
Anne-Sophie	19	Rel. R (3-4 mois)	Pil.	Pilule	Pil./A1/Pil./A2/Stér. Cu
	23	Rel. S (3ans)	Pil.	Stér. (sans hormones)	
AUDREY	24	Rel. S (10-12mois)	Pil.	Prés.	Prés./Pil./A1/Prés./A2/Stér.Cu
	29	Rel. R (6mois)	Prés.	Stér. Cu	
Déborah	*FC 21*	Sépa. R (ap. 4ans)	Pil. (arrêt récent)	Pil.	Inj./Pil./FC/Pil./A/Pil.+Prés.
	24	Sépa. R (ap.2ans)	Pil. (arrêt récent)	Pil.	
ELISA	20	Sépa. R (ap. 5-6ans)	Prés. (percé)	Prés.	Pil./Retr./Prés./A1/Meth. C. /A2/ Rech. Diaph.
	27	Rel. R (presque 1an)	Méth. C	Rien en rech. Diaph.	
EMELINE	20	Rel. S (1an et demi)	Méth. C –Prés	Prés./Pil.	Pil./Méth. C –Prés./A1/Prés./Pil./Prés./A2/Stér. Cu
	24	Rel. S (2ans et demi)	Prés.	Stér. Cu	
JEANNIE	19	Rel. S (3ans)	Méth. C-Prés	Pil.	Méth.C-Prés./A1/Pil./ Méth. C-Prés /A2/ Pil. (qd RS)/ Méth. C- Retr./A3/Inj/ Méth. C-Prés/N/Stér. avc H
	25	Rel. occ.	Méth. C-Prés	Pil. (qd Rel.S)	
	28	Rel. occ.	Méth. C- Retr.	Inj.	
	N 34	Rel. S (1an)	Méth. C-Prés	Stér. avc H	
Lila	19	Rel. occ.	Rien	Pil.	Rien/A1/Pil./Patch/ Méth. C- Retr./Stér. Cu/A2/Stér. Cu
	N 20	Rel. S. (3-4ans)	Méth. C- Retr.	Stér. Cu.	
	22	Rel. S. (6mois)	Stér. Cu.	Stér. Cu.	
MARJOLAINE	17	Rel. S (2ans)	Pil.	Pil.	Pil./A1/Pil.-Prés./Retr./A2/Pil/Méth.C/N/Stér.avc H
	25	Rel. R (3mois)	Retr.	Pil.	
	N 28	Rel. S (3ans)	Méth.C	Stér. avc H	
MARYTHE	21	Rel. S (4-5ans)	Méth. C	Pil.	Pil./Méth.C/A1/Pil./Prés./A2/Ann./Patch/Prés.
	30	Rel. S (13ans)	Prés.	Ann	
MATHILDE	23	Rel. R (6mois)	Rien	Rien	Prés./Pil./Rien/A/Rien/FC/Prés./Ann.
	FC 23	Rel. S (1an)	Rien	Prés.	
Mazarine	18	Rel.S (1an)	Retr.	Retr.	Pil./Retr.-Prés./A1/Retr./A2/Pil./Retr./A3/Pil./(A4/Stér.)
	25	Rel. R (1mois)	Retr.	Pil.	
	27	Rel. R (4-5mois)	Retr.	Pil.	
Myriam	22	Rel S	Rien	Pil.	Prés./Pil./Prés./Pil./Rien/A1/Pil./Retr./A2/Pil.

		(2ans)			
	29	Rel R (1mois)	Retr. +CU	Pil.	
SARAH	19-20	Rel.R (6mois)	Pil.	Inj.	Pil./A1/Inj./Pil./A2/Ann./A3/Méth.C/A4/Stér. avc H
	23	Sépa.R (après 3ans et demi)	Pil.	Ann.	
	27	Rel.R (1mois)	Ann.	Méth. C	
	28	Rel.S (1an)	Méth. C	Stér. avec H	
Séline	19	Rel. S (8 mois)	Retr.	Pil.	Retr./A1/Pil./Prés./A2/Pil./Retr./A3/Pil./Retr./Pil./Rien-Abstinence
	22	Rel. R. (qques semaines)	Prés.	Pil.	
	29	Rel. R et ill. (qques mois)	Retr.	Pil.	
	32	Rel. R (qques semaines)	Retr.	Pil.	

A : Avortement.
FC : Fausse-couche.
N : Naissance.
G : Grossesse.
* Rel. R: Relation récente ; Rel. S : Relation stable ; ill. : illégitime ; occ. : occasionnelle.
Sépa. : Couple séparé.
** Pil. : Pilule contraceptive.
Prés. : Préservatif.
Stér. avc H.: Stérilet avec hormones ; Stér. Cu. : Stérilet de cuivre.
Inj. : Injections hormonale
Retr. : Retrait préventif.
Cape : Cape cervicale.
Méth. C. : Méthode du calendrier.
Méth. S.T. : Méthode sympto-thermique.
C.U. : Contraception d'urgence.

Chapitre IV : La contraception, levier réel de l'émancipation des femmes ?

Introduction.

Malgré les acquis législatifs, la pratique de l'avortement dans les deux sociétés étudiées est toujours considérée comme une pratique déviante en France et au Québec. Tout comme nous l'indique l'évolution de son encadrement légal dans ces deux sociétés (Chapitre I), l'avortement s'est construit au travers du temps comme la « mauvaise » pratique de contrôle des naissances par opposition à la contraception (Chapitre II). Dans les représentations dominantes, l'interruption de grossesse reste aujourd'hui pensée comme un ultime recours, une erreur des femmes sur le chemin du contrôle raisonné de leur pouvoir procréatif. Même celles qui ont avorté à plusieurs reprises ont intégré les représentations communément associées à l'avortement et, par là même, les cadres sociaux de la non-procréation : l'avortement se doit de rester exceptionnel ; il ne peut être pour les femmes un mode ordinaire de contrôle de leur fécondité et il doit être évité à tout prix (Chapitre III). Les femmes se doivent d'employer une méthode de contraception si elles ne souhaitent pas avoir d'enfant. Selon cette vision idéalisée de la régulation des naissances, l'avortement serait aujourd'hui aisément évitable, du fait d'une large accessibilité de la contraception dont le recours « préventif » serait « évident » et moindrement invasif. Or, si on a longtemps pensé l'éradication possible de l'avortement par la diffusion massive de la contraception, on sait aujourd'hui qu'une augmentation de la couverture contraceptive des populations (et plus spécifiquement celles des femmes) n'est pas une condition suffisante pour éliminer les grossesses non souhaitées, ou surtout les naissances non réalisables et donc les avortements (que cette pratique soit autorisée ou non[55]). Bien qu'ait été démontré le caractère incompressible des taux d'avortements du fait notamment d'une reconfiguration continue des normes procréatives, persiste toujours dans les esprits cette dialectique opposant contraception et avortement. Cette représentation simplifiée du réel se manifeste notamment à travers certains préjugés ayant cours quant aux conditions de survenue des grossesses avortées. En effet, celles-ci sont assimilées à des grossesses non programmées, résultats d'un échec de contraception ou conséquences d'une irresponsabilité toute féminine en matière de maîtrise de leur fécondité.

[55] Comme le signalent les récents chiffres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), même dans les pays où l'avortement demeure illégal, l'augmentation de la couverture contraceptive n'a pas conduit à la disparition du recours à l'avortement (Rossier, 2014).

Dans ce chapitre, nous souhaitons rendre compte de la pluralité des situations conduisant à une grossesse avortée que recouvrent ces représentations souvent caricaturales. Nous donnerons à voir les conditions de survenue d'une grossesse non souhaitée ainsi que la diversité des moyens employés par les femmes pour éviter cette situation considérée comme embarrassante. Enfin, l'attention portée aux circonstances ayant conduit à une grossesse et aux modes de contrôle des naissances employés par les femmes avortées, au moment où elles se découvrent enceintes, nous a permis d'identifier les normes et les injonctions sociales entourant le contrôle des naissances. Elle donne de plus à voir le travail quotidien effectué par les femmes pour contrôler leur fécondité et, plus largement, souvent celui des partenariats hétérosexuels. Cette étape de l'analyse permet de mettre en lumière les difficultés rencontrées par les femmes dans l'articulation de ce travail avec les autres activités de leur quotidien, et ce tout spécifiquement à certaines périodes de leur vie. Elle amène à voir comment l'évolution générale des normes en matière de contrôle des naissances place les femmes au centre d'injonctions contradictoires, au sein desquelles la santé occupe une place primordiale. Enfin, les conditions de survenue d'une grossesse avortée nous renseignent sur la permanence des rapports sociaux de sexe dans ces nouveaux cadres sociaux de la non-procréation. Alors que la contraception médicalisée a pu être pensée comme levier de la domination masculine (Héritier, 2003), elle est perçue aujourd'hui par de nombreuses femmes (et tout spécifiquement au Québec) comme une autre forme de domination sur leur corps. Aussi, pour assurer leur autonomie sexuelle et procréative, certaines, bien qu'ayant aujourd'hui accès à un ensemble de méthodes contraceptives médicales, optent plutôt pour des méthodes barrières (préservatif, diaphragme, cape cervicale) ou « naturelles » (retrait, méthode du calendrier ou méthode sympto-thermique) pour assurer leur autonomie sexuelle et procréative. L'analyse de leurs discours révèle les interrogations que plusieurs femmes entretiennent sur les effets possibles de la prise d'hormones, mais aussi la persistance de la centralité de la maternité dans leur vie qui s'incarne dans un questionnement latent relatif à leur fertilité.

Encadré 7 : La norme contraceptive en France et au Québec.

Dans les deux sociétés étudiées, la norme contraceptive renvoie à la dissociation de la sexualité et de la procréation lorsque les femmes ne souhaitent pas avoir d'enfant. Mais au-delà du devoir de se contracepter si l'on ne veut pas d'enfant, la norme contraceptive implique la nécessité d'adapter sa contraception selon les moments de la vie.

En France, on observe un modèle de « non-procréation médicalement assistée » (Léridon, 1995). En effet, les Françaises, de manière à assurer leur « infécondabilité » (Régnier-Loilier, 2007), ont recours à deux principales méthodes de contraception : la pilule et le stérilet. Selon la norme contraceptive française, les différents modes de contraception sont employés en fonction des cycles de vie selon un modèle précis : le préservatif pour les relations débutantes ou occasionnelles, la pilule quand le couple se stabilise, et enfin le stérilet quand la famille est constituée (Bajos et Ferrand, 2004 ; 2006 : 91 ; Régnier Loilier, 2011 : 53-55). Systématiquement proposée aux jeunes femmes en association avec le préservatif selon le modèle du Double Dutch, la pilule demeure le moyen de contraception le plus employé quel que soit le groupe d'âge considéré en France (Bajos, Bohet, Le Guen, Moreau et Fécond, 2012 : 1-4 ; Régnier Loilier, 2011). Toutefois, elle demeure dans les esprits associée aux relations de couple stabilisé. Depuis les années 2000, une désaffectation à l'égard de cette méthode a été mise en évidence, notamment suite à la controverse des années 2012-2013 autour des pilules de troisième et quatrième générations (Bajos, Rouzaud-Cornabas *et al.,* 2014). Soulignons que les enquêtées françaises ont été interrogées pour la très grande majorité en amont de cette polémique.

Au Québec, la pilule est aussi privilégiée, mais seulement pour les femmes les plus jeunes. Elle représente la méthode employée par 52 % des femmes âgées de 20 à 29 ans en 2001, soit un peu moins qu'en France où, en 2005, 66 % des femmes de cette catégorie d'âge l'utilisaient comme mode de prévention de la grossesse (Charton et Lapierre-Adamcyk, 2008 : 68). Si les femmes au Québec optent dans un premier temps pour des méthodes médicalisées réversibles et plus particulièrement la pilule comme en France, ce moyen de contraception se voit relégué au deuxième rang des méthodes utilisées pour les 30-39 ans, derrière la stérilisation de la femme ou de son partenaire qui représente le moyen de contraception employé par 38 % de cette tranche d'âge (15 % stérilisation féminine, 22 % stérilisation du partenaire) (Charton et Lapierre-Adamcyk, 2008 : 68). Tandis qu'en France les femmes se tournent prioritairement vers une méthode médicale et féminine pour se contracepter lorsque la famille est constituée, au Québec la responsabilité contraceptive semble plus largement partagée : hommes et femmes recourent à une méthode non réversible permettant notamment à ces dernières de ne plus se préoccuper de manière

durable de la question de la contraception et de se soustraire en partie à un suivi médical lié au contrôle de leur fécondité[56].

IV.A. La pilule : une autonomie sous contraintes.

Comme en témoignent les enquêtes quantitatives, la pilule contraceptive occupe une place centrale au sein des méthodes de contraception, puisque dans les sociétés étudiées elle demeure la méthode la plus employée par les femmes pour contrôler leur fécondité. Seules six des trente-sept femmes recrutées ayant avorté une fois se retrouvent enceintes alors qu'elles usaient de la pilule (CHLOE, CYNTHIA, DANIELE, Sabrina, Stéphanie et Vanessa). Si cette proportion apparaît faible au regard des données générales, c'est parce qu'elle ne retient que la période pré-avortement. En effet, sur l'ensemble des enquêtées, seules trois n'ont jamais employé la pilule au cours de leur trajectoire. Soulignons ici que ces dernières sont toutes les trois Québécoises (CARINE, DARYA et JUDITH).

IV.A.1. La contraception orale: travailler pour se libérer ?

Les expériences contraceptives des femmes ayant avorté donnent à voir tant le caractère imparfait de la séparation entre sexualité et procréation à laquelle la contraception médicalisée aurait aboutie en théorie. Aussi elles révèlent le travail que recouvre pour les femmes la maîtrise de leur fécondité par prise quotidienne orale d'un médicament : la pilule. Tout comme l'ensemble des tâches que recouvre la maternité (gestation, accouchement, allaitement et élevage des enfants), la prévention de la grossesse sous-tend différents devoirs assumés en grande partie par les femmes, et ce tout particulièrement lorsqu'elles optent pour la pilule contraceptive. Ainsi, bien que la contraception permette aux femmes de se protéger pour partie d'une grossesse non prévue, elle « ne remet pas en cause la division sexuelle entre travail productif et travail reproductif, qui reste inscrite dans l'organisation sociale » (Ferrand et Bajos, 2004 : 117). Car, s'il a été attesté qu'il n'existe pas de populations « à risque » d'IVG, il a clairement été démontré que certaines situations pouvaient exposer davantage les femmes à l'éventualité d'une grossesse non prévue et donc à un avortement (Bajos, Moreau, Léridon et Ferrand, 2004 : 2-3). L'analyse des discours des femmes enquêtées permet d'identifier l'ensemble des tâches qu'implique la contraception, mais aussi

[56] Soulignons ici, que sur l'ensemble des enquêtées seule une femme (MARUSSIA) a un partenaire vasectomié et a amorcé des démarches pour se faire stériliser au moment où nous la rencontrons. Cet élément apparaît cohérent avec la tranche d'âge au sein de laquelle la plupart des femmes recrutées se regroupe (19- 29 ans). En effet, seules treize enquêtées ont plus de 30 ans, au moment de la rencontre, dont dix Québécoises. Cependant seules cinq d'entre elles ont eu un enfant, mais aucune n'a déjà deux enfants.

la difficile articulation de ce travail à d'autres activités. De plus, elle nous renseigne sur les différentes périodes des trajectoires biographiques lors desquelles la vigilance des femmes à propos de leur contraception tend à diminuer.

IV.A.1. a. De l'échec contraceptif à la mauvaise élève.

Pour les femmes tombées enceintes alors qu'elles prenaient la pilule, il leur est parfois bien difficile d'identifier l'oubli ayant mené à une grossesse non prévue. Cependant, la plupart d'entre elles, bien qu'envisageant un échec de leur mode de contraception en tant que tel, questionnent d'abord leurs usages et se culpabilisent pour une observance imparfaite. Ceci révèle la difficulté que représente la prise quotidienne à heure fixe (ou du moins au sein d'une fenêtre horaire donnée) d'un médicament. Ainsi, CYNTHIA, qui a dû gérer un décalage horaire du fait d'un voyage à l'étranger au moment où elle a un rapport fécondant, reste perplexe sur les conditions d'apparition de sa grossesse :

> **Je ne sais pas si c'est le décalage entre les pilules et/ou le fait que la pilule n'est pas à 100 % efficace.** J'ai entendu une autre histoire d'une fille qui justement était tombée enceinte pendant qu'elle prenait la pilule. **Je prenais la pilule, mais je n'étais pas régulière, [je ne la prenais pas] à la même heure à chaque jour,** je pense que ça diminue aussi l'effet positif de la contraception…

CYNTHIA souligne la contrainte que représente la prise quotidienne d'un médicament. Et s'il est souvent avancé que la pilule a permis aux femmes de se libérer de l'angoisse constante d'une grossesse après une relation sexuelle (hétérosexuelle, pénétrative, vaginale et pénile) (Andro, Bachmann *et al.,* 2010), il est clair également que l'autonomie qu'elles ont acquise a été gagnée au prix de certains compromis. CYNTHIA décrit *le travail* que recouvre cette prise quotidienne et la difficile articulation avec d'autres activités des exigences qu'elle implique pour en assurer son effet maximum. Ainsi, lorsque les femmes éprouvent des décalages horaires lors de déplacements géographiques importants, il semble difficile d'assurer une prise de pilule à horaire fixe. Mais elle rend surtout compte de la difficile remise en question d'un moyen médical de contraception. Bien qu'ayant conscience de la possibilité d'un échec de la méthode contraceptive, CYNTHIA questionne surtout son comportement : « *je n'étais pas régulière* », soulignant par là le caractère perfectible de sa pratique contraceptive pour assurer une sécurité absolue.

Les femmes ont bien intégré qu'elles sont en charge de cette « séquence » du travail re·productif (Mathieu et Ruault, 2017). Dès leur puberté, elles sont socialisées au travers des cours d'éducation sexuelle, mais aussi lors de leurs différentes consultations médicales – notamment gynécologiques – à assumer les tâches procréatives, et spécifiquement celles

afférentes au contrôle de leur fécondité et à l'organisation de leur temps fertile. Ainsi, elles se doivent de développer des « compétences contraceptives » pensées encore bien souvent « naturellement féminines » (Ventola, 2014) et ont appris a porter seules la responsabilité du contrôle des naissances.

IV.A.1. b. Se contracepter : un travail en soi.

L' « échec de contraception » ayant conduit à l'avortement amène les femmes à un examen critique de leurs pratiques et, par là, révèle les exigences du *travail* que requiert une contraception orale. Si la régularité d'absorption du contraceptif est peu conciliable avec une mobilité géographique et à des changements d'horaires, comme l'illustre le cas de CYNTHIA, les discours des enquêtées ayant avorté une fois soulignent, au-delà de la contrainte de cette prise quotidienne, d'autres tâches qu'implique ce mode de contraception (prescriptions médicales, consultations et examens obligatoires) mais aussi certaines des circonstances pouvant mettre à mal un « rigoureux » travail régulier.

Un travail mis à mal : de la maladie au traitement.

Stéphanie prend la pilule depuis le début de ses relations sexuelles. Elle tombe enceinte alors qu'elle est en couple depuis trois ans. Pour elle, cette grossesse fait suite à des rapports sexuels avec son partenaire dans une période qui suit un épisode de gastro-entérite : « *une semaine avant j'étais très malade. Je vomissais beaucoup, et c'est vrai que je n'ai pas fait attention au fait que moi ma pilule, je la rejetais* ». Au-delà de la maladie, elle souligne alors son investissement dans son emploi de serveuse. Elle travaille à l'époque plus de quarante heures par semaine dans un bar-restaurant avec des horaires variables et majoritairement « en coupure » (soit une division de son temps de travail dans une même journée sur deux services, celui du midi et celui du soir) : « *c'était une période où aussi, je ne faisais pas attention à ça. Je travaillais énormément, et j'oubliais un peu… Donc du coup, je ne faisais pas attention à tous ces détails ».* Dans son explication, Stéphanie donne à voir la charge mentale (Haicault, 1984) que représente le travail contraceptif des femmes, indissociable du contrôle de leur fécondité avec la pilule, tout en signalant la difficile articulation de cette séquence du travail « re·productif » et de son activité salariée. Si son activité professionnelle conduit Stéphanie à avoir une moindre vigilance contraceptive, lorsqu'elle est malade il lui est d'autant plus difficile de penser à sa pilule. Car si le travail contraceptif est un labeur quotidien pour les femmes, celui-ci contrairement à l'emploi salarié ne bénéficie pas d'arrêt maladie. D'ailleurs, Stéphanie souligne bien qu'elle a des

difficultés à assumer seule cette contrainte, comme l'indique la référence qu'elle fait à la co-responsabilité des deux partenaires dans la survenue de la grossesse non prévue et le recours à l'avortement: « *je me disais que oui, on était deux* ». Bien qu'elle ne sache identifier l'oubli de prise de sa pilule, et qu'elle questionne aussi l'efficacité de la méthode – « *si vraiment c'était un accident…* » –, c'est envers elle qu'elle retourne, elle aussi, la culpabilité : « *j'aurai peut-être du faire plus attention. […] Je ne pensais pas du tout à ça. […] Je m'en suis voulue par rapport à ça* ».

Si, pour Stéphanie, c'est sa maladie et certains de ses symptômes qui seraient la cause de l'inefficacité de sa pilule contraceptive, pour CHLOE c'est le traitement de sa maladie qui a annihilé les effets de son travail contraceptif quotidien. Asthmatique depuis son plus jeune âge, CHLOE prend différents médicaments, qui font partie de sa routine quotidienne : « *je prends des médicaments depuis que j'ai deux ans* ». Aussi, elle avoue avoir accordé peu d'attention à la lecture des notices concernant les risques d'interaction médicamenteuse : « *Je ne lisais pas ça à cet âge-là :* "*risque de grossesse*" [et aujourd'hui] *Oh!* [rire] *En fait ça fait tellement longtemps que je prends des médicaments pour l'asthme ; les monographies de médicaments, je ne les lis plus* ». Alors, au moment de décider de prendre la pilule pour se contracepter, elle ne s'attache pas non plus à lire les contre-indications des différents médicaments qu'elle prend, ni celles de sa pilule contraceptive. Ne se souvenant pas avoir oublié une seule fois sa pilule, il n'y a pour elle qu'une seule explication : « *je suis tombée enceinte, probablement [est-ce du à] un mixte des médicaments que je prenais déjà* ».

Cela étant, si l'efficacité de la pilule est conditionnée par une prise régulière et une attention de chaque jour quels que soient les épisodes et périodes de la vie, les femmes se doivent donc aussi d'être vigilantes aux interactions médicamenteuses, pouvant contrer leur investissement assidu dans le travail contraceptif. Car si le médecin prescripteur est en charge de vérifier les effets pouvant découler de la combinaison de plusieurs médicaments, cette précaution ne semble toutefois pas toujours prise et énoncée aux patientes ayant des traitements « chroniques ». Pourtant CHLOE ne remet nullement en cause son médecin, qui bien que l'outillant pour se contracepter, ne tient pas compte de ses habitudes de vie, témoignant de la manière dont la plupart des femmes ont intégré qu'elles se doivent d'être vigilantes en permanence, et tout particulièrement quand elles usent d'autres médicaments ou qu'elles tombent malades.

Travail salarié/ travail re·productif : une difficile articulation.

Pour la plupart des femmes, la pratique contraceptive prend place dans un mode de vie plus ou moins complexe, aux horaires parfois contraignants et aux obligations qui redéfinissent les priorités. Vanessa, elle aussi, tombe enceinte sous pilule. Si elle demeure perplexe sur les raisons de cet échec contraceptif – « *ça me paraît toujours mystérieux* » –, elle en est arrivée à la conclusion suivante : « *Ben, je pense je l'ai oubliée ma pilule* ». Son exemple témoigne bien de la difficulté à mener des pratiques régulières (et donc la prise quotidienne d'un médicament à heure fixe) quand on affronte une vie professionnelle aux horaires compliqués. Vanessa travaille, elle aussi, dans un restaurant en tant que serveuse : « *les petites journées c'était minimum huit/neuf heures par jour debout, avec des grosses journées de temps en temps. J'étais à quarante-cinq heures par semaine dans un restaurant avec des coupures* ». À ces horaires fluctuants, s'ajoute l'éloignement géographique entre son lieu d'habitation et son lieu de travail : « *[c'était] à quarante-cinq minutes de chez moi* », ce qui ne lui permet pas de rentrer se reposer entre deux services. Elle décrit ainsi le rythme effréné de sa vie au moment de tomber enceinte : « *Je mangeais quand je pouvais, je ne dormais quasiment pas* », ce qui ne lui permettait pas d'être aussi vigilante qu'auparavant sur le plan contraceptif.

Pour Vanessa, au-delà de la difficile articulation entre son travail rémunéré et son travail contraceptif, l'échec de sa pilule survient dans une période de deuil. C'est, en effet, dans les mois qui suivent le décès d'un ami proche qu'elle se découvre enceinte. Elle a une perception bien floue et des souvenirs embrumés de cette époque très difficile émotionnellement parlant. D'ailleurs, la contraception n'était pas pour elle une question alors essentielle, puisqu'elle avait une faible libido et bénéficiait de peu de temps libre entre activités professionnelles, transports et visites chez son amie d'enfance récemment veuve.

Les exemples de Stéphanie et Vanessa illustrent comment peuvent se cumuler les difficultés à gérer une pratique contraceptive régulière. Toutes deux témoignent de l'obstacle que représente une activité professionnelle dont l'emploi du temps varie d'une semaine à l'autre, sinon d'une journée à l'autre. S'ajoutent à cette fluctuation de leurs horaires de travail, des périodes de fragilité physique (maladie) ou émotionnelle (deuil), périodes au cours desquelles les femmes tendent à reléguer à l'arrière-plan la préoccupation contraceptive et à accorder une moindre vigilance à la prise de leur pilule contraceptive.

De plus, l'usage de la pilule demeure conditionnée par l'obtention d'une prescription médicale ou de son renouvellement, ce qui exige une consultation médicale. Cette étape n'est pas sans poser des difficultés pour certaines femmes, comme le laisse entrevoir

notamment l'expérience de Myriam, relatée au chapitre III, qui, craignant de devoir se soumettre à une nouvelle prise de sang qu'elle craint, refuse d'aller voir sa gynécologue pour obtenir le renouvellement de sa prescription. Pour AUDREY, c'est l'examen gynécologique qui pose problème. À 30 ans, elle nous dit n'être allée que trois fois chez le gynécologue, se sentant mal à l'aise à l'idée d'exposer son sexe en dehors d'un cadre intime : « *ça ne me tente pas d'aller ouvrir l'entre-jambes devant un gynécologue* ». Tout en ayant conscience de l'importance d'un suivi préventif, elle ne peut s'y résoudre : « *C'est comme si je ne veux pas entendre quand on me dit que c'est important d'aller faire les tests au moins une fois par année. Je le sais que j'ai tort!* »

Nombreuses sont les femmes à faire état des difficultés rencontrées pour accéder à la consultation médicale requise pour obtenir la prescription nécessaire à l'obtention de la pilule ou pour bénéficier d'un suivi. Cette situation est particulièrement évoquée par les Québécoises qui indiquent avoir eu, bien souvent, du mal à trouver un·e professionnel·le de santé pour obtenir une prescription ou assurer leur suivi régulier. Pour JOSEPHINE, qui est tombée enceinte alors qu'elle usait de la méthode du calendrier et du retrait préventif dans les périodes qu'elle identifiait « à risque », cette grossesse est intrinsèquement liée à cette part du travail exigé des femmes qui optent pour la pilule comme moyen de contraception :

> à ce moment-là, j'étais sur la pilule. Je n'en n'avais plus, ma prescription était échue, c'est pour ça que je suis tombée enceinte […] Mais c'est compliqué d'avoir une prescription de pilule. Il faut que tu ailles attendre toute une journée! Je sais que ça n'a pas vraiment rapport avec l'avortement, mais en même temps oui. Avoir une prescription de pilule, ça exige que tu perdes une journée de ta vie au complet pour aller attendre dans une salle d'urgence.

D'ailleurs JOSEPHINE souligne que ses problèmes de renouvellement de prescription sont survenus vers le milieu de sa scolarité collégiale, à partir du moment où elle s'est installée en appartement et a dû travailler pour payer son loyer :

> Auparavant, j'avais le soutien de mes parents à ce niveau-là. En fait, ça a été plus compliqué pour la contraception, parce que j'ai moins de temps à moi, et puis qu'il faut que je travaille. Si je ne travaille pas ça a des répercussions réelles. Ça fait que j'ai plus de difficultés peut-être à être proactive à ce niveau-là. Bêtement parce que le système médical, c'est un désastre.

JOSEPHINE rend bien compte ici de l'articulation complexe entre travail salarié et travail contraceptif en l'absence du soutien parental, mais surtout la hiérarchie opérée entre ces différentes tâches quand elle doit les assumer seule. Le travail contraceptif se voit alors relégué à l'arrière-plan du travail salarié, en l'absence de solidarité familiale ou conjugale. Il est intéressant de remarquer dans cet extrait que, pour JOSEPHINE, seul l'arrêt de son activité

professionnelle aurait des conséquences « *réelles* » : ainsi, l'autonomie procréative se voit placée dans l'ombre de l'indépendance économique. Enfin, JOSEPHINE donne à voir à travers son propos l'importance de l'organisation du système de soins pour les femmes. En effet, pour elle si le rendez-vous médical conditionnant le renouvellement de sa pilule est un obstacle, c'est du fait de l'investissement temporel qu'il requiert et qui agit, ici, de manière dissuasive.

Tout comme les autres tâches réunies sous l'expression « travail de santé » (Cresson, 1995), le contrôle des naissances et l'ensemble des devoirs qu'il sous tend sont en très grande partie assumés par les femmes, bien que le type de sexualité qui la rend nécessaire implique deux partenaires appartenant à des classes de sexe opposées.

IV.A.1.c. Une contraception orale conditionnée par l'existence d'un couple.

Si le travail qu'implique une contraception par pilule est indissociable du contexte au sein duquel il s'inscrit et des autres tâches concurrentes dans lesquelles les femmes sont impliquées, il ne peut être pensé indépendamment de la relation qu'elles entretiennent alors avec leur partenaire sexuel. En effet, si la pilule prévient du risque de grossesse, elle ne protège pas des maladies sexuellement transmissibles, ce qui la définit, d'emblée, comme la méthode contraceptive des couples stables. Et, lorsque la relation s'effrite, les femmes questionnent la pertinence de s'imposer cette charge.

Isabelle est en couple depuis trois ans. Elle prenait la pilule depuis le début de sa relation, mais l'arrête quelques temps avant la survenue de la grossesse pour différentes raisons. Tout d'abord, cette méthode de contraception ne lui convenait vraiment pas. Isabelle a toujours été réticente face à toute forme de médication : « *je suis vraiment pas médocs. Moins j'en prends mieux je me porte. Donc la pilule ça a toujours été une galère* ». De plus, elle avait avec son partenaire des relations de moins en moins fréquentes : « *je voyais que niveau sexualité, c'était plutôt platonique* ». Suite à une évaluation coûts/bénéfices du travail contraceptif dans lequel elle était investie depuis plusieurs années, Isabelle décide donc d'arrêter la pilule et d'opter avec son partenaire pour la méthode du retrait. En effet, si les femmes se contraceptent/prennent des médicaments c'est dans la perspective d'avoir des relations sexuelles avec leur partenaire. Alors quand les rapports sexuels sont moins fréquents, la nécessité de se protéger devient moins pressante. Mais, durant les vacances, leur sexualité est marquée par un regain d'activité qu'elle n'avait pas anticipé.

Comme le suggère l'exemple d'Isabelle, l'arrêt de pilule survient parfois quand la relation se délite, mais il est encore plus fréquent, voire systématique, en cas d'arrêt de la

relation. Ainsi, pour Déborah, il est concomitant à la séparation. Par deux fois, elle cesse immédiatement sa prise de contraceptif oral suite à l'annonce de la rupture : *« Dans les deux cas, on s'est séparés, j'ai arrêté la pilule ».* Mais cette interruption peut être parfois trop rapide, puisqu'elle ajoute : « *on s'est revus pas très longtemps après, et bon je savais bien entendu qu'il y avait un risque. Mais on a essayé les deux fois de faire attention* ». Or, à chaque fois, le rapport sexuel non protégé se révèle fécondant. Si elle fait une fausse-couche pour la première grossesse, alors même qu'elle avait amorcé des démarches pour l'interrompre, elle avorte suite à la découverte de la deuxième.

Soulignons que nombreuses sont les femmes à témoigner d'un arrêt de pilule en l'absence de relation stable, puisqu'elles pensent toute relation occasionnelle ou nouvelle accompagnée par l'usage du préservatif qui, tout en les protégeant de maladies sexuellement transmissibles, leur permet d'éviter une grossesse. Ainsi, CYNTHIA explique les raisons qui motivent son arrêt temporaire de la pilule qu'elle prenait par le passé :

> j'ai pris la pilule pendant deux/trois ans et puis j'ai arrêté, parce que après j'ai été célibataire, vu qu'on s'est laissés. J'ai arrêté de prendre la pilule, je ne voyais pas d'intérêt à prendre la pilule, à prendre quelque chose qui n'est pas naturel pour mon corps, sachant que je n'avais pas de relation sexuelle, que je n'avais personne dans ma vie. Et **si je devais en avoir, nécessairement c'était avec quelqu'un que je ne connaissais pas beaucoup, et donc j'allais me protéger avec le préservatif**.

De même CHLOE (qui comme nous l'avons vu précédemment est tombée enceinte bien que prenant la pilule à 27 ans), a toujours employé la pilule en « *on and off*[57] » ; si elle l'utilise lorsqu'elle est dans une relation stable avec un partenaire, elle l'arrête après chaque séparation. Ainsi, de ses 22 ans à ses 26 ans, elle ne l'utilise plus car, comme elle l'explique : *« je n'avais personne dans ma vie à ce moment-là et puis tant qu'à…[plus avoir de rapports non protégés par le préservatif] plus d'hormones ».* Il est intéressant de noter que les femmes enquêtées, bien qu'ayant usé plus jeunes d'une protection simultanée du préservatif et de la pilule (le Double Dutch), sont nombreuses à témoigner de la substitution du préservatif à la pilule contraceptive en l'absence de relation stable.

Si, dans notre enquête, peu de femmes ayant avorté usaient alors de la pilule comme méthode de contraception, ou venaient tout juste d'en arrêter la prise, elles sont très nombreuses a l'avoir utilisée à un moment ou à un autre et à ne pas en avoir été satisfaites.

Ainsi, MATHILDE commence à prendre la pilule vers 15/16 ans. Si elle s'astreint quotidiennement à ce travail contraceptif pendant environ huit ans, elle décide de l'arrêter

[57] Expression anglaise dont la traduction française ici serait : « par intervalles ».

car sa vie sexuelle a changé : « *à un moment donné, je n'avais plus personne. J'étais comme un peu tannée de prendre des pilules sans que ce soit utile. J'ai décidé d'arrêter* ». Mais, lorsqu'elle rencontre le partenaire dont elle tombe enceinte, elle ne sent pas le besoin de faire renouveler sa prescription. Tout comme Mazarine avant son premier avortement, MATHILDE a alors abandonné ses études, consomme de la drogue et fait beaucoup la fête avec son partenaire. Si MATHILDE ne l'énonce pas, on peut penser que tout comme Mazarine qui « *voulai[t] [s]e sentir libre* » durant cette période, elle refusait toute forme de responsabilité incluant celle de la contraception.

Les propos des informatrices ont permis de révéler la contrainte, le *travail* que recouvre généralement la contraception orale et son articulation complexe avec le travail salarié. Bien que les femmes se voient en très grande partie déléguer l'ensemble des tâches re·productives et leur responsabilité, elles se doivent aujourd'hui, tout comme les hommes, de se réaliser professionnellement, et d'assumer un travail dit productif. L'analyse des entretiens signale aussi l'existence de nombreuses périodes « à risque » d'échec de pilule. Ainsi, les voyages, les périodes de maladie, de deuil, d'indépendance, de séparation voire de nouvelle relation, mais aussi de consommation de drogues, apparaissent comme autant de moments de « fragilité contraceptive ». Il est intéressant de noter que l'ensemble de ces épisodes correspond à des moments de rupture des routines quotidiennes de la vie des femmes, qui peuvent survenir quel que soit leur âge.

IV.A.2. L'impérieuse pilule : entre émancipation et domination.

Au-delà de ces premiers constats, la forte proportion des femmes ayant amorcé leur vie sexuelle en usant de la pilule mais l'ayant durablement arrêtée (environ la moitié) questionnent sur l'expérience et les représentations des femmes sur ce mode de contraception généralement présentée comme la panacée du contrôle de la fertilité. Outre, comme nous venons de le voir, la charge de *travail* qu'il représente, on voit poindre dans ces premiers témoignages d'autres raisons qu'il nous paraît primordial d'explorer. Si la contraception médicale, et notamment la pilule, a longtemps été perçue comme l'un des leviers de l'émancipation des femmes et un instrument pour penser leur autonomie sexuelle et procréative, « son usage non seulement ne bouleverse pas, mais conforte la construction d'une identité féminine toujours fondée sur la maternité » (Bajos et Ferrand, 2004), comme en témoignent les résistances au sujet de ce mode de contraception que nous proposons ici d'analyser.

IV.A.2.a. Les corps des femmes comme terrain d'expérimentation.

En plus du travail régulier que requiert la pilule et son association à une relation stable, les informatrices formulent de nombreuses inquiétudes face à ce contraceptif et ses effets. Elles soulignent, pour plusieurs d'entre elles, leur appréhension à l'égard de la prise d'un médicament : « *J'ai essayé la pilule mais je n'aime pas les médicaments* » (Julienne), et ce tout particulièrement en l'absence de maladie.

La crainte des effets secondaires de la pilule prise (alors que la femme est en bonne santé), largement partagée par les enquêtées, est d'autant plus grande lorsque celles-ci sont fumeuses, et plus particulièrement en France : « *comme je fumais, je me disais que la pilule ce n'était pas bon* » (Julienne). Toutes les enquêtes épidémiologiques leur donnent d'ailleurs raison et les premières inquiétudes dont témoignent les femmes concernent justement le risque de « l'accident vasculaire cérébral » ou de la « thrombose », fortement rappelé par la « crise de la pilule » en 2012 (Bajos, Rouzaud-Cornabas *et al.,* 2014).

Cette angoisse face à l'emploi simultané de la pilule et de la cigarette, souvent présent dans la littérature médicale sur la contraception, peut parfois s'ancrer dans des épisodes survenus dans l'entourage proche des femmes. Pour Mazarine, l'accident vasculaire cérébral (AVC) d'une amie est invoqué pour justifier ses résistances à la pilule, tandis que les réticences de MARIE-ANDREE trouvent leur source dans son histoire familiale :

> **ma mère a failli perdre la vue. Ça coïncidait avec un moment où elle a commencé à prendre la pilule et puis elle fumait à l'époque. Il y a eu quelques lots de quelques sortes de pilules, qui ont été retirées du marché assez vite, parce que justement ils n'avaient pas fait suffisamment de tests.** Et il y a eu **des femmes qui faisaient des thromboses ou des blocages**…je ne sais pas si c'est **au niveau artériel ou veineux**, mais en tous cas des problèmes médicaux qui survenaient quand elles fumaient et qu'elles prenaient cette pilule-là. Donc, on soupçonne que ma mère c'est pour ça, et ça m'a un peu marquée.

Quoiqu'il en soit, pour régler ce dilemme, les enquêtées fumeuses opèrent un choix penchant toujours du même côté. La grande majorité d'entre elles tranchent en faveur de la continuation de la consommation de tabac, sur la base d'un raisonnement sommairement résumé par Sabrina : « *Je pense qu'à choisir entre la pilule et la clope, j'ai choisi la clope* ».

Outre les risques que représente la combinaison pilule-tabac, les femmes mentionnent une série d'effets secondaires qu'elles associent à la pilule de même qu'à l'ensemble des méthodes hormonales, et ce plus particulièrement au Québec. CLAUDINE se refuse, depuis qu'elle a eu une grave maladie à 22 ans, d'user de la pilule comme d'autres méthodes hormonales de contraception. Même si ses craintes ne sont pas très précises, elles

agissent sur le choix de sa méthode de contrôle des naissances : « *j'avais peur. Parce qu'il y a certaines recherches qui disent que ça crée des cancers...* ».

À la peur des conséquences présumées à long terme de l'usage d'une méthode contraceptive hormonale, se combine celle concernant les impacts à court terme, réels ou anticipés, sur leur corps. JOSIANE, qui prenait la pilule depuis ses 14 ans, décide de l'arrêter six ans plus tard, soit un an avant son avortement, après avoir identifié la pilule comme la cause de ses maux de tête. ELISE, pour sa part, n'a jamais voulu prendre la pilule jusqu'à son avortement. Elle fait état des représentations négatives qu'elle entretient à l'égard de son usage et des possibles inconvénients qu'elle y associe : « *tu commences à avoir super faim ou tu as plus de seins ou il y en a qui sont un peu plus down*[58]*...* ». Issus de l'expérience de ses amies de jeunesse, les effets qu'elle met sur le compte de la pilule sont tant physiques (des modifications corporelles : changement de l'appétit, de la silhouette, de la libido) que psychologiques (tristesse, apathie).

Si, depuis longtemps, la méfiance des femmes quant aux répercussions de ce contraceptif sur leur santé physique, et tout spécifiquement sur leur apparence corporelle – la prise de poids étant bien souvent pensée comme conséquence directe d'une contraception par pilule (Bajos, Rouzaud-Cornabas *et al.,* 2014) – est bien documentée, les femmes s'interrogent aussi aujourd'hui sur les conséquences de cette méthode contraceptive sur leur état psychologique. Ainsi, RACHEL (27 ans) explique pourquoi, après sept ans de prise régulière, elle arrête la pilule et opte pour la méthode du calendrier :

> j'ai pris la pilule contraceptive pendant un certain nombre d'années, et puis à un moment donné je trouvais que je prenais trop de médicaments. J'avais commencé à prendre des antidépresseurs, je prenais différentes pilules et puis là, je trouvais que j'en avais trop. Puis, je me suis même demandée…**parce que dans les effets secondaires de la pilule contraceptive, il y avait la dépression**. Donc je me suis dit : "**Peut-être que du coup, ma pilule, elle me cause des problèmes psychologiques? "** Donc j'avais arrêté la pilule contraceptive, peut-être un an avant de tomber enceinte.

En rejetant ce mode de contraception, les femmes rendent compte de leur résistance à expérimenter sur leurs corps des produits pharmaceutiques pour lesquels elles ne disposent que de connaissances partielles et qui risquent d'entrainer des effets indésirables à court ou long terme. Ainsi, REBECCA, qui jeune fille prenait « *des contraceptifs hormonaux* », décide d'arrêter la pilule vers 24 ans : « *je trouvais que cela mettait toute la responsabilité sur nous, [les femmes] et qu'on se remplit de plein de mauvaises choses* ». Alors impliquée dans un

[58] Anglicisme pour dire : abattu, maussade, fatigué

groupe féministe, elle découvre à travers ses lectures « *comment est-ce que dans le fond les femmes avaient été des cobayes pour toutes sortes de produits* ». Bien que la pilule permette aux femmes de se libérer (pour partie) du risque de grossesse, à travers son propos REBECCA signale la manière dont cette émancipation apparaît aujourd'hui toute relative. En effet, si les femmes ont la possibilité avec la pilule de se prémunir d'une grossesse qu'elles ne souhaitent pas, REBECCA illustre par sa vision féministe l'asymétrie fondamentale que ce mode de contraception impose, à savoir une délégation exclusive du travail contraceptif aux femmes et son invisibilisation pour la classe des hommes. En plus de la responsabilité et des contraintes que ce travail requiert pour les femmes, il implique leur seul corps et laisse exempt celui de leurs partenaires. Les enquêtées témoignent ici, au delà de la difficile articulation des préoccupations contraceptives et sanitaires, d'une possible reconfiguration des rapports sociaux de sexe. Car, si la pilule a été présentée à son origine comme le moyen de libérer les femmes du poids de la maternité non désirée et d'accéder à la liberté sexuelle, elle peut aussi apparaître aujourd'hui comme un outil de la domination masculine et médicale/pharmaceutique sur les femmes. C'est ce que pressent CARINE lorsqu'elle explique pourquoi, depuis le début de ses relations hétérosexuelles, elle use exclusivement de la méthode du calendrier et du préservatif : « *rajouter des hormones à l'intérieur de moi […] parce que c'est médical et parce que c'est pharmaceutique… Je n'ai pas envie d'avoir ces choses-là, à l'intérieur de moi. Il y a un* ***côté très politique*** *à ça, parce que l'industrie pharmaceutique, c'est quelque chose !* ».

À cette lecture critique des rapports au sein desquels s'inscrit la contraception hormonale, elle articule cependant un autre argument appuyant son choix pour d'autres méthodes, et tout particulièrement pour la méthode du calendrier : « *je la trouve plus naturelle* ». Il apparaît important de souligner que cette vision critique des méthodes hormonales de contraception semble traverser l'ensemble du corps social, puisque les femmes porteuses de ces représentations ne sont pas caractérisées par une tranche d'âge, ou des capitaux culturels ou sociaux particuliers. Cependant, elles apparaissent bien souvent au sein de notre corpus comme plus souvent québécoises pouvant refléter une plus grande distance des femmes au Québec quant au corps et au discours médical au cours de leur trajectoire.

IV.A.2.b. Une résistance toute « naturelle » à la pilule.

Au-delà des craintes précédemment soulignées, c'est bien le caractère « non-naturel » des hormones contenues dans la pilule (et l'ensemble des méthodes hormonales,

bien sûr) qui préoccupent les femmes, plus particulièrement les Québécoises. Alors que CYNTHIA définit la pilule comme « *quelque chose qui n'est pas naturel pour [s]on corps* », MARIE-ANDREE caractérise la pilule comme peu cohérent voire incompatible avec un mode de vie et d'alimentation « *grano*[59] ». De même, certaines autres affirment se sentir dépossédées de leur corps par l'usage d'hormones pour contrôler leur fécondité. C'est la raison qu'avance CAMILLE pour expliquer pourquoi elle a arrêté la pilule : « *en prenant la pilule mon cycle était… Pas que j'affectionne particulièrement le fait d'avoir mal là, mais je ne sentais plus rien, je me sentais comme si j'étais déconnectée de mon cycle menstruel* ». De même, Jenny justifie son changement contraceptif ainsi : « *je prenais la pilule, mais j'avais arrêté il y a un an, parce que… ça faisait très très longtemps que je prenais la pilule et j'avais envie de connaître mon corps sans toutes ces hormones* ». Pour elle, cette « *décision d'arrêter la pilule, ce n'était pas pour avoir des enfants, mais, pour ne plus prendre toutes ces hormones* » : « *je me suis dit voilà, si je peux me libérer de ça, je préfère* ». Pour ces femmes la pilule, tout comme l'ensemble des moyens de contraception hormonaux, est assimilée à un obstacle dans la connaissance et la maîtrise de leur corps, un voile sur « leur nature profonde » pouvant agir sur leur santé « naturelle », comme l'illustrent les propos de CLAUDINE. Tombée gravement malade vers ses 22 ans, moment où elle arrête la pilule après sept ans de prise régulière, elle exprime ici les effets qu'aurait eus, selon elle, la pilule sur son corps et sa santé :

> ...je pense que cela a un peu déboussolé ma croissance au niveau des hormones, parce que mon corps, il a cessé d'en faire...et puis du fait qu'il y en avait tout le temps sans en faire...Je pense que cela a baissé un peu la production naturelle, ça l'a débalancée, et mon système hormonal et peut-être d'autres systèmes...Je ne sais pas jusqu'à quel point, mais je sais que cela a un lien.

Se donne ainsi à voir la réhabilitation du féminin-naturel pourtant largement dénoncé par les féministes dites de la deuxième vague. Le renouveau des arguments de nature semble concomitant avec le développement des préoccupations écologiques et des considérations « bio », ce qui explique vraisemblablement, pour partie, l'importante proportion des femmes enquêtées ayant opté pour des méthodes barrières ou méthodes « naturelles » de contrôle de leur fécondité au moment où elles tombent enceintes et avortent.

[59] Par « grano », MARIE-ANDRE signifie un mode de vie qui tend vers « un retour à la terre », incluant une alimentation « bio ».

IV.A.2.c. Contrôle hormonal des naissances et crainte de l'infertilité.

Tandis que des femmes craignent les effets de substances chimiques sur l'équilibre « naturel » de leur corps, certaines manifestent une préoccupation plus spécifiquement liée à la préservation de leur potentiel procréatif. C'est notamment le cas de CLAUDINE qui arrête la pilule après sept ans de prise régulière :

> Je me disais ce n'est pas bon pour la santé à long terme. Ça fait déjà sept ans que tu donnes ça à ton corps... je veux avoir des enfants à long terme, donc je me disais : Mettons, j'ai des enfants vers 28/29 ans, je ne sais pas...J'avais 22 ans à ce moment-là. **Je me disais, il faut que ça fasse longtemps que ce n'est plus dans mon corps pour être capable d'avoir des enfants. Parce que j'avais entendu dire quand tu la prenais trop longtemps, ça enlevait tes chances de tomber enceinte**.

Cette crainte d'une baisse de la fertilité comme conséquence de la prise de la pilule, alors même que les données épidémiologiques montrent l'inverse, est prégnante dans la société. En revanche, est peu évoquée la baisse induite naturellement par l'âge des femmes et le report général de l'âge à la première maternité. Or, si les femmes peuvent aujourd'hui décider de ne pas avoir d'enfant lorsqu'elles ne le souhaitent pas, elles sont rares à ne pas souhaiter un jour procréer. À travers cet extrait, on voit bien la manière dont CLAUDINE anticipe une éventuelle maternité. Se dessine, dans son propos, un âge dédié à la fécondité cohérent avec la « norme sociale d'utilisation préférentielle du temps fertile des femmes ». Comme le souligne Annette Langevin, si les femmes détiennent aujourd'hui des instruments pour choisir leur maternité, elles se doivent d'organiser leur temps fertile, pour avoir un enfant selon un calendrier des naissances socialement défini (Langevin, 1984). Et bien souvent, elles s'inquiètent de ne pas pouvoir concevoir lorsqu'elles le souhaiteront. Bien que la pilule soit un mode réversible de contraception, un doute demeure pour certaines femmes, reflétant la durable centralité de la maternité dans la vie des femmes, malgré une certaine reconfiguration des cadres de la procréation. Si elles peuvent prévenir ou interrompre une grossesse, à l'inverse elles ne maîtrisent que partiellement la programmation d'une naissance, ce qui, comme nous le verrons dans le chapitre V, pèse sur leurs décisions en matière de (non-)procréation. Plane dans les esprits de certaines la crainte de l'infertilité subie. Soulignons que durant les années 2000, dans ces deux sociétés, les questions de procréation médicalement assistée et de gestation pour autrui ont pris une place importante dans les débats publics, ce qui peut participer à la construction sociale de cette peur d'être ou de devenir infertile.

Mais si les femmes se désaffectionnent pour les méthodes hormonales de contraception, elles n'usent que très rarement de méthodes barrières féminines (peu promues et peu diffusées) et se tournent notamment vers des méthodes dites « masculines ».

IV.B. Une responsabilité contraceptive portée par les hommes ?

Une des conséquences de cette réticence à utiliser sur le long terme une contraception hormonale est son abandon et le recours à des méthodes souvent moins efficaces. Pour la plupart des femmes de notre corpus ayant avorté une fois, la grossesse interrompue survient suite à un rapport non protégé médicalement. Plus du tiers des enquêtées usaient avec leur partenaire du préservatif pour la plupart, ou du retrait pour le reste comme mode de contrôle de leur fécondité. Le préservatif est généralement employé seul lorsque les femmes ont une relation occasionnelle ou sont en début de relation, se protégeant par la même occasion des maladies sexuellement transmissibles. Lorsque les femmes sont en relation stable, l'usage de ces différentes techniques de contraception « masculines » est quelquefois articulé à l'emploi de la méthode du calendrier. Les expériences des femmes y ayant recours nous renseignent tant sur les raisons motivant ces choix de contraception que sur les difficultés liées à leur usage, mais nous amènent également à nous interroger sur les raisons qui les ont amenées à remettre en partie aux mains de leur partenaire le contrôle de leur fécondité.

IV.B.1. Le préservatif : une méthode alternative ou une contraception par défaut ?

L'un des premiers arguments justifiant l'usage du préservatif est lié à la nature de la relation entre les deux partenaires. Ainsi, lorsque la relation est occasionnelle ou récente, le condom est employé pour se prémunir tant d'une grossesse que des maladies sexuellement transmissibles. Comme l'exprime CYNTHIA, le préservatif demeure perçu comme « *la contraception la plus englobante, parce qu'on s'entend qu'on ne se protège pas juste pour ne pas avoir d'enfants* ».

Toutefois, certaines des Québécoises en couple stable, qui résistent à l'usage de méthode hormonale de contraception, optent pour l'usage des préservatifs afin de se prémunir du risque de grossesse, comme REBECCA. Celle-ci rejette toute forme de contraception hormonale à partir du moment où elle milite dans un groupe de féministes radicales de Montréal, jugeant que le préservatif « *ça [lui] convenait mieux* ». Mais, si elle opte pour cette méthode en articulation avec celle du calendrier, c'est aussi parce que le préservatif est un moyen pour elle de redéfinir la responsabilité et la division du travail

contraceptif au sein de son couple : « *le condom dans le fond c'était plus partagé* ». Plusieurs autres Québécoises disent aussi avoir recours à des méthodes de contraception « masculines » (préservatif ou retrait) par refus d'endosser seule et sur leur propre corps le contrôle de leur fécondité. Ainsi JUDITH explique sa préférence pour le préservatif :

> je suis vraiment réticente à l'idée d'utiliser autre chose que…un contraceptif comme un condom. Je n'ai pas envie d'avoir à porter cette responsabilité là. Je n'ai pas envie de contrôler ma sexualité de cette manière-là […] j'aimerai ça suffisamment connaître mon corps pour être capable de gérer ça de manière autonome. Et puis quelque part, je laisse ça à mon partenaire de gérer, de porter le condom.

Si pour REBECCA le préservatif permet de partager la responsabilité de la contraception, pour JUDITH c'est une manière de « s'affranchir » totalement de ce travail. À défaut de pouvoir gérer « naturellement » son potentiel procréatif, elle laisse cette responsabilité à son partenaire. Pourtant, elle prendra à plusieurs reprises la pilule du lendemain par crainte d'être confrontée à une nouvelle grossesse non désirée et donc à un avortement, ce qui entre en contradiction avec son désir de se décharger de cette responsabilité. Dans un cas comme dans l'autre, on ne sait cependant pas qui paie la contraception, le préservatif étant le seul instrument de contraception masculin, il est aussi celui qui est entièrement à la charge de ses usager·es.

Pour certaines Québécoises, le préservatif est une alternative à la contraception hormonale, mais il est vécu par d'autres comme moyen de contraception par défaut, pas toujours suffisant. Hélène tombe enceinte du fait d'un usage moins « rigoureux » du préservatif au sein de son couple. Bien qu'en relation avec le même partenaire depuis plusieurs années, elle n'a pas pour autant opté pour la pilule. En effet, ayant eu un AVC à 18 ans, la contraception hormonale lui est déconseillée. Si, comme nous le verrons par la suite, elle est une des rares à user à un moment de sa trajectoire d'une combinaison de spermicide et d'une éponge, elle opte finalement pour le préservatif, qui s'avère pour elle le moyen le plus simple d'usage. De même, Lucie découvre jeune qu'elle a « *une mutation du gène facteur V [de Leiden]* ». Quand « *[s]on grand-père a fait un caillot* », l'ensemble de la famille a fait les tests. Comme dans le cas d'Hélène, l'éventail des choix en matière de contraception se voit d'un coup rétréci. Suite à l'avortement, elle essaye une pilule progestative, mais celle-ci lui donne « *[s]es règles pendant quatre mois d'affilée* ». Elle use donc de nouveau du préservatif à défaut d'avoir trouvé une autre solution efficace. Lorsque nous la rencontrons, elle vient tout juste de se faire prescrire par sa gynécologue un médicament destiné à traiter des troubles gynécologiques liés à une insuffisance en

progestérone, le Lutéran, dont l'un des effets secondaires lui permet de contrôler sa fécondité.

Déconseillée pour certaines femmes, la pilule (et plus généralement les méthodes de contraception hormonales) n'est pas tolérée par d'autres. Ainsi, MARUSSIA, atteinte d'endométriose, multiplie les essais : pilule, stérilet, timbre. Si elle use du préservatif avec la plupart de ses partenaires, sa grossesse survient dans des circonstances particulières sur lesquelles nous reviendrons par la suite.

IV.B.2. Mésusages du préservatif et troubles de la sexualité masculine.

Que le préservatif ait été choisi comme alternative à une contraception hormonale ou qu'il soit pour les femmes l'option par défaut, celui-ci comporte certains inconvénients. Même si REBECCA choisit cet outil pour assurer un contrôle sur sa fécondité, elle souligne : « *évidemment, c'est pas l'idéal en terme sensoriel ».*

Cette question de revendication du plaisir dans l'acte sexuel, souvent présentée du point de vue masculin, mais parfois – comme le montrent les entretiens – portée par les femmes, conduit les couples à faire un usage pas toujours très « rigoureux » du condom. Ainsi, si JOSIANE a du mal à comprendre la survenue de cette grossesse, elle soupçonne que c'est : « *peut-être du niaisage pré-condom* ». De même, lorsque CLAUDINE explique son usage systématique du préservatif: « *je mettais tout le temps des condoms »,* elle ajoute : *« Mais c'est ça…Ça doit être avant d'avoir mis le condom, il y a dû y avoir du liquide* ». Tout comme JOSIANE, CLAUDINE témoigne d'une vigilance moindre en amont de la pénétration voire de l'éjaculation : « *des fois tu sais, on met le condom plus tard, ou on attend* ».

Mais si la grossesse avortée survient des suites d'un usage peu « rigoureux » du préservatif, elle peut faire suite à un rapport non protégé du fait de la difficulté ou de la réticence de l'homme à l'employer, comme le donne à voir le cas de MARUSSIA. Alors qu'elle a utilisé le préservatif avec différents partenaires avec qui elle a été en relation, sa grossesse avortée survient des suites d'un rapport non protégé qu'elle explique ainsi: *« Je ne suis pas fière de moi. J'ai pris des risques.* ***Parce que c'est ça…au niveau du condom, à chaque fois qu'on essayait d'en mettre, il perdait son érection.*** *Fait qu'à un moment donné, ça devenait compliqué ».*

Intolérante aux hormones, MARUSSIA venait de rejeter le stérilet qu'elle s'était fait poser. Elle se retrouve dans l'impasse lorsque confrontée à un partenaire à qui l'usage de la seule méthode de contraception barrière masculine pose problème. Soulignons cependant

que lorsqu'elle se sent accusée, jugée coupable de la survenue de cette grossesse, elle tait les troubles érectiles de son compagnon et endosse seule, en public, la responsabilité de cette grossesse non planifiée et avortée :

> je le sentais aussi comme si c'était de ma faute que j'étais tombée enceinte. Parce ma belle-mère me disait : "Ben, là tu sais, il faudrait que tu prennes la pilule". Et puis, elle m'avait dit aussi : "Même si tu prends la pilule là, mettez donc le condom pour être sûrs". Puis**, je me disais dans ma tête, ça me tentait vraiment de lui répondre :** "**Ben, il faudrait d'abord que ton fils soit capable d'en porter. S'il en avait porté, peut-être que je ne serai pas tombée enceinte".**

Suite à l'avortement, MARUSSIA tente de nouveau une méthode hormonale (les patchs), mais face aux gênes physiques occasionnées, se dirige de nouveau vers une méthode non hormonale féminine (la méthode du calendrier combinée à l'éponge). Lorsque nous la rencontrons, elle est avec un nouveau partenaire qui s'est fait vasectomiser. Et surtout, lasse des douleurs que lui occasionne son endométriose, elle a amorcé des démarches pour obtenir une hystérectomie.

CAMILLE est confrontée au même problème que MARUSSIA avec le partenaire avec lequel elle est tombée enceinte : « *à l'époque, il avait 30 ans, et* ***puis il en avait jamais vraiment porté, donc il n'était pas vraiment à l'aise avec ça, il n'avait pas apprivoisé le condom*** ». Se refusant à user de méthodes de contraception hormonales, alors qu'elle a déjà été enceinte en utilisant la méthode du calendrier, elle essaye un temps la cape cervicale, avant de se résoudre à reprendre la pilule.

Comme nous le verrons, MARUSSIA et CAMILLE sont parmi les rares à employer dans leur trajectoire contraceptive des méthodes mécaniques « féminines ». Ces deux expériences rendent compte d'un développement profondément asymétrique des méthodes de contraception dites féminines et masculines. En effet, le préservatif – avec toutes ses imperfections, mais aussi son double rôle de protection de la grossesse et des MST – apparaît comme le seul instrument de contraception réversible impliquant directement les hommes. Alors même qu'il est défini comme une méthode de contraception « masculine », il n'exempt pas les femmes de toute responsabilité contraceptive.

IV.B.3. Une contraception masculine à responsabilité féminine.

Comme le soulignait MARUSSIA par l'emploi du « *on* » (« *à chaque fois qu'on essayait d'en mettre* ») ou CLAUDINE par son utilisation du « *je* » (« *je mettais tout le temps des condoms* »), même lorsque le moyen de contraception est dit masculin, les femmes se

doivent d'accomplir une part du travail contraceptif et ne peuvent s'en déresponsabiliser : « *et…des fois, c'est pas toujours facile à mettre en pratique* » *(*REBECCA).

Bien que le préservatif soit un moyen de contraception *male-directed* selon la classification de Lawrence Diller et Wylie Hembree (1977), les précédents extraits signalent la difficile négociation dont il peut faire l'objet au sein d'une relation. Comme nous l'avait déjà signalé au chapitre précédent, à travers l'exemple de Myriam qui tombe enceinte à 29 ans, d'un partenaire de 44 ans éjaculateur précoce, bien souvent les hommes considèrent qu'il incombe à la femme la responsabilité d'initier le port du préservatif voire de l'imposer, faisant finalement du condom une contraception *female-initiated.* Cette lecture rend compte tant de la responsabilité portée par les femmes en matière de contraception – et même lorsque le moyen de contraception est pensé comme masculin – et de la déresponsabilisation des hommes de cette préoccupation et du travail qu'elle nécessite (Spencer, 1999).

Toutefois, les femmes témoignent bien souvent de difficultés à initier la question de la contraception en amont de la relation sexuelle et à imposer le préservatif à leur partenaire. Isabelle explique ainsi ce qui l'amène plus jeune à prendre des risques avec des partenaires qu'elle connaissait peu :

> Je savais très bien, qu'il y avait le sida, les MST, la grossesse et tout ça, qu'il fallait mettre des préservatifs, qu'il fallait s'en procurer, que ce n'était pas cher. Mais j'ai couché plusieurs fois avec des mecs finalement par un truc… – je pense pas que je le referai parce que je pense que je suis beaucoup plus conscientisée – mais avant **d'un espèce de truc, d'être gênée par rapport au mec.**

Et cette gêne apparaît d'autant plus grande que la relation entre les deux partenaires est récente et est caractérisée par une différence d'âge importante en faveur de l'homme, surtout lorsque la femme est jeune et inexpérimentée, comme l'illustre cet épisode de jeunesse d'Isabelle. À 15/16 ans, elle commence à avoir des relations sexuelles avec un homme plus âgé. Bien qu'ayant avec elle des préservatifs, elle n'arrive pas à en imposer le port à son partenaire, ayant peur de paraître ridicule : « *je me disais, mais il va vraiment me prendre pour la dernière des idiotes, si je lui dis : " Tu veux pas mettre un préservatif ? " [avec une voix aigüe]. Je me sentais bête de lui demander ça* ».

Alors qu'Isabelle témoigne de la difficile voire impossible « négociation » que peut représenter l'imposition du préservatif, lorsque s'articulent des rapports sociaux de sexe et d'âge au sein de la relation. Le récit de PASCALE donne à voir certaines conditions conduisant à son omission. PASCALE tombe enceinte à une période où elle use du préservatif comme moyen de protection. Alcoolisée le soir du rapport fécondant, elle n'a aucun souvenir de la relation sexuelle ayant conduit à la grossesse qu'elle interrompt : **« *Je suis***

tombée enceinte, sachant même pas… me rappelant même pas [rire] que j'avais couché avec un homme ». Suite à une soirée avec des collègues et amis, où elle consomme beaucoup d'alcool, PASCALE rentre chez elle avec un « ami d'amis » :

> Le lendemain matin, j'avais cet homme-là dans mon lit, mais, *black out* complet – ce qui m'est pas arrivé souvent – mais j'étais certaine qu'on n'avait pas couché ensemble, parce que normalement je faisais vraiment attention. Je suis presque parano sur ces choses-là : ça a toujours été condom systématiquement. Et puis je n'en voyais pas traîner, donc dans ma tête c'était clair qu'on n'avait rien fait…On était trop saouls tous les deux.

Mais deux mois passent et PASCALE se met à vomir le matin. Ainsi, c'est au moment où elle apprend qu'elle est enceinte qu'elle découvre avoir eu un rapport sexuel avec ce partenaire. Pour PASCALE, il est encore compliqué de se positionner quant à cet événement et d'attribuer la responsabilité de ce rapport non protégé. Si, dans un premier temps, elle se culpabilise – « *je m'en voulais à moi-même* » –, elle questionne l'attitude de l'homme avec qui elle a eu un rapport sexuel : « *tu es irresponsable… tu as bien vu dans quel état j'étais… si je me souviens pas de ce qui s'est passé, je devais être saoule morte. Qu'est-ce qui t'a pris ? Qu'est-ce qui t'est passé par la tête ? Et puis, tu ne mets pas de condom, tu ne me connais pas, c'est irresponsable* ». À travers son récit, PASCALE témoigne ici de la vigilance permanente dont les femmes doivent faire preuve. S'il est compliqué ici de savoir l'état de conscience de son partenaire au moment du rapport sexuel (lui-même déclare n'en avoir aucun souvenir), il souligne la nécessité pour les femmes de garder de manière constante le contrôle pour ne pas risquer tant un rapport non consenti, qu'une relation non protégée.

Qu'elle soit féminine ou masculine, la contraception apparaît donc comme un impératif exclusivement féminin, comme le signale MARIE-JOSE: « *Fallait vraiment que ce soit moi, qui amène ça sur la table… et puis que c'est pas forcément facile dans ces moments là* ***d'être la gatekeeper***[60] *[rires]* ». Tenues d'initier voire d'imposer le port du préservatif à leur partenaire, elles se doivent aussi d'interpréter sa volonté quand, informé du risque de grossesse, il consent, voire désire un rapport non protégé, comme l'illustre l'expérience de CARINE.

CARINE a 20 ans lorsqu'elle tombe enceinte et avorte. En relation depuis huit mois avec un de ses camarades de cours, elle utilise alors la méthode du calendrier couplée au préservatif durant les périodes qu'elle identifie à risque. Pendant ses vacances, elle le rejoint en région où celui-ci travaille. Lorsque s'amorce une relation sexuelle entre eux, elle lui signale être à un moment de son cycle l'exposant à un risque de grossesse : « *Puis là, je lui*

[60] Expression anglaise pour dire « gardienne de la porte ».

ai dit : "*Tu sais, si on fait l'amour là, c'est dangereux!" »* Apparemment il n'en a pas vraiment tenu compte : *« il m'a murmuré à l'oreille :* "*Ça va !". Puis il s'est mis à m'embrasser, et puis… Pour moi, ce* "*Ça va" là, il voulait comme dire :* "*Ça va! Si je viens et puis si tu tombes enceinte, on va faire avec!"* ». Rétrospectivement, elle se rend compte qu'elle n'a pas su faire face : « *Naïvement, je pense que j'ai entendu ce que j'avais envie d'entendre aussi* », à savoir que si elle tombait enceinte, il serait lui aussi prêt à s'engager dans la parentalité.

Selon toute vraisemblance, lorsque les femmes partagent cette responsabilité avec les hommes, certaines complications risquent de survenir et elles n'en sont pas toujours informées, ce qui aura des effets sur leur santé. Ainsi, MIA, qui avorte suite à un problème identifié de préservatif et à la prise d'une pilule du lendemain, témoigne de plusieurs difficultés rencontrées avec le condom. L'une d'entre elles permet de saisir la difficulté des hommes à évoquer les problèmes liés à son usage :

> J'ai eu vraiment plein de malchances avec les préservatifs mais vraiment ! Il y a une fois, dans le début de l'année, je couche avec un gars. Tous les deux on était saouls et puis, il se lève. Et puis je me souviens juste qu'il m'ait dit : "Oh, je dois avoir percé la capote" en s'en allant à la toilette. Fait que je reste comme ça et puis je dors et puis le lendemain pareil [elle prend une pilule du lendemain]. Mais une semaine après, c'est vraiment dégoutant, le préservatif est resté en dedans de moi pendant une semaine. J'ai ri mais en même temps je pleurais dans le sens où c'est vraiment dégoutant *[rires]*. Encore là, j'ai couru à la Clinique l'Alternative pour qu'ils fouillent et puis en une semaine j'ai eu une vaginite qui s'est déclarée.

Bien qu'ayant souligné le bris de condom, le partenaire de MIA ne lui fournit pas une information claire lui permettant de réagir en conséquence. De même, JOSIANE ne sait identifier la cause de sa grossesse avortée :

> c'était la fin de notre couple, ça n'allait pas très très bien de ce point de vue là, on avait plus vraiment de relation sexuelle et puis les fois où on en avait eu, ça avait été protégée. Donc c'est pour ça que j'ai pris pour acquis que c'était un bris de condom qu'on n'aurait pas remarqué.

En confiant une partie de responsabilité contraceptive à leur partenaire via le port du préservatif, les femmes se doivent cependant de reconnaître derrière les refus exprimés à cet égard une forme d'irresponsabilité. Il leur revient en outre d'instiguer, en amont du rapport, l'utilisation correct du condom, et de s'assurer, en aval, de l'absence de complication liée à son usage, car il apparaît que de mauvaises surprises peuvent les attendre lorsqu'elles délèguent une part du travail contraceptif aux hommes, et qu'elles arrivent à imposer le condom à leur partenaire.

IV.B.4. Des méthodes non hormonales féminines peu accessibles.

Bien que certaines enquêtées, notamment Québécoises, délaissent les méthodes de contraception hormonales ou sont contraintes pour des raisons de santé de trouver d'autres moyens de contraception, il est intéressant de souligner que très peu d'entre elles usent de méthodes barrières dites « féminines ».

Seule une des enquêtées ayant avorté une fois usait de la cape cervicale au moment du rapport ayant conduit à une grossesse avortée (MARIE-JOSE). Si quelques enquêtées ont signalé une information active quant à des méthodes non hormonales féminines et ce, tout particulièrement au Québec – éponge, spermicide, diaphragme et cape cervicale –, seules six d'entre elles[61], et une seule Française parmi elles, les emploieront, notamment en raison des difficultés d'accès à ces méthodes, tout spécifiquement au diaphragme et à la cape cervicale.

Malgré la mise en évidence de résistances réelles chez plusieurs informatrices au sujet de la contraception hormonale, très peu de méthodes barrières féminines semblent leur avoir été proposées. Ainsi, quand ELISA envisage le diaphragme comme moyen de contraception, elle rencontre des difficultés pour s'en procurer un :

> j'essaie de façon active de trouver un endroit où, je pourrais me faire prescrire un diaphragme qui est encore un moyen de contraception qui existe mais que personne veut prescrire *[rires]*. Il y a un endroit à Montréal qui le prescrit et puis j'essaye d'avoir un rendez-vous avec eux.

De même, ANDREANNE et CAMILLE ont eu accès à la cape cervicale par le CDSFM, mais elle est au moment des entretiens plus difficilement accessible, l'entreprise pharmaceutique les produisant en différentes tailles ayant été rachetée par un groupe plus important n'en assurant plus la même production : « *Avant il y avait la cape cervicale mais là, ils ne la font plus* » (ELISA).

Soulignons ici que ces alternatives sont bien plus souvent envisagées par les enquêtées québécoises que par les Françaises, témoignant d'une critique plus prégnante au Québec de la contraception hormonale, de la division sexuée du travail contraceptif et de la « biologisation » d'une question sociale, celle du contrôle des naissances (Grino, 2014). Aussi, un élément remarquable, ressortant de l'analyse des entretiens et des trajectoires contraceptives de l'ensemble des enquêtées, est la totale absence du préservatif féminin qui ne semble pas avoir été intégré dans le répertoire des méthodes de contraception.

[61] DARYA et Hélène : l'éponge ; MARUSSIA et Hélène : le spermicide et, enfin, ANDREANNE, MARIE-JOSE et CAMILLE : la cape cervicale

IV.C. La contraception d'urgence.

Deux techniques permettent de prévenir une grossesse à la suite d'un rapport mal ou non protégé : la pilule dite du « lendemain » et la pose d'un stérilet dans les cinq jours suivant le rapport fécondant.

Il est intéressant de souligner pour l'ensemble des enquêtées le très faible recours à la contraception d'urgence pour prévenir la grossesse avortée. Seules deux informatrices l'emploient à la suite d'un rapport identifié comme fécondant, bien que la plupart témoignent en avoir usé à d'autres occasions avant ou après leur avortement. Dans tous les cas, le recours à la pilule du lendemain apparaît comme la seule méthode à laquelle les femmes pensent étant la plus accessible et aisée.

De multiples raisons peuvent être évoquées au regard des expériences précédemment exposées pour en justifier le non recours : la non conscience du risque de grossesse (du fait de la maladie, d'une interaction médicamenteuse, d'un décalage horaire, ou encore d'une non information par le partenaire d'un problème lié à l'usage du préservatif), la non conscience du rapport sexuel (comme nous l'avons vu avec l'exemple de PASCALE), une relativisation du risque de grossesse (comme nous allons le développer par la suite) ou la conscience du risque de grossesse assortie d'un désir d'enfant (comme nous venons de le voir avec l'exemple de CARINE). Au-delà des deux femmes y ayant recours, les enquêtées identifiant un rapport potentiellement fécondant survenant alors qu'elles ne souhaitent pas avoir d'enfant mais sans pour autant faire usage de la contraception d'urgence, nous renseignent non seulement sur les motifs justifiant le non recours à ce mode de contrôle des naissances dit de « contragestion », mais encore sur la manière dont son accessibilité agit sur l'évaluation faite par les femmes du risque de grossesse.

IV.C.1. L'échec du plan B.

Pour MIA, la survenue de sa grossesse : « *c'est la malchance… le condom et puis la pilule du lendemain n'a pas fonctionné* ». Usant du préservatif avec son partenaire, « *après que la relation soit terminée, on s'est aperçus que la capote n'était plus en place. Puis après, j'ai couru à la pharmacie prendre la pilule du lendemain et je dois être dans le 1 % des cas où elle n'a pas fonctionné* ». MIA ne s'inquiète pas dans un premier temps et part comme prévu en voyage au Mexique : « *une semaine après la pilule du lendemain, j'ai eu des saignements donc je me disais : Bon, ça doit être parti, c'est correct* ». Pourtant, une fois au Mexique, elle se découvre enceinte et amorce ses démarches pour revenir et avorter à Montréal.

IV.C.2. La « pilule du lendemain » :

Si la pilule du lendemain n'apparaît pas efficace à 100 %, comme nous allons le voir circulent un ensemble d'informations erronées concernant son usage.

IV.C.2.a. Un nom plein d'ambiguïté.

De même, Myriam use de la pilule du lendemain suite au non-retrait de son partenaire. Pourtant *a contrario* de MIA, elle n'y a recours que le lendemain du rapport identifié comme à risque de grossesse. Elle nous explique ainsi : « *[pour la] pilule du lendemain, j'ai soixante-douze heures, c'est le lendemain, je pense même qu'il faut pas la prendre dans l'heure ou tout de suite… donc j'ai attendu le lendemain* ». Ce n'est donc que le lendemain qu'elle absorbe la pilule chez elle : « *je l'ai prise à treize heures, le rapport était à vingt-deux heures…donc ben…j'étais LARGEMENT dans les temps pour moi».* Mais celle-ci ne sera être efficace, au grand étonnement de Myriam qui témoigne de sa méconnaissance des conditions d'efficacité de la pilule du lendemain, ainsi que de toute l'ambiguïté contenue dans son appellation spécifiquement française.

IV.C.2.b. Une information erronée.

Si Myriam a reçu une mauvaise information concernant les modalités d'utilisation du plan B et en a eu un usage n'en assurant pas sa plus grande efficacité, Lucie ne l'emploie pas avant son avortement, n'ayant pas été informée de la possibilité pour elle d'y avoir recours.

Bien qu'ayant identifié une rupture du préservatif au moment d'une relation sexuelle avec le partenaire dont elle tombe enceinte, Lucie n'envisage pas quant à elle de prendre la pilule du lendemain en raison de sa composition puisqu'elle ne doit pas prendre d'hormones :

> Je n'ai pas pris la pilule du lendemain, mais je pensais que je ne pouvais pas la prendre. Mais après, il s'est avéré avec la nouvelle gynéco, elle m'a dit que cela n'avait rien à voir avec la pilule normale parce qu'il n'y avait pas les mêmes hormones dans la pilule du lendemain […] je pensais que la pilule du lendemain était encore pire que la pilule normale pour mon problème de coagulation et puis je m'étais dit prendre le risque de me faire un caillot, d'avoir un caillot dans le cerveau ou dans les poumons, non je n'ai pas envie.

L'exemple de Lucie à qui, comme on l'a signalé plus haut, on a diagnostiqué une mutation du facteur V et pour laquelle la contraception hormonale (oestro-progestative) régulière est déconseillée montre les insuffisances du système médical français et son incapacité à fournir aux femmes une information exacte et précise quant à la contraception d'urgence. Au-delà

de ce constat, il est intéressant de noter que face à cette situation, pensée alors comme une impasse, l'évaluation de la situation que fait Lucie la conduit à minimiser les risques : « *Dans ma tête, c'était un peu comme tout le monde : ça arrive qu'aux autres et puis là, en l'occurrence, ça s'est passé, j'étais en fin de cycle, donc j'étais pas censée être fécondable… le préservatif a craqué et puis ben du coup je me suis dit… Pff* ». Au-delà de ces éléments, elle témoigne de sa représentation négative de ce mode de contrôle des naissances, qui semble commune à la plupart des enquêtées.

IV.C.3. La mauvaise réputation de la contraception d'urgence.

Le faible recours à la contraception d'urgence pour éviter une grossesse notée dans l'enquête ne signifie pas pour autant que l'ensemble des femmes interrogées n'y ait pas eu recours précédemment. Certaines en rendent compte et justifient leur non utilisation dernière par de mauvaises expériences antérieures.

Déborah explique pourquoi elle n'a pas usé de la pilule du lendemain par deux fois bien qu'ayant eu des rapports non protégés : « *je l'ai déjà fait une fois …et je sais que ce n'est pas très bon…Et du coup, j'ai préféré prendre le risque* ». De même, CARINE souligne : *« la pilule du lendemain, je l'ai déjà prise. C'est extrêmement fort parce que ça rend acide à l'intérieur de toi et puis ce n'est vraiment pas bon* ». Enfin, si pour la plupart des enquêtées la pilule du lendemain est mauvaise pour la santé, ou particulièrement nocive pour la fertilité future, HANANI témoigne de ce schème un peu particulier :

> je me sens coupable quand je prends la pilule du lendemain parce que j'amoindris encore mes chances de tomber enceinte. Dans ma tête, c'est comme… J'ai 100 % de chance de tomber enceinte, je suis rendue à 80 parce que je me suis faite avorter. J'ai pris la pilule du lendemain, je suis rendue à 70. Je l'ai prise deux fois 60. Pour moi, dans ma tête, ça descend et si un jour j'apprends que je ne peux pas avoir d'enfants, c'est sûrement la pire des nouvelles que tu peux m'annoncer.

Tout en ayant conscience de l'inexactitude probable de cette croyance, HANANI souligne à travers ses propos la conjonction de la pilule du lendemain et de l'avortement au sein du groupe des « mauvaises » pratiques, et du caractère nuisible qu'elle associe à ces deux modes de contrôle des naissances. Bien que réunies au sein d'un même ensemble, ces deux techniques sont, pour HANANI, hiérarchisées. La pilule du lendemain est perçue comme nuisible pour sa fertilité (*a contrario* de la pilule ou de l'ensemble des moyens de contraception). Cependant, elle aurait un moindre impact sur son potentiel procréatif que l'avortement. Tandis que les moyens de contraception employés en amont de la relation sexuelle sont perçus comme sans impact sur sa fertilité, les différents modes de contrôle des

naissances utilisés en aval du rapport sexuel sont perçus comme d'autant plus « destructeurs » de son potentiel procréatif qu'ils sont utilisés dans un laps de temps important après la relation sexuelle. Si elle a pris le « plan B », ce n'est qu'après son avortement. Comme nous le verrons par la suite, HANANI ne se pensait pas fécondable au moment du rapport sexuel puisqu'ayant ses menstruations.

IV.C.4. Accessibilité de la contraception d'urgence et évaluation du risque de grossesse.

Au-delà d'un jugement négatif de la méthode qui explique le faible recours à la contraception d'urgence, l'enquête montre également que cette technique n'est pas toujours accessible. MARIE-ANDREE est en Roumanie au moment où elle a un rapport à risque non protégé : « *on était dans un pays où on parlait pas la langue […] c'était vraiment pas facile d'aller trouver quelqu'un qui parlait français […] c'était mon premier jour en Roumanie, trouver quelqu'un et lui demander : "Est-ce que vous auriez un plan B, une pilule du lendemain?"* [rire] ». Face à cette difficulté apparente, MARIE-ANDREE relativise le risque de grossesse : « *Je pense peut-être que je panique pour rien* ». Alors plutôt que de tenter de se procurer une contraception d'urgence, elle adopte une attitude passive : « *j'attends de voir… les probabilités que cela arrive sont quand même relativement faibles, et ça s'est arrêté là* ». MARIE-ANDREE, face aux difficultés que représentaient selon elle se procurer ce médicament, minimise le risque de grossesse lié à la relation sexuelle non protégée pourtant jugée à risque.

De même, Isabelle, évoquée précédemment, rend compte de la manière dont est prise en compte la question de l'accessibilité dans l'évaluation du risque de grossesse lié à un rapport non protégé. Ayant arrêté la pilule du fait d'une baisse de la fréquence à laquelle elle a des rapports sexuels avec son partenaire, elle n'a pas prévu l'effet des vacances sur ce rythme et l'insuffisance de leurs moyens préventifs: « *on était en vacances, et puis là, on a eu un rapport sexuel et puis je le sentais qu'il s'était pas retiré, qu'il n'avait pas fait attention* ». La première réaction d'Isabelle est la suivante : « *Il fallait que je prenne une pilule du lendemain* ». Pourtant elle ne cherchera pas à se la procurer : « *c'était dimanche, on était dans le Massif Central, c'était le truc super galère, donc du coup, j'ai laissé tomber* ». Tout comme MARIE-ANDREE face aux difficultés d'accès de la contraception d'urgence, elle relativise le risque en se basant sur une méthode du calendrier très approximative : « *je venais d'avoir mes règles ou j'allais les avoir, et puis de toute façon, il s'était quand même retiré* ». Bien qu'à moitié confiante, elle essaye de se rassurer. Alors qu'elle a identifié dans un premier temps un rapport nécessitant la prise d'une pilule du

lendemain, tout comme MARIE-ANDREE, Isabelle réévalue finalement à la baisse ce risque face aux difficultés d'accès au plan B identifiées.

À travers ces témoignages, se donne à voir la difficulté pour les femmes d'évaluer le risque de grossesse et la manière dont cette évaluation s'articule avec d'autres facteurs extérieurs, ici l'accessibilité d'une contraception d'urgence. Comme le signale MARIE-ANDREE les femmes s'appuient bien souvent sur la date de leurs dernières règles pour évaluer le risque que le rapport sexuel puisse conduire à une grossesse, lorsque celui-ci était mal ou non protégé.

IV.D. Méthodes « naturelles » et absence de contraception : fécondité et fertilité en question.

Pour environ la moitié des enquêtées, la grossesse avortée survient suite à un rapport non protégé mécaniquement ou médicalement, n'ayant pas été suivi de la prise d'une contraception d'urgence. Si ces situations sont bien souvent assimilées à des manifestations d'un recours à une forme de pensée magique, elles donnent à voir une pluralité de situations, plaçant les questions de la fertilité et de la fécondité au cœur des préoccupations et évaluations des femmes.

IV.D.1. Des périodes pensées comme naturellement infécondes.

En effet, les témoignages des femmes donnent à voir la manière dont elles pensent leur potentiel procréatif au travers du temps et, notamment, le caractère infécond de leur corps en fonction de manifestations extérieures de leur cycle.

IV.D.1.a. L'absence de règles pensée comme indice d'infécondité en période post-partum.

Le cas le plus classique, bien connu des obstétriciens est la grossesse qui survient alors que la femme se croit protégée par l'allaitement. Julienne tombe enceinte alors que sa fille a 8 mois. Elle ne se pensait pas « à risque » étant donné qu'elle allaitait :

> c'est étrange, **parce que pendant la grossesse et pendant l'allaitement, tu n'as plus tes règles.** Donc, pendant un an et demi, j'avais pris l'habitude de…. que ça ne revienne pas. **J'étais sur un espèce de rythme, complètement différent, qui est d'ailleurs très agréable, un temps de repos à ce niveau-là, c'est plutôt pas mal.**

Elle reconnaît avoir baissé son niveau de vigilance et relâché son attention (sans d'ailleurs questionner celle de son partenaire), alors même qu'elle était consciente des risques encourus, même avant le retour de couches. Plus ou moins inconsciemment, l'aménorrhée

suivant l'accouchement est assimilée par Julienne à une période de non fécondité, d'autant plus qu'elle allaitait. Toutefois, cette méthode de contraception naturelle (dite MAMA[62]) n'est considérée efficace que les six premiers mois après l'accouchement et sous condition d'un allaitement maternel exclusif toutes les six heures et de l'absence de règles. Bien que n'employant pas explicitement cette méthode, le comportement de Julienne témoigne d'une forme d'empirie à laquelle les femmes ont recours pour penser leurs périodes de fécondité, soit que l'absence de menstruations est pensée comme l'indicateur d'une infécondabilité temporaire.

Il est intéressant de remarquer qu'à travers son propos, Julienne définit cette période comme un temps de « repos ». En effet, bien qu'impliquée dans un tout autre travail de type re·productif, elle la perçoit comme une pause dans son travail contraceptif quotidien, pause plutôt agréable, soulignant ici la charge mentale et l'investissement que nécessitent pour les femmes la maîtrise quotidienne de leur fertilité. Aussi, l'expérience de Julienne met en évidence la difficile articulation de différentes séquences du travail re·productif : allaitement tout d'abord, élevage ensuite ET contraception enfin.

IV.D.1.b. La sexualité pendant les règles : le mythe de l'impossible fécondation.

Si Julienne se pense protégée par son absence de menstruations, pour certaines des enquêtées, c'est justement leur présence qui est pensée comme une preuve de leur infécondabilité. Ainsi, HANANI qui tombe enceinte à 18 ans suite à ses premiers rapports sexuels, explique les conditions dans lesquelles cette grossesse survient :

> J'avais mes règles. Je ne me suis pas protégée parce que pour moi c'était inévitable que si j'avais mes règles, je ne pouvais pas tomber enceinte. **Pour moi, c'était comme *OBVIOUS* que si j'ai mes règles, je ne peux pas tomber enceinte** *[rire]*. Quand j'ai appris que j'étais enceinte. J'ai dit : "Ce n'est pas possible ! Oui ? Mais ce n'est pas possible !"

De même, JOSIANE revient sur la manière dont elle se contraceptait avant son avortement : « *ça m'est arrivé de ne pas utiliser de préservatif parce que honnêtement, quand j'avais mes règles mettons… Mais pas très souvent et puis jamais avec des gens que je ne connaissais pas… mais en couple depuis longtemps,* ***pendant mes règles*** ».

Ainsi, pour HANANI comme pour JOSIANE, et comme nous allons le voir pour l'ensemble des femmes qui utilise la méthode du calendrier, la durée des règles est identifiée comme une période inféconde. Cette perception limitée – et inexacte – des risques de

[62] MAMA : Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée.

grossesse est très fréquente. Elle rend compte, bien souvent, de la manière dont les jeunes filles ont été informées sur le fonctionnement de leur cycle menstruel. Ainsi, la focalisation sur la période d'ovulation autour du quatorzième jour après le début des règles (bien souvent enseignée durant leur jeunesse) limite leur manière de penser le risque de grossesse en cas d'échec de contraception et, d'une façon plus globale, de gérer de manière « naturelle » leur sexualité.

IV.D.1.c. La difficile remise en question d'un moyen de contraception peu fiable : la méthode du calendrier.

Bien que la méthode Ogino soit une méthode peu fiable ayant conduit à la naissances de nombreux enfants lorsque la contraception était peu développée et peu accessible et l'avortement interdit, elle demeure employée par certaines femmes comme une méthode de contrôle des naissances. Sept avortées usaient de ce qu'on appelle traditionnellement « la méthode du calendrier », qui combine plusieurs approches : de l'abstention à certaines dates, du port du condom ou de l'usage du retrait si les rapports sexuels ont lieu pendant « les jours à risque » à des méthodes plus élaborées telles que la méthode sympto-thermique qui combine observation de la glaire et courbe de températures.

CARINE, comme on l'a vu précédemment, a conscience du risque de grossesse au moment où survient le rapport fécondant et, d'ailleurs, elle informe son partenaire, lors du rapport sexuel, qu'elle est dans une période à risque. Malgré la grossesse, elle ne remet pas en question l'efficacité de sa méthode de contraception et pense simplement qu'ils avaient tout deux conscience du risque de grossesse puisqu'ayant un rapport dans une période identifiée « à risque » : « *J'utilise depuis toujours la méthode du calendrier de façon vraiment très précise… Puis, ça a toujours fonctionné. Et puis là ça n'a pas failli à ce moment-là… Je l'ai laissée faillir*». En relations homosexuelles jusqu'à la rencontre du partenaire dont elle avorte à 20 ans, elle continue d'user de cette méthode après l'avortement dès lors qu'elle est en relation stable avec un homme (soit de ses 22 à 25 ans), puisque selon elle cette grossesse n'est pas due à un échec de sa méthode, mais bien à un problème de communication au moment du rapport fécondant. Comme nous l'avons vu précédemment, CARINE pensait que, tout comme elle, son partenaire serait prêt à assumer une grossesse des suites d'un rapport non protégé dans une période pensée particulièrement féconde.

Jenny, en couple depuis plus de trois ans et demi, emploie depuis un an, après avoir pris la pilule, la méthode du calendrier avec son conjoint, ce qui implique des temps d'abstinence durant les périodes autour de son ovulation. Elle pensait bien maitriser la

méthode : « *mon cycle était quand même régulier, donc je savais exactement quand j'avais mes ovulations, je savais quand mes règles devaient arriver* ». Cependant, comme CARINE, elle identifie aisément le rapport ayant conduit à sa grossesse ; elle se savait alors dans une période à risque, mais la situation l'a conduite à ignorer ce risque :

> je sais exactement la fois où je suis tombée enceinte On a eu une grande dispute, en fait *[rires]* mais qui s'est terminée avec…[…] en faisant l'amour. Et c'était en pleine ovulation pour moi, mais ce n'était pas du tout dans ma tête, donc je n'ai pas du tout fait attention.

Jenny voit dans cette grossesse un échec lié aux circonstances et non le résultat d'une méthode inefficace. En effet, cette dispute s'est amorcée lorsqu'ils ont commencé à parler de leur couple et de son avenir. L'éventualité d'une rupture a relégué, pour Jenny, la question de la contraception en arrière-plan.

CAMILLE tombe enceinte alors qu'elle employait une combinaison de la méthode du calendrier avec la cape cervicale durant les périodes qu'elle identifiait à risque. En relation avec son partenaire depuis quelques mois, elle opte pour cette méthode du fait de l'impossibilité pour son partenaire de porter des préservatifs, méthode qu'elle avait employée avec ses précédents partenaires. Mais elle explique cette grossesse par **« *un dérèglement de son cycle* »** et non pas une erreur de calcul. Ainsi, elle ne remet pas en question sa méthode de contraception, mais souligne l'inadéquation de celle-ci à un moment où son cycle n'a plus la même régularité. Après son avortement, comme Jennny, elle optera pour la pilule contraceptive.

Soulignons que si la méthode du calendrier est explicitement mentionnée comme la méthode de contraception utilisée au moment du rapport fécondant ayant conduit à un avortement, pour certaines elle continue néanmoins à être considérée comme une méthode efficace pour prévenir une grossesse, tandis que d'autres se montrent plus ambivalentes dans la mesure où elles avaient conscience des risques auxquels les exposait le recours à cette méthode. C'est notamment le cas de JUDITH qui n'hésite pas à reconnaître :

> Oh, ce n'était pas intelligent On jouait un peu inconsciemment… enfin, pas inconsciemment… **On jouait un peu avec une possibilité qui était là**… puis **je croyais quand même assez bien connaître mon cycle menstruel pour savoir à quel moment c'était plus sécuritaire d'avoir des relations non protégées**.

Nombreuses sont donc les informatrices à témoigner d'un travail d'évaluation du risque de grossesse basé sur les indices extérieurs tels que les règles – mais aussi la température et l'observation de la glaire – articulées à des connaissances théoriques relatives sur le cycle menstruel et sur la phase d'ovulation. Si la plupart modifient leurs pratiques

contraceptives à la suite d'un premier avortement et optent pour des méthodes barrières ou médicales considérées comme plus efficaces, quelques-unes continuent encore à utiliser la méthode du calendrier qu'elles considèrent encore comme une méthode de contraception valable. ANDREANNE, longuement évoquée dans le chapitre III, l'emploie encore malgré deux avortements, considérant que c'est son manque de rigueur dans le travail lié à cette méthode qui l'a conduite à ces échecs et non la méthode elle-même.

Pour d'autres, l'efficacité de la méthode est prouvée par l'absence de grossesse pendant plusieurs années. Cela les conduit à ne pas la remettre en question comme c'est le cas pour CARINE ou REBECCA. Enfin, si la méthode du calendrier est clairement mentionnée comme méthode de contraception par certaines enquêtées, le décompte des jours depuis les dernières menstruations pèse aussi dans l'évaluation faite par les femmes du risque de grossesse lors d'un rapport non protégé.

IV.D.2. Se penser inféconde ou infertile : du doute raisonnable à la « pensée magique ».

Certaines informatrices justifient l'absence de précaution prise pour éviter une grossesse par la non conscience ou une minimisation du risque de grossesse au moment du rapport fécondant. Si l'échec contraceptif est bien souvent associé à la représentation péjorative et infantilisante du recours par les femmes à une forme de « pensée magique », selon laquelle les femmes se penseraient « invulnérables », l'analyse des entretiens souligne une multitude de situations dans lesquelles les femmes tendent à penser le risque de grossesse faible.

IV.D.2.a. Une infertilité insinuée par le corps médical.

Cette absence de conscience du risque est parfois induite par un tiers. Ainsi, Hélène, qui utilisait avec son partenaire le préservatif comme moyen de contraception (ayant eu un AVC à 18 ans, elle ne pouvait en aucun cas utiliser la contraception hormonale), modifie son comportement et devient moins vigilante quant à l'usage du préservatif suite à un rendez-vous médical. Ayant des problèmes d'acné, Hélène se rend chez un endocrinologue qui lui diagnostique des ovaires polykystiques : « *cet endocrinologue […] a eu une phrase, comme quoi j'aurai sans doute du mal à avoir un enfant, que ce serait plus compliqué pour moi, que sans doute j'aurai besoin d'un petit traitement pour tomber enceinte* ». Pour Hélène, alors âgée de 21 ans, c'est un choc : « *ça m'a fait un petit coup qu'il m'annonce ça comme ça* ». Suite au commentaire de l'endocrinologue qui lui laissait croire qu'elle aurait de la difficulté à tomber enceinte sans aide, elle modifie son comportement contraceptif : « *du coup assez*

inconsciemment […] mais de façon totalement inconsciente sans que je décide moi-même, on a pris des risques, donc on a pas forcément utilisé le préservatif ». Car, à partir de cette rencontre médicale, Hélène se pense moins féconde : « *je me suis vraiment dit que j'avais moins de chance ou moins de risque que les autres de tomber enceinte* ». En réalité, « *il a suffi d'une fois pour qu['elle] tombe enceinte* ». Cette grossesse pour Hélène est un événement totalement inattendu qui ne survient pas au bon moment pour elle, mais qui la rassure toutefois sur son potentiel procréatif.

IV.D.2.b. Un corps malade pensé infécond.

CLAUDINE, quant à elle, gravement malade depuis un peu plus de deux ans, est en voie de guérison quand elle tombe enceinte. Elle considère qu'elle et son conjoint ont été négligents avec le préservatif, négligence qu'elle minimise toutefois tant elle était fermement convaincue de ne courir aucun risque :

> Non, je me disais, il n'y a aucune chance. **J'étais trop malade. Mon corps ne sera pas capable d'engendrer. Dans ma tête, il n'y a presque aucune chance parce que mon corps, il est tout déréglé et il doit mettre son énergie à la guérison, pas à la création.**

Cette certitude de ne pas risquer de tomber enceinte n'a même pas été ébranlée par le fait d'avoir fait une fausse-couche peu de temps avant. Au contraire, cet avortement spontané lui donne la preuve que son corps n'est pas apte à la grossesse et renforce la représentation qu'elle a de son corps malade et de son faible potentiel procréatif : « ***Si [...] tu as avorté naturellement, c'est que ton corps n'est pas prêt à être capable*** ». Il est intéressant de souligner ici l'interprétation faite de la fausse-couche. Bien qu'étant un épisode ordinaire de la vie reproductive des femmes, puisqu'achevant environ 15% des grossesses décelées (Léridon, 2010), cet événement conforte CLAUDINE dans la perception de son corps malade, donc inapte à la procréation. Cet épisode questionne l'impact du tabou qui pèse aujourd'hui sur les fausses-couches.

IV.D.2.c. Déconstruire la « pensée magique » : prise de risque et infertilité supposée.

Plus classiquement cependant, certaines des enquêtées ne se sont pas protégées parce qu'elles n'ont pas intégré les normes contraceptives. Charlotte a 18 ans lorsqu'elle tombe enceinte. Sa grossesse survient à la suite de rapports non protégés avec un partenaire qu'elle fréquente depuis quelques semaines. Charlotte souligne qu'elle « *étai[t] très inconsciente, très irresponsable à cette période-là* ». Elle se juge rétrospectivement plutôt

irresponsable : « *je n'avais absolument pas peur ni des maladies, ni de la mort ni de rien…[…] Dans ma tête, c'était une option possible de coucher sans capote* ».

MATHILDE, contrairement à Charlotte, connaît les normes sociales en matière de sexualité, cependant elle se distance et même rejette temporairement la responsabilité contraceptive, comme toute autre forme de devoir. Elle s'est contraceptée scrupuleusement durant sa jeunesse et a arrêté la pilule après s'être séparée de son partenaire. Cependant, lorsqu'elle engage une relation avec un nouveau partenaire, elle semble ne plus guère se soucier du risque de grossesse et le reconnaît aujourd'hui. Ainsi, lorsque nous lui demandons si elle avait conscience du risque au moment où survient la grossesse avortée, elle répond :

> **Dans l'état où j'étais… en consommation : non. Je n'étais pas très responsable,** tu sais. Je n'étais pas trop sur la planète. Je n'avais pas toute ma tête. Les journées filaient… tu ne te rends pas compte trop de ce qui se passe. Ce n'était pas une très bonne période là. Donc à ce niveau-là, non, **je n'avais pas conscience de… Je le savais, mais c'est comme si dans le fond il n'y a rien qui te dérange, il n' y a rien qui est grave, il n'y a rien qui est dramatique… un genre de pas conscience**.

À cette époque, MATHILDE a 23 ans et vient d'arrêter ses études de BACCALAUREAT en littérature. Bien qu'inscrite dans une école privée de cinéma et ayant un emploi à temps partiel (elle est alors assistante technique dans un laboratoire), elle fait surtout la fête et consomme de manière régulière des drogues avec son partenaire. Lui est de quatorze ans son aîné et semble travailler dans la construction, mais de manière occasionnelle. Aujourd'hui, elle pose un regard critique sur cette relation qu'elle qualifie ainsi : « *un couple qui n'avait aucun bon sens* ». Cette période de sa vie semble avoir fortement influencé la suite de son cheminement universitaire, puisque lorsque nous la rencontrons elle a achevé un BACCALAUREAT en travail social, complété un certificat en intervention jeunesse et poursuit une formation pour obtenir un certificat en toxicomanie.

Ces deux enquêtées avaient conscience du risque de grossesse. Bien que ne souhaitant pas avoir d'enfant, tomber enceinte – et donc devoir avorter – n'était pas perçu comme un événement grave tel que la société le définit. Toutes deux étaient alors dans une période de leur vie marquée par des difficultés, accordaient peu d'importance à leur santé ou à quelque norme contraceptive donnée.

Mais là ne sont pas les seules situations où le risque de grossesse est pour partie nié. C'est le cas notamment de RACHEL :

> J 'ai eu une relation sexuelle à un moment où j'aurai pas du en avoir une… En fait, j'utilisais… j'utilise la méthode du calendrier mais aussi avec les condoms, et

> ce soir là, la fois, où j'ai eu cette relation sexuelle là, j'aurai du mettre un condom et puis en fait, j'ai pas dit : "Il faudrait mettre un condom"[…] Et puis le lendemain, je n'ai pas pensé utiliser la pilule du lendemain, ou je n'ai pas pris ça suffisamment au sérieux. **Mais en fait, c'est un peu comme l'idée de se dire, je ne suis pas encore tombée enceinte. Peut-être que ça ne peut pas m'arriver de tomber enceinte ? Peut-être que je suis infertile de toute façon ?** Des fois, il y a des pensées comme ça que j'ai déjà eu un peu, mais maintenant je sais bien que c'est rien de rationnel…

Pour RACHEL, cette croyance en une possible stérilité s'ancre dans son expérience. En effet, si les femmes enquêtées ont pour caractéristique d'avoir avorté et donc pour certaines pris un risque en matière de contraception (oubli de pilule, emploi non « rigoureux » du préservatif, usage du retrait, rapport non protégé), pour sa part, elle se fie à des expériences antérieures pour croire en ses chances d'éviter une grossesse. C'est aussi le cas de JOSEPHINE qui, à la suite de nombreuses prises de risques, ne s'était jamais retrouvée enceinte :

> Je pense que ce qui est arrivé aussi à ce moment là, c'est qu'on n'avait été pas très prudents pendant relativement longtemps, et puis il était rien arrivé vraiment. Donc même si je savais, que c'était vraiment pas une bonne idée… je pense que peut-être inconsciemment je voulais tester ma fertilité quelque chose comme ça… JAMAIS j'aurais formulé ce désir-là, réellement, ce n'est vraiment pas ça le point là… Mais si je suis vraiment honnête avec moi… peut-être que ça avait rapport.

Si JOSEPHINE est représentative de ces femmes qui ont évité de tomber enceinte sans se soucier de contraception, son témoignage, au-delà de cette première observation, donne à voir un questionnement latent chez plusieurs femmes quant à leur potentiel procréatif.

IV.D.3. Prendre des risques pour tester sa fertilité.

Les recherches sur les difficultés d'une bonne observance de la pratique contraceptive évoquent les difficultés que rencontrent les femmes qui doutent, à un moment ou un autre de leur trajectoire, de leurs capacités procréatives. Ainsi, si Isabelle, comme nous l'avons vu, minimise le risque de grossesse à la suite à rapport non protégé avec son partenaire en raison de la difficulté à avoir accès à une contraception d'urgence, elle souligne, après coup, qu'un autre élément est peut-être intervenu de manière plus ou moins inconsciente dans sa décision à ne pas recourir à la pilule du lendemain : « *on se teste… Finalement, il y a toujours un peu ce truc qui plane, à savoir si on est stérile, qu'on se dit que ça ne peut pas nous arriver* ». Bien qu'elle fait sienne cette grille de lecture aujourd'hui, cette dernière lui a été proposée lors de la rencontre collective au Planning familial juste avant l'avortement. Mais, si pour Isabelle il s'agit d'une identification/interprétation *a*

posteriori des motivations qui l'ont menée à ne pas agir après le rapport identifié à risque, pour REBECCA il apparaît clairement que ce questionnement était central dans la survenue de la grossesse qu'elle avorte.

REBECCA nous confie avoir dissimulé sciemment à son partenaire qu'elle ne prenait pas la pilule et a pris le risque d'une grossesse. Alors impliquée à SOS grossesse (une plate-forme téléphonique offrant de l'information aux femmes en situation de grossesse non prévue), elle rend compte en ces termes du questionnement qui a motivé son action : *« je pense que je commençais à me dire que peut-être j'étais infertile. Dans le fond, je voulais vérifier ça !* ». Et, pour REBECCA, ne pas se protéger était le moyen le plus simple pour s'en assurer. Tout en soulignant la centralité de cette question pour de nombreuses femmes – *« après j'en ai parlé avec d'autres femmes : c'est vraiment fou, c'est vraiment un questionnement qui est partagé par plusieurs de mes copines. Est-ce que je peux, encore aujourd'hui ? » « c'est un questionnement qui est comme au centre de l'expérience d'être femme »* – elle révèle la place centrale qu'occupe la maternité dans la définition de l'identité des femmes.

Certes, aujourd'hui, justement grâce à la contraception et à l'avortement, les femmes ne sont plus exclusivement définies socialement à travers leur rôle de mère, mais il n'en demeure pas moins que celui-ci prédomine normativement dans le rapport qu'elles entretiennent avec la « liberté » que leur accorde la contraception et la façon dont elles parviennent « à penser et à vivre leur double identité de mères-travailleuses » (Descarries et Corbeil, 1998). Et lorsque certaines éprouvent des difficultés à concevoir un enfant, elles se questionnent sur leur potentiel procréatif, comme l'illustre l'exemple donné par REBECCA : « *J'ai une amie qui a payé 600 piastres pour faire un test dans une clinique de fertilité pour voir si ses trompes étaient bouchées ou je sais pas quelle histoire, parce qu'elle a eu plein de situations à risques et puis elle est jamais tombée enceinte*». Pour REBECCA, avoir un rapport non protégé était la façon la plus simple et la plus économique de s'en assurer.

Si le développement et la diffusion de la contraception moderne ainsi que l'accès à l'avortement ont permis aux femmes de dissocier sexualité et procréation, et de choisir de ne pas avoir d'enfant si elles ne le souhaitaient pas, la démarche de REBECCA donne à voir l'un des pans peu explorés de la norme procréative : au-delà du choix de ne pas avoir un enfant, c'est ici la possibilité d'en avoir lorsqu'elle le souhaite qui est questionnée. Si la contraception moderne permet aux femmes de planifier des périodes de non fécondabilité, elle agit comme un voile sur la fertilité des couples (Delaisi de Parseval, 1999) et suscite de nombreux questionnements sur ce potentiel leur permettant de devenir mère biologiquement.

L'attitude de REBECCA pointe un mécanisme remarquable des normes sociales en matière de contrôle des naissances dans nos sociétés : on part du principe que la fertilité est un potentiel universel (en particuliers des femmes), et qu'à ce titre il faut l'anticiper. Certains propos permettent toutefois de penser que la mauvaise observance contraceptive peut être aussi l'expression d'une lassitude des femmes de travailler pour se prémunir d'un risque de grossesse « désincarné ».

Conclusion.

Tout au long de ce chapitre, se donne à voir la division sexuée du travail contraceptif qui, comme nous le verrons par la suite, se reproduit lorsqu'il est question de travail abortif. Ainsi, le contrôle des naissances impose aux femmes, même lorsque la contraception est dite masculine, un ensemble de tâches qu'elles se doivent d'articuler avec les autres activités dans lesquelles elles sont impliquées. Pourtant, comme nous venons de le montrer, il est des contextes et des situations où les femmes peuvent difficilement assurer l'ensemble de ces tâches qui leur est majoritairement délégué. Aussi, se donnent à voir des questionnements et des résistances quant à la contraception hormonale, signifiant le refus de certaines femmes à endosser seule la responsabilité contraceptive, mais aussi les risques présupposés de ce mode de régulation des naissances sur leur santé et leur potentiel procréatif. Car, si les Françaises et les Québécoises ont aujourd'hui les moyens de choisir de ne pas avoir d'enfant lorsqu'elles ne le souhaitent pas, elles se questionnent dorénavant sur la possibilité de pouvoir faire un enfant quand elles le voudront. Ainsi, bien que la contraception ait permis aux femmes de planifier et d'organiser le calendrier de leur fécondité, il n'en demeure pas moins que la maternité est, pour la très grande majorité d'entre elles, un élément central dans leur vie, ce qui sera confirmé par de nombreux témoignages au chapitre V. L'analyse des témoignages a également permis de montrer différents éléments susceptibles d'amener certaines femmes à sous-évaluer le risque de grossesse suite à un rapport de type fécondant non protégé, révélant l'importance de favoriser une meilleure accessibilité à une contraception d'urgence et à outiller les femmes pour les aider à mieux contrôler leur fécondabilité au moment d'un rapport sexuel, pour découvrir et comprendre leur fertilité.

Pourtant, continuer d' « outiller » les femmes, c'est reconduire la division sexuée du travail contraceptif. Car ce que révèlent les propos des enquêtées, c'est bien le développement asymétrique des moyens de contraception et la socialisation genrée au travail contraceptif, et plus largement, re·productif.

TROISIEME PARTIE : Les cadres sociaux de la production des enfants et de son refus.

Chapitre V : Interrompre une grossesse : une décision sous influence ?

Introduction.

Dans les deux sociétés étudiées, selon la loi, la décision de l'avortement revient exclusivement à la femme. Cette reconnaissance a été longue à aboutir. En France, par exemple, si la législation semble accorder aux femmes un droit qu'elles réclamaient, l'analyse historique montre que c'est en raison du refus du corps médical de prendre la responsabilité de la décision que la loi a finalement opté pour la volonté seule de la femme. Quant aux motifs, ce sont aussi les difficultés et les discussions quasiment byzantines pour parvenir à une liste de « motifs justifiant le recours à l'avortement » qui ont conduit à l'élaboration de la « situation de détresse », situation dont seule la femme était juge. La loi Veil prévoyait une procédure particulièrement codifiée, notamment un entretien psycho-social, dont la nature dissuasive a été mise en évidence par la littérature scientifique (Devreux, 1981, 1982 ; Divay, 2003, 2004), ainsi qu'un délai de réflexion de sept jours. Le texte initial signalait cependant : « *Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre* ». Si un doute pouvait subsister sur la place du partenaire dans la décision finale, l'arrêt Lahache (31 octobre 1980) a tranché : seule la femme peut évaluer sa situation de « détresse », lui permettant d'accéder à un avortement.

Certes, peu à peu, le dispositif s'est allégé : en 2001, l'entretien psycho-social est devenu facultatif pour les femmes majeures en même temps que le seuil limite de prise en charge était allongé de dix à douze semaines de grossesse. Mais ce n'est que très récemment qu'est supprimée du texte de la loi la référence à cette « *situation de détresse* ». En effet, la loi n° 2014-873 du 4 août 2014, affirme que « *la femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse* » sans autre justification que sa volonté. La femme est donc libre de sa décision, qu'elle soit majeure ou mineure (bien que, pour cette dernière, l'aide d'une personne ressource est encore jugée nécessaire). Enfin, il faut attendre le 9 avril 2015 pour que disparaisse des textes le délai de réflexion obligatoire de sept jours entre la demande et la confirmation écrite de la femme (qui pouvait malgré tout être réduit à deux jours s'il y avait risque de dépasser la limite légale des dix puis des douze semaines de grossesse).

Au Canada et donc au Québec, depuis le jugement Morgentaler en 1988, la situation est beaucoup plus simple : l'avortement est autorisé sans limite légale et sans condition, sur simple demande de la femme. Comme en France, si une ambiguïté est demeurée un temps

quant à la question de la place du partenaire dans la décision d'avortement, les juges ont tranché en 1989, avec l'affaire Daigle contre Tremblay. Depuis, seule la femme décide si elle souhaite interrompre une grossesse.

Donc, dans ces deux sociétés, la décision revient exclusivement à la femme enceinte, alors qu'elle implique d'autres personnes, et tout particulièrement le partenaire. De plus, si le choix de l'IVG revient à la femme seule, il s'inscrit dans un cadre normatif qui dépasse largement l'existence ou non d'une procédure élaborée, comme le signale la généralisation du modèle de la famille réduite. Seule une analyse rigoureuse des modalités de la prise de décision est à même de révéler les cadres sociaux de l'autonomie des femmes en matière de procréation. Ainsi, nous souhaitons à travers ce chapitre donner à voir l'ensemble des normes sociales au sein desquelles les femmes prennent la décision d'interrompre une grossesse.

Nous rendons compte ici, à partir de l'analyse des modalités de la construction de la décision d'IVG et de son vécu, des éléments invoqués pour expliquer le recours à l'avortement, mais aussi de ceux qui agissent sur le niveau de complexité du processus décisionnel (de l'évidence à l'hésitation) et sur la charge émotionnelle qui lui est rattachée (une décision aisée et facile, parfois empreinte de culpabilité versus un choix douloureux voire dramatique). Si l'analyse des motifs justifiant le recours à l'avortement permet de révéler la prégnance des normes procréatives (le bon âge, l'existence potentielle d'un couple parental, des conditions matérielles suffisantes et une situation professionnelle stable) sur les choix des femmes en matière de (non)procréation, l'examen du processus décisionnel et de son vécu rend compte de la manière dont les femmes pensent et vivent l'articulation des différentes « sphères » de leur vie. Ainsi, l'avortement demeure la seule option envisagée lorsque les femmes sont impliquées dans des tâches concurrentes, et ce d'autant qu'elles sont jeunes et que leur partenariat sexuel est instable. Toutefois, quand elles sont dégagées ou dépourvues d'implications perçues comme « rivales », le choix d'avorter relève d'un processus plus complexe et pouvant leur être éprouvant.

Mais au-delà d'une organisation séquencée des trajectoires des femmes et de leur temps fertile, l'analyse des vécus de la décision IVG révèle certains éléments qui pèsent toujours sur l'usage que font les femmes de leur autonomie procréative. Comme nous le verrons, les valeurs religieuses et/ou morales agissent toujours sur leurs choix et marquent fortement, pour certaines, l'expérience vécue de la décision d'avorter. Recourir à l'IVG peut également, parfois, être un épisode difficile voire déchirant, lorsqu'il signifie une dissonance entre les deux partenaires et tout particulièrement le refus de l'homme d'investir un projet parental porté par la femme. Car si les femmes ont aujourd'hui la possibilité de décider seule

de la poursuite ou de l'arrêt d'une grossesse entamée, les enquêtées témoignent bien de leur difficulté à penser la parentalité en dehors d'une solidarité conjugale et d'un schéma familial socialement défini comme « bon » pour le bien-être d'un enfant.

Enfin, nous achèverons ce chapitre sur quelques récits qui nous permettront d'illustrer le caractère éminemment complexe de la construction de la décision de l'avortement. Car si les femmes envisagent encore rarement aujourd'hui d'être volontairement sans enfant (Debest, 2014 ; 2015 ; Carmel, 1990), se donne à voir chez quelques-unes, toutes québécoises, des modalités originales de se projeter dans la parentalité, questionnant l'articulation entre maternité et (non)procréation.

En préambule à ce chapitre nous avons souhaité souligner un élément particulier ressorti de la comparaison France-Québec, que nous présentons ci-suit au sein d'un encadré :

Encadré 8 : Un apport particulier de la comparaison France-Québec.

La littérature sur l'avortement, notamment la production discursive au moment de la loi Aubry en France, souligne souvent le soi-disant dépassement temporel des délais légaux : certains qui s'opposaient à l'allongement des délais prétendaient même qu'il allait induire un retard dans la prise de décision, et donc l'intervention (qui en deviendrait alors plus risquée). Or toutes les enquêtes (notamment Cocon et Fécond) montrent que les femmes se décident la plupart du temps très vite. En cela, la comparaison France-Québec s'avère tout à fait heuristique : il n'existe pas au Québec de limitation temporelle pour accéder à un avortement. Et les femmes y avortent, pour la très grande majorité, dans une période temporelle qui ne dépasse pas le délai fixé par la loi française. Cela suggère que, même en l'absence de seuil limite, elles construisent leur décision et initient leur démarche pour avoir un avortement rapidement.

Comme nous l'exposons par la suite, l'avortement est, pour la très grande majorité des enquêtées, une décision évidente et rapide. Même lorsqu'elles hésitent, en l'absence d'une menace de non prise en charge au-delà d'un certain seuil du développement de la grossesse, les Québécoises n'attendent pas pour initier les démarches nécessaires pour potentiellement avorter, car elles ont conscience des délais de prise en charge auxquels elles peuvent être confrontées et des risques qu'implique un avortement tardif. Ainsi, les mots de JEANNIE (36 ans, doctorante en anthropologie), qui a avorté trois fois, illustrent bien le raisonnement des femmes au Québec : *« Pour moi, c'est vraiment important, aussitôt que je me sais enceinte, si j'ai un doute, je préfère prendre rendez-vous pour l'avortement. Au pire je l'annulerais ».* Bien qu'hésitante lorsqu'elle tombe enceinte une troisième fois à 28 ans, elle engage des

démarches pour avorter avant même d'avoir arrêté sa décision et d'en parler à son amant. Les femmes ont donc conscience qu'un avortement est d'autant plus simple et sécurisé qu'il est pratiqué dans les débuts de la grossesse.

La seule femme parmi les enquêtées qui avorte au-delà du délai fixé dans la loi française est NOEMIE. Plusieurs raisons expliquent cet avortement à un stade de la grossesse plus avancé. NOEMIE, 22 ans, étudiante en éducation spécialisée se découvre tardivement enceinte. Elle ne s'inquiète pas tout de suite de son retard de règles, étant « *le genre de fille à être menstruée trois fois par année* ». Mais quand elle commence à avoir des « symptômes », elle fait un test de grossesse qui se révèle positif. Elle se rend alors immédiatement à son CLSC, où l'échographie date la grossesse à 13 semaines. Elle retarde l'avortement, ne souhaitant et ne pouvant le faire pendant le temps des fêtes de Noël. En effet, redirigée vers un autre CLSC assurant les avortements à ce stade de la grossesse, elle est contrainte d'attendre la fin des congés pour avoir son intervention.

V.A. Quand le moment n'est pas à la maternité, une décision évidente.

Pour la très grande majorité des femmes enquêtées, la décision de l'avortement est quasi-immédiate. Lorsqu'elles en parlent, c'est avant tout pour conforter leur décision et trouver un soutien dans leurs démarches. Si elles expriment très souvent le besoin de dire cette grossesse, avant même cette mise en mots, leur choix est dans la très grande majorité des cas déjà arrêté. Ainsi, les femmes n'attendent pas de l'autre (partenaire, parent(s) et/ou ami-e) une aide dans la prise de décision, mais cherchent à avoir confirmation de leur appréciation du contexte dans lequel survient cette grossesse et du résultat de leur bilan personnel.

V.A.1. Le temps de la jeunesse et des projets.

La rapidité de la formulation d'un choix assuré est d'autant plus grande que les femmes sont jeunes (17- 25 ans). La maternité n'est pas encore pour elles une question d'actualité. D'ailleurs, elles témoignent bien souvent ne pas avoir envisagé un seul instant poursuivre la grossesse et souhaitent avorter dans les plus brefs délais. En cohérence avec la norme procréative, quand les femmes sont face à une grossesse non prévue alors qu'elles sont jeunes, l'avortement apparaît comme la seule option envisageable, et ce tout particulièrement en France (car, comme nous le verrons, dans notre corpus les quelques jeunes femmes hésitantes sont toutes québécoises). Derrière la jeunesse, c'est un ensemble d'éléments qui s'articulent : une dépendance économique et matérielle aux parents ou une indépendance très fragile, des relations amoureuses et sexuelles instables ou peu investies vécues parfois sur un

mode expérientiel, un sentiment d'immaturité émotionnelle, une projection ou une implication dans des études perçues comme condition *sine qua non* pour penser une autonomie future, la réalisation d'une passion ou/et des projets professionnels (y compris une future maternité heureuse). Si la littérature scientifique a mis en évidence l'importance du contexte relationnel dans lequel survient une grossesse, présentée comme la dimension éminemment structurante de la décision de l'entrée en parentalité ou de son refus, il apparaît que lorsque les femmes sont jeunes, et même lorsqu'existe un couple voire un désir du partenaire de « faire famille », les femmes n'envisagent pas la venue d'un nouvel être si elles jugent ne pas avoir l'âge pour y faire face. La survenue d'une grossesse marque l'ouverture d'une parenthèse qu'elles tenteront de refermer dans les plus brefs délais. Dans la plupart des cas, les femmes pensent l'engagement dans une maternité « précoce » comme le renoncement à leur projet de vie et, avant même d'être confrontées à une grossesse non prévue, savaient déjà pour certaines qu'elles avorteraient face à cette situation. Elles ont conscience qu'une parentalité avant ou pendant les études a un effet très discriminant sur les trajectoires scolaires et universitaires, tout particulièrement pour les femmes (Brown et Jaspard, 1995 ; Gaide, 2014 ; Corbeil, Descarries *et al.,* 2011 ; Charbonneau, 2003 ; Moreau, 2012 ; Tanguay, 2014). À partir des récits des enquêtées les plus jeunes au moment de la survenue de la grossesse, nous donnerons à voir la manière dont s'articulent différentes dimensions pour former l'évidence de leur décision d'IVG.

V.A.1.a. Une passion en suspens.

Les enquêtées les plus jeunes, bien que n'ayant pas une trajectoire étudiante ou professionnelle bien arrêtée, ont souvent développé des centres d'intérêt, voire une passion. Qu'elles soient engagées ou non dans des études, elles se projettent dans l'avenir avec l'espoir de pouvoir un jour en vivre. Habitant encore bien souvent au sein du foyer parental, elles n'ont pas encore acquis leur indépendance économique, et ce même lorsqu'elles ont des emplois. Pour ces femmes, la maternité est perçue comme un frein sur le chemin de leur autonomie et un obstacle à la réalisation d'un projet de vie qui, même lorsqu'il quelque peu flou, semble avoir une ligne directrice. Ainsi, lorsque les femmes tombent enceintes alors qu'elles n'ont pas 20 ans et qu'elles vivent dans un environnement pro-choix, la décision de l'IVG apparaît comme une évidence, la seule option envisageable et envisagée. Bien entendu, ce choix apparaît d'autant plus simple qu'elles ne sont pas dans une relation de couple stable, mais à ce jeune âge il est bien rare qu'elles fréquentent un même partenaire depuis longtemps. À partir des cas de Charlotte et Séline, qui sont enceintes à 18 et 19 ans, nous rendrons

compte de la manière dont les femmes décident d'interrompre une grossesse lorsqu'elles sont jeunes. Ces deux cas nous permettrons de rendre compte du poids de l'environnement familial dans la formulation et le vécu de cette décision. De plus, ils mettront en évidence l'importance des parents dans cette expérience, qui, tout en confortant la décision de la femme, peuvent offrir un soutien, se substituant à un partenaire vacillant ou opposé à l'interruption de la grossesse.

Charlotte est une lycéenne de 18 ans en cours de déscolarisation. Elle vit chez sa mère et son beau-père. Elle a peu de lien avec son père musicien. Tandis que sa mère est professeure de français langue étrangère et fait une carrière politique en tant que maire-adjointe puis attachée parlementaire aux affaires sociales, son beau-père est homme au foyer. Elle a confirmation de sa grossesse alors qu'elle fréquente un barman de quelques années son aîné depuis quelques semaines. Celui-ci apprend la nouvelle en même temps qu'elle, suite aux tests sanguins (dépistages et grossesse) entrepris ensemble.

Quand on lui annonce les résultats, elle réagit par un bilan rapide :

> j'ai 18 ans, **j'ai plein de choses à faire dans ma vie**. Je ne faisais rien cette année-là, mais juste avant **je faisais du théâtre,** […] **j'avais déjà un peu dans la tête le moule, la ligne directrice de ma vie, et ce truc-là, rentrait pas dans ce que j'avais prévu. Ma décision, elle s'est imposée à moi. Je ne me suis même pas posée la question**.

Bien qu'ayant pour partie « décroché » des études, Charlotte sait déjà qu'elle n'envisage pas sa vie sans monter sur les planches ; d'ailleurs, quelques années après, elle intègrera à 21 ans une école de théâtre et créera avec un de ses partenaires sa propre compagnie.

Elle n'éprouve aucune culpabilité, ce qu'elle explique en partie par le positionnement politique et féministe des femmes de sa famille, notamment de sa mère. Ainsi, lorsqu'on lui demande si, pour elle, avorter a été une décision difficile à prendre, elle répond : « *Pas du tout. Vraiment pas. Je viens d'une famille où ce sont des femmes, des femmes-maîtresses, des femmes-hommes. C'est une famille extrêmement matriarcale ».* Elle sait que sa mère a avorté. D'ailleurs celle-ci l'affiche clairement sur les réseaux sociaux : « *j'ai déjà vu sur Facebook, le statut de ma mère, "avortée trois fois, et fière de l'être"* ». Charlotte se situe donc dans la lignée maternelle : « *Pour moi, ce n'était absolument pas difficile à prendre comme décision, parce que j'avais en plus l'impression derrière que je faisais un acte politique et social. J'avais l'impression de participer à une espèce de grande vague, de libération de la femme* ».

Charlotte est l'une des enquêtées les plus jeunes du corpus au moment de la survenue de la grossesse. Si son partenaire est à ses côtés lorsqu'elle apprend la nouvelle, son opinion n'a pas de place dans sa décision. Un peu plus vieux qu'elle, lui est fils unique. Ses parents

ayant connu des difficulté à faire un enfant, il est un peu plus secoué par cette grossesse : « *quand on a appris la nouvelle, il a tenu à aller prendre un verre. […]. Il a commandé trois bières ; une pour lui, une pour moi, une pour le bébé ».* Elle se refuse de penser à cette conception comme un être potentiel et réagit immédiatement : *« c'est pas un bébé quoi* [rire] *C'est vraiment une cacahuète ».* Mais il se montre très affecté, « *complètement traumatisé ».* Elle pense que son attitude la pousse d'autant plus à prendre les choses en main : « *je me suis mise dans un espèce de mode "Rambo de l'avortement". Je pense que c'était vraiment en réaction au fait que lui n'assurait pas du tout ».* Contrainte de justifier son refus de descendre dans le Sud de la France pour les vacances d'été familiales, Charlotte dit sa grossesse à sa mère et son beau-père. Ils la soutiennent dans sa décision et accompagnent le jeune couple dans cet épisode.

Charlotte parle de cette période comme d'« *un moment assez agréable »,* puisqu'alors elle manquait de cadre, tandis que ces démarches pour avorter « *c'est apparu comme un truc un peu carré ».* Pour elle, cet épisode l'a « *fait rentrer dans la vie de femme* », car elle se découvre *« pas si irresponsable que ça* ». Il lui permet d' « *aborder la vie sans trop de peur »,* sachant qu'elle peut gérer *« dans les situations d'urgence ».*

Charlotte refuse le caractère dramatique associé à l'avortement, ayant vécu cet épisode très simplement, et même positivement : « *On est dans une société où il faut qu'on arrête de penser que c'est traumatisant […] Et se traumatiser, en s'angoissant, en se demandant : "Est-ce que je le garde ?" ».* Pour elle, cette vision des choses est avant tout morale et religieuse : « *j'ai l'impression que ça vient d'une espèce de morale judéo-chrétienne, d'une éducation catholique hyper coincée […] On devrait pouvoir avoir un total contrôle de notre corps […] On a la possibilité aujourd'hui de contrôler ça, de l'empêcher ».* Ainsi privé de sa charge morale et appuyé par des convictions féministes, l'avortement est défini par Charlotte comme « *une petite intervention ».* Elle n'éprouve aucune culpabilité quant à sa décision : « *J'essaie, à chaque fois que j'en parle d'expliquer ça. Tu ne dois pas culpabiliser parce que tu ne peux pas donner naissance à un enfant alors que tu as vingt ans »,* puisque pour elle « *c'est aussi une façon de se donner une deuxième chance dans la vie* ».

Séline, 19 ans, commence tout juste une licence de lettres tout en travaillant à côté comme serveuse. Elle vit alors chez sa mère, une naturopathe-masseuse-diététicienne. Son père, ethnologue, vit quant à lui en Amérique latine et les a quittées quelques temps après la naissance de Séline. Elle est alors en couple depuis huit mois, avec un homme de 20 ans étudiant en école de commerce, dont le père est banquier et la mère infirmière. Lorsqu'elle

apprend qu'elle est enceinte, il est clair pour elle qu'elle va avorter : elle est bien trop jeune, s'apprête à « *quitter le nid familial* » et cumule études et petit boulot. Une combinaison d'éléments qui ne lui permet déjà plus de danser, ce qu'elle aime par dessus tout : ***« j'étais à moitié en train, d'arrêter plus ou moins la danse, ma passion, pour quand même faire des études pour avoir un bagage. Donc avoir un enfant, c'était encore un truc [de plus], ce n'était pas gérable »***. Pour elle, une maternité était une charge supplémentaire qu'elle ne pouvait endosser. Ayant mis de côté sa passion temporairement, pour faire des études et acquérir son indépendance, elle ne peut penser la continuation de cette grossesse, qui signifie pour elle un renoncement durable à la danse.

Cette décision est d'autant plus évidente que Séline a peu investi cette relation : « *C'était une amourette pour moi* ». Mais quand elle annonce la grossesse à son partenaire, lui veut qu'elle la continue : « *ce mec-là était très amoureux de moi. Sa famille était très carrée très basque. Dans sa tête, on avait un enfant, c'était l'envoyé de Dieu ».* « *Il s'est mis en tête qu'on allait le garder».* D'abord, il lui dit qu'elle est « *la femme de sa vie, tous les grands mots* » puis, voyant qu'elle ne change pas d'avis, il essaie de la culpabiliser « *de me dire que ce choix ne m'appartenait pas* ». Finalement, la mère de Séline intervient : « *elle s'est mise entre nous* » pour préserver l'autonomie décisionnelle de sa fille. Bien qu'étant « *anti-avortement* », la mère de Séline a avorté une fois, épisode *« qu'elle […]a hyper mal vécu* ». Pourtant, elle « *comprend très bien [s]a décision* » et l'appuie dans sa démarche, ayant elle-même élevé seule quatre enfants. Pour Séline, qui est ferme sur sa décision, « *c'était absurde* », « *c'était démesuré* ». Elle souligne : « *moi je sentais ma douleur, […] l'autre en face était dans la démesure de la douleur. Je ne comprenais pas. C'était quand même mon corps et ça il n'en tenait pas compte* ». Tout en assumant le travail abortif, Séline rend compte ici de la charge supplémentaire de travail émotionnel que représente la réaction de son partenaire.

Dans ces deux cas, les femmes ne tiennent pas compte de l'opinion de leur partenaire, et s'appuient sur leurs parents pour conforter leur décision et trouver un soutien. Comme l'illustre le cas de Séline, même lorsque les parents des femmes (ici sa mère) sont hostiles à l'avortement, ils et elles partagent cette même vision, assez bien acceptée dans la société actuelle : lorsqu'on est jeune, matériellement dépendante de ses parents, peu diplômée et dans une relation récente ou peu investie, la maternité n'a pas sa place.

V.A.1.b. Une année sabbatique : entre voyage initiatique et reprise des études.

Comme nous l'avons évoqué dans le chapitre II, il est fréquent que les femmes québécoises arrêtent temporairement leurs études entre leur formation collégiale et universitaire, voire entre deux formations collégiales ou universitaires. La pratique de l'année sabbatique apparaît bien plus souvent dans les discours des enquêtées québécoises. Les Françaises témoignent quant à elles de trajectoires scolaires et universitaires plus continues. Cette différence peut en partie s'expliquer par le coût associé aux études universitaires au Québec, qui contraste avec la gratuité de la scolarité au sein de l'université française. De plus, l'absence de limitation d'accès aux enseignements universitaires au-delà d'un certain âge au Québec permet aux femmes des arrêts temporaires dans leur trajectoire estudiantine sans qu'ils n'en marquent la fin. Si ces interruptions d'études peuvent être interprétées comme des manifestations d'insatisfactions liées aux études (Cournoyer, 2008 : 304), comme nous le verrons, l'année sabbatique est pour certaines des enquêtées une stratégie pour mener à bien un projet d'études clairement défini ou pour préparer un voyage « initiatique ». Quand les femmes tombent enceintes durant cette période de leur vie, l'avortement apparaît clairement comme la seule option, tout particulièrement lorsqu'elles sont jeunes, économiquement fragiles et dans des relations non investies, comme nous l'illustrons ici avec les cas d'EMELINE et Anne-Sophie.

Anne-Sophie est la seule Française qui témoigne d'« *une année sabbatique entre le lycée et la fac* ». Issue d'une famille relativement dotée en capitaux économiques et sociaux (ses deux parents sont fonctionnaires de rangs A et B au Ministère des finances), elle apparaît comme une femme très déterminée. Après son bac, elle souhaite faire une licence en sciences humaines, mais refuse la contrainte de la sectorisation universitaire : « *Après le bac, ils voulaient nous coller de toute force à l'université Paris 8 […] ce n'était pas ce que je voulais. Moi, je voulais aller à Nanterre* ». Alors elle décide de partir quelques mois en Irlande faire des petits boulots, dans l' « *optique […] de [s]'inscrire à la fac* », mais dans l'établissement de son choix. Quelques mois après son retour en France, elle apprend qu'elle est enceinte : « *ça m'est tombé dessus un peu comme la misère sur le peuple* ». Elle a 19 ans et est en couple depuis trois/quatre mois avec un manutentionnaire de trois ans son aîné. Elle n'a alors aucun doute quant à la suite de cette grossesse : « *la question ne se posait pas. J'allais aller à la fac. [Une maternité] ce n'était juste pas du tout dans mes projets immédiats* ». D'ailleurs, avant même de tomber enceinte, elle avait envisagé ce scénario et clairement défini sa position : « *J'avais des idées très arrêtées très jeune […] sur ce sujet là particulièrement : si*

je me retrouve dans cette situation avant d'avoir 20 [ans] et plus, la question ne se posera pas. ***J'avais déjà un parcours de vie planifié jusqu'à mes 22/23 ans*** ». Pour Anne-Sophie qui a beaucoup d'ambition professionnelle, le début de sa vie était déjà tout tracé : « *je suis une femme forte****, je ferai des études, je ferai carrière, donc ça suppose que je n'aurai pas d'enfant avant mes 25 ans*** ». Anne-Sophie donne à voir une organisation séquencée de sa vie, où dans un premier temps la priorité est donnée aux études et à la carrière. Ce n'est que dans un second temps qu'elle s'octroie le droit de penser la maternité. Ainsi, comme la plupart des enquêtées, elle perçoit le fait de devenir mère comme handicapant voire incompatible avec la poursuite des études et sa réalisation professionnelle. Cet aménagement de sa vie s'articule avec un découpage temporel de sa vie sexuelle et affective : « *J'étais absolument anti-relation longue durée jeune […] Donc j'ai papillonné pas mal* » *« j'étais égoïste […] Je trouvais ça mieux de l'être à 18 ans qu'à 40 ans »*. Ainsi, elle s'implique peu dans ses relations jusqu'à la vingtaine, âge où elle se met en couple avec un ami d'enfance avec qui elle vit depuis. D'ailleurs, lorsqu'elle parle de sa grossesse et de sa décision à son partenaire de l'époque, c'est sur un mode informatif et elle ne lui attribue aucune place dans la fabrication de la décision.

Anne-Sophie est d'autant plus à l'aise avec son choix qu'elle sait que l'IVG est légale : « *c'est mon droit* ». Tout comme Charlotte, consciente des luttes ayant conduit à l'obtention de ce droit, elle confère à sa décision une dimension politique : « *je le prenais presque comme un acte politique […] c'était un positionnement par rapport à mon statut de femme en devenir* ». Elle fait l'ensemble des démarches pour obtenir une IVG seule, bien que son partenaire lui propose de l'accompagner, sans même chercher de soutien parental, et ce notamment parce qu'elle éprouve une certaine gêne quant au manque de vigilance contraceptive dont elle a fait preuve en amont de cette grossesse.

À 26 ans, EMELINE a avorté deux fois. Ses grossesses surviennent lors de ses deux années sabbatiques. Fille unique d'un couple divorcé, elle a tout comme ses parents un parcours « *non traditionnel* » marqué par de nombreuses réorientations. Sa mère, autrefois interprète gestuelle pour les malentendants, a repris ses études à 45 ans, pour obtenir un BACCALAUREAT en enseignement. Tout en prolongeant sa formation jusqu'au doctorat, elle occupe différents emplois (dans l'enseignement spécialisé aux personnes handicapés, mais aussi du français aux nouveaux arrivants). Son père, quant à lui, « *n'a pas vraiment fait d'études* » et change tous les cinq ans d'activité professionnelle. Il est tour à tour boulanger, designer, responsable dans une ONG, entrepreneur dans les multimédia.

La première fois qu'EMELINE tombe enceinte, elle a 20 ans, a quasiment achevé ses études collégiales en sciences humaines et travaille à proximité de son domicile dans un magasin de journaux. À cette époque, EMELINE a prévu d'arrêter temporairement sa scolarité et de travailler pour voyager. Ayant planifié de visiter l'Europe et de participer à un voyage humanitaire en Équateur, lorsqu'elle a confirmation de sa grossesse, bien que « *troublée* » par la nouvelle et un peu *« paniquée* » « *parce que ce n'est pas un chose qu'on connaît beaucoup avant [avant d'y recourir]* », il est clair à ses yeux qu'elle va avorter : « ***j'avais des plans de voyage*** ». Elle est alors en couple avec un homme un peu plus jeune qu'elle, qui vient de finir son secondaire et envisage de s'inscrire à une formation technique au niveau collégial. Après avoir pris le temps de « *digérer* » la nouvelle, elle lui annonce sa grossesse et sa décision. Si elle apprécie pouvoir alors en parler avec lui, son choix est déjà arrêté, ne voulant pas compromettre l'ensemble de ses projets. Leur histoire s'arrête d'ailleurs quelques temps après l'avortement, lorsqu'elle part en voyage.

Suite à cette pause d'un an dans ses études, EMELINE entre à l'université dans un programme multidisciplinaire « histoire, culture et société », mais change à plusieurs reprises de cursus (histoire, puis espagnol, puis sociologie) durant trois ans. De même, elle enchaîne les petits boulots. Après avoir travaillé dans des cafés, elle prend un emploi de secrétaire réceptionniste dans un centre communautaire, puis est salariée d'un magasin d'aliments naturels. Du point de vue de sa vie personnelle, après une première année de célibat, elle a une relation avec un nouveau partenaire durant deux ans, marquée par de nombreuses pauses. Indécise quant à ses études, elle les arrête de nouveau. Elle décide de partir à Halifax pour travailler à temps plein et met un terme à cette relation.

À 24 ans, elle a quitté Montréal, est installée dans une colocation en Nouvelle-Écosse et occupe deux emplois : un de préposée aux bénéficiaires avec des personnes handicapées, l'autre comme professeure de français langue seconde. EMELINE tombe enceinte après quelques mois de relation avec un nouveau partenaire qui comme elle, se cherche quelque peu au niveau des études. Il est légèrement plus jeune qu'elle et étudie au collège. Lorsque survient cette grossesse, elle n'avait pas abandonné l'idée de retourner à l'université – ***« j'avais l'intention de retourner aux études »*** – et travaillait pour pouvoir se réinscrire en sociologie au certificat. Là encore, l'IVG apparaît comme la seule option.

EMELINE, comme pour la première fois, n'a « *aucune hésitation* » « *C'était clair, ce n'était pas un choix difficile* » : « *je n'avais pas vraiment de dilemme […] c'est sûr que tu t'imagines toujours des scénarios possibles […] mais tu prends le temps de regarder le côté plus réaliste ou raisonnable des choses* », et très vite elle amorce de nouveau les démarches.

Bien qu'un peu « *brassée émotionnellement* », la première fois EMELINE a automatiquement pensé à l'avortement, sachant que c'est un « *droit* » des femmes, mais aussi « *un service sécuritaire….qui est sans danger* ». Elle sait que sa mère a avorté : « *elle m'avait déjà dit qu'elle aimerait que je lui en parle si jamais ça m'arrive* ». Pourtant, elle n'ose lui dire ses grossesses avortées, ayant conscience du fort désir de sa mère de devenir grand-mère.

Enfin, EMELINE souligne l'injustice sociale – notamment entre classes de sexe – que recouvre l'interdit de l'accès à l'avortement, voire les différents projets tentant d'en restreindre son accès :

> Je trouve qu'il devrait pas y avoir autant de débat autour de ça […] si c'était les hommes qui pouvaient tomber enceintes, il n'y aurait pas de débat du tout […] C'est tellement facile pour une femme de tomber enceinte à plusieurs reprises. Je trouve que ce n'est pas à la femme de payer pour une circonstance.

Pour elle, il est un droit fondamental car il « *permet aux femmes de vivre leur vie* ».

En couple depuis trois ans avec ce même partenaire lorsque nous la rencontrons, elle explique que « *ces deux interventions […] l'ont confrontée à cette réflexion [de la maternité]* » qui était alors très peu présente dans sa vie et qui la renforce dans ses convictions pro-choix.

V.A.1.c. Le primat des études.

Comme le soulignent déjà les précédents exemples, les femmes accordent une grande importance aux études dans un premier temps de leur vie. Les enquêtes rendent bien compte de cet investissement des femmes, puisqu'aujourd'hui leur niveau d'études est globalement supérieur à celui des hommes (Bouchet-Valat, 2015, Statistiques Canada, 2009). Elles témoignent par ailleurs de la manière dont études et maternité sont pensées comme des activités concurrentes. Plus les femmes sont diplômées et plus elles entrent tardivement en maternité (Davie et Mazuy, 2010 ; Bingoly-Liworo et Lapierre-Adamcyk, 2006). Ainsi, les enquêtées, de manière cohérente avec ces données, donnent à voir la manière dont elles accordent la priorité aux études engagées sur une potentielle maternité (collégiales ou universitaires), et bien entendu, là encore, d'autant plus aisément qu'elles sont jeunes et non engagées dans une relation de couple stable.

Terminer ses études collégiales : un impératif.

Le diplôme d'études collégiales (tout comme le bac en France) apparaît comme une exigence minimale pour les femmes avant d'envisager une maternité. Ainsi, lorsqu'elles n'ont

pas achevé cette étape, il leur semble difficile d'envisager la poursuite d'une grossesse non prévue. En nous appuyant sur les exemples de MARJOLAINE et JUDITH, toutes deux au CEGEP et âgées de 17 ans lorsqu'elles tombent enceintes, nous rendrons compte de la manière dont s'impose la décision de l'avortement lorsque les femmes n'ont pas achevé ce cycle d'études.

MARJOLAINE, 17 ans est étudiante au CEGEP et a parallèlement un emploi de réceptionniste. Ses parents sont séparé·es depuis qu'elle est toute petite. Elle a été élevée par sa mère, une sexologue travaillant dans l'administration d'un hôpital. Son père est policier. Elle vit avec son conjoint à Montréal. Il a 18 ans et est aux études au Collège, comme elle, et travaille quant à lui à la société des alcools du Québec (SAQ) ; sa mère est professeure de Taï-chi et peintre, tandis que son père est machiniste à Poste Canada. Quand MARJOLAINE s'aperçoit qu'elle est enceinte la première fois, elle n'a pas d'hésitation face au contexte. Bien qu'elle souligne la durée de leur couple : « *on se connaît depuis qu'on a 12 ans, on est ensemble depuis l'âge de 13 ans, ça faisait longtemps qu'on était ensemble* », ils sont, selon elle, encore trop jeunes, n'ont pas fini leurs études et sont précaires matériellement. Partie du foyer maternel pour ses études, elle est contrainte tout comme son conjoint d'articuler ses cours avec un petit boulot pour assumer le coût matériel de son autonomie. Il lui est déjà difficile de concilier les deux et il lui paraît difficile de penser une grossesse dans cet équilibre fragile. D'ailleurs, il lui faudra une année de plus que d'ordinaire pour finir sa scolarité collégiale.

Pour elle, la décision est d'autant plus évidente qu'elle a vu les difficultés rencontrées par sa mère qui, enceinte elle aussi à 17 ans, l'a élevée seule avec le soutien des grands-parents de MARJOLAINE : « *le contexte familial n'était pas pareil. Ses parents étaient plus aisés, elle demeurait à la maison, je me suis faite élever par mon grand-père. Alors que là, je tombais enceinte. J'étais dans un appartement dans un coin bizarre de Montréal* ».

Si elle a un « *un espèce de tiraillement éthique* » et vit cette décision un peu difficilement, c'est qu'elle a peur que cette grossesse soit « *[s]on unique chance d'avoir un enfant* ». Cette crainte trouve ses racines dans la biographie de sa mère : « *elle n'a jamais pu avoir d'enfant après ma naissance, elle n'a jamais été capable d'en avoir* ». Elle appréhende de voir l'histoire se répéter, mais relativise finalement : « *je me suis dit : je suis jeune et l'opportunité va sûrement se représenter* ». « *Avec le recul, quelle excellente décision !* ». Étant devenue mère à 28 ans, elle sait l'impact qu'aurait pu avoir une maternité sur sa trajectoire étudiante et plus largement sur sa vie :

> **ça m'aurait mis des bâtons dans les roues. Je n'aurai pas la vie que j'ai actuellement, je n'aurais pas les études que j'ai. Je ne dis pas que j'aurais**

> **abandonné le CEGEP et puis que je serai itinérante, mais ça aurait modifié bien des choses. C'est vraiment une avancée pour les femmes** [d'avoir le droit d'avorter].

.

Lorsqu'elle annonce sa grossesse à son partenaire, il la laisse entièrement libre dans sa décision : « *mon copain c'est le plus grand féministe que je connais en fait !* [rires] *"C'est ton corps ! C'est toi ! Je t'aime. Si tu veux qu'on le garde, on le garde, si tu ne veux pas, je suis avec toi". Vraiment, je peux difficilement imaginer mieux. Il a tout dit ce qu'il fallait dire. Tout ce que je voulais entendre* ». Si la décision est évidente pour cette première grossesse puisque le couple tombe rapidement d'accord sur le fait qu'elle avorte, les choses seront bien plus compliquées quand elle sera de nouveau enceinte à 25 ans d'un autre partenaire, comme nous l'exposons ultérieurement.

JUDITH, quant à elle, tombe enceinte à 17 ans après six mois de relation avec son partenaire. Elle est alors encore au CEGEP avec un emploi à temps partiel, et vit dans un petit appartement à Montréal. Lorsqu'elle découvre cette grossesse, pour elle « *ça a été clair* » : *« dès que je l'ai su, ça a été non ».*

> J'avais un copain qui était un copain stable, **mais j'étais aux études. J'étais au CEGEP, en arts plastiques**. J'avais un petit emploi à temps partiel, un petit appartement. Je considérais que les conditions n'étaient pas du tout en place pour que je puisse avoir un enfant et puis je ne me sentais pas dans cet état d'esprit là. Je n'avais pas la stabilité émotive, économique pour avoir un enfant, donc ça a été tout de suite été clair.

Toutefois, JUDITH a des parents « *qui ont une éducation et une pratique religieuse catholique, qui fait que leur vision de l'avortement n'est pas très positive* ». Alors qu'elle appréhende considérablement avant de leur annoncer, elle informe sa mère en premier, pour éviter « *la tragédie* ». Mais son père, malgré son opposition à l'avortement, l'appuie dans sa décision :

> je pense que si cette vision là, idéologique de l'avortement pour eux, c'est peut-être pas un choix de vie qu'ils seraient prêts à faire, [mais] ils voyaient que dans mon contexte de vie, ce n'était pas applicable. Je ne pense pas qu'ils souhaitaient que j'aie un enfant à ce moment-là. Ils ne sentaient pas que nécessairement j'avais plus les outils pour être capable de gérer une situation comme ça.

Ce soutien parental, tout comme celui de son partenaire et de ses amies, a eu une place essentielle dans son vécu, puisque lorsqu'on lui demande ce qui lui est apparu primordial dans cette expérience, elle répond : « *Le support, je pense à tous les niveaux. De supporter la personne qui fait cette décision et de s'assurer que du début à la fin, cela se déroule dans un*

environnement simple où la personne peut se sentir non pas comme un objet qui subi quelque chose, mais comme étant une personne qui pose une décision ». Pour elle, cet épisode, bien que stressant, s'est révélé positif, puisqu'elle s'en sent grandie : « *C'est l'idée même d'empowerment : de rendre la personne plus forte au travers de ça, je trouve ça important […] dans mon expérience* ». D'ailleurs, au-delà de ce sentiment, l'avortement aura un impact sur sa relation avec son partenaire :

> Autant ça peut détruire des relations, autant ça peut permettre de construire des relations et puis à ce moment-là, pour nous, ça a été un moment quand même assez fort, de passer au travers de cette situation là… Même si moi, à ce moment-là, je n'y avais pas attribué une [grande] importance.

Suite à l'avortement, ils évoquent leur « *façon de gérer [leur] sexualité* », car pour JUDITH il est clair qu'elle ne se fera pas « *avorter à répétition* » et elle refuse de prendre la pilule. Cette discussion les conduit à un constat : « *on est arrivés à la conclusion qu'on avait envie d'avoir un enfant. Ça a été comme une grosse démonstration "on s'aime" et puis on a envie de vivre ça* ». Ainsi, sept mois plus tard, lorsqu'elle retombe enceinte, tous deux s'engagent dans la parentalité : « *j'avais l'impression que les conditions étaient quand même plus réunies au niveau émotionnel, au niveau économique pas tant mais j'avais quand même… une confiance qui était différente dans la situation* ». Cette fois-ci, elle continue sa grossesse, ayant achevé son CEGEP et travaillant à plein temps comme permanente syndicale. Un an après la naissance de l'enfant, le couple se sépare. Elle reprend alors des études à l'université, et fait la rencontre d'un homme de huit ans son aîné avec qui elle est depuis un an au moment où nous la rencontrons.

Un parcours universitaire « tout tracé ».

Lorsqu'elles sont un peu plus âgées, les femmes sont nombreuses parmi les enquêtées à avoir amorcé des études universitaires ou du moins des démarches les engageant sur l'année à venir au sein d'une université. Ainsi, face à l'énergie déployée pour faire advenir leur projet d'études et la récompense d'un accès à la formation souhaitée, elles pensent difficilement la continuation d'une grossesse qui viendrait réduire à néant leurs efforts, et ce d'autant qu'elles ne sont pas dans une relation de couple stable, comme l'illustrent les exemples de Lucie et CYNTHIA.

Lucie est issue d'une famille dotée en capitaux économiques et sociaux (ses deux parents étant médecins), elle a une trajectoire étudiante particulièrement brillante. En effet, à 22 ans, elle est déjà détentrice d'un master en droit. À l'époque où elle tombe enceinte, elle vit chez ses parents, fait un stage d'été dans une banque et s'apprête à partir en Pologne dans

le cadre d'un échange Erasmus pour compléter sa formation et se spécialiser. La décision d'avorter est alors pour elle évidente : « *C'était naturel, instantané. Sur le coup, au début j'avais finalement qu'une envie c'est que ça disparaisse en fait* ». Son choix est « *instantané* » : « ***j'avais des projets pour les mois et pour l'année qui suivaient. À partir du moment où tu envisages une seconde d'avoir l'enfant tu te dis, en fait, tout ce que j'ai prévu, je dois tout abandonner,*** *et puis je n'ai pas envie de mettre ma vie entre parenthèses* ».

À ce contexte défavorable à la poursuite de la grossesse, s'articule le caractère très récent de sa relation avec un vendeur d'une animalerie vivant en Espagne, qu'elle a rencontré durant des vacances : *« je ne le connaissais pas depuis très longtemps, ça faisait un mois qu'on était ensemble, j'allais pas tout remettre en cause dans ma vie pour une relation qui n'allait pas forcément durer* ». « *J'avais toutes les circonstances qui faisaient que c'était même pas une question que je me posais, j'allais pas le garder : j'étais étudiante, je gagnais pas ma vie, j'étais pas dans une relation stable, je voulais partir à l'étranger, j'avais plein de projets. Donc tout remettre en cause pour un accident* » n'était pas envisageable.

Certes Lucie souhaite avoir un jour des enfants, mais elle veut « *leur offrir une vie de famille normale* » : « *Si je dois divorcer, peut-être que ça arrivera, mais au moins je veux choisir la personne avec qui ça arrive. Pas que ce soit le premier gars trouvé dans un bar en Espagne* [rire] *[...] Je veux être avec un homme depuis un certain temps, je veux avoir des moyens financiers pour le faire* ». Lucie a conscience de la précarité des relations de couple, et a besoin de l'assurance des compétences parentales de la personne qu'elle engagera dans la vie d'un nouvel être, au-delà même de la relation sentimentale qu'elle pourrait nouer.

Lucie vit bien sa décision et son geste : « *ça m'a pas traumatisée plus que ça* ». D'ailleurs, si elle hésite un temps à parler avec ses parents de sa grossesse pour « *ne [...] pas les inquiéter* », elle considère qu'il est important qu'elle les informe : « *Parce que je me suis dit que si j'avais une fille, j'aimerais bien qu'elle m'en parle, qu'elle me fasse assez confiance, qu'elle n'ait pas peur de m'en parler […] C'était une question de relationnel* ». Ses parents la soutiennent dans sa décision, même si elle souhaite s'acquitter seule des démarches qu'implique son interruption de grossesse. Toutefois, cet épisode lui fait envisager différemment la perspective d'une maternité et modifie sa manière d'aborder les relations avec les hommes et la sexualité. Lorsque nous la rencontrons, elle a 24 ans, prépare le concours du barreau et cherche « *une relation sérieuse* » pour pouvoir envisager d'avoir un enfant.

CYNTHIA, tout comme Lucie, a toujours eu des facilités dans les études. Elle est quant à elle issue d'une famille nombreuse, plus modeste, de confession mormone. Son père multiplie les emplois (ressources humaines, traducteur à son compte) et sa mère est réceptionniste dans une banque. Ils ont eu, en comptant CYNTHIA, six enfants. À l'adolescence, elle s'est fortement distanciée des convictions religieuses de ses parents, au moment où elle amorce sa vie sexuelle. À 24 ans, elle est étudiante en relations internationales et, après un BACCALAUREAT en études internationales, vient tout juste d'être admise pour préparer une maîtrise en gestion de projets : *« c'était très sélectif […] c'était une chance ».* Elle fait alors la propédeutique nécessaire pour débuter cette formation. À cette époque, elle fréquente un technicien en informatique de 29 ans, mais leur relation n'est pas clairement définie. Elle l'a rencontré peu de temps avant un voyage de sept mois en Turquie. Elle entretient la relation à distance, mais ce n'est vraiment que lorsqu'elle revient qu'ils commencent à se fréquenter plus régulièrement. Un mois et demi après son retour, elle découvre qu'elle est enceinte. Quand elle a le résultat du test de grossesse, elle explique : « *C'était clair dans ma tête que je ne garderai pas cet enfant-là […] je n'étais pas dans une position de le garder* ». Pour CYNTHIA, sa décision : « *c'était plus une question de timing, indépendamment de la personne* » : « ***je n'étais pas prête à laisser tomber mon plan de carrière à ce moment-là,*** *surtout que j'avais un bac en relations internationales […]* ***qui n'avait aucun débouché direct.*** *C'était sûr que je faisais une maîtrise, puis la gestion de projet ça m'allumait à fond* ». Pour elle, une maternité n'a nullement sa place, car elle amorce alors une séquence de sa vie « *qui allait être très intense ».* Elle reconnait que la nature de sa relation avec son partenaire a compté dans sa décision. CYNTHIA apprécie beaucoup cet homme, mais elle n'en est « *pas non plus éperdument amoureuse* ». Si elle hésite un temps à lui en parler, elle finit par lui dire alors même qu'elle a déjà pris rendez-vous : « *je lui ai dit que j'allais me faire avorter dans la semaine qui suivait et puis je lui ai dit que ma décision était déjà prise pour ça. Je lui ai dit avec beaucoup de douceur, mais je l'ai informé de la chose plutôt que… discuté* ». Bien qu'il lui propose de l'accompagner, CYNTHIA refuse. Elle préfèrera être avec une amie ce jour-là. Leur relation continue, mais il la quitte quelques mois après cet épisode. Selon CYNTHIA, sa propre attitude lors de l'épisode de l'avortement a sans doute pesé sur la décision de son partenaire de rompre. Elle n'a aucun regret, puisqu'elle est au moment où nous la rencontrons une chargée de projet de 26 ans, nouvellement célibataire mais pleinement épanouie.

Finir sa formation universitaire.

Lorsqu'elles sont en formation universitaire, les femmes hésitent rarement face à une grossesse non prévue, notamment lorsque la voie qu'elles ont choisie offre peu de débouchés professionnels, comme signalé dans les propos de CYNTHIA. En effet, si les femmes investissent fortement les études, on sait qu'elles sont nombreuses à s'orienter dans des cursus moins « rentables » que les hommes sur le marché du travail. Ainsi, nombreuses sont celles engagées dans des domaines où la maîtrise ou le master apparaissent comme un pré-requis minimal pour envisager une insertion professionnelle dans le domaine de leurs études. Alors, quand elles tombent enceintes en Licence/BACCALAUREAT ou durant leur Master/MAITRISE, la décision s'impose aisément. Cela est bien entendu d'autant plus simple qu'elles sont jeunes, précaires matériellement et dans des relations problématiques (couple en mauvaise passe comme Isabelle, fin de relation comme Hélène, ou en rupture comme JOSIANE ou Déborah) ou occasionnelles (comme pour DARYA). Nous rendrons compte de la manière dont, à cette étape de la vie des femmes, se fabrique la décision de l'avortement à partir des exemples d'Isabelle, JOSIANE et DARYA.

Isabelle, 22 ans, est étudiante en Master 1 de sociologie. Elle est originaire du Havre où vit sa mère, une enseignante en histoire-géographie, et son père, un travailleur social. À 21 ans, elle a décidé de venir vivre à Paris et de se réorienter après une licence d'histoire-géographie : « *je voulais faire ma maitrise de sociologie à Paris, parce qu'au Havre, c'est une petite fac, et puis il n'y avait pas vraiment énormément d'opportunités, c'est toujours les mêmes profs, les mêmes cours, donc je voulais faire une maîtrise à Paris* ». Elle y rejoint aussi son partenaire, un cadre de 31 ans, avec lequel elle s'installe en début d'année universitaire. Quand elle a la confirmation de sa grossesse, elle est en couple depuis trois ans, mais *« ce n'était pas du tout au programme, dans les projets avec [s]on mec ».* Elle donne à voir l'une des caractéristiques de la maternité contemporaine : autrefois contrainte, elle est aujourd'hui choisie et se doit même d'être l'objet d'une planification en amont. Face à cette nouvelle, la décision de l'avortement est claire : « ***Je ne me suis pas vraiment posée de question. J'étais en année de maitrise donc en plein dans les études*** ». Elle est d'autant plus convaincue qu'elle se considère comme matériellement fragile : *« j'étais pionne, je n'avais pas de sous »* et que le couple « *traversait une mauvaise passe ».* Isabelle n'a *« pas hésité une seule seconde »* puisqu'elle « *savai[t] qu'on pouvait se faire avorter et si on voulait, refaire un enfant six mois ou un an après si on en avait envie ».* Elle présente sa représentation de l'avortement comme un acte n'ayant aujourd'hui aucun impact sur la fertilité. Elle n'éprouve

pas l'inquiétude dont certaines femmes (souvent plus âgées) témoignent à propos de leur potentiel procréatif : « *Je ne me suis pas dit : C'est ma chance ! Donc vraiment je n'ai pas eu de dilemme. C'était : "Oh ! Catastrophe, je suis enceinte. Il faut absolument que je règle ça le plus vite possible" ».*

Isabelle est sûre et à l'aise avec sa décision, d'autant que ce n'était pas quelque chose de tabou dans sa famille. Elle sait que sa « *mère s'était faite avorter, quand elle était jeune* » et, étant inscrite en études de genre, « *baignée un peu dans le féminisme* », elle n'a « *pas du tout […] de cas de conscience morale* ». Pour elle, cet avortement « *ce n'était pas du tout traumatisant* ». Quand sa tante vient la voir lors d'une fête de famille en lui disant *« "Ah, j'ai appris. Est-ce que ça va?" [avec un ton un peu dramatique] »,* elle n'hésite donc pas à répondre que « *ce n'est pas grave* ». Selon Isabelle, « *si tu te poses les questions d'avoir un enfant, du coup psychologiquement ça peut être difficile, de te faire avorter alors que finalement ça te tentait bien. Mais si t'es sûre de vouloir avorter, et que ça ne fait pas de pli que de toute façon tu n'as pas envie d'avoir un enfant [comme c'était le cas pour elle], c'est vraiment une formalité* ». Rétrospectivement, Isabelle relativise d'autant plus cet avortement que, dans les mois qui suivent, son oncle décède et qu'elle se sépare de son conjoint.

JOSIANE, à 21 ans, achève son BACCALAUREAT en français-lettres et est employée à temps partiel dans un tabac. Ses deux parents travaillent à l'université. Tandis que son père est professeur, sa mère y occupe un emploi de cadre. Lorsqu'elle découvre sa grossesse, l'issue est claire dans son esprit : « *C'était sûr que je ne pouvais pas le garder. J'y ai même pas réfléchi trente secondes à la possibilité de le garder* ». Pourtant, pour elle, c'est un triste constat, car elle désire vraiment des enfants dans sa vie. Mais « ***il était hors de question*** » qu'elle garde cet enfant alors « ***en [n']ayant pas fini [s]es études*** ». Cela est d'autant moins envisageable qu'elle vient tout juste de quitter son partenaire avec qui elle a une relation depuis deux ans et avec qui elle est mariée depuis un an. Sans couple et sans la solidarité qui l'accompagne, elle ne peut envisager

> de garder un enfant d'un homme avec qui je n'étais plus, sans en avoir les moyens financiers en plus. Je ne lui donne aucune chance à cet enfant-là, et puis je ne me donne aucune chance non plus, d'en avoir et puis de les élever financièrement, moralement et puis psychologiquement en choisissant d'hypothéquer quelque part direct dans l'avenir. **Je n'aurai pas fini mes études, en tous cas, sûrement pas,** surtout que je n'avais pas d'argent de côté […] Il aurait fallu que je me mette à travailler à temps plein. **Travailler à temps plein avec un bac français ça te donne pas grand chose dans la vie !** Ce n'est pas comme si tu avais un gros salaire. Les jobs auraient pas été des jobs super : travailler à temps plein à la tabagie. Donc ce n'était pas une option.

Ainsi, JOSIANE prend cette décision avant tout en fonction du bien-être d'un enfant potentiel, mais elle rend aussi compte de l'impossibilité de penser le prolongement de ses études, indispensable pour avoir un emploi dans le domaine où elle a étudié, tout en étant cheffe d'une famille monoparentale, et ce même en bénéficiant d'un soutien parental : « *C'est sûr que mes parents m'auraient sans doute aidée, mais* ***je voulais une chose pour moi, je voulais finir mes études et travailler quelque part*** ». D'autant que JOSIANE attache beaucoup d'importance au modèle familial : « *Je n'aurai pas choisi d'avoir un enfant, je sais qu'il y en a beaucoup qui le font ce choix là, et c'est leur décision, je ne juge pas. Mais […] pour moi, ce n'était pas une option* ». Et, plus tard, elle suivra d'ailleurs ce modèle. Au moment où nous la rencontrons, elle est certes séparée du père de la fille qu'elle a faite après avoir achevé sa maitrise. Néanmoins, il était important à ses yeux d'entretenir des liens forts en amont avec lui, qui permettent aujourd'hui de mettre en place une garde partagée.

Lorsqu'elle décide d'avorter, elle n'en informe pas son ex-conjoint (elle est une des rares à ne pas dire à son partenaire sa grossesse avant l'avortement). Elle témoigne ici de la manière dont certaines femmes exemptent les hommes de sentiments négatifs et d'un travail émotionnel tout en s'en protégeant elles aussi :

> je me suis dit que ça lui ferait juste mal en plus. Je l'avais quand même laissé en lui laissant une lettre sur le lit et puis en partant à New York alors qu'on était quand même mariés. Je me sentais déjà […] coupable, je n'avais pas envie en plus de lui dire… Je trouvais que c'était rendu de la cruauté : j'ajoutais l'insulte à l'injure […] Et puis en plus, sur le coup je n'ai pas nécessairement pensé à ça, c'est peut-être plus avec le recul, je pense que peut-être égoïstement j'avais peur qu'il essaie de me convaincre de le garder ou que je me sente plus coupable de me faire avorter si lui était au courant.

Cependant, son ex-conjoint finit par l'apprendre, bien qu'elle ait avorté dans le plus grand secret de son entourage et n'en ait parlé qu'à quelques amies proches par la suite. Au départ, il accueille mal la nouvelle, pensant qu'elle l'avait trompé. Mais quand elle lui explique, il finit par mieux comprendre les raisons de son silence.

Il est intéressant de souligner les observations menées par la suite par JOSIANE sur le vécu genré de l'avortement : « *pour en avoir parlé avec plusieurs amis gars dont les copines ou les ex-copines se sont déjà faites avorter, ils me disaient en fait que eux, ils le vivaient assez mal en général et puis qu'ils se sentaient coupables et impuissants aussi de ne pas pouvoir faire grand chose ».* Face à la difficulté que représente un avortement pour un homme, elle oppose le caractère non-traumatique de son IVG, mais aussi pour la plupart des femmes de son entourage ayant avorté : « *Les trois-quart de mes amies qui ont vécu un*

avortement, l'ont quand même bien vécu. Elles n'ont pas été traumatisées. Elles auraient sans doute voulu que cela ne leur arrive pas mais elles sont en accord avec la décision qu'elles ont prise. Elles ne regrettent pas. Elles pensent que c'était la meilleure décision dans les circonstances et puis vivent relativement bien avec. Elles ne sont pas là, à se flageller tous les jours en faisant "*Je t'ai tué " ».* Elle demeure perplexe face à cette asymétrie dans le vécu de l'avortement : « *je trouve ça un peu étrange que les gars semblent plus mal le vivre que leur conjointe* », alors que c'est bien souvent les femmes seules qui s'acquittent des démarches, elles seules qui ont la responsabilité de la décision et le vivent dans leur corps.

DARYA est fille d'un dessinateur industriel et d'une gérante dans un magasin de rénovation, divorcé·es. À 24 ans, elle a fait un BACCALAUREAT en arts et littérature avec une concentration en études féministes et suit une maitrise en littérature. Elle travaille à côté pour un magazine, où elle est chargée d'organiser des projets, et d'animer des ateliers. Suite à un rapport sexuel avec un homme, un étudiant en graphisme un peu plus jeune qu'elle, avec qui elle avait des relations occasionnelles durant quelques semaines, elle découvre sa grossesse. Elle n'a alors aucun doute quant au fait d'avorter : « *c'était assez rapide comme décision ».* Il est inconcevable pour elle d'avoir *« un enfant dans ces conditions-là. C'était sûr […] c'était vraiment comme clair tout le temps.* ***J'avais fait une session de scolarité de maitrise, je ne veux pas élever un enfant dans tout ça. Donc ça a été assez rapide*** ». Toutefois, elle souligne l'importance de la nature de leur relation sur la décision d'interrompre cette grossesse : « *je n'étais pas en couple, c'était un amant de passage […] si ça avait été dans une relation [d'une autre nature] peut-être que j'y aurais plus réfléchi ».* Pour elle, l'impératif est alors de finir sa maitrise.

Bien qu'elle soit sûre – « *je n'ai pas hésité… comme jamais »* –, son choix est empreint d'un sentiment négatif :

> je me suis sentie un peu coupable, enfin… je me suis questionnée. Parce que je me suis dit : je ne suis pas si jeune, ce n'est pas comme si j'avais 15 ou 16 ans, objectivement je pense que j'aurai pu le faire vivre, même si je suis étudiante, parce qu'il y a quand même des aides accordées. Je pense que j'aurai pu m'occuper d'un enfant mais ce n'était vraiment pas ça que je voulais.

Depuis « *toujours fermement pro-choix* », elle éprouve cependant un sentiment coupable : « *même avec cette certitude-là, j'avais quand même de la culpabilité […] Ça m'a un peu étonnée* ». L'avortement de DARYA survient en pleine saga du projet de loi c-484 (visant à faire reconnaître indirectement des droits au fœtus), dans laquelle s'affiche le caractère non-consensuel de l'avortement. Alors que fermement pro-choix, sa culpabilité peut être en partie

liée à ce contexte tout comme à son éducation catholique. En effet, si comme de nombreuses enquêtées québécoises elle a été baptisée, elle est une des rares à avoir fait « *tous ses sacrements* ». Elle s'appuie alors sur la dimension légale de son choix pour « *dealer avec [s]a culpabilité* » : « *je me suis dit que c'était un droit, que c'était correct* [rires]. *Que j'avais le droit à faire ce choix-là, si c'est ça que je voulais* ».

Comme JOSIANE, elle décide de ne pas en parler à son partenaire, considérant qu'il ne pourrait en rien assumer un travail de soutien émotionnel, voire qu'il risquerait d'être un obstacle à sa décision et à son autonomie :

> je me disais, peu importe si je lui dis. On n'était pas très proches. On se voyait des fois mais ce n'était pas quelqu'un avec qui j'avais une relation même de confiance émotive. Je me disais même si je lui dis, ça ne va rien changer. Il ne va pas vraiment m'apporter de support. S'il devient lobby, qu'il vient "Oh!" [sur un ton enthousiaste] et puis qu'il est vraiment contre l'avortement et qu'il me dit : "Non, je veux le garder !". Je me mets dans une position vraiment désagréable, parce que je vais être "C'est hors de question qu'on garde cet enfant et encore plus qu'on l'Élève ensemble. [Rires] C'est vraiment HORS de question". Donc […] je me disais si je lui dis, il y a des possibilités que je me mette dans une position désagréable et ça ne m'apporte absolument rien de positif. Donc, ça ne sert à rien.

D'ailleurs, elle ne parlera quasiment pas autour d'elle de cette décision, considérant notamment qu'elle a fait preuve d'irresponsabilité en matière de contraception puisque cette grossesse faisait suite à un rapport non protégé avec un partenaire qu'elle connaissait peu.

V.A.2. Quand la grossesse interfère avec l'insertion professionnelle.

On le voit, l'avortement est une évidence pour les plus jeunes alors investies dans d'autres projets (études ou voyages), et ce d'autant qu'elles sont précaires et dans une relation instable. Cette décision s'impose également très clairement pour des femmes plus âgées, lorsqu'elles ne sont pas encore stables professionnellement, qu'elles amorcent leur carrière ou une réorientation professionnelle et que leur conjoint est lui aussi situé à une étape sensible de sa propre trajectoire. Cette décision est d'autant plus évidente, là encore, lorsqu'elle survient dans les débuts d'une relation, même lorsque celle-ci est investie et pensée comme un couple. Plus âgé au moment de la découverte d'une grossesse non prévue, un groupe de femmes rend compte de la manière dont la décision se construit alors rationnellement. Nous illustrerons cette forme de configuration par les récits de DANIELE et RACHEL, toutes deux âgées de plus de 25 ans et ayant achevé leurs études au moment de leur interruption de grossesse. Tandis que DANIELE perçoit la maternité comme incompatible avec son insertion professionnelle récente, pour RACHEL, c'est bien celle de son partenaire qui entre en ligne de compte et

s'articule avec des doutes quant à l'orientation de sa propre carrière. Dans ces deux cas, les femmes engagées dans une relation récente impliquent pour partie leur partenaire, voire co-construisent avec eux la décision (comme c'est le cas pour RACHEL), puisque tout nouvelle soit-elle, elles ont investi affectivement la relation au sein de laquelle elles se trouvent et se projettent pour partie dans l'avenir avec leur conjoint.

V.A.2.a. « *Je commençais tout juste à travailler* ».

DANIELE se découvre enceinte alors qu'elle commence tout juste l'activité professionnelle vers laquelle la menaient ses études. Issue d'un milieu modeste (ses deux parents sont techniciens), elle a 26 ans et travaille comme infirmière. Lorsqu'elle a confirmation de sa grossesse, elle raconte : « *je n'ai pas vraiment pensé le garder, vu que c'était quand même assez nouveau avec mon copain.* ***Lui, il allait à l'école, moi, je commençais tout juste à travailler. Ce n'était pas le bon moment. Non, je n'ai même pas pensé à le garder****. J'y ai peut-être pensé deux secondes […] Mais c'était vraiment inconcevable* ». Si, pour elle, cet avortement ne fait l'objet d'aucune hésitation, pour son partenaire, un étudiant à la MAITRISE en gestion de projets de 26 ans issu d'une famille davantage aisée, c'est plus compliqué :

> Il a trouvé ça plus troublant que moi. Je pense qu'il remettait plus en question, est-ce qu'on le garde ou pas ? Tandis que moi, c'était assez définitif. Lui, il pouvait imaginer de le garder … Moi, c'était clair que non. Lui, il trouvait que c'était quelque chose de plus marquant à vivre … Moi, j'étais : "Ok, je vais prendre rendez-vous, je vais me faire avorter, dans une semaine, c'est fini". Tandis que lui, ça l'a plus bouleversé que moi.

DANIELE est à l'aise avec sa décision, elle a en revanche beaucoup culpabilisé de ne pas avoir pris de manière plus régulière sa pilule à son âge, car « *à 12/14 ans je comprends, mais à 25 ans, je me trouvais un peu idiote* ».

Cependant, pour DANIELE, cela n'a pas été un épisode marquant : « *C'est drôle parce que des fois j'oublie même que c'est arrivé, pas que j'oublie… Mais quand j'étais enceinte, ils me demandaient : "As-tu eu des grossesses ?" "Non". Mais quand ils me disent : "Un avortement ?" je dis : "Oh oui! "* ». Car, au moment de l'entretien, elle est tout juste devenue mère d'une fille, qu'elle a faite avec ce même partenaire qui partage alors sa vie depuis quatre ans et qui est devenu entre temps gestionnaire de projets.

V.A.2.b. « *C'est un peu pour des raisons professionnelles qu'on a décidé de ne pas avoir un enfant tout de suite* ».

RACHEL est une travailleuse sociale de 27 ans. Elle n'est alors « *pas dans une situation très stable au niveau de l'emploi* » et envisage une « *réorientation de carrière* ». En couple depuis trois mois avec un jeune avocat, le couple cherche alors un appartement pour s'installer. Elle a alors des signes physiques lui laissant supposer qu'elle est enceinte. Quand elle passe le test pour s'en assurer, et que celui-ci s'avère positif, pour elle : « *pour le coup […] c'était vraiment une très mauvaise nouvelle* » ; « *je n'avais pas envisagé cette possibilité-là de tomber enceinte* ». En revanche, pour son partenaire, « *ce n'était pas nécessairement une mauvaise nouvelle* ».

Sa réaction génère chez elle des sentiments mélangés :

> C'était bizarre parce que je me disais notre relation est importante pour lui et il a envie d'avoir un enfant avec moi, c'est sérieux. Il y avait quelque chose qui me faisait plaisir là-dedans, mais en même temps, si j'ai envisagé la possibilité que ça pouvait être possible, **je n'étais pas rendue là dans ma vie**.

Elle prend le temps de la réflexion tout en impliquant son partenaire dans le processus décisionnel :

> j'en suis venue à analyser : où est-ce que j'en suis dans ma vie ? Qu'est-ce que ça représenterait d'avoir un enfant au niveau professionnel de mon côté ? Et puis de son côté à lui ? Et en fait, **c'est un peu pour des raisons professionnelles qu'on a décidé de ne pas avoir un enfant tout de suite. Lui venait de finir ses études. Ça faisait quelques mois qu'il travaillait dans un nouveau bureau d'avocats et puis, il savait que ce ne serait pas bien socialement d'avoir un enfant aussi rapidement**. Mais si lui était pas prêt, moi, ce n'était pas quelque chose auquel je tenais plus que ça », « On en est venu à la conclusion que ce n'était pas le bon moment.

Si RACHEL vit mal l'expérience physique de l'avortement, la décision est simple :

> Parce qu'on dit beaucoup que c'est difficile psychologiquement l'avortement. Moi, ce n'était pas un choix qui était difficile, c'était plutôt assez rationnel. Ce n'est pas quelque chose que j'ai vécu difficilement au niveau émotif », « et puis avec du recul, je suis quand même contente d'avoir prise cette décision-là [rires],

car un an et demi, RACHEL et son compagnon se séparent.

RACHEL n'a aucun problème à décider car, pour elle, l'avortement est un droit, et que c'est alors la meilleure décision à prendre. Elle souligne d'ailleurs à travers le récit d'un rendez-vous médical sa vision critique des discours sur les séquelles psychiques de l'avortement :

> l'année passée, j'ai consulté un ostéopathe. Et puis quand on me demande si j'ai eu une intervention chirurgicale, je ne le cache pas que je me suis faite avorter. Et puis en fait, je n'ai pas beaucoup apprécié sa façon de me répondre, parce qu'elle m'a ressorti le discours un peu psychologisant de l'avortement comme quoi, il y a quelque chose dans mon arbre généalogique qui est là maintenant… *[rires]* un secret dans la famille. Elle avait une analyse un peu culpabilisante. Elle me disait de ne pas négliger l'impact qu'un avortement peut avoir d'un point de vue psychologique, au niveau familial. Je trouvais que c'était un peu comme m'insinuer que ça allait être difficile, et puis qu'il y allait avoir des conséquences psychologiques.

Cette analyse contraste fortement avec la manière dont RACHEL vit à présent avec cet épisode :

> six ans après, je suis pas torturée par ce choix-là, que j'ai fait […] au niveau psychologique, […] personnellement je trouve que ça va, que je vis bien avec ça. C'est un choix de vie à faire et je ne me sens pas mal pour ce qu'il y avait à l'intérieur de moi. C'était peut-être un début de vie, mais ça n'a pas beaucoup de signification pour moi.

Pourtant, RACHEL donne à voir la manière dont s'insinue dans les esprits cette représentation négative, telle une prophétie auto-réalisante : « *je ne le sais pas si à un moment donné ça va me sauter dessus* ».

V.A.3. Les limites de l'investissement maternel.

Lorsque la grossesse survient alors que la femme est déjà pleinement investie dans le travail d'allaitement et d'élevage d'un enfant en bas âge, la décision de l'avortement s'impose aisément. La naissance d'un nouvel être apparaît alors impensable car elle signifie une charge physique et mentale que la femme ne se sent pas capable d'endosser et qui vient en concurrence avec les besoins de l'enfant déjà présent.

Ainsi, lorsque Julienne apprend qu'elle est de nouveau enceinte, sept mois après la naissance de sa fille, le choix de l'avortement « *s'est imposé* ». Bien que bénéficiant du soutien de son conjoint et de sa mère durant les premiers mois de sa fille, elle témoigne des conséquences physiques des différentes tâches que recouvre la maternité dans ces premiers temps : « *j'étais VRAIMENT fatiguée* ». Alors, quand survient la nouvelle grossesse, il est clair qu'elle va avorter. D'autant que Julienne s'est totalement investie durant les derniers mois dans sa maternité et qu'elle ressent de nouveau le besoin et l'énergie pour reprendre les activités dans lesquelles elle était impliquée avant de devenir mère :

> je me suis concentrée sur ma fille pendant ces cinq premiers mois, mais limite j'étais inquiète pour mon peu d'intérêt pour le monde extérieur. Je n'arrivais plus à lire, je n'avais plus d'intérêt pour rien sauf pour elle, et pour ce qu'on construisait avec mon copain. J'ai recommencé à reprendre pied dans la vie

extérieure autour de ces six mois », et puis « j'avais envie de me relancer dans autre chose que la maternité.

Avoir un deuxième bébé apparaît alors inconcevable : *« j'avais d'autres trucs à faire : me relancer dans le travail, avoir des projets avec des amis » « le militantisme notamment, ça me manquait énormément* ». Comme le soulignent Pascale Donati, Dominique Cèbe et Nathalie Bajos (2002), « le sens positif que la plupart des femmes donnent à leur investissement dans la maternité l'est d'autant plus qu'il est associé à l'idée du choix et à la possibilité de se réaliser autrement ». Pour Julienne, suite à ces mois où elle est pleinement engagée dans la maternité, une nouvelle grossesse risquerait de l'enfermer hors du monde qu'elle souhaite alors retrouver.

De plus, durant cette période où elle à nouveau enceinte, elle se sent rejetée par sa fille, sentiment qui lui est particulièrement insupportable : « *Je me suis dit que si ma fille, elle était dans le rejet, c'est peut-être que petits animaux qu'ils sont, ils sentent des choses que nous on ne perçoit plus tellement ».* Elle associe l'attitude de sa fille à cette nouvelle grossesse, argument supplémentaire pour l'interrompre.

Bien qu'elle considère « *que c'était le bon choix à ce moment-là* », elle le regrette quelque peu, n'ayant par la suite « *pas eu de deuxième enfant à cause du boulot* [rires] *»* et « *que l'écart d'âge va être gigantesque* » avec sa fille qui a alors déjà cinq ans. Alors que « *j'en aurais eu deux : deux qui se suivaient, qui dormaient dans la même chambre, qui jouaient ensemble. A posteriori, ça aurait pu être chouette* ». Julienne rend bien compte ici de la manière dont le moment du récit, ainsi que les événements (ou non événements) qui surviennent dans les mois et les années qui suivent, influent sur la façon dont les femmes rendent compte de leur décision d'avortement. Mais elle témoigne par la même occasion d'une structure idéale de la famille, cohérente avec celle socialement valorisée, à savoir deux enfants ayant quelques années d'écart.

V.A.4. Un regard sur le contexte qui change avec l'âge.

Comme nous l'avons précédemment évoqué dans le chapitre I avec les exemples d'ANDREANNE et SARAH, la perception des femmes évolue avec leur avancée en âge. Au cours des âges de la jeunesse, les femmes justifient leur avortement du fait que la grossesse survient dans un contexte pensé comme distant de « la situation idéale » pour avoir un enfant. Leur niveau d'exigence semble évoluer alors qu'elles se rapprochent de l'âge définissant socialement une maternité comme « tardive » et qu'elles souhaitent avoir des enfants.

MARYTHE, à 35 ans, est enseignante en arts plastiques en recherche d'emploi. Elle en couple avec le même homme, bibliothécaire, depuis dix-huit années. Lorsqu'elle tombe enceinte d'abord à 21 puis à 30 ans, dans les deux cas elle est aux études tout comme son compagnon. La première fois, elle étudie en arts, lui en littérature. Quand la deuxième grossesse survient neuf ans plus tard, elle est étudiante en enseignement et lui fait un baccalauréat pour devenir bibliothécaire.

Pour elle, à chaque fois, la décision est évidente : « *c'était quand même assez spontané le non… viscéralement ».* Elle se distingue immédiatement des femmes volontairement sans enfant : « *Ce n'est pas que je ne veux pas des enfants un jour. Ça n'a rien à voir. J'adore les enfants, je travaille avec des enfants… quelque part, j'aimerai peut-être en avoir si un jour, le contexte s'y prête* ». Seulement, au moment de ses deux grossesses, « *le contexte ne s'y prêtait pas* » : « *On dirait que pour moi, la venue d'un enfant à ces deux moments-là, ça aurait été plus de problèmes que de joies* ». Ce « contexte » c'est moins par rapport à elle-même qu'en fonction du bien-être d'un enfant potentiel qu'elle le pense : « *En fait, ça n'impliquait plus juste moi, ça aurait impliqué un enfant, qui n'aurait peut-être pas eu une situation idéale… c'était synonyme de situations difficiles qui allaient s'en venir* ».

Les deux fois, elle en parle avec son compagnon qui la soutient : « *Je me rappelle très bien qu'il m'avait dit : "Je ne peux pas désirer un enfant que tu ne désires pas… Si tu le gardes, je vais l'assumer. Mais si tu n'en veux pas, je ne peux pas en vouloir". Ça réglait vraiment la question* ». Elle pense toutefois qu'il devait lui aussi appréhender l'arrivée d'un enfant : « *Sans qu'il me le dise, il devait être un peu soulagé je pense. Lui aussi, il était aux études. Ce n'était pas une situation enviable ni pour l'un ni pour l'autre. Je pense que quelque part, mais là, je parle pour lui, ça devait peut-être faire un peu son affaire. Mais il me l'a jamais dit ouvertement* ». MARYTHE interprète la neutralité bienveillante de son partenaire comme un accord tacite sur le résultat du bilan de leur commune situation.

Au moment où nous la rencontrons, MARYTHE explique qu'elle ne considère toujours pas dans une situation idéale pour avoir un enfant ; le couple évoque malgré tout aujourd'hui cette possibilité : « *On en a parlé un peu récemment, mais en même temps mon copain, il est quand même rendu à 43 ans. Car il y a aussi la question de l'âge à un moment donné. Moi, je suis déjà rendue à 35 ans. J'ai comme à peu près cinq ans pour me décider si j'en veux ou pas* ».

MARYTHE, contrairement à SARAH ou à ANDREANNE, n'exprime pas une volonté forte d'avoir un enfant dans sa vie ou, du moins, elle exprime une certaine distance quant à la norme sociale de la maternité comme épanouissement incontournable pour une femme : « *je*

ne veux pas non plus des enfants, juste parce que j'ai une deadline. Je ne veux pas un enfant en me disant : "Il faut que j'en ai un, parce que sinon, je ne pourrais jamais en avoir". Je ne trouverais pas que c'est une bonne raison ».

V.B. Une décision qui va de soi mais pour des impératifs extérieurs.

Si comme nous venons de le voir, les décisions des femmes en matière de (non)procréation correspondent à des combinaisons originales de plusieurs éléments, certaines raisons semblent peser plus fortement. Ainsi, quand la santé du fœtus pourrait être affectée par l'absorption par les femmes de certaines substances ou que la grossesse est le résultat d'un rapport non consenti, il semble qu'elles tranchent automatiquement en faveur d'un avortement.

V.B.1. Si une incertitude plane sur la santé du fœtus.

Qu'elles souhaitent ou non avoir un enfant, lorsque les femmes font face à une grossesse non prévue et qu'elles ont pris des produits chimiques pouvant avoir un impact sur le développement physique ou mental du fœtus, elles optent sans hésitation pour l'interruption de grossesse. C'est le cas de deux enquêtées, MATHILDE et CLAUDINE. Tandis que CLAUDINE craint les conséquences des médicaments absorbés dans le cadre du traitement de sa maladie, MATHILDE sait que sa consommation régulière de drogues peut avoir des répercussions sur la santé du fœtus.

V.B.1.a. Les effets potentiels d'un traitement médical sur le fœtus.

CLAUDINE a 26 ans. Suite à une formation en interprétation théâtrale, elle se met à son compte et assure des contrats en tant que comédienne. Elle a connu de durs moments, du fait d'une grave maladie touchant ses articulations. Entre 22 à 25 ans, elle ne peut plus mener une vie normale et retourne vivre chez sa mère sur la rive Sud du fleuve. Ses parents sont séparé·es depuis qu'elle est enfant. Sa mère est directrice de production sur les plateaux de tournage, son père gère des contrats de voyage. C'est à la fin de cette période difficile qu'elle rencontre le partenaire duquel elle tombe enceinte. Lui est un ingénieur de 43 ans, déjà père de deux enfants de 21 et 23 ans. Juste après leur rencontre, le couple parte en Bolivie deux mois, afin qu'elle expérimente de nouveaux traitements pour ses problèmes articulaires et de paralysies. À leur retour, elle s'installe chez lui à Montréal. C'est alors qu'elle a confirmation de sa grossesse : « *j'étais très heureuse et puis, j'aurai voulu le garder. Dans ma tête, je n'allais pas me faire avorter* ». L'annonce de cette grossesse ne génère pas le même

enthousiasme chez son conjoint, qui n'est pas prêt à s'engager de nouveau alors dans la parentalité. Cela crée de fortes tensions entre les deux partenaires, des discussions difficiles. Toutefois, un nouvel argument s'invite et mettra fin au conflit. Dans le cadre du traitement de sa maladie en Bolivie, CLAUDINE a reçu une série d'injections et de médications. Elle s'inquiète des effets que pourraient provoquer ces médicaments sur le fœtus : elle se renseigne le plus possible et recueille plusieurs avis (médecin d'info-santé, médecin traitant en Bolivie, et médecin rencontré dans l'éventualité d'un avortement). Tous semblent assez clairs : *« Ils m'ont dit qu'ils ne savaient pas, mais que justement ils me conseillaient de me faire avorter parce qu'il y avait trop de risques* ». CLAUDINE décide alors d'avorter car elle ne veut pas être responsable d'un handicap pour son enfant : « *ça a vraiment été le côté médical, le côté risque [qui a influencé ma décision] je m'en serai voulu que mon enfant soit malheureux… parce que j'ai décidé de prendre cette décision là [de continuer la grossesse] ».*

V.B.1.b. Les effets potentiels des drogues sur le fœtus.

MATHILDE, 23 ans, après avoir abandonné un BACCALAUREAT en littérature, est étudiante dans une école privée de cinéma tout en travaillant à temps partiel dans un laboratoire comme technicienne. Ses parents vivent en région. Tandis que son père est directeur d'un ensemble de centres jeunesse, sa mère est femme au foyer. Depuis six mois, elle vit « *une situation de couple qui n'avait aucun bon sens »* avec un homme de 37 ans qui est déjà père d'un enfant vivant dans un autre pays. Il travaille ponctuellement dans la construction. Ce n'est « *pas quelqu'un de très stable ».* Tous deux consomment des drogues régulièrement. Quand elle voit son test de grossesse positif : « *C'était clair que je n'étais pas dans une situation pour pouvoir accueillir un enfant ».* Si MATHILDE justifie sa décision par différents éléments – « *Je ne voyais vraiment pas comment financièrement, psychologiquement, matériellement, j'aurais élevé cet enfant-là »* – un dernier élément pèse dans la balance : les risques encourus par une consommation régulière de drogues sur la santé du fœtus : « *Quand tu consommes, tu ne sais pas non plus comment le bébé peut arriver. Il peut avoir toutes sortes de troubles rattachés à ça* ».

MATHILDE, à l'aise avec sa décision, souligne cependant qu'elle est consciente de ce qu'elle est en train de faire : « *Tu as tout le temps, la petite idée que c'est un être viable* ». Et, lorsqu'elle tombe de nouveau enceinte six mois plus tard, alors que la situation n'a en rien changé, elle ne pourra se résoudre à avorter une deuxième fois.

V.B.2. Lorsque la grossesse est le résultat d'un rapport non consenti.

C'est le cas de PASCALE, 26 ans, étudiante à la MAITRISE en sociologie. PASCALE vit alors seule en appartement à Montréal. Sa mère (autrefois vendeuse) est décédée, il y a un peu moins d'un an, laissant derrière elle, son époux (enseignant de français pour les nouveaux arrivants) et ses deux filles. PASCALE se découvre enceinte, sans avoir conscience d'avoir eu un rapport sexuel, alors sous l'emprise de l'alcool. La décision d'avorter est de ce fait une évidence : « *je n'ai pas douté une seconde, pour moi c'était le premier choix qui m'est venu en tête* ». Les conditions de survenue de cette grossesse semblent donc clairement déterminer sa décision. Toutefois, d'autres éléments viennent la conforter : son faible désir d'enfant (« *ça n'a jamais été un désir vraiment fort d'avoir des enfants* »), son âge, et son investissement dans ses études : « *Je n'étais pas du tout là-dedans, vraiment* ».

Outre une décision évidente, son vécu apparaît tout aussi simple : « *je ne considérais pas que c'était un événement ou une épreuve de vie plus que ça* ». D'ailleurs, elle souligne bien la discordance de son expérience avec les images véhiculées à travers les média, représentations qui font l'objet de quelques enquêtes sociologiques (Conte, Gallepie et Morel, 2015) : « *On nous présente ça comme quelque chose de tellement marquant. Tu vois les images au cinéma de femmes qui sont traumatisées* », que « *c'est une épreuve psychologiquement* ». L'expérience de PASCALE vient clairement contredire les représentations communément associées à l'avortement, puisqu'il représente pour elle un épisode ordinaire.

Pourtant, elle en parlera peu autour d'elle, honteuse des circonstances qui l'y ont conduite. Tout en éprouvant encore des difficultés à savoir si c'était bien un viol, elle est gênée de sa consommation excessive d'alcool le soir du rapport fécondant.

V.C. Une décision qui s'impose, mais éprouvante.

Pour la plupart des femmes, l'avortement est une décision assez simple à prendre comme nous venons de le voir. Il est toutefois des situations où ce même choix est plus difficile, voire déchirant pour les femmes. Face à une grossesse non prévue, quelques enquêtées hésitent. Comme nous l'avons vu, même si elles ont des doutes, très rapidement elles engagent des démarches pour avorter. Si certaines sont tiraillées entre un désir de devenir mère et le constat d'une réalité peu propice, selon elles, à la venue au monde d'un nouvel être ; pour d'autres, c'est bien du fait de leurs convictions religieuses que cet épisode devient plus tragique.

V.C.1. Avorter quand on est « contre l'avortement ».

Comme nous l'avons aperçu dans les précédents récits, l'interdit religieux de l'avortement peut teinter de culpabilité la décision d'interrompre une grossesse. Mais lorsque les femmes sont issues d'un milieu anti-choix et elles-mêmes fermement hostiles à l'avortement, l'arrivée d'une grossesse non prévue dans un contexte peu favorable à sa poursuite place les femmes au cœur d'injonctions contradictoires. Nous illustrons cette configuration avec le cas d'HANANI qui, à tout juste 18 ans, tombe enceinte suite à ses premiers rapports sexuels et, bien qu'opposée à cette pratique, décide d'avorter,.

HANANI est une femme de confession musulmane, appartenant plus exactement à la communauté ismaélienne. Elle est issue d'une famille modeste. Sa mère, autrefois femme au foyer, a ouvert « *une affaire* », « *un nettoyeur, un cleaner* » quand ses parents se séparent, alors qu'HANANI est une jeune adolescente. Sa mère élève seule ses trois enfants, HANANI est la seule fille et l'aînée de la fratrie. Son père, quant à lui, est ingénieur en aéronautique, mais « *il n'avait pas les diplômes, [c'est] à force de travailler dans le métier [qu']il a atteint ce stade là* ». Il est parti s'installer en France avec son « *ancienne maîtresse* ». HANANI a « *un passé assez corsé* », puisqu'au moment du divorce « *[s]a mère a essayé de se suicider, [s]on père aussi* ». Pendant cette période, étant « *la plus vieille de la famille* », elle s'est « *occup[ée] de [s]es deux petits frères* » : « *du coup, j'en ai eu beaucoup sur les épaules pendant très longtemps* ». À 17 ans, elle quitte le foyer familial pour faire un BACCALAUREAT en droit dans une ville voisine. Elle habite dans une résidence universitaire, tout comme un copain de jeunesse, issue de la même communauté qu'elle. Un peu plus âgé qu'elle, il est en deuxième année d'études universitaires pour devenir ingénieur. Contrairement à HANANI, la famille de celui-ci est particulièrement dotée en capitaux économiques et sociaux, puisque sa mère est juge à la commission de l'immigration et son père ingénieur. Après quelques mois de fréquentation, HANANI décide d'avoir ses premiers rapports sexuels. Dans les semaines qui suivent, elle a des douleurs constantes au ventre. Elle se croit alors malade – « *pour moi, c'était une indigestion ou bien peut-être une infection quelque part* » – et se décide à consulter le médecin de l'université qui lui fait passer différents examens, puis lui annonce son diagnostic : « *J'ai trouvé ton mal de ventre. Tu fais une grossesse ectopique* ». « *C'était vraiment un choc* », puisqu'elle n'avait a aucun moment envisagé de pouvoir être enceinte : « *Enceinte ? Ce n'était pas une option, parce que… quand est-ce que j'aurais pu tomber enceinte ?* ». HANANI a toujours eu des rapports protégés, la seule fois où elle n'a pas mis de préservatif, c'était lorsqu'elle avait ses règles. Finalement, l'échographie révèle que sa grossesse n'est pas extra-utérine, et HANANI se retrouve confrontée à un choix nécessaire mais

compliqué à vivre. Pour elle, avorter : « *ça a été une décision vraiment, vraiment difficile à prendre* », « *mais en même temps, c'était comme si c'était la seule solution* ».

Il lui est difficile d'envisager une IVG, car elle a toujours été fermement opposée à l'avortement et depuis toujours se représente la maternité comme quelque chose de « *magique, un phénomène qui est quand même incroyable* ». Un ensemble d'éléments pèsent sur son choix :

> Un, c'est un enfant, je veux le garder. Deux, je n'ai jamais été pour l'avortement, alors je vais le garder. Trois, religieusement parlant, c'est contre ma religion de me faire avorter. Je suis musulmane, ça ne passe pas chez nous, quelle horreur ! Enfin, si ma mère l'apprend, elle va me tuer.

Malgré ses convictions, il lui apparaît inconcevable de continuer cette grossesse : « *je ne pouvais pas garder un enfant dans ces conditions. Un, j'étais trop jeune. Deux, je commençais l'université, et puis j'avais toute ma vie à faire encore. Et trois, j'aurai même pas eu les moyens financiers de le garder cet enfant-là* ». D'autant que les études occupent une place particulièrement importante dans sa famille : « *Chez nous, c'est important, tu vas à l'école, tu finis tes études, tu ramènes un diplôme à la maison* ».

Pour se décider, elle a « *posé l'ensemble des cartes sur la table* » ; elle identifie trois solutions : mener cette grossesse à terme et garder l'enfant, accoucher et donner l'enfant en adoption, avorter. L'important, pour elle, est de trouver les arguments l'autorisant à passer outre ses convictions. Avoir cet enfant conduirait à une suite d'événements auxquels elle ne souhaite pas s'exposer. Il faudrait en parler à leurs parents respectifs. Aux siens d'abord et tout particulièrement à son père, puisque HANANI est boursière et sa mère divorcée en charge de trois enfants « *n'aurait pas les moyens d'élever une quatrième bouche* ». Au-delà des dimensions matérielles, dire sa grossesse lui semble impossible, puisque cela revient à reconnaître une sexualité qu'on ne lui permet pourtant pas *:* « *il aurait fallu que j'en parle à mon père, ce qui me terrifiait au plus haut point… Mon père qui trois ans après pensait encore que j'étais vierge* ». Même difficulté auprès des parents de son copain : « *ses parents sont extrêmement religieux. Il était de la même communauté que moi, donc ils nous auraient sûrement mariés sur le coup* ». Pour HANANI, ce mariage aurait été une erreur : « *il m'en aurait voulu et il m'en aurait fait baver toute ma vie surement de l'avoir coincé là-dedans* » et « *Il [aurait] fini[…] par partir un jour* » donc « *je n'allais pas avoir de père pour l'enfant ou pas un bon père* ». Même si le mariage n'avait pas lieu « *ils [l]'auraient quand même pris en charge* » en tant que famille plus aisée que la sienne, ce qu'elle aurait payé d'une autre façon : elle risquait d'y perdre le contrôle sur son enfant : « *C'était MON enfant. Si j'avais à le*

garder, ça aurait été le mien, et j'aurai pas voulu être comme forcée de leur laisser parce que moi, je n'avais pas les moyens de m'en occuper et [que] je n'avais pas d'autre choix que de rester sous leur protectorat ».

La deuxième solution envisagée est la mise en adoption, mais, pour elle : « *L'adoption, c'était pas une option, parce que si je le sens grandir en moi, je vais le garder cet enfant-là. Je vais être INCAPABLE, IN-CA-PABLE, incapable de le donner* ». HANANI est la seule des enquêtées à avoir envisagé cette option, sans doute en raison de son aversion pour l'avortement.

La dernière et seule solution est l'avortement. Pour autant, avant de pouvoir l'envisager, tout un travail de déconstruction de ses convictions lui est nécessaire : « *j'ai lu un peu sur l'avortement. Je suis allée chercher des informations sur internet et puis j'ai vu que finalement c'est une solution. Ce n'est pas un crime* ». « *Donc du coup, je me suis dit que c'est quelque chose qui existe donc, on va l'utiliser* ». « *Je pense que je me suis convaincue, que c'est bon, que ce n'est pas un enfant. C'était juste une erreur. L'avortement ça existe, et puis si les autres peuvent le faire, je peux le faire aussi. Donc je me suis auto-convaincue que je ne faisais pas quelque chose de mal, parce que pour moi, c'était mal. Mais je me suis convaincue du contraire* ».

Faire ce choix reste difficile pour HANANI, qui espère alors éviter d'y être confrontée : « *j'ai tellement souhaité faire une fausse-couche, pour ne pas avoir à prendre une décision. J'ai prié tous les soirs, et puis oui, j'ai monté et descendu les escaliers en courant* [rires] *en espérant que ça se débloque. J'ai même voulu demander à mon copain de me donner un coup de poing* ». Au début, seul son copain est au courant. Son frère est mis dans la confidence, pour lui permettre de dissimuler cet épisode à leur mère. Deux autres de ses amis partagent le secret, l'aidant à prendre sa décision et à aller avorter, en l'absence de soutien de son copain. Elle n'en parlera plus et gardera pour elle ce lourd secret, qu'elle définit avec un certain humour : « *comme la cerise sur le sundae d'une adolescence que je n'ai pas eue* ». Un an après son avortement, HANANI fait une dépression et lève progressivement le tabou pesant sur cette histoire. Elle en parle alors à sa mère et découvre alors qu'elle aussi a avorté.

Il est intéressant de remarquer que si HANANI apprécie de pouvoir accéder facilement à l'avortement et constater que ce n'était « *pas un crime* », elle reste opposée à son principe sauf en cas de conditions exceptionnelles. Pour HANANI l'avortement doit rester une « *mesure d'urgence* » et une décision grave : « *je suis beaucoup plus sereine avec l'idée de l'avortement. Enfin, pas quand j'entends des filles dire : "Ce n'est pas grave, je me ferai avorter". Non, c'est pas si facile que ça, et ça devrait pas être aussi facile que ça* ». Ainsi, le

recours à l'avortement ne semble pas avoir profondément modifié ses convictions, mais seulement les avoir effritées à la marge.

V.C.2. Une maternité désirée par la femme.

Il semble bien que les convictions religieuses rendent plus douloureux le recours obligé à l'avortement. Mais cette douleur est sans commune mesure avec celles des femmes qui auraient souhaité poursuivre leur grossesse et qui se voient « obligées » d'y renoncer pour des raisons extérieures à leur volonté. Plusieurs femmes, lorsqu'elles annoncent leur grossesse à leur partenaire, expriment en même temps leur désir de sa poursuite. Elles se sont finalement rangées à l'avis de leur partenaire et ont eu recours à l'avortement, suite à la requête plus ou moins pressante de ce dernier. Si finalement elles avortent, c'est qu'elles ne peuvent envisager la naissance d'un enfant en l'absence d'un « projet parental » porté par le couple (Boltanski, 2002). L'analyse des témoignages des enquêtées signale derrière cet énoncé plusieurs raisons sensiblement différentes. Tandis que certaines avortent notamment pour ne pas risquer d'être quittées par leur partenaire qui refuse de devenir père, d'autres optent pour cette décision face à l'inconstance de celui-ci. Au-delà de ces motifs d'ordre « relationnel », certaines se résignent à avorter car elles ne peuvent envisager une naissance en l'absence du soutien matériel de leur partenaire ou tout simplement en l'absence de celui-ci. Bien qu'aujourd'hui Françaises et Québécoises peuvent décider seules, ces récits signalent la place centrale que peut avoir le partenaire dans les choix procréatifs des femmes : un enfant, pour la plupart, suppose un père.

V.C.2.a. Le primat de la relation sur le désir d'enfant.

Quelques enquêtées auraient souhaité poursuivre leur grossesse mais, alors très éprises de leur partenaire, ne voudront pas aller contre la volonté de ce dernier. Elles se résolvent donc à avorter, souvent tout en nourrissant jusqu'à la dernière minute l'espoir qu'il change d'avis avant l'intervention. Pour la plupart, elles vivent difficilement cette décision. Bien entendu, le refus du partenaire s'articule à un ensemble d'éléments venant se combiner pour qu'elles optent finalement pour l'avortement. Mais lorsqu'elles l'évoquent quelques années plus tard, en général séparées du partenaire dont elles sont tombées enceintes, elles témoignent de la crainte qu'elles éprouvaient alors face à une éventuelle rupture et de l'influence importante de leur partenaire (et plus largement de l'amour) dans leur vie, ainsi que l'illustre l'exemple de CHLOE.

CHLOE, 27 ans, vient de la région du Saguenay. Elle est issue d'une famille monoparentale. Sa mère, comptable, l'élève seule, bien qu'elle se remette en couple lorsque CHLOE à 15 ans. Après sa scolarité collégiale et une période de petits boulots, elle s'est installée en colocation à Montréal, où elle pensait avoir plus d'opportunités professionnelles. Elle souhaite devenir journaliste, mais fait dans un premier temps surtout des petits boulots. Elle travaille à mi-temps dans un magasin de sports de plein air et à mi-temps dans une billetterie. Lorsqu'elle s'aperçoit qu'elle est enceinte, elle est en couple depuis huit mois avec un collègue. Il a 29 ans et a arrêté ses études après des études secondaires professionnelles.

La décision d'avorter est particulièrement difficile pour elle, puisqu'elle se trouve tiraillée entre « *le rationnel et puis le cœur* ». CHLOE a le sentiment d'avoir toujours souhaité constituer une famille nombreuse : « *c'était mon désir d'avoir des enfants. J'ai tellement dit que ça ferait partie de ma vie. Je me rappelle au primaire j'ai écrit une composition. [Le sujet] C'était "Ma vie à 25 ans". J'avais écrit que j'habitais un bungalow avec trois enfants et puis le chien* ». Ainsi, CHLOE donne à voir le modèle familial qu'elle a intégré depuis son enfance, notamment l'âge et les conditions au sein desquelles elle se pensait déjà mère, jusqu'à la taille idéale de *sa* famille potentielle. Alors lorsqu'elle tombe enceinte, elle envisage dans un premier temps de continuer sa grossesse, mais son partenaire ne partage pas cette vision des choses. Alors qu'elle lui annonce son intention, il menace de la quitter : « *Il m'a dit : "Tu vas gâcher ma vie et puis tu peux pas ME faire ça. Je ne peux pas élever un enfant, je ne sais même pas ce que je fais dans la vie, si tu fais ça, tu me verras plus la face ! »*. CHLOE est alors très amoureuse de lui : « *Ce gars-là, je l'aimais vraiment beaucoup, même s'il m'a rien apporté de nécessairement de bon. Tu sais quand l'amour rend aveugle, c'était complètement ça* ». Si elle envisage un temps de devenir une mère seule, elle a terriblement peur qu'il la laisse, d'autant qu'elle a conscience d'être bien loin du contexte idéal dans lequel elle s'imaginait quand elle était plus jeune : « *J'avais une job, mais pas super payante. J'avais un copain que j'aimais, mais c'était sûr que lui, il ne pouvait pas élever un enfant* ». Sa mère se propose de la soutenir quel que soit son choix, mais CHLOE prend en compte la distance géographique qui les sépare : « *Ma mère est loin, ça va être difficile* ». Deux autres éléments la font tendre vers le choix de l'avortement. Tout d'abord, si elle sait que la monoparentalité n'est pas impossible ayant vu sa mère s'y confronter – « *mon père, il n'a jamais été présent dans ma vie. Ça fait que pour moi, élever un enfant toute seule, ça se pouvait* » –, elle a conscience des difficultés que cela représente : *« ma mère, elle l'a fait toute seule [d'élever un enfant] c'était tellement difficile. Finalement, elle m'a vraiment aidé à prendre une décision* [rires] ». Enfin, certes pour CHLOE la maternité a une place importante

dans sa vie, un autre élément toutefois lui apparaît primordial : « *Je voulais des enfants c'était sûr, mais dans la vie, je voulais trouver l'amour* », et selon elle, pour « *une femme seule avec un enfant, c'était bien plus difficile* ».

Comme il lui propose de l'accompagner le jour de l'avortement, elle se sent épaulée : « *je me disais, il veut m'accompagner, il est fin, il m'aime* », mais aujourd'hui elle se dit avoir été « *tellement niaiseuse* », car à peine rentrée chez lui après l'intervention, tout en lui disant « *Je vais m'occuper de toi* », il la laisse seule avec sa peine : « *Je suis sortie [du Centre de santé des femmes] à 11h et puis à 1h, il me dit : "Ça te dérange pas si je rejoins mes amis ? Je reviens vers 3h et puis je m'en vais dans un 5 à 7 prendre une bière pour toi". Il était tellement fin !* [ironie] ».

S'en suit une période difficile pour CHLOE : « *Personnellement j'étais vraiment bouleversée après. Tout me faisait pleurer. Je me promenais, je voyais les bébés je pleurais. J'ai vraiment pleuré beaucoup. J'ai vraiment trouvé ça dur longtemps* ». Pendant un temps, elle s'isole de ses amis, ne sort plus, compte les jours et les mois durant l'année qui suit. Puis, brusquement, elle décide de bouleverser complètement sa vie. Elle le quitte – « *je me suis comme libérée de l'emprise de cet homme* » –, change d'emploi et déménage.

Pour CHLOE, le souvenir de cet épisode reste encore pénible : « *j'ai encore l'impression que ce n'était pas nécessairement mon choix, que ce bébé-là, il aurait pu vivre* », « *je l'aimais comme une folle, ce gars-là. Fait que… il m'a un peu manipulée, si on peut dire de la manipulation dans ces moments-là* ». Bien qu'elle ait le sentiment d'avoir été pour partie désappropriée de sa décision, CHLOE souligne qu'elle n'aurait pas aimé garder un lien avec cet homme par le biais de l'enfant.

Cependant, le rappel de sa décision est d'autant plus douloureux qu'à 29 ans, elle n'a toujours pas d'enfant : « *J'ai 29 ans et puis j'en ai pas* [rires] ». L'exemple de CHLOE donne bien à voir l'importance du moment du récit. Car si cette décision apparaît présentement comme un moment difficile, on peut émettre l'hypothèse qu'elle la relativisera si et à partir du moment où elle deviendra mère.

V.C.2.c. Des couples fragiles.

Comme nous venons de le voir, pour certaines femmes, la survenue d'une grossesse marque le début d'un désaccord et même d'un conflit avec le partenaire. À la différence des cas précédents, où le partenaire dès l'annonce de la grossesse se déclare en faveur d'une IVG, cette posture peut être le résultat d'un revirement, comme c'est le cas pour Jenny. Après s'être dans un premier temps projetée dans la parentalité avec son conjoint, elle se décide à avorter

face au changement d'opinion de son partenaire, changement qu'elle vit comme une forme de trahison.

Jenny, 29 ans, est née en Suède où vit toujours sa mère, secrétaire-comptable dans un cabinet d'avocats. Ses parents sont divorcés et ont reconstruit leur vie chacun·e de leur côté. Son père, un ingénieur à la retraite, vit quant à lui en Hongrie. Jenny habite depuis huit ans en France où elle a fait l'ensemble de ses études universitaires. Titulaire d'un master de sociologie, elle suit des cours de journalisme à distance, tout en travaillant à mi-temps dans un café. Elle vit depuis un peu plus d'un an chez son partenaire, un peintre-graphiste d'origine togolaise de 39 ans, avec qui elle est en relation depuis trois ans. Le couple a des hauts et des bas : « *C'était une période où les choses n'allaient pas très bien… Depuis assez longtemps les choses n'allaient pas très bien* ». Pourtant, lorsque survient cette grossesse, les deux accueillent avec joie cette nouvelle : « *On s'est dit OK, c'est le destin. On va avoir cet enfant* ».

Elle contacte alors la maternité des Lilas, « *parce qu'à Paris quand tu es enceinte, il faut trouver une place rapidement* ». Ayant prévu de partir en voyage une dizaine de jours, elle maintient ses vacances, mais à son retour tout bascule : « *mon copain m'a annoncé qu'il ne voulait PAS cet enfant ».* Jenny est dévastée par cette nouvelle, tout semble s'écrouler autour d'elle : *« Je me sentais très vulnérable, je me sentais très exposée […] tout ce que j'avais cru pendant tellement longtemps, j'avais cru à un NOUS, […] c'était très très difficile et très violent comme rupture* ». Pour elle, son refus de devenir père marque la fin de la relation. Elle quitte leur domicile et s'installe chez des amis.

Bien qu'hésitante, elle prend tout de suite rendez-vous pour une IVG aux Lilas. Suite à la première rencontre médicale, elle voit plusieurs fois la psychologue vers qui elle est orientée lors de sa première rencontre médicale car elle en ressent le besoin : « *elle m'a aidée à être sûre de ma décision* ». Elle refuse durant cette période de répondre aux appels de son partenaire, jusqu'au moment où sa décision est clairement arrêtée : *« Je trouvais qu'il avait quand même le droit de savoir que j'avais pris cette décision et peu importe ce qu'il me disait, je ne changerais pas d'avis parce que je n'avais plus aucune confiance en lui* ».

Dans un premier temps, fermement opposé à la continuation de la grossesse de Jenny, il lui propose de ne pas l'interrompre mais refuse cependant d'assumer le rôle de père. Même si Jenny adhère fortement à la norme de la maternité biologique – « *J'ai envie d'avoir des enfants* » –, elle ne peut envisager d'avoir un enfant seule, d'un homme qui n'en veut pas. L'avortement est d'après elle la seule option possible dans telles circonstances, tout en représentant une décision particulièrement difficile : « *c'était quelque chose… je savais que je*

DEVAIS le faire, mais ce n'était pas du tout évident ». Pour Jenny, « *c'était une période, très douloureuse, très dure* ».

Cependant, elle se découvre alors des ressources qu'elle ignorait : « *j'ai été surprise par moi-même ... j'arrivais à tout si bien gérer* ». Cet épisode a eu pour Jenny « *un impact fort* » : « *j'ai été obligée de me confronter à ce que moi je voulais, et me forcer à prendre une décision qui était bien uniquement pour moi* ». Aujourd'hui, elle est à nouveau en couple avec ce même homme, sans habiter avec lui. Elle jette un regard critique sur son « désir de maternité » et se le représente comme une manière d'« *éviter de penser à [s]es propres besoins* » : « *j'aurai eu juste les besoins de quelqu'un d'autre, parce que il y aurait eu quelqu'un qui aurait toujours eu besoin de moi* ». Lorsque nous la rencontrons deux mois après son avortement, Jenny vient tout juste d'obtenir un contrat de travail dans une association qui intervient dans les collèges pour de l'action culturelle. Elle semble encore bouleversée par cet épisode, qui l'a amenée à beaucoup se remettre en question.

V.C.2.b. Une grossesse impossible en l'absence de solidarité conjugale.

Les précédentes enquêtées vivent difficilement leur décision pour des raisons relationnelles avec l'homme dont elles sont tombées enceintes. À travers ces dernières situations, apparaît en filigrane d'autres éléments qui, au-delà du conflit entre les deux partenaires, influent sur leur décision finale. Ainsi, lorsqu'elles souhaitent mener à terme une grossesse non prévue mais que leur partenaire s'y oppose, les femmes bien souvent se résignent à avorter puisque, étant fragiles professionnellement et donc économiquement, elles ne peuvent penser la naissance d'un enfant en l'absence de son soutien matériel. Nous illustrons cette situation avec le cas de MARJOLAINE qui, comme nous l'avons vu précédemment, décide d'avorter de manière relativement simple une première fois à 17 ans (étant encore au CEGEP, jeune et matériellement fragile), mais qui aura bien plus de difficultés à formuler ce choix six ans plus tard.

Quand MARJOLAINE se trouve de nouveau enceinte à 25 ans, la décision d'interrompre sa grossesse s'avère éprouvante. Elle est alors étudiante en deuxième année de MAITRISE de communication, et bénéficie de prêts ainsi que de bourses universitaires. Cette fois-ci, elle a une relation avec un post-doctorant de 43 ans depuis trois mois. MARJOLAINE envisage dans un premier temps continuer cette grossesse, puisqu'elle a toujours voulu des enfants et se sent prête. Mais pour son partenaire, il n'en est pas question. Chacun·e avance ses arguments.

Pour MARJOLAINE, « *on a joué avec le feu* ». Pratiquant le retrait, selon elle, le couple avait conscience du risque de grossesse, il est donc logique d'assumer ensemble les

conséquences de leurs actes. Elle se considère trop âgée pour avorter. Lui met en avant le contexte peu favorable à la venue d'un enfant, et la renvoie au « *côté pratico-pratique* » : leur relation est récente, elle est en cours de maîtrise et lui ne se sent pas du tout prêt. Si « *rationnellement [elle] comprenai[t] ses arguments* » et reconnaît qu'« *il n'avait pas tort* », pour elle, « *il y en a plein [de gens] qui font des études avec des enfants* », et cela ne lui paraît pas impossible. S'engage une semaine de négociations au sein du couple, durant laquelle « *il essayait de [la] raisonner tout simplement* », mais où, aussi, il la culpabilise (cela se passe au téléphone, alors qu'il a beaucoup bu) : « *"Mais te rends-tu compte de ce que tu me fais ?" ou ce genre de phrases-là* ».

Finalement, MARJOLAINE se résoudra à avorter. Bien qu'une amie lui propose de l'aider pour élever ce potentiel enfant, la monoparentalité lui fait peur : « *je ne me voyais pas élever toute seule un enfant. Pour moi, les monoparentales sont des saintes […] je ne sais pas comment elles font. C'est tellement intense. À moins d'être, vraiment à l'aise financièrement et de pas être obligée de travailler* ». Et MARJOLAINE n'a pas ce confort matériel. D'ailleurs, elle s'interroge sur ses capacités à pouvoir matériellement assumer seule un enfant : « *Ce n'était pas le côté émotif de juste vivre la situation toute seule, c'était vraiment comment je vais faire. Ne sachant même pas quel genre d'emploi, je vais occuper, comme je commence à peine la maitrise […] Comment je vais faire pour faire vivre cet enfant-là ? Moi, c'est ce qui a mis un terme à ma rêverie de le garder toute seule* ».

MARJOLAINE a malgré tout le sentiment d'être dépossédée de sa décision : « *j'ai vraiment senti que je prenais une décision contre mon gré… j'ai été poussée vers ce choix-là* ». L'avortement est aussi une décision douloureuse car elle se sent en décalage avec ses amies :

> On était comme toutes à l'âge d'avoir des enfants. Et puis elles, elles étaient dans les couches, ou elles étaient sur le bord d'accoucher ou elles avaient accouché ou prévoyaient de tomber enceinte. Tout le monde était là-dedans. Moi, j'étais la seule à [poser une] action contraire je dirais.

Toutefois, elle accepte mieux sa décision quand son partenaire déclare qu'il n'exclut pas l'idée d'avoir un enfant avec elle, et que la prochaine fois sera la bonne.

Alors, quand trois ans après elle retombe enceinte, cette fois-ci MARJOLAINE n'a aucune hésitation. Si lui ne se sent toujours pas prêt pour devenir père, elle ne lui laisse plus le choix. Elle a alors fini sa MAITRISE, travaille dans un institut de recherche et se sent plus solide matériellement parlant. Quelques temps avant la naissance de l'enfant, face au comportement « *odieux* » de son partenaire, elle le quitte et retourne vivre dans son ancienne

colocation considérant que : « *ça devenait dangereux pour [s]a sécurité, et pour la sécurité de l'enfant* ». Elle y élève cet enfant avec son colocataire, un ébéniste luthier de son âge. Ce dernier devient son conjoint et au moment où nous la rencontrons, elle a 30 ans et le couple envisage de faire un enfant.

V.C.2.d. Le respect du modèle familial.

Comme nous le venons de voir la plupart des femmes qui avortent en raison du refus de leur partenaire de faire un enfant sont bien souvent précaires et pour certaines encore aux études. Cependant certaines savent qu'elles peuvent bénéficier du soutien matériel de leurs parents, à défaut de pouvoir s'appuyer sur leur partenaire (comme c'est le cas pour NOEMIE et CARINE). D'autres, comme JEANNIE (pour sa troisième IVG), sont déjà suffisamment stables sur le plan professionnel pour que ce projet de garder l'enfant s'avère possible. Pourtant, même quand la question matérielle n'est pas un problème, certaines femmes témoignent ne pas vouloir donner naissance à un enfant « sans père », tant elles restent attachées au modèle familial traditionnel. Si elles hésitent un temps, elles se résoudront à avorter, souvent avec peine, comme le montre l'histoire de NOEMIE.

Le refus d'avoir un enfant « bâtard ».

NOEMIE, 22 ans, est étudiante en éducation spécialisée. Elle prépare son DEC[63] tout en travaillant à temps partiel à côté. Elle vit seule avec sa mère, qui tient une compagnie d'entretien ménager et son frère. Elle ne sait rien de son père, qu'elle appelle son « *géniteur paternel* ». Elle est en couple avec son premier petit copain depuis cinq années. D'origine haïtienne, il a un an de plus qu'elle, vit chez ses parents et, après avoir travaillé un temps comme journalier, touche le chômage. NOEMIE découvre tardivement sa grossesse et, alors qu'elle veut la poursuivre, son partenaire y est implicitement opposé : « *Il m'a jamais vraiment dit : je veux que tu te fasses avorter… c'est plus le contexte social. C'était beaucoup des non-dits* ». Sans le dire clairement, son refus d'évoquer la grossesse à ses parents signale bien qu'il ne souhaite pas investir le projet parental que NOEMIE porte seule. Pourtant, ce n'est pas sur l'opposition de son partenaire qu'elle met l'accent, mais sur la prégnance de certaines valeurs sur sa décision de ne rien dire : « *c'est un Haïtien, les valeurs de la famille… Pour eux, il fallait être marié, et puis il fallait habiter ensemble avant d'avoir des enfants* ». Aussi, selon elle « *la culture haïtienne c'est quand même une culture très fermée* », notamment réticente au métissage : « *sa mère, elle m'appréciait énormément, mais c'était comme une*

[63] DEC : Diplôme d'études collégiales, marquant la fin du CEGEP.

étape de plus qui venait confirmer que son garçon, ne sortirait jamais, ne se marierait jamais avec une Haïtienne, qu'il était parti pour avoir un enfant… eux autres, ils les appellent les enfants bâtards, c'est des enfants qui sont mélangés ». Si elle envisage un temps la monoparentalité, projet dans lequel sa mère est prête à la soutenir, elle a conscience des difficultés que représente un tel choix, ayant été élevée dans une configuration similaire. Finalement, tout en désirant cette grossesse, NOEMIE décide d'avorter face à « *la pression* » du « *contexte social* » et de « *ces valeurs* ». Après l'avortement, le couple vit deux années difficiles avant de se séparer.

Ne pas avoir un enfant rejeté par son père.

CARINE, 20 ans, vient de finir sa première année de BACCALAUREAT en arts et travaille dans une boutique de vêtements pour enfants. A cette époque, elle est dans une relation depuis huit mois avec « *un ami particulier* », qui n'est autre qu'un camarade de cours. S'étant jusqu'alors toujours pensée lesbienne, elle est pour la première fois dans une relation durable avec un homme. Lorsqu'elle découvre sa grossesse, sa première réaction n'est pas claire : « *ma mère m'a eu au même âge où je suis tombée enceinte, donc pour moi, c'était comme une double problématique dans ma tête : je me disais que ma mère à 20 ans aurait pu avorter, et que je ne serai pas là aujourd'hui* », mais il « *y avait plein de choses [comme] pour n'importe quelle fille, qui rentraient en ligne de compte* ».

Dans un premier temps, elle envisage de continuer cette grossesse. D'ailleurs, sa mère est prête à la soutenir dans ce choix : « *elle voulait que je le garde, elle était prête à m'aider. Elle avait vraiment le goût de s'impliquer là-dedans* ». Son partenaire étant à l'extérieur de Montréal pour le travail à cette période, elle lui annonce par téléphone. Même s'il ne partage pas l'envie de CARINE d'avoir un enfant et tente de la convaincre d'avorter, le couple n'a que très peu de contacts téléphoniques durant les trois semaines et CARINE se convainc qu'il changera d'avis.

Durant ces semaines, CARINE vit ce début de grossesse comme quelque chose d'incroyablement agréable : « *j'étais une fille toute ma vie hyper-complexée par mon physique, j'étais plus ronde que les autres. Et pendant ma période de grossesse, je ressentais un bien-être… J'avais l'impression que mon corps était à l'utilité de quelque chose de tellement plus grand que moi. Je ne me trouvais plus grosse, je ne me trouvais plus laide. J'étais tellement bien dans ma peau. Je serai restée enceinte, j'étais tellement bien* ». Jusqu'au retour de son partenaire à Montréal, elle n'engage pas de démarches pour avorter : « *le processus était pas encore enclenché, parce que j'avais un peu espoir de le convaincre de*

le garder ». Mais il reste fermement opposé à la poursuite de cette grossesse : « *pour lui, c'était hors de question* ».

Bien qu'ayant achevé comme elle sa première année de BACCALAUREAT en arts, son partenaire est plus âgé qu'elle (25 ans) et est issu d'une famille très pauvre : *« ses parents vivaient sur le BS*[64]*, avec très peu de moyens* », « *ils ont eu [trois] enfants très jeunes »* et « *son père l'a battu* ». Alors, « *il a travaillé, fait des emplois qu'il n'aimait pas [pendant dix ans], pour sortir de ce contexte et venir étudier* ». Il travaille toujours à côté de ses études comme chargé de cours et durant l'été dans une compagnie de sécurité. Étant donné qu'il est en voie d'atteindre son objectif, c'est-à-dire l'obtention d'un diplôme universitaire pour pouvoir avoir un emploi dans son domaine, quand elle lui annonce qu'elle veut faire un enfant, il s'y oppose fermement « *voya[n]t le contexte se reproduire* » et « *a[yan]t peur de devenir violent comme son père* ».

Comme elle ne change pas d'avis, il lui dit : « *Si tu le gardes, je veux que tu ne dises à personne que c'est moi le père* ». Il est pourtant impossible que personne ne l'apprenne : « *On était à l'école ensemble, dans un milieu très serré* ».

Finalement, elle se décide à avorter dans un contexte « *peu idéal* », bien qu'excluant son partenaire du processus décisionnel final. En effet, lors de « *la rencontre psychologique* » elle veut être seule : « *je connaissais sa position, et je voulais être sûre de prendre une décision pour moi, donc je l'ai rejeté pour me protéger finalement* ». Elle explique son choix ainsi : « *Je ne pouvais pas me dire, que pour mon bien-être, j'allais lui gâcher son rêve pour lequel il se bat depuis dix ans. Et moi, il était hors de question, par rapport à mes valeurs, d'avoir cet enfant-là seule* ». Elle met moins l'accent sur le contexte matériel que sur l'aspect relationnel : elle refuse de donner naissance à un enfant « *sans père* » :

> Je n'aurai jamais pu faire ça. J'ai beau avoir été en couple dans ma vie, plus longtemps avec des filles qu'avec des hommes, je crois quand même que ce n'est pas non plus comme si je m'étais faite inséminée. Dans les faits, il y a un père […] il existe. Si elle me pose des questions, ma fille, je devrais lui répondre un jour. Puis, d'avoir ce sentiment-là de rejet et cette incapacité-là, à rentrer en contact pendant des années avec son père, je trouvais ça mauvais pour l'enfant.

CARINE ne peut se résoudre à « *imposer [s]on choix égoïste de femme, qui a besoin de se réaliser dans son corps de femme »,* considérant que cette option détruirait « *le bien-être psychologique d'un homme qu['elle] aimai[t]* » mais aussi celui « *d'un enfant en devenir* ».

[64] BS : Bien-être social. C'est ainsi que sont communément désignées les aides sociales de l'État aux foyers dont les ressources sont insuffisantes pour subvenir à leurs besoins de base.

D'ailleurs elle souligne sa propre incohérence : « *je trouvais ça vraiment affreux l'avortement pour moi-même, alors que j'étais pro-choix pour toutes les autres* ».

Elle initie les démarches pour avorter tout en espérant jusqu'à la dernière minute que son copain change d'avis : « *j'étais plus qu'hésitante, je ne voulais pas* ». Suite à l'avortement, son copain la quitte et refuse de lui adresser la parole durant l'année qui suit, persuadé qu'elle aussi a tenté de le manipuler en provoquant cette grossesse à son insu. Au cours de cette année, CARINE fait une grosse dépression. Elle part alors en Europe où elle fait une série de voyages, qu'elle vit comme « *un pèlerinage* ». Ce n'est que deux ans plus tard, lorsqu'elle fait une exposition autour de l'avortement, qu'elle amorce « *des pas vers la lumière* ». Malgré « *TOUTES les années de tapage sur la tête… puis de dépression »,* où elle éprouve regret et culpabilité, elle reste très claire sur son choix passé : « *je pense que je referais exactement le même choix malgré tout, je pense que c'était la seule décision à prendre* ».

Un enfant adultérin incompatible avec le maintien d'un poste professionnel.

JEANNIE est issue d'un milieu modeste. Sa mère « biologique » n'a pas achevé ses études secondaires et fait des ménages. Son père, lui, est devenu technologue en architecture après avoir longtemps été entrepreneur en construction. Ses parents étant séparé·es alors qu'elle était très jeune, elle considère sa belle-mère, professeure de piano à temps partiel, « *comme sa mère* ». JEANNIE, à 28 ans, a avorté deux fois. Face à ces grossesses non prévues, elle n'a eu aucune hésitation. Il était évident qu'elle les interromprait toutes les deux. La première fois, bien qu'en couple depuis trois ans, elle n'a que 19 ans et est étudiante au CEGEP à temps plein. La deuxième fois, elle a 25 ans et achève son BACCALAUREAT en anthropologie. Si elle est un peu plus stable matériellement, puisqu'elle travaille comme agente de promotion pour un cirque, elle se sent encore trop fragile économiquement puisqu'il s'agit d'un emploi à temps partiel. De plus, cette grossesse survient alors qu'elle vient de se séparer de son premier conjoint avec qui elle vivait depuis cinq ans et demi. La grossesse résulte d'une relation peu investie et occasionnelle avec un inséminateur d'animaux, de son âge. L'avortement s'impose comme une évidence.

Trois ans plus tard, quand elle tombe de nouveau enceinte, la décision d'avorter est pour elle beaucoup plus difficile : « *ça a été une décision difficile, car dans un monde idéal, à 30 ans, j'avais déjà un enfant* », et ce d'autant qu'elle a peur de ne pas avoir « *d'autres possibilités après* ». Elle est alors conseillère en emploi à temps plein et étudiante à temps partiel en MAITRISE en anthropologie. Si, matériellement, les conditions sont réunies pour

qu'elle ait un enfant, poursuivre cette grossesse s'avère compliqué dans la mesure où elle est le fruit d'une relation illégitime avec un de ses collègues, un agent de programme de 53 ans. Il est marié à une femme que JEANNIE est amenée à rencontrer régulièrement dans le cadre de son travail. Elle explique ainsi la manière dont elle construit seule sa décision : « *Je me suis même assise pour faire mon budget, pour voir si j'ai un enfant avec mon salaire, est-ce que je suis capable toute seule […] voir si c'était faisable […] malheureusement* » ; elle constate que c'est tout à fait possible. Pourtant, JEANNIE ne peut faire abstraction du contexte relationnel dans lequel survient cette grossesse : « *c'était juste pas une situation viable […] j'allais côtoyer la femme du concepteur et puis ça allait vraiment m'amener des problèmes dans mes relations professionnelles. […] Sa femme, on se rencontrait tous les mois, lors de réunions. […] Donc si j'avais un enfant, si elle n'était pas au courant de notre relation et si elle l'apprend en voyant l'enfant. C'était vraiment pas une situation idéale* ». Ce contexte est peu propice pour son propre cheminement, et elle considère qu'il l'est encore moins selon pour cet enfant : « *pour un enfant c'est bien qu'il y ait un environnement harmonieux autour* » et, dans son cas, il allait y avoir trop de « *de stress, […] de dissonance* ». Enfin, et surtout, JEANNIE ne fait pas vraiment confiance au géniteur : « *ça n'aurait pas été probablement un père comme je l'aurai souhaité : un père présent* ». Et, alors qu'elle se sent « *prête à avoir un enfant* », se juge assez mûre pour devenir une mère et se sent capable de faire face à sa prise en charge ainsi qu'à son éducation, elle décide d'avorter. Elle ressent son choix comme un déchirement et vit difficilement avec cette décision pendant longtemps. D'autant qu'un an plus tard, son partenaire quitte son épouse. JEANNIE et lui s'installent ensemble et tenteront d'avoir un enfant, en vain. Le couple se séparera quelques années plus tard, époque où elle rencontre son ex-mari dont elle aura une fille à 34 ans.

V.C.3. Quand le partenaire est en faveur de la poursuite de la grossesse.

Si les femmes vivent avec beaucoup de tristesse la décision d'arrêter une grossesse face à l'absence d'un père potentiel ou au refus du partenaire d'investir le projet parental qu'elles portent seules, la situation inverse, celle où le partenaire souhaite qu'elle garde l'enfant, peut aussi être difficile à vivre. Comme nous l'avons vu, lorsque les femmes sont « jeunes », aux études, matériellement précaires, dans une relation récente ou peu investie, elles tiennent peu compte du désir de leur partenaire (cas de Séline *supra*), voire elles s'en prémunissent quand elles sont séparées du partenaire (comme nous l'avons vu avec JOSIANE) ou n'ont avec lui que des relations occasionnelles (DARYA). Mais lorsqu'elles approchent

l'âge où elles considèrent qu'il serait bien d'avoir un enfant, qu'elles sont dans une situation matérielle et professionnelle plus assurée et dans une relation stable, la position du partenaire prend davantage de poids et affecte fortement leur vécu. Comme nous allons le voir avec l'exemple d'ELISA, le désaccord des partenaires et la décision de la femme révèlent alors des visions opposées dans la manière dont les deux partenaires pensent la parentalité, fragilisant par là même le fonctionnement du couple.

ELISA a 27 ans. Après un DEC[65] note en technique d'intervention délinquance, elle travaille comme intervenante sociale dans un organisme communautaire impliqué dans le soutien aux gens de la rue et comme formatrice auprès de femmes ménopausées avec le réseau de santé des femmes. Elle a été élevée par son père, un représentant syndical « *très catho* ». En effet, sa mère, cadre dans une compagnie d'assurance, a quitté le foyer familial lorsqu'ELISA était toute petite.

ELISA a déjà avorté une première fois à 20 ans. À l'époque, la décision était évidente. Elle venait tout juste d'être quittée par son partenaire, devait alors assurer seule le coût de l'appartement, était « *surendettée par les prêts et bourses* » et commençait tout juste un premier emploi dans le milieu communautaire.

Face à la confirmation d'une nouvelle grossesse, sept ans plus tard, sa décision n'est pas aussi évidente. Alors plus stable matériellement et professionnellement, elle est en couple depuis un an avec un intervenant social de 28 ans, issu d'un milieu social un peu plus aisé (ses parents sont tou·tes deux ingénieurs).

Dans un premier temps, le couple décide de se projeter dans la parentalité, mais après un temps de réflexion ELISA change d'avis. Les premiers arguments dont rend compte ELISA pour expliquer son changement de décision concernent la faible durée de leur relation et une situation économique encore fragile. Mais, en définitive, c'est la confrontation de leurs visions du couple et de la parentalité qui la convainc d'avorter. ELISA se sent capable d'être mère au niveau financier et, émotionnellement, elle se sent « *assez groundée*[66] ». Toutefois, elle considère la parentalité « *comme une responsabilité commune* », et non comme celle exclusive de la femme. Elle refuse la division sexuée des tâches telle que l'envisage son partenaire : « *Je ne veux pas être la femme qui reste à la maison pendant que son copain s'en va prendre une bière avec ses amis […] tandis que je reste là à attendre qu'il revienne à la maison. Parce que moi, aussi je suis active. Moi, aussi j'ai des activités. Moi, aussi j'ai des passions, je ne suis pas prête à mettre ça de côté pour un enfant* ».

[65] DEC : Diplôme d'études collégiales.
[66] Anglicisme pour dire « bien établie ».

À cette représentation conflictuelle de la division du travail parental, s'ajoute un autre facteur. Son partenaire, catholique croyant et impliqué dans de nombreuses activités religieuses, ne veut pas qu'elle avorte « *parce qu'il se sentait mal à l'aise avec le concept d'interruption de grossesse* ». Pour autant, aux yeux d'ELISA, ce malaise ne signifie pas qu'il a envie de faire un enfant. Finalement, si la décision d'avorter est moins simple à prendre qu'il n'y paraît, c'est parce qu'elle remet en cause l'authenticité de leur couple : « *c'est aussi une façon de sceller une union aussi que d'avoir un enfant […] c'est un peu comme l'accomplissement d'une étape dans un couple, une des étapes traditionnelles* ».

Ce renoncement est d'autant plus douloureux qu'elle aime le sentiment d'« *apaisement* » que lui procure la grossesse : « *Je me sentais vraiment comme une bulle* ». Tout en reconnaissant que la poursuite de cette grossesse compromettrait ses projets (son partenaire ne se projetant pas dans une division égalitaire des tâches liées à la survenue d'un enfant), elle ne peut s'empêcher de souligner en même temps son désir de grossesse et d'enfant : « *j'avais le goût d'avoir un ventre qui sort, et puis que tout le monde le sache ».* Ce qui explique son comportement : *« Jusqu'à la dernière minute, j'étais ambivalente* ». Suite à l'interruption de grossesse, elle fait « *une genre de mini-dépression* », « *un genre de down*[67] », qui selon elle est liée aux hormones dans son corps. Mais elle souligne qu'elle n'a « *pas de regret par rapport à ça* », d'autant qu'elle se sépare de cet homme trois ans plus tard.

V.D. Maternité, procréation et IVG : une articulation complexe.

Dans les représentations communes, l'IVG signifie un refus de maternité, pensé comme nous l'avons vu bien souvent temporaire. Même si PASCALE, qui avorte du fait des circonstances particulières de la survenue de sa grossesse, signale une certaine distance par rapport à la norme sociale de la maternité biologique, presque toutes les enquêtées expriment l'envie d'être un jour mère si elles ne le sont pas déjà. Mais trois femmes, toutes québécoises, rendent compte de postures originales quant à la maternité, qui n'ont pas été appréhendées de manière aussi claire dans les enquêtes françaises, et qui ouvrent de nouveau questionnements sur l'articulation entre maternité et procréation. Alors qu'AUDREY n'envisage pas la maternité autrement que par l'adoption, MARIE-ANDREE pourrait y penser comme alternative au moment où elle tombe enceinte mais décide finalement d'avorter. Enfin, MIA évoque, au moment où survient la grossesse avortée, le désir de pratiquer la maternité d'une manière détournée, en étant famille d'accueil, désir qu'elle exprime encore aujourd'hui. Ces exemples soulignent les fluctuations du désir de procréation au fil du temps. Si MIA est toujours peu

[67] Anglicisme pour dire « un moment de déprime ».

encline à procréer, AUDREY l'envisage un bref instant lorsque survient sa deuxième grossesse non prévue, et MARIE-ANDREE semble avoir clairement changé d'opinion. Ces trois exemples, qui apparaissent aujourd'hui particulièrement atypiques, permettent de montrer que les femmes peuvent penser la maternité autrement qu'à travers la procréation.

V.D.1. La procréation comme « *dernier recours* ».

AUDREY est la seule enquêtée qui énonce clairement son refus de la maternité biologique, sans même l'articuler avec d'autres raisons. Elle est issue d'une famille de niveau social élevé, son père étant pilote d'avion retraité et sa mère orthophoniste. Sa mère ayant eu beaucoup de difficulté à l'avoir, elle s'est toujours imaginée comme peu fertile, et très jeune s'imagine bien devenir mère, mais pas « *par voie naturelle* » : « *Mes convictions à moi, c'est pourquoi faire un bébé de plus qui n'est pas encore sur terre, alors qu'il y en a qui sont vivants avec la peau, les sentiments, le cerveau formé, le cœur, qui ont besoin de manger, besoin d'éducation et besoin d'AMOUR, besoin de parents et ils en ont pas. Pourquoi en faire plus?* ».

Quand elle tombe enceinte à 24 ans, alors étudiante en arts décoratifs, en couple depuis un an avec un étudiant technicien de 28 ans, « *la décision était évidente. "Oh, je suis enceinte : mauvaise nouvelle". C'était automatique, je savais que c'était non. Ce n'est pas comment j'ai pris cette décision, mais plutôt comment aurais-je pu prendre une autre décision* ». Bien que son conjoint aimerait bien devenir père, pour elle la décision est claire, elle avortera.

Pourtant, à 29 ans, quand elle est confrontée à une nouvelle grossesse non prévue, elle hésite davantage. Alors en couple depuis six mois avec un enseignant du même âge, elle est plus stable matériellement et professionnellement. Ayant fini sa formation dans une école de théâtre assez prestigieuse au Québec, elle est à la fois travailleuse autonome (elle gère sa propre compagnie de théâtre) et enseignante contractuelle en conception et réalisation de costumes, situation qui lui permet d'envisager concrètement d'engager ses démarches d'adoption. Elle doute un court instant en prenant conscience des difficultés de l'adoption. Elle opte finalement pour l'avortement car faire un enfant biologiquement pour elle « *ce serait abandonner [s]es convictions pour la facilité* ». La position d'AUDREY quant à la maternité biologique demeure stable au cours du temps – « *c'est vraiment [s]on dernier recours* » –, mais rend bien compte de l'importance de l'âge dans la question de la maternité. Même si elle apparaît réticente à faire des enfants biologiquement et se représente la procréation comme dernier recours, elle sait que son temps fertile est limité et qu'elle ne

bénéficie pas indéfiniment de cette alternative pour devenir mère. Aussi, lorsqu'elle énonce les difficultés qu'elle rencontre pour adopter, elle révèle les cadres sociaux fort communs de la parentalité biologique et adoptive.

V.D.2. De l'adoption au désir de procréation.

MARIE-ANDREE est une étudiante au BACCALAUREAT en sociologie de 19 ans. Ses parents, chargé·s de projets pour une ONG, sont marié·s depuis vingt-sept ans et ensemble depuis trente-cinq ans. Elle est en couple depuis un an avec un camarade de cours qui travaille comme technicien-éclairagiste. Avant la survenue de sa grossesse, elle aussi avait une position claire sur la question de la parentalité, tout comme son partenaire : « *Avec mon copain de l'époque, avant l'avortement, tous les deux, on avait le même discours : on ne veut pas d'enfant* ». Enfin, pour elle, c'était avant tout ne pas faire d'enfant biologiquement : « *Moi, j'avais dit : "Oui, sans doute peut-être que j'aurai des enfants, mais si j'en ai ce sera par adoption, parce qu'il y a déjà assez d'enfants sur terre, on pourrait s'en occuper d'abord ».* Alors quand elle découvre qu'elle est enceinte : « *La décision en tant que telle, ce n'était pas quelque chose de difficile parce que ça allait de soi ».* Malgré tout, sa conception de la maternité évoluera, comme nous pouvons le constater lorsque nous la rencontrons. Enseignante de 25 ans, elle est en couple depuis un an. Son exemple permet de questionner les conditions d'émergence du « désir d'enfant ». Si comme le souligne l'exemple d'AUDREY, certaines femmes n'éprouvent jamais l'envie de procréer, dans le cas de MARIE-ANDREE, elle ne la ressent absolument pas quand elle est jeune, mais cette posture initiale est remise en question lorsqu'elle s'approche des conditions définies socialement légitimes pour faire un enfant (âge et conditions matérielle).

Cette évolution ne remet pour autant pas en cause la lecture qu'elle fait de l'épisode de sa vie que représente l'avortement. Tout en soulignant que « *pour certaines femmes cela puisse être très difficile* », MARIE-ANDREE voit cela très différemment : « *MON expérience s'est bien passée* ». Elle en profite pour dénoncer le discours idéologique régnant autour des séquelles psychologiques de l'avortement : « *Ça fait partie des arguments contre l'avortement souvent utilisés, que c'est une expérience HYPER-traumatisante, HYPER-douloureuse pour les femmes. On en rajoute vraiment une tartine ».* Pour elle, d'ailleurs, « *cela contribue aussi au fait que c'est un tabou. Personne veut dire : "Ben, moi, je l'ai vécu et puis c'était pas si mal que ça" [et] si c'est aussi difficile pour plein de femmes, c'est entre autre parce qu'on voit ça encore de façon très négative dans la société, et forcément, ça n'aide pas à le prendre sereinement et à passer au travers de ça facilement* ».

Elle manifeste malgré tout une certaine réticence à revendiquer l'acte : elle l'a vécu « *un peu comme un échec* » dans la mesure où cette grossesse involontaire n'aurait pas dû se produire puisqu'elle avait tous les moyens de l'éviter et ne l'a pas fait.

V.D.3. Devenir famille d'accueil.

MIA, 21 ans, a fait des études en travail social et une formation de coiffure. Après avoir un temps travaillé dans un salon, elle s'aperçoit vite que cet emploi ne lui convient pas. Elle a postulé à un emploi en tant qu'agente de projet en Alberta, et ayant décroché le poste est sur le point de partir. Elle est issue d'un milieu social modeste. Son père qui travaillait dans la construction est décédé quand elle avait 10 ans, après l'avoir élevée pour partie seul. Sa mère, qui n'a pas complété ses études secondaires après avoir occupé différents emplois (usine, barmaid…), ne travaille plus du fait d'une fibromyalgie, et vit d'une rente d'invalidité. Avant de débuter ce nouveau travail, MIA part en vacances au Mexique, où elle découvre sa grossesse. Ayant eu un rapport identifié à risque avec un étudiant en littérature de son âge qu'elle fréquente depuis un mois, elle prend une contraception d'urgence qui se révèlera inefficace. Pour elle, il est évident qu'elle ne continuera pas cette grossesse : « *ce n'était pas un choix pour moi. […] Je n'étais pas du tout prête, je n'avais aucune maison, je n'étais pas installée, je n'avais rien à moi, pas d'argent donc c'était inconcevable* ». MIA met certains arguments en avant pour justifier l'avortement (contexte matériel mais aussi absence de couple et projet professionnel), mais la décision lui apparaît d'autant plus nette qu'elle n'aspire pas à la maternité biologique : « *depuis que je suis jeune, ça m'a jamais aiguisé les sens d'avoir un enfant* », « *je ne ressens pas en moi la fibre maternelle ou ni la flamme, de me voir avec un enfant, ou de sentir un enfant en-dedans de moi* ». Alors célibataire, elle se projette éventuellement dans une maternité future selon d'autres modalités : « *j'aurai un conjoint, je l'inciterai pour être famille d'accueil* ». Sa posture, tout comme celle d'AUDREY, ne semble pas avoir évolué à travers le temps, puisque lorsque nous la rencontrons, à 27 ans alors qu'elle est animatrice en environnement, elle n'exprime toujours pas l'envie d'avoir des enfants ; elle dénonce l'injonction sociale à devenir mère lorsqu'on est femme et refuse « *l'appel de la maternité* ». Elle nous dit suite à l'entretien être alors constamment renvoyée à son statut de célibataire par ses proches, puisque selon celles et ceux-ci « *quand elle aura rencontré le bon, elle la ressentira* ».

Conclusion.

Ces derniers exemples donnent bien à voir la dimension éminemment sociale du « désir de maternité », expression qui apparaît bien souvent dans les propos des enquêtées. Largement critiquée, cette expression aussi désignée par d'autres comme un «désirdenfant » (Delphy, 2002), tout en marquant une distance quant au caractère « naturel » de la maternité comme le laisserait présupposer la notion d' « instinct maternel », rend compte de la difficulté pour les femmes d'exprimer l'idée qu'elles ne veulent pas d'enfant.

Aussi, l'ensemble des cas présentés souligne bien que la décision de l'avortement est bien souvent évidente, mais aussi leur désir d'avorter dans les plus brefs délais lorsque le contexte au sein duquel survient la grossesse ne leur permet pas de penser une maternité. Ceci n'est pas sans questionner la pertinence de certains dispositifs, à savoir un entretien psycho-social ou un délai de réflexion en amont de l'IVG, qui comme nous allons le voir ont été longtemps imposés aux femmes en France.

Chapitre VI : La prise en charge de l'avortement : une pratique encadrée.

Introduction.

Si en France comme au Québec l'avortement est autorisé par la loi, un examen attentif des cadres légaux de sa pratique dans ces deux sociétés a permis de révéler par contraste certaines de leurs particularités (Chapitre I). Au Canada l'avortement ne fait l'objet d'aucun encadrement légal spécifique, mais l'interdiction durable par Santé Canada de mise sur le marché du RU-486 a structuré fortement l'histoire de sa pratique. Autorisé dans les hôpitaux dès 1988 en France (Baulieu, 2013 : 183, 187), le RU-486 (mifépristone) s'est largement diffusé depuis 1990 (Mazuy, Toulemon et Baril : 2014, 372) pour progressivement s'imposer (en combinaison avec le misoprostol) comme pratique majoritaire dans le panel des méthodes classiques d'avortement. Technique d'avortement privilégiée par les professionnel·les de soins et par les femmes en France aujourd'hui (55,4 % des IVG en France en 2011, Mazuy, Toulemon et Baril : 2014, 373 ; Mazuy, Toulemon et Baril : 2015 : 2), la méthode médicamenteuse demeure marginale au Québec et très rarement proposée aux femmes souhaitant interrompre une grossesse. En effet, moins de 1 % des avortements sont réalisés par médicaments (CSF, Di Domenico, 2008 : 20-21). Du fait de la proscription de la mifépristone (RU-486) en territoire canadien, ces avortements étaient jusqu'à récemment réalisés à l'aide d'une combinaison de méthotrexate et de misoprostol, ou par ingestion de misoprostol seul. Ce premier constat pourrait laisser penser que les femmes en France bénéficient d'une marge d'autonomie plus grande en matière d'avortement, du moins concernant le choix de la méthode. Pourtant, l'analyse des expériences recueillies au sein de cette recherche souligne à quel point cette première impression est trompeuse. En effet, il est important de souligner que cette restriction canadienne singulière s'articule avec un vide juridique exceptionnel qui n'est pas sans contraster avec l'intense codification dont l'avortement fait l'objet en France depuis la loi Veil. En France les femmes peuvent choisir la méthode avec laquelle elles avortent, mais l'importante formalisation du parcours abortif les mène sur des chemins fortement déterminés, encore trop souvent marqués par de nombreux obstacles.

À travers ce chapitre, nous rendrons compte de la diversité des pratiques masquée par l'usage d'un terme unique, l'avortement, en soulignant les inégalités sociales que ces pratiques renforcent éventuellement. La mise en regard des discours recueillis dans les deux sociétés étudiées nous a permis dans un premier temps de révéler les particularités françaises

et québécoises de la prise en charge des avortements, et notamment le caractère encore éminemment complexe et éprouvant du parcours des femmes pour accéder à un avortement en France (et dans une moindre mesure dans les hôpitaux au Québec). En effet, y est imposé aux femmes, sous couvert de santé physique et mentale et de gestion des risques, une suite d'examens physiques et discursifs relativement poussés, réalisés en divers lieux. Formalisé initialement dans la loi française, et comme condition à sa dépénalisation, ce lourd dispositif permettant l'accès à l'avortement contribue à la transformation d'un acte de santé ordinaire en réelle épreuve, voire parfois en drame. Malgré les évolutions légales en France qui tendent à alléger les contraintes pour les demandeuses d'avortement – et ce notamment du fait du développement de la méthode médicamenteuse – les avortantes se doivent toujours de franchir un ensemble d'étapes en des espaces éclatés, vérifications pourtant considérées comme non nécessaires dans certaines cliniques spécialisées au Québec. De plus, tout le parcours français reste imprégné par les exigences passées, alors même que la loi s'est considérablement assouplie.

Mais la confrontation des terrains menés de part de d'autre de l'océan laisse aussi apparaître des mécanismes plus généraux, à l'œuvre communément dans les deux sociétés. Ainsi, si le parcours préalable à une interruption de grossesse connaît des déclinaisons nationales et notamment une psychologisation toute française, il est traversé par un même processus d'individualisation, qui isole chaque femme dans son expérience intime. Bien que persistent des lieux de résistances à ce phénomène, les formes collectives de prise en charge qui avaient été prônées dans les premiers temps (notamment par le MFPF en France et par le réseau des Centres de Santé des femmes au Québec) tendent à devenir de plus en plus marginales. Cette évolution s'explique notamment par le fait que les femmes, une fois décidées à avorter, vont souvent privilégier le mode de prise en charge qui leur permettra de stopper la grossesse le plus rapidement possible, en essayant de réduire au maximum les rencontres avec des intervenantes. Pourtant malgré cette volonté d'interrompre au plus vite un processus entamé, les récits des femmes témoignent d'un délai de prise en charge les contraignant souvent à conserver un état de grossesse sur un temps plus long qu'elles ne le souhaiteraient, notamment lorsque l'avortement a lieu à l'hôpital. Alors que cette attente a longtemps été imposée aux femmes par une disposition légale en France : le délai de réflexion[68], elle reste importante aujourd'hui en raison des prescriptions d'usage de l'unique technique employée pour avorter les femmes au Québec.

[68] Ce n'est qu'en 2015, que ce délai de réflexion se voit retiré du texte de loi sur l'IVG.

Dans un deuxième temps, nous avons souhaité donner à voir les cadres sociaux de la pratique même de l'avortement : à savoir les normes sociales balisant la manière dont les femmes peuvent aujourd'hui avorter. En effet, selon les lieux où elles sont prises en charge, les femmes bénéficient de marges d'autonomie plus ou moins grandes sur le déroulement de leur avortement. La mise en perspective des modalités de traitement des avortantes dans ces deux sociétés éclaire les points toujours « aveugles » dans les pratiques nationales. Alors qu'en France, les femmes peuvent décider – en principe – de la méthode d'avortement qu'elles souhaitent utiliser : avortement « médicamenteux » ou « instrumental », et du mode d'anesthésie (local ou général) quand elles optent pour l'avortement « chirurgical », et choisir ainsi dans quelle mesure elles se veulent agentes de leur propre avortement, elles ne peuvent avorter au Québec que par aspiration. Bien que la plupart des espaces québécois de la prise en charge les inscrivent dans un parcours protocolaire, certains lieux dispensant ce service offrent davantage de latitude pour d'autres dimensions de l'intervention. Ayant accès dans certaines cliniques québécoises à une information précise et une vision globale du processus, les femmes peuvent effectuer des choix éclairés sur la manière dont elles souhaitent vivre leur avortement. Ainsi les avortantes peuvent savoir tout au long de l'intervention les gestes posés sur leur corps et voir le « produit de la grossesse » extrait si elles le souhaitent. Elles disposent également du choix des moyens employés pour gérer la douleur liée à l'interruption de grossesse et peuvent être accompagnées de la personne de leur choix lors de l'avortement.

Enfin, les femmes en France comme au Québec, tout en sachant que l'avortement est un droit, ont conscience de la stigmatisation à laquelle elles s'exposent en usant de ce mode de contrôle des naissances. Bien souvent, elles appréhendent les rencontres avec des professionnel·les de soins. L'analyse des vécus, par les femmes, de leur prise en charge et de leurs interactions avec certains de ses acteurs·rices révèle une structuration des lieux dispensant l'avortement. Aux « théâtres de la bienveillance » présentés par les femmes comme des espaces accueillants où elles ont bénéficié d'un traitement respectueux, et même parfois vécu une expérience positive, s'opposent les « scènes de l'ambivalence » que les femmes caractérisent comme des espaces peu hospitaliers, où elles se sont senties jugées voire sermonnées.

VI.A. Les étapes préalables à l'avortement.

Comme nous l'avons vu précédemment, lorsque les femmes se découvrent enceintes et qu'elles ne souhaitent pas continuer leur grossesse, elles amorcent rapidement les démarches pour obtenir un avortement. Ainsi, à l'identification des espaces leur permettant d'interrompre

une grossesse, succède, comme nous allons le voir, le franchissement d'une suite d'étapes plus ou moins nombreuses, à la durée plus ou moins longue selon les lieux de la prise en charge et la société où elles vivent.

VI.A.1. Les chemins vers l'avortement.

Il est particulièrement frappant de constater dans les expériences recueillies, la diversité des chemins qu'elles empruntent pour pouvoir accéder à une même intervention. Si pour certaines l'avortement est réalisé relativement aisément à la suite d'un simple rendez-vous dans un espace unique facilement identifiable, il s'inscrit pour d'autres dans le prolongement d'un réel parcours d'obstacles plus durable et/ou « chronométré[69] », émaillé de multiples examens, les menant en des lieux pluriels.

VI.A.1.a. Premiers pas…

Aujourd'hui, les femmes peuvent accéder aisément aux cartographies des lieux dispensant des avortements à Paris et à Montréal, grâce à la mise en place des sites internets[70]. Autre simplification actuelle : l'avortement est devenu gratuit en France depuis le 31 mars 2013 par la loi sur le financement de la sécurité sociale pour 2013 (Marguet, 2014). Il l'est également au Québec depuis 2008 du fait d'une entente entre les cliniques et l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal. Mais ces initiatives ont été tardives et la plupart des enquêtées de notre corpus n'ont pu bénéficier de ces dispositions.

Des lieux éclatés aux cliniques spécialisées.

Lorsque les femmes souhaitent avorter, elles doivent d'abord identifier les lieux où elles vont pouvoir le faire. L'offre de service dans ces deux sociétés est structurée par une division public/privé. Pourtant, la pratique de l'avortement ne s'est pas développée de la même manière entre ces deux systèmes de soins à Paris et à Montréal.

En France, historiquement, la loi imposait des restrictions sur la proportion d'IVG réalisées par rapport à l'ensemble des activités des cliniques. Pour cette raison – et aussi parce qu'il était fort peu rémunérateur – l'avortement est resté longtemps un acte majoritairement

[69] L'avortement ne pouvant se faire en France au-delà de douze semaines de grossesse en l'absence de motif médical.

[70] Au Québec, l'ensemble des lieux a été centralisé sur le site portail santé mieux-être gouvernemental : http://sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/services-d-avortement/description/
En France, une cartographie a été mise en place par le Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie (Revho) : http://www.ivglesadresses.org/

pratiqué dans les hôpitaux. Toutefois, les lieux de sa prise en charge se sont progressivement diversifiés en raison de l'utilisation du RU486 qui n'exigeait pas la même infrastructure. En France, les IVG médicamenteuses sont autorisées en cabinet à partir de 2004 et en centre de santé, de planification ou d'éducation familiale depuis 2009. Ainsi, au moment de notre enquête en France, les femmes pouvaient se tourner soit vers l'hôpital ou vers quelques cliniques pour avorter, soit vers des cabinets privés ou une structure ressource comme le Planning familial pour l'IVG médicamenteuse.

Au Québec, historiquement, face à l'échec des cliniques Lazure, un réseau extra-public s'est mis en place et s'est vu renforcé au cours du temps (Cf. Chapitre I). Bien que la pratique des avortements soit en principe assurée dans les hôpitaux, elle est majoritairement réalisée aujourd'hui dans les CLSC mais aussi et surtout au sein d'un réseau extra-public : les Cliniques (Morgentaler, L'Alternative, Fémina) et le Centre de santé des femmes de Montréal.

Les enquêtées québécoises qui veulent avorter localisent aisément les lieux de sa pratique, du fait notamment de l'existence de cliniques spécialisées dans la réalisation d'IVG qu'elles identifient par leurs sites internet : « *il y avait comme trois endroits qui avaient un gros site internet et qui racontaient en détail tout* » (EMELINE). Elles sont nombreuses aussi à user de la plate-forme Info-Santé ou à se diriger vers leur CLSC, assurant une santé de proximité et leur permettant soit d'y obtenir un avortement ou de connaître les différents lieux le pratiquant.

Si les plus jeunes sont parfois orientées par les professionnel·les de soins exerçant dans le milieu scolaire (JUDITH) ou universitaire (HANANI) vers une prise en charge dans le réseau public, une part importante de ce groupe d'âge se dirige (ou est dirigée) vers des lieux publics : la clinique jeunesse (CLSC pour les mineures) (JUDITH ou MARJOLAINE), leur CLSC (NOEMIE) ou l'hôpital (HANANI, JEANNIE pour ses premiers avortements).

Lorsqu'elles sont majeures, les femmes appellent l'ensemble des lieux dispensant ce service pour obtenir un rendez-vous dans les plus brefs délais. Une part importante des enquêtées québécoises optent finalement pour un avortement en clinique (notamment la clinique Morgentaler) ou au CDSFM, puisqu'elles peuvent souvent y bénéficier d'une prise en charge plus rapide (bien que payantes jusqu'à récemment, comme nous le verrons), mais aussi parce qu'elles ont l'assurance d'y trouver une posture clairement pro-choix des professionnel·les de soins qu'elles vont rencontrer. Historiquement impliqués dans la bataille pour le droit à l'avortement au Québec, la clinique Morgentaler et le CDSFM apparaissent comme des lieux clefs de la prise en charge des avortements, clairement identifiés par les

femmes. La très grande majorité des Québécoises enquêtées ont une perception négative des hôpitaux, considérés comme des espaces pratiquant une santé « déshumanisée » avec un personnel jugé ambivalent sur la question de l'IVG. D'ailleurs seules deux enquêtées (JEANNIE et JOSIANE) s'y rendront pour avorter.

En France, les femmes éprouvent plus de difficultés pour se repérer dans les lieux de la prise en charge, et ce tout particulièrement lorsqu'elles sont étrangères ou qu'elles ont une maîtrise approximative de la langue française. Ainsi AUDREY, une des enquêtées québécoises avorte une première fois à Paris à 24 ans et une deuxième fois à Montréal à 29 ans. N'ayant pas de repère dans le système de soins français, elle se rend chez un premier médecin sans doute peu favorable à l'IVG, qui lui conseille une échographie préalable ce qui prolonge ses démarches et la contraint finalement à se rendre à l'hôpital. Les différentes structures hospitalières auxquels elle s'adresse lui imposent une consultation psycho-sociale, ce qu'elle refuse ; les délais d'attente lui paraissent en outre trop importants. C'est par le biais d'amies qu'elle va trouver un médecin pratiquant les avortements médicamenteux : « *ça a été très compliqué. Ça a été tout une histoire pour les obtenir les médicaments, et pour l'avortement en général. J'ai eu beaucoup de problèmes à Paris ».* La France ne sort pas grandie de la comparaison : *« Ça a été beaucoup plus facile quand je me suis retrouvée à le faire à Montréal dans une clinique qui était faite pour ça ».*

Paula, quant à elle, d'origine espagnole, vit depuis peu de temps en France avec ses parents. Lorsqu'elle découvre sa grossesse, alors qu'elle est étudiante en licence, à 23 ans, il lui apparaît bien difficile de s'orienter. Ayant une maîtrise approximative de la langue française, c'est avec ses parents qu'elle découvre, après des recherches sur Internet, l'appellation toute française « IVG » pour désigner l'avortement. Elle se rend alors, accompagnée de son père, dans l'hôpital le plus proche, ne sachant où initier clairement ses démarches pour avorter.

La plupart des femmes françaises enquêtées ne déclarent pas avoir eu de difficultés particulière à identifier des structures susceptibles de les orienter, ayant souvent connaissance de l'existence du Planning familial de longue date comme Isabelle (27 ans) : « *Pour moi, […] c'était évident, c'est au Planning qu'on allait quand on voulait se faire avorter* ». Pourtant, elle souligne que cette évidence a été fortement déterminée par la transmission familiale d'une éducation militante. Fille d'une enseignante et d'un travailleur social, le Planning familial est pour elle un repère fort de la prise en charge de l'avortement. Il en est de même pour Charlotte (18 ans) qui, se découvrant enceinte, contacte spontanément le Planning : « *ma mère m'avait toujours parlé du Planning familial, […] comme quelque chose*

d'extraordinaire, une libération pour les femmes, une institution magnifique […]. Donc, tout de suite, je me suis dit : "je vais appeler le Planning familial" ». Éduquée dans une famille clairement féministe par une mère qui fait carrière en politique, elle n'a aucune difficulté pour savoir à qui s'adresser. Toutefois, l'évidence du recours au Planning en situation de grossesse non prévue reste fortement déterminée par l'entourage, qu'il soit familial ou amical comme les propos de Myriam en rendent compte : « *j'ai une amie [alors] qui m'a parlé du Planning familial* ». Cependant, dans ce cas particulier, bien qu'informée par cette amie, elle préfèrera l'éviter. Issue d'une famille tunisienne particulièrement dotée en capitaux économiques, Myriam a une représentation négative de cet espace de prise en charge qu'elle juge ne pas correspondre à sa position sociale :

> Mais j'ai cru que c'était un truc de cas soc', que toutes les femmes paumées du monde vont au Planning familial, celles qui n'ont pas de sous : un truc un peu glauque. Déjà le mot "Planning familial" ça fait social. Donc du coup moi, fille qui a fait l'école privée française, tout ça. […] Je suis allée en clinique privée. On avait les moyens.

Bien que le Planning familial permettent aux femmes d'obtenir de l'information sur l'avortement et notamment les structures de prise en charge, nombreuses sont celles – notamment celles ayant les possibilités économiques – à contourner volontairement ce premier lieu de la prise en charge, perçu sans doute comme un peu trop militant. Elles préfèrent se diriger vers leur gynécologue ou un médecin de ville. Elles sont bien souvent alors confrontées à des délais d'attente et à des difficultés dans leur cheminement.

Ainsi, lorsque Lucie (fille de médecins, étudiante en droit) a confirmation de sa grossesse suite à la passation d'un test urinaire, elle se tourne dans un premier temps vers sa gynécologue qui la suit depuis sa puberté (qui est aussi la gynécologue de sa mère) : « *quand je l'ai appelée, elle m'a dit : "je n'ai pas de rendez vous avant trois semaines" [rires]* ». Face à ce temps d'attente, Lucie va chercher conseils auprès d'amies :

> j'ai plusieurs copines qui ont avorté et les deux m'ont conseillé leur gynéco, et puis j'ai appelé les deux en fait, parce qu'il y en avait une qui n'était pas habilitée pour prescrire les médicaments et les faire prendre et l'autre l'était…Donc je suis allée voir celle-là en premier […] Quand je l'ai appelée j'ai eu le rendez-vous deux jours après.

Mais certaines femmes ayant déjà fait précédemment l'expérience d'avortements en France, orientée et accompagnée par le Planning, se dirige vers des professionnel·les de soins en cabinet, percevant cette prise en charge plus « *simple* » et plus « *intimiste* ». Car comme le souligne Mazarine, certains Plannings familiaux, tout en donnant accès à de l'information et

en orientant les femmes, ne pouvaient pas tous (ce, jusqu'à récemment), faire des avortements à moins d'être rattachés à un centre hospitalier:

> Alors la première fois, je suis allée au Planning familial à Bourse. […] Et ils m'ont donné une liste d'hôpitaux, de médecins tout ça. J'ai appelé. J'ai trouvé la clinique Isis dans le treizième [arrondissement]. Je suis allée là-bas. La deuxième fois, je suis allée au Planning familial St Vincent de Paul. Directement, j'ai tapé « Planning familial » sur Internet. J'ai trouvé celui de St Vincent de Paul. Je les ai appelés. C'était quand même assez pratique parce que Bourse c'est juste un lieu d'accueil, d'écoute, d'informations, mais ils n'ont pas le matériel pour te prendre en charge, alors qu'au Planning familial St Vincent de Paul, il y a tout sur place.

Bien qu'elle ait trouvé très simple sa prise en charge dans ce deuxième Planning, Mazarine opte pour sa troisième IVG pour un médecin en ville, sur les recommandations de ses amies, car elle souhaitait éviter l'hôpital cette fois-ci : « *J'ai eu une amie au téléphone, je lui en ai parlé, elle m'a donné le numéro de téléphone d'un médecin. […] C'est un médecin qui vraiment t'accueille bien. Il a du matériel pour faire l'échographie et donc pour tout faire sur place* ». Pourtant, si elle bénéficie cette fois-ci d'une prise en charge plus rapide, moins complexe (le professionnel pouvant assurer l'ensemble des examens sur place) et plus « humaine », elle souligne le problème de la prise en charge financière qui va ralentir le parcours :

> Il m'a demandé de payer, comme c'était en ville. Il fallait payer 191 euros que je n'avais pas. Donc on a été obligé de décaler le rendez-vous de deux jours. J'ai demandé à une copine de m'avancer de l'argent. Elle m'a avancé de l'argent, j'y suis retournée et j'ai pris la première pilule.

Au Québec, les femmes concentrent leurs démarches dans les cliniques privées, alors qu'en France, les femmes les délaissent pour les services hospitaliers, les médecins du secteur privé (avec toutefois les problèmes de coût que cela peut poser) ou le Planning familial.

Des systèmes à deux vitesses.

Dans les récits des parcours conduisant les femmes jusqu'à l'avortement, plusieurs éléments sont évoqués, mais deux apparaissent particulièrement importants : les délais de prise en charge et le coût de l'intervention. Les propos de Mazarine traduisent bien l'obstacle que peut représenter pour les femmes le coût de l'intervention. Car si l'avortement est aujourd'hui gratuit dans ces deux sociétés et que certaines enquêtées n'ont rien payé, d'autres ont déboursé des sommes pouvant atteindre 320 € en France et 300$ au Québec.

Rares sont les Québécoises au sein de notre corpus à se diriger vers l'hôpital ou leur CLSC ; la plupart d'entre elles, nous l'avons souligné, optent pour le réseau extra-public, face

à la mauvaise réputation des hôpitaux ou à la longueur des délais de prise en charge dans le système public. Mis en évidence par le recours collectif institué par l'Association pour l'accès à l'avortement (AAA)[71] en 2006, ces délais sont régulièrement rappelés par les enquêtées, comme RACHEL :

> J'ai fait des démarches pour trouver un endroit où ils pourraient me faire un avortement. Dans le système public, il y avait vraiment longtemps d'attente. **Je pense qu'il y avait neuf semaines d'attente**. **Ça pour moi, c'était hors de question** […] Une fois que ma décision était prise, il fallait que ça se passe là, là. À ce moment-là, dans le privé, ce n'était pas gratuit […] J'ai contacté la clinique Morgentaler. Il y avait deux jours d'attente. Pour moi, c'était bien soulageant que ça puisse se faire rapidement. **Donc j'ai pris mon rendez-vous et puis j'ai payé.**

Pourtant, cette prise en charge rapide hors du public à un coût : 300$. Si ce prix apparaît fixe lorsque l'avortement est réalisé en clinique, il peut être inférieur et d'un montant variable quand les femmes ont opté pour le CDSFM qui a, lui, adopté un système de contribution volontaire. MARIE-JOSE nous explique ainsi qu'elle a donné 100$ alors même qu'« *ils suggéraient moins… genre 40-50$, c'était selon ses moyens* ».

Certaines des enquêtées ont toutefois bénéficié du remboursement rétroactif de la somme déboursée en clinique, suite au recours collectif institué par l'Association pour l'accès à l'avortement (AAA). MARUSSIA explique : « *pas longtemps après, le gouvernement du Québec, a annoncé dans le journal, que toutes celles qui avaient subi des avortements entre telle année et telle année pouvaient entrer dans le recours collectif ».* Elle a fait la demande et est dédommagée. En effet, l'ensemble des femmes ayant avorté entre le 2 mai 1999 et le 22 février 2006 pouvaient demander le retour de la somme avancée pour l'intervention (CDSFM, 2007). Pourtant, toutes n'ont pas initié la démarche. Ainsi PASCALE, bien qu'ayant avorté à la clinique Morgentaler en 2005 et payé 300$, n'a pas cherché à se faire rembourser ayant des difficultés avec tout ce qui relève de l'administratif : « *Probablement qu'on m'a dit que je pouvais me faire rembourser, mais le simple geste …* ».

Le coût inhérent à l'intervention en clinique n'a pas été sans complexifier le parcours des femmes, qui bien souvent ont dû emprunter pour pouvoir interrompre leur grossesse. Tandis que celles qui sont en couple (comme RACHEL ou MARUSSIA) se tournent vers leur partenaire – puisque souvent précaires professionnellement et matériellement – pour payer en partie ou la totalité des frais exigés en clinique, PASCALE seule dans sa démarche (notamment du fait des circonstances de la survenue de sa grossesse) se voit contrainte de demander l'aide de son entourage : *« je n'avais pas d'argent », « mon amie qui est venue avec moi, […] ça*

[71] *Association pour l'accès à l'avortement c. Procureur général du Québec,* 17 août 2006.

coûtait 300$. Elle m'a prêté l'argent ». MIA, dont la grossesse survient des suites d'un rapport avec un amant occasionnel à qui elle n'en parle pas avant, use, elle, d'une autre stratégie « *j'ai du mettre ça sur ma carte visa* ». Elle souligne cependant l'angoisse associée à une telle dépense : « *300$ c'était beaucoup à ce moment-là. C'était juste beaucoup de logistique [car] c'était beaucoup d'argent* ». Certaines sont donc en mesure de débourser la somme exigée pour une intervention hors du réseau public, ce qui n'est pas le cas de JOSIANE qui opte pour un avortement à l'hôpital, malgré les délais, car elle ne peut faire face à une telle dépense sans utiliser le compte joint familial.

Quand elle apprend sa grossesse, elle vient tout juste de quitter son conjoint. Ne souhaitant pas qu'il apprenne qu'elle est enceinte (pour ne pas le blesser, mais aussi pour assurer son autonomie décisionnelle sur la suite de cette grossesse), elle n'en parle à personne et choisit l'hôpital malgré les délais d'attente pour garantir que son secret ne soit pas dévoilé. Elle explicite ainsi son choix :

> c'était payé par l'assurance maladie…ce qui faisait vraiment mon affaire parce que j'avais un compte joint avec mon ex. À ce moment là, on était encore mariés… j'ai des amies qui sont allées dans des cliniques privées et ça leur a coûté quelque chose comme 300$ leur avortement et ça serait apparu dans le compte, et j'aurai du avoir à justifier cette dépense là.

Le coût financier devient donc l'élément déterminant le choix de JOSIANE : « *De toute façon, 300$ quand tu es étudiante… c'est ce que je me faisais par mois justement en travaillant dans ma tabagie, donc c'était non* ».

En France, les enquêtées rendent compte de grandes inégalités dans la prise en charge. Myriam avorte dans une clinique, considérant qu'elle a les moyens d'éviter une prise en charge au Planning et à l'hôpital qu'elle perçoit comme dédiée aux femmes socialement défavorisées. Elle détaille le coût que recouvre une intervention (aujourd'hui gratuite en principe) : « *c'était 65 euros la gynécologue. Pour faire l'échographie, l'obstétricien, c'était 90 euros. Plus les prises de sang […] dans un laboratoire où j'ai payé 100 euros* ». Certaines ont les ressources financières pour régler cette facture « salée », mais ces frais apparaissent particulièrement lourds surtout quand les femmes ne bénéficient pas de la sécurité sociale, lorsqu'elles sont étrangères par exemple. Ainsi, AUDREY avorte la première fois à Paris où elle est en voyage, alors qu'elle est dans une situation financière particulièrement précaire ; elle doit s'acquitter d'une facture de 320 €. Dans l'enquête, elle est d'ailleurs celle qui va payer le plus cher son avortement du fait, comme nous l'avons vu plus haut, de circonstances particulières : refus de l'entretien psycho-social et exigence de rapidité. Les deux rendez-vous chez le médecin, l'avortement et les examens préalables obligatoires lui coûtent un total

de 170 €, auxquels se sont ajoutés les frais d'une prise en charge en ambulance, qu'elle ne pouvait anticiper. En effet, suite à la prise de la pilule abortive, elle se retrouve paniquée par la douleur qu'elle éprouve. Le médecin prescripteur lui avait présenté cet épisode à venir comme de « *grosses menstruations* », mais elle s'affole devant une douleur qu'elle juge insupportable et appelle les urgences. Elle sera conduite en ambulances à l'hôpital, déplacement facturé à 150 €.

Ces quelques exemples mettent en lumière, dans ces deux sociétés, le maintien d'inégalités sociales dans l'accès à l'avortement. Jusqu'à la gratuité de l'avortement, les femmes les plus dotées pouvaient bénéficier d'une prise en charge rapide (en clinique ou en cabinet), tandis que celles n'ayant pas les moyens devient patienter, alors qu'elles souhaitent interrompre leur grossesse dans les plus brefs délais. L'enquête montre cependant que, face à l'urgence, nombreuses sont celles qui, malgré leurs faibles ressources, s'organisent pour emprunter ou réunir les moyens nécessaires, afin de réduire l'attente. L'acceptation d'un coût supplémentaire, gage de rapidité, démontre bien ce qui était évoqué au début de cette thèse : quels soient les délais légaux, à Paris comme à Montréal, les femmes veulent intervenir le plus rapidement possible. La pression financière ajoute toutefois un stress supplémentaire, non négligeable, à leurs démarches.

L'entrée dans les démarches marque donc le vécu de l'avortement, certes, avec des niveaux de complexité extrêmement variables d'une femme à l'autre. Rappelons que si pour certaines enquêtées l'avortement est réalisé suite à un seul rendez-vous, pour d'autres, c'est un long cheminement exigeant le passage de nombreuses étapes (échographie, prise de sang, entretien psycho-social…) susceptibles de s'étaler sur plusieurs jours et même semaines et et de s'inscrire dans des espaces pluriels.

VI.A.1.b. D'un simple rendez-vous au parcours de la combattante.

L'analyse conjointe des entretiens réalisés en France et au Québec rend compte d'un niveau de complexité très variable de la prise en charge. Si celui-ci apparaît conditionné en France notamment par la méthode d'avortement employée, c'est bien le lieu de prise en charge qui détermine au Québec, le nombre de rendez-vous, de lieux traversés et d'examens préalables à l'intervention. Cependant, quelles que soient les modalités de prises en charge, le chemin pour avorter en France demeure toujours plus épineux, malgré l'allègement des procédures à l'issue des modifications de la loi.

En France, des chemins plus ou moins complexes selon la méthode d'IVG

La législation française en matière d'avortement prévoyait une suite d'étapes permettant aux femmes d'accéder à l'avortement : rendez-vous médical, entretien psycho-social, délai de réflexion et enfin avortement. Jusqu'à l'année 2005, les femmes étaient contraintes de se soumettre au délai de réflexion de sept jours leur imposant une attente plus longue qu'elles ne l'auraient souhaitée. Plus encore, elles étaient contraintes de se soumettre à un entretien psycho-social obligatoire jusqu'en 2001. Tout en complexifiant le parcours de ces avortantes, ces étapes venaient s'articuler à d'autres, bien souvent perçues en France, par les femmes tout comme par les professionnel·les de soins, comme évidentes et nécessaires, contrairement au Québec : l'échographie et la prise de sang.

Ce cheminement peut en outre connaître des déclinaisons particulières selon la méthode choisie (qui s'impose du fait de la durée de la grossesse ou du lieu de la prise en charge). En théorie les femmes françaises peuvent opter pour deux méthodes : l'avortement par médicament (dans une structure de soins ou à leur domicile) ou l'avortement par aspiration. Et lorsqu'elles optent pour un avortement par aspiration, elles peuvent choisir entre deux modes d'anesthésie, générale ou locale.

Si on connaît peu aujourd'hui la manière dont s'opère le choix de la méthode (Pheterson, 2001) et la situation sociale et psychologique des femmes, les études montrent cependant que l'avortement par médicament (méthode majoritaire en France, et majoritairement employée par les femmes enquêtées ayant avorté en France), concerne plutôt « des femmes en couple avec enfants, mais sans IVG précédentes » et « des femmes jeunes et diplômées » (Vilain, 2011), c'est-à-dire « des femmes ayant rejoint la norme du « faire famille », ou détentrices d'un certain capital culturel les rapprochant en quelque sorte des praticiennes qui les encadrent » (Mathieu et Ruault, 2014). Tandis que la méthode par aspiration « concerne une forte part de femmes jeunes et en cours d'études, les femmes actives ayant eu plusieurs grossesses, souvent étrangères et bénéficiant de la CMU » (Vilain, 2011).

Notre enquête révèle spécifiquement que les femmes ont suivi un cheminement d'autant plus laborieux qu'elles avortent par aspiration, et ce tout particulièrement lorsqu'elles optent pour l'anesthésie générale, comme l'illustre l'exemple de Myriam. Myriam fait l'expérience d'un premier avortement avec médicaments en clinique qu'elle a « *vécu atrocement* » en raison de la douleur qu'elle n'a pas supportée. Elle opte alors pour l'avortement dit chirurgical/instrumental sous anesthésie générale car elle refuse de souffrir de la même façon que lors de son premier avortement. Son parcours lui paraît

particulièrement long. Il s'ouvre par une visite au Planning familial, suivie d'une consultation en laboratoire d'analyses médicales (échodatation de grossesse et prise de sang). Puis, durant une journée à l'hôpital – entre 9 h 30 et 17 h – se succèdent un rendez-vous « pré-IVG » avec un gynécologue, une rencontre avec la conseillère conjugale [qui bien que facultative lui semble imposée] et une consultation avec un anesthésiste. Quatre jours après, une nouvelle journée complète est consacrée, cette fois-ci à la réalisation de l'avortement, durant l'hospitalisation proprement dite. L'intervention ne dure que quelques minutes ; le plus long est l'attente ultérieure, le suivi d'intervention codifié depuis 1994. Trois semaines après, a lieu la visite « post-IVG » chez une gynécologue. L'avortement de Myriam correspond « à environ deux journées et demie, réparties en quatre lieux, incluant cinq mises à nu (des parties construites comme les plus intimes) face à cinq personnes différentes, et quatre pénétrations vaginales (sonde échographique recouverte d'un préservatif ; spéculum et toucher vaginal chez le gynécologue ; spéculum, pinces et canules le jour de l'intervention ; spéculum lors de la visite de contrôle) » (Mathieu et Ruault, 2014 : 46).

Les récits des femmes ayant avorté en France donnent à voir le trajet encore dense et codifié auquel sont contraintes les femmes aujourd'hui par le *Code de la Santé*. « Reflet de la lourdeur administrative du système de santé français, le chemin effectué par certaines femmes pour obtenir un avortement peut ressembler à un parcours de *la combattante* » (Mathieu et Ruault, 2014 : 45).

L'avortement par aspiration avec anesthésie locale évite aux femmes une rencontre avec un anesthésiste. Ce choix allège donc sensiblement, pour les femmes, la « charge de travail » inhérente à la pratique de l'avortement. Mieux encore, la méthode médicamenteuse permet aux femmes de supprimer certaines interactions médicales et certaines étapes d'une prise en charge qui peut ainsi être condensée dans une seule journée, comme l'illustre le récit de Lucie. Elle juge que son avortement : « *ça s'est fait assez simplement en fait. Ça n'a pas été très compliqué à partir du moment où [elle est] tombée sur des médecins compétents* ». Après avoir pris rendez-vous avec une gynécologue recommandée par une amie, Lucie, qui a choisi d'avorter par médicament, rend compte ici de la manière dont son parcours a pu être fortement raccourci :

> je l'ai vu le matin. Elle m'a dit dans ce cas-là, je m'occupe de tout. Elle a appelé un laboratoire avec lequel elle travaille. Donc je suis allée directement après mon rendez-vous avec elle au labo, j'ai fait une prise de sang, j'ai fait l'échographie dans la foulée et après je suis retournée la voir, et donc on a suivi la procédure normale

Ainsi, elle réalise son avortement suite à deux consultations médicales et deux examens pratiqués dans un même laboratoire (prise de sang et échographie), auquel s'ajoutera pour elle aussi la visite de contrôle en aval de l'IVG. Cependant Lucie, tout en rendant compte d'une prise en charge particulièrement simple au regard des expériences des enquêtées françaises, souligne :

> **C'est tombé vraiment pile poil [un jour férié]. Sinon j'aurai du poser une journée et ça aurait été un peu plus compliqué**. Comme, elle m'a orientée vers le centre pour l'échographie et puis le centre pour la prise de sang, dans la journée…Je ne sais pas, je devais avoir rendez-vous vers 9 h/9h et demi. A 11h, j'étais déjà en train de faire la prise de sang…enfin, au centre pour la prise de sang et pour l'écho : les deux centres étaient à côté, donc j'ai vraiment fait comme **un marathon**, pour retourner chez ma gynéco avec le tout…

Parfaitement guidée par sa gynécologue, Lucie rend compte ici de la difficile voire quasi-impossible conciliation de ce « *marathon* » avec le stage qu'elle réalise alors dans une banque. Nombreuses sont celles qui évoquent ce type de difficultés. Malgré l'arrêt maladie dont elles peuvent bénéficier, les enquêtées manifestent souvent une gêne à demander ce type de congés pour réaliser une IVG et préfèrent s'en acquitter en dehors de leurs heures de travail ou d'études. Les exemples de Myriam et de Lucie, dans leurs particularités, illustrent les déplacements que les femmes doivent effectuer en traversant une pluralité de lieux qu'on ne retrouve pas au Québec. Or, la prise de sang et l'échographie incluses obligatoirement dans les démarches des femmes en France, participent inévitablement d'une multiplication des étapes dans le temps et dans l'espace. Ce dispositif d'encadrement médicalisé, confronte les femmes à « un ensemble de contraintes d'ordre pratique qui compliquent leurs démarches » (Divay, 2003 : 217).

À travers ces deux cas se donnent à voir les « scripts » de l'avortement, qu'il convient de mettre en perspective avec les profils de femmes identifiés selon les méthodes employées pour avorter. Tandis que certaines (femmes en couple avec enfants, mais sans IVG précédentes et jeunes femmes diplômées) avortent selon le script le plus simple, d'autres (la plupart des femmes jeunes et en cours d'études, les femmes actives ayant eu plusieurs grossesses, souvent étrangères et bénéficiant de la CMU) empruntent la voie la plus complexe, et la plus difficilement conciliable avec les différentes tâches concurrentes dans lesquelles elles sont, la plupart du temps, concomitamment impliquées.

Au Québec, un parcours plus ou moins complexe selon les lieux de la prise en charge

Les femmes au Québec ont toutes avorté par aspiration. La mifépristone n'étant pas autorisée lorsqu'elles interrompent leur grossesse, aucune n'a pu avorter par voie médicamenteuse (bien que deux l'aient envisagé). Bien qu'ayant toutes recours à la même méthode d'avortement, les enquêtées québécoises témoignent, elles aussi, des disparités de leur cheminement selon les espaces où elles avortent.

Au Québec, les femmes peuvent accéder à un avortement après une unique rencontre avec un·e professionnel·le de soins. Douze des femmes enquêtées rendent compte de ce type d'accès à l'avortement facilité. Ces expériences se concentrent dans quatre espaces : la clinique Morgentaler (pour huit d'entre elles), la clinique l'Alternative (pour deux), la clinique Fémina pour MARYTHE, et un unique hôpital, celui de Ville Lasalle pour JOSIANE. Nous illustrons ce mode de prise en charge à travers l'exemple de DANIELE, qui avorte à la clinique Morgentaler. Suite à un appel, où elle signale la date de ses dernières règles, on lui fixe un rendez-vous :

> ils m'ont donné une date, et puis moi, je pouvais le lundi seulement et j'ai demandé : "Est-ce que cela peut-être lundi ?" Ils m'ont dit : "Oui, oui, pas de problème. Lundi telle date, telle heure" […] ça n'a pas été compliqué. Je me souviens que c'était super simple et puis rapide […] moi, je travaillais, je ne pouvais pas avoir de congés certaines journées donc c'était la place la plus facile pour que ça *fit*[72] dans mon horaire

Pour DANIELE, cette flexibilité dans le choix horaire est essentielle puisque, récemment diplômée, elle vient tout juste de commencer à travailler comme infirmière et ne peut s'absenter à n'importe quelle condition. Mais au-delà de la facilité dans l'obtention du rendez-vous ne nécessitant pas d'aménagement de son emploi du temps, elle rend surtout compte de la rapidité de la procédure : « *[je suis arrivée] vers 11h et puis, je suis sortie de là à 2h/3h* ». De plus, elle donne à voir la simplicité que peut recouvrir l'ensemble de la procédure :

> j'ai donné ma carte d'assurance maladie, puis, elle m'a dit d'attendre. Tu as des papiers à remplir, un questionnaire: la dernière date de tes dernières menstruations, tes allergies, les antécédents tout ça… et puis les consentements… tout ça, je les ai signé avant… Une infirmière est venue me chercher, on a revu les documents ensemble […] c'était pas long, peut-être quinze-vingt minutes. Après, ils nous installent dans la petite salle d'opération, ils nous font une écho… puis après, ils nous installent et puis ils nous donnent un truc qui nous qui nous rend vraiment relax. Et puis ça dure quinze minutes et puis après ils nous mettent dans la salle d'observation, où est-ce qu'il y a des petits lits, et puis on dort et puis là, ils te réveillent et puis te disent : « Ok…c'est bon, tu peux y aller.

[72] Terme anglais, pouvant ici être traduit par « s'adapte »

Au CDSFM, le nombre d'examens se voit encore réduit, puisque les femmes n'ont pas systématiquement d'échographie. Toutefois, dans ce type de structure, la prise en charge a lieu en deux temps. Les femmes sont d'abord conviées à une rencontre collective que nous détaillerons par la suite. Suite à ce temps d'échange, les femmes passent un test de grossesse urinaire, et réalisent accompagnées d'une infirmière un test sanguin leur permettant d'identifier leur groupe rhésus. Enfin, elles rencontrent une femme médecin. Par la suite, elles sont reçues individuellement dans la journée même ou les jours suivants pour l'intervention elle-même. Par rapport à la prise en charge en clinique, la prise en charge au CDSFM se fait donc en deux temps, ce qui peut apparaître plus contraignant à certaines femmes.

Ainsi, EMELINE a avorté une première fois au CDSFM qui lui a offert « *les meilleures conditions possibles dans les circonstances là* ». Bien qu'apparemment satisfaite de sa première expérience, elle préfère avorter la seconde fois à Morgentaler. Différents éléments entrent en compte pour justifier ce changement. Vivant et travaillant à Halifax quand elle découvre sa grossesse, EMELINE décide de prendre un congé de quelques jours pour revenir à Montréal et avorter. Ayant pensé dans un premier temps avorter en Nouvelle-Écosse, elle rencontre certaines difficultés dans ses démarches, notamment parce qu'elle n'était « *pas couverte par l'assurance maladie de la province* ». Elle choisit alors de se déplacer à Montréal et opte pour la prise en charge la plus rapide :

> [Au CDSFM] je me souvenais que c'était sur deux jours, et […] puis vu que j'habitais dans une autre province, je voulais pas m'absenter trop longtemps. Je me disais : "Oh, maintenant j'ai moins besoin du petit discours, je peux faire l'intervention directement ce que m'offrait l'autre endroit

Son choix est d'autant plus évident que l'avortement à la clinique Morgentaler y est devenu gratuit.

Enfin, la plupart des femmes ayant avorté en CLSC ou en hôpital témoignent d'une prise en charge un peu plus chronophage, comprenant deux rendez-vous *a minima*, elle peut intégrer une rencontre avec une psychologue comme c'est le cas pour CARINE, voire une échographie systématique comme c'est le cas pour JEANNIE lors de son troisième avortement.

L'examen conjoint du corpus québécois et français permet d'ordonner les avortements selon le degré de complexité de leur prise en charge (combinant nombre de rendez-vous et de lieux traversés). La classification des expériences dont témoignent les femmes sur ce continuum permet de révéler différents groupes et sous-groupes. Tout d'abord une bi-polarité simple : aux avortements réalisés en France caractérisés par une prise en charge scandée par de multiples étapes s'opposent les avortements faits au Québec avec une relative facilité et

rapidité. Au sein de cette opposition, les expériences des femmes se répartissent pour former des sous-ensembles.

Si au Québec les avortements en clinique s'opposent aux avortements en milieu public, en France l'agencement des expériences des femmes selon le degré de complexité de la prise en charge donne à voir d'autres critères de division. En effet, en France c'est bien la méthode d'avortement combinée à la technique de prise en charge de la douleur qui détermine le seuil de complexité, les classant du plus simple au plus complexe selon l'ordre suivant : avortement par médicaments, avortement par aspiration avec anesthésie locale et enfin interruption de grossesse instrumentale avec anesthésie générale.

VI.A.2. Les étapes préalables à l'avortement.

Comme le laissent apparaître les premiers résultats présentés, les femmes en France et au Québec ne sont pas amenés à passer les mêmes étapes en amont de leur avortement. En effet, tandis que les femmes en France, se soumettent à une prise de sang et une échographie, ces examens ne sont pas pratiqués systématiquement sur les demandeuses d'avortement au Québec. Bien que facultative, la rencontre psycho-sociale formalisée initialement dans la loi, demeure une pratique pérenne dans certains espaces de la prise en charge, ajoutant une étape supplémentaire pour les femmes sur le chemin de l'avortement. Si au Québec avait été mis en place une rencontre collective préalable (pratiquée aussi dans certains Plannings familiaux français), elle tend peu à peu à disparaître rendant compte d'un processus qui traverse ces deux sociétés, à savoir l'individualisation de l'expérience d'IVG. Nous nous proposons ici d'éclairer ces différences que révèlent par contraste les récits des femmes dans les deux sociétés étudiées.

VI.A.2.a. Les modalités de confirmation de la grossesse.

En France, la prise de sang est pratiquée de manière à attester la grossesse, mais aussi à confirmer le groupe sanguin. Elle permet notamment d'identifier le groupe rhésus des femmes. En effet, lorsque les femmes sont de rhésus négatif, on leur propose un vaccin, leur permettant de prévenir des problèmes d'incompatibilité éventuelle lors d'une grossesse à venir.

Pour certaines femmes, cette étape apparaît particulièrement problématique, comme c'est le cas de Myriam, bélénophobe[73]. Mais surtout, elle les contraint bien souvent et ce, tout

[73] La bélénophobie est la peur des aiguilles.

particulièrement lorsqu'elles sont prises en charge en cabinet, à se rendre dans des laboratoires d'analyses, et à caser un rendez-vous supplémentaire dans leur emploi du temps. Les femmes en France se doivent donc une nouvelle fois de concilier leurs activités notamment professionnelles et une part de ce travail abortif, se confrontant parfois avec des horaires de travail incompatibles avec ceux de ces espaces. Ainsi, Myriam souligne la difficulté pour elle qu'a constituée cette étape pour sa deuxième IVG:

> dès que je suis sortie du Planning à 17h30, j'ai appelé un labo tout de suite : "Vous fermez à quelle heure ?" "19h…". J'en ai choisi un où je pouvais avoir la prise de sang et l'écho au même endroit. Donc j'ai pu en urgence aller faire la prise de sang, aller dans le cabinet d'en face [de mon travail] pour prendre rendez-vous, […] Donc j'ai pris mon temps sur le boulot. Je partais une ou deux heures, je revenais. C'était pas super agréable, je courais.

Soulignons que bien souvent, ces étapes peuvent apparaitre d'autant plus stressantes, qu'elles doivent être réalisées dans un temps délimité, puisque selon la loi française l'avortement ne peut avoir lieu au-delà du délai légal de 12 semaines de grossesse.

Si la prise de sang est considérée en France comme indispensable pour accéder à un avortement, elle semble au Québec plutôt facultative. La grossesse y est généralement attestée par un test urinaire (associé parfois à un examen clinique ou à une échographie).

Ce mode de vérification de l'état de grossesse bien moins intrusif est parfois combiné à un examen sanguin d'une toute autre nature. Lors de notre première visite au CDSFM, nous avons pu observer, à la fin de la rencontre collective, les modalités de passation du test rhésus. Les femmes informées en amont du but de cet examen, se piquent elles-mêmes le doigt, accompagnées par une infirmière, pour obtenir une goutte de sang qu'elles placent sur une lamelle. Elles ajoutent ensuite un produit sur leur sang et découvrent avec l'infirmière selon la couleur révélée par la combinaison des deux liquides leur rhésus. Si elles sont de rhésus négatif, elles se verront là encore automatiquement proposer une vaccination (WinRho : anti-corps Rh, anti-D) pour prévenir les risques éventuels pour une grossesse future.

VI.A.2.b. L'échographie.

Les femmes ayant avorté en France déclarent toutes avoir été soumises à une échographie, examen qui les contraint à un travail de logistique supplémentaire lorsqu'elles ne peuvent comme Myriam la réaliser au même endroit que leur prise de sang. Bien que non systématique au Québec lorsque les femmes ont avorté, cet examen tend à se généraliser dans la prise en charge des demandeuses d'avortement. Progressivement, cette technologie se substitue à l'approche clinique des corps.

À Paris comme à Montréal, les réactions des femmes face à l'imposition de cet examen montrent bien la contradiction dont cette pratique est porteuse : cette procédure est communément associée par les femmes à une maternité en train de se construire, une première rencontre avec l'enfant à naître (Fellous, 1988).

Ainsi HANANI, ayant toujours voulu devenir mère, mais avortant face à un contexte peu propice à la venue d'un enfant souligne : « *je suis une petite fille naïve, j'avais hâte d'avoir mes premières échographies, de voir mon petit bébé et tout…*[rire] ». Mais lorsqu'elle passe une première fois cet examen alors qu'elle a décidé au contraire de ne pas poursuivre cette grossesse, ce qu'elle ressent est bien loin de la joie qu'elle imaginait : « *Je n'ai pas aimé le feeling que ça m'a fait* ». Suite à cette première échographie à l'hôpital HANANI est contrainte de nouveau à cet examen à la clinique d'avortement sans que la nécessité de cet acte lui soit notifiée :

> là, je n'ai pas vraiment porté attention, mais je n'ai pas pu m'empêcher de regarder et je n'ai pas aimé. Je te dirai que l'échographie et la montée de lait, j'ai trouvé ça très très difficile en fait. C'est quelque chose que j'aurai souhaité vivre… parce que je veux vraiment des enfants.

En l'associant à un autre signe d'une maternité en construction, la montée de lait, HANANI rend bien compte de la manière dont cet examen, du fait du symbole qui lui est attaché, peut se révéler particulièrement éprouvant..

L'échographie reste une étape difficile pour certaines femmes puisqu'elle les confronte à une « mise en image » d'un être potentiel, participant de l'humanisation du fœtus en développement. En vue de notre entretien, Hélène avait ressorti de son dossier médical l'image de l'échographie passée avant son avortement. Elle nous la présente ainsi : « *donc on voit quasiment rien [me montrant les pages correspondant à son échographie dans le dossier de l'échographie que lui a remis le laboratoire] le sac [gestationnel]. Donc voilà, ça ne ressemble pas du tout à un fœtus* ». Pourtant, lorsqu'elle referme le dossier, elle laisse apparaître la première page et souligne :

> la secrétaire médicale m'a mis une pochette avec la photo d'un petit fœtus [sur la page de garde]. Bon, elle n'a sans doute pas fait exprès mais avec le recul, je trouve ça un peu limite, parce que ce n'est pas forcément bien vu de se faire avorter, et que l'échographie pour voir si on est enceinte, c'est forcément pour voir si on a envie d'avoir un enfant

Ainsi, Hélène souligne bien comment dans la prise en charge d'un avortement, les femmes peuvent être parfois renvoyées à une maternité en train de se construire et à l'image d'un être potentiel.

Si Hélène ne semble pas affectée par l'image de son échographie, les choses sont bien différentes pour JEANNIE. Globalement satisfaisante de sa prise en charge pour son troisième avortement en hôpital, elle est amenée alors à passer une échographie pour la première fois. Si l'examen en tant que tel ne l'a pas troublée, elle est confrontée à l'image échographique et aux commentaires contenus dans son dossier médical qu'elle transporte avec elle lors des différentes étapes de sa prise en charge : « *l'image va me rester très très longtemps. […] ils m'ont donné les papiers de l'échographie pour que j'aille les porter au médecin, et je voyais l'échographie. Ils ont encerclé le cœur, ils ont dit comme : "le cœur est bon"* ». Ainsi, JEANNIE souligne les conséquences de la confrontation avec ce type de réalité :

> Se faire avorter c'est moins difficile quand on le prend comme une abstraction, comme un être en devenir, mais quand on voit l'image, c'est un peu plus difficile. Ils n'auraient pas du laisser ça visible à une patiente, c'était non-nécessaire.

Pour JEANNIE cette empreinte papier du « fœtus tumoral », non investi d'un projet parental et destiné à être avorté (Boltanski, 2002) est d'autant plus gênante qu'un organe vital, le cœur, a été clairement mis en relief.

La plupart du temps, lorsqu'elles évoquent l'examen échographique, les femmes se déclarent d'autant plus éprouvées qu'elles ont été amenées à entendre le battement de cœur du fœtus, comme c'est le cas pour Vanessa. Suite à la prise des comprimés abortifs délivrés par un médecin en cabinet, elle a un doute sur l'interruption effective de la grossesse. Elle se rend alors aux urgences obstétriques, où un interne lui fait passer une échographie et lui annonce qu'elle est toujours enceinte. Déconcertée, elle a du mal à le croire. De manière à lui en donner la preuve, il lui montre l'image échographique à laquelle il associe le son des battements du cœur du fœtus, ce qui est décrit par Vanessa comme un épisode particulièrement douloureux.

Cet examen est dérangeant pour Vanessa : outre la mise « en image et en son » d'un être potentiel, il utilise en effet une méthode intrusive. Si les enquêtées françaises et une partie des Québécoises signalent la passation d'une échographie en amont de l'avortement, quelques-unes seulement (toutes françaises) témoignent avoir été soumises comme Vanessa à une échographie endovaginale, technique souvent peu appréciée par les femmes. Isabelle raconte : « *J'ai été faire ça dans un labo, où c'est l'échographie par sonde vaginale. Donc déjà, il y a quand même la pénétration avec la sonde, donc c'est pas forcément quelque chose de très agréable* ». La littérature scientifique ne rend absolument pas compte de la nécessité d'un tel examen, bien que l'enquête la fait apparaître au travers de quelques récits.

À l'inverse, comme nous l'avons souligné précédemment, au CDSFM, l'échographie – quasi-systématique pour toute grossesse en France, menée à terme ou avortée (Mathieu et Ruault : 34) – a été longtemps considérée comme inutile, ce que souligne ELISA, à propos de son deuxième avortement : « *au Centre de santé des femmes, il n'y avait pas d'échographie. Je ne pense pas qu'il avait le matériel pour faire ça. Mais il y avait un examen gynécologique* ». La datation de la grossesse était alors établie à partir d'un examen clinique croisé avec le calcul basé sur la date des dernières règles. Ainsi, les avortantes n'étaient pas contraintes de se soumettre à ce moment particulier de « mise en image ».

Cependant, il faut noter que le CDSFM se dote au travers du temps d'un appareil échographique. La raison avancée pour justifier cet équipement est d'éviter le risque d'une datation imprécise de la grossesse. Cette décision peut aussi témoigner d'une anticipation de l'autorisation de la mifépristone et du développement de l'avortement par médicament, pratiqué dans la plupart des établissements en dessous de sept semaines d'aménorrhée et qui requiert justement la datation la plus précise possible.

VI.A.2.c. L'entretien préalable.

En France et au Québec se donnent à voir des formes très contrastées d'entretien préalable à l'avortement. Si certaines Françaises ont été amenées à avoir un entretien psycho-social en amont de leur avortement, les Québécoises ayant avorté au CDSFM se sont prêtées à un autre type d'entretien sous la forme de rencontres collectives. Ces deux formes d'intervention ont toutefois connu de profondes mutations au fil du temps.

La psychologisation française de l'avortement.

Comme nous l'avons signalé, en France la loi jusqu'en 2001, imposait aux femmes un entretien psycho-social. Bien que celui-ci soit devenu facultatif pour les femmes majeures (les mineures étant toujours contraintes de s'y soumettre), certaines enquêtées le signalent comme un impératif auquel les femmes doivent se plier pour obtenir un avortement. Ainsi AUDREY qui avorte la première fois en France en 2004, soit trois ans après la modification de la loi, décrit la manière dont elle a été accueillie dans certains hôpitaux de la région parisienne, alors qu'elle est âgée alors de 24 ans :

> j'essayais de prendre un rendez-vous, et puis c'était très compliqué car ils ne voulaient rien savoir d'autre, tant que je n'avais pas vu de psychologue. Et moi, je disais : "Je ne veux rien savoir de voir un psychologue, j'ai aucun problème avec ça. Je suis 100 % certaine de ma décision, et puis, je ne la regretterai pas. Et puis tant bien, je verrais un psychologue après, je le ferai après, puis je le regretterai

> six mois plus tard ou trois ans, ça ne change rien". Je dis : "Là, je suis pressée, là madame. Car sinon, il va avoir plus de trois mois ce fœtus là, quand je vais voir le psy". Et alors là, il y a une liste d'attente longue là, trop longue. Je n'avais pas le temps d'attendre mon rendez-vous chez le psy.

Finalement, elle se dirige vers un médecin en cabinet pour avorter dans les plus brefs délais par médicaments et contourner cette étape tout comme les délais d'attente.

De même Myriam, que nous avons suivie lors de sa prise en charge quand elle avorte pour la deuxième fois en 2013, dans un hôpital de la région parisienne, se soumet à l'entretien psycho-social sans qu'il ne lui soit présenté, à aucun moment, comme facultatif. Il lui apparaît donc faire partie d'un parcours pré-tracé qu'elle s'applique à respecter sans émettre de critique.

Bien que cette étape ne soit plus un pré-requis légal pour obtenir un avortement, le maintien, – soi-disant sur demande éventuelle de la femme – de ce dispositif rend bien compte de la manière dont perdure dans la pratique l'esprit de la loi. Les femmes se voient toujours pour partie contraintes de justifier le recours à l'avortement. Apparaît encore dans les propos de certaines, la nature dissuasive sous-entendue dans le dispositif, comme elle est soulignée dans la littérature (Devreux, 1982). Ainsi Stéphanie, qui avorte en 2008 en hôpital, raconte :

> il a fallu que je vois une sorte de psychologue. Et, à ce moment-là, c'est vrai que ça ne s'est pas très bien passé, parce que, je suis tombée sur une dame qui s'est permis en fait de me donner son avis sur le fait de garder ou pas cet enfant. Et qui m'a dit que je n'étais pas obligée d'avorter, mais bon elle…enfin…comment dire….elle avait pas à me donner son avis. Ça m'a bouleversée…

Anne-Sophie (23 ans) avorte en 2009 (soit huit ans après la modification de la loi) dans un Planning parisien et témoigne, elle aussi du maintien de ce dispositif, soi-disant facultatif. À travers son récit apparaît la persistance de ce qu'Anne-Marie Devreux (1982) nomme « l'effet inductif de l'institution », soit la production structurelle d'une « nécessité de parler ». Lors d'une première rencontre, Anne-Sophie souligne s'être refermée sur elle-même : « *parce qu'elle voulait absolument que je parle de mon ressenti et c'est quelque chose que je fais si je décide de le faire. Je pense pas que ce soit un dû* ». Face à cette attitude, la professionnelle demande à la rencontrer de nouveau accompagnée de son partenaire : « *elle avait du me trouver fermée, s'inquiéter de mon bien-être* ». L'exemple d'Anne-Sophie met en lumière la manière dont les femmes sont sommées d'effectuer un travail émotionnel (Hochschild, 2003) pour se mettre en conformité avec les attentes des professionnel·les au risque de paraître suspectes. Mais lorsque le couple se présente à cette nouvelle rencontre, la professionnelle va s'engager dans une démarche très particulière : « *elle me demandait en sa*

présence, s'il m'avait forcée : "Mais non, mais il faut me le DIRE mademoiselle, si c'est LUI qui VEUT !" ». Alors même qu'Anne-Sophie était claire dans sa volonté d'interrompre la grossesse, la professionnelle de soins tout en insinuant un désir de maternité chez Anne-Sophie induit un conflit entre les deux partenaires, amenant son conjoint à supposer qu'Anne-Sophie avait volontairement oublié sa pilule, ayant le désir plus ou moins inconscient de devenir mère. Anne-Sophie se défend face à cette professionnelle en soulignant bien le poids des différents capitaux dont elle est détentrice :

> je me souviens lui avoir dit : "Mais vous vous rendez compte. Alors moi, je suis dans une situation plutôt confortable entre guillemets. Voilà, j'ai des ressources financières et intellectuelles suffisantes pour gérer, ce que vous êtes en train de me dire. Et l'émotion, ça va encore…mais vous pourriez faire du mal à quelqu'un, vous pourriez lui faire vraiment beaucoup de mal. C'est vraiment quoi !

Si la loi a rendu facultatif ce dispositif, les femmes relatent des expériences pouvant laisser supposer que cette modification a « nourri un brouillage des frontières entre les domaines d'action des différentes professionnel·les, allant dans le sens d'un élargissement de la fonction des médecins à la prise en charge psychologique et morale » (Mathieu et Ruault, 2014) comme l'illustre le récit de Déborah. Cette dernière se rend chez une gynécologue pour avorter. Bien qu'à l'aise avec sa décision (venant de quitter son partenaire, elle n'a pas hésité), elle explique qu'elle n'a pas énormément apprécié l'intervention de la professionnelle dans un domaine qui ne relève pas du médical :

> elle m'a posé un peu des questions comme : "Oui…est-ce que vous allez pas vous remettre avec lui ?" Des questions qui pour moi ne la regardait pas. Je lui ai dit que j'avais pris ma décision et pour moi, il n'y avait pas besoin d'en savoir plus que ça…

Malgré la modification, l'esprit de la loi semble donc perdurer, porté par des professionnel·les (les médecins relayant les travailleurs·ses sociaux ou les psychologues), qui se font à leur tour garant d'un *bon usage* de l'avortement en tentant de conserver une certaine dimension dissuasive.

Des rencontres collectives marginales.

Au Québec, les femmes ayant avorté au CDSFM font état de pratiques de rencontre collective en amont qui pourraient être rapprochées de la démarche des groupes de conscientisation féministes. Lors de cette étape, les demandeuses d'avortement sont réunies en groupe de quatre ou cinq femmes. Animée par une travailleuse sociale, elle est l'occasion pour les femmes d'avoir accès à différentes informations sur l'avortement et la contraception,

mais aussi de revenir sur l'histoire de la bataille pour le droit à l'avortement et de remettre en question certains de leurs préjugés sur l'avortement. Ainsi, cette rencontre permet à CHLOE de prendre conscience que l'avortement concerne vraiment toutes les femmes : *« n'importe qui [avorte]. […] ça peut être des avocates… C'est toutes les tranches de la société »* « *j'avais […] comme l'impression que c'est souvent des jeunes ados qui avaient des accidents […] j'avais ce préjugé-là »*. De même, lorsque JOSEPHINE nous décrit ce moment de sa prise en charge, elle souligne : *« c'est vraiment varié : des femmes de la trentaine, des femmes noires, des femmes blanches, des hispanophones »*. Cette rencontre est aussi l'occasion d'évoquer les différents contextes les conduisant à avorter. Lors de cette rencontre, la professionnelle, n'hésite pas à mobiliser sa propre expérience mettant en avant son identité de femme, et non de professionnelle.

Toutefois, en 2010, suite à la mise en place de la gratuité dans l'ensemble des lieux pratiquant l'avortement, ce dispositif disparaît pour laisser place à des prises en charge en binôme ou individuelles. En effet, le CDSFM avait observé une baisse de fréquentation dont la cause identifiée était la prise en charge en deux temps, la rencontre puis l'avortement, et avait, pour partie, décidé de modifier leur pratique. Cette évolution souligne, rappelons-le, un processus global d'individualisation de l'avortement qui traverse ces deux sociétés.

En France, quelques enquêtées, beaucoup plus rares toutefois que les Québécoises, relatent avoir participé à une réunion de groupe au sein de plannings familiaux sur la base du volontariat. Quand elles en font part lors de l'entretien, elles le signalent parfois comme un moment fort de leur parcours, comme Isabelle qui explique à quel point il lui a permis de partager son expérience et, surtout, de dédramatiser cet épisode : « *je m'étais vraiment sentie super forte du coup, j'avais un peu traversé le truc de l'avortement en en me disant : je me fais avorter, ce n'est pas grave* ». La rencontre de groupe lui a apporté un véritable cadre de pensée et a fonctionné littéralement comme un groupe de soutien.

VI.A.3. Des femmes maintenues prisonnières de leur propre corps.

En France, comme au Québec, les femmes témoignent bien souvent avoir été contraintes d'attendre avant de pouvoir obtenir un avortement. En France demeurait jusqu'à 2005, un délai de réflexion règlementaire qui s'articulait bien souvent aux délais de prise en charge. Au Québec, quand les femmes dans le réseau public sont contraintes de patienter, elles ont tendance à se tourner immédiatement vers le « privé » (Cliniques et CDSFM) pour avorter plus rapidement. Cependant, les femmes n'ont pu généralement accéder à un avortement dans les délais aussi courts qu'en France. En effet, la plupart des établissements

ne pratiquent pas d'IVG en dessous du seuil de 5 semaines de grossesse, considérant que le risque d'avortement incomplet est important avant ce délai.

En France, l'ensemble des femmes ayant avorté avant la modification de lois témoigne de la perception souvent négative de ce délai imposé. Toutefois, comme d'ailleurs la loi le prévoyait, il était possible en cas de nécessité, d'accélérer les démarches. Trois femmes dans l'enquête ont ainsi bénéficié de l'appui des professionnelles de soins pour voir cette attente écourtée : Lucie, Vanessa et Julienne, chacune avec un profil particulier.

Lucie, est issue d'une famille dotée en capitaux économiques et sociaux (ses deux parents sont médecins) : à 22 ans, elle est déjà détentrice d'un master en droit. Dans la même matinée où elle rencontre la gynécologue, elle effectue son échographie, permettant de déterminer qu'elle est à six semaines de grossesse, donc dans les délais : « *On a parlé pendant une heure-une heure et demi, et comme elle a vu que j'étais bien décidée, elle m'a dit : "Dans ce cas, prends-le maintenant et puis, prends le prochain dans deux jours* ».

Vanessa, 25 ans, se dirige vers le Planning suite à l'échec d'un premier avortement par médicaments délivrés en cabinet. Le médecin consulté initialement étant partie en vacances, elle ne peut attester auprès des professionnel·les rencontré·es de ses premières démarches. Ceux·celles-ci lui font finalement confiance, et elle peut accéder le jour même à l'avortement par médicaments :

> finalement j'ai PU avorter rapidement au Planning familial, parce que j'étais tellement mal, que finalement la médecin qui m'a reçue m'a prise en pitié. En me disant de ne jamais le dire, elle m'a fait un faux certificat médical, pour dire que j'avais déjà avorté, parce que sinon, il fallait que j'attende encore huit jours, et cela me paraissait [vraiment trop long].

Il est intéressant de souligner que tout comme Lucie, Vanessa est détentrice elle aussi d'un important capital culturel (elle a alors un master en histoire de l'arts) et est issue elle aussi d'une famille aisée (sa mère est psychologue et son père est profession libérale).

Ces deux exemples suggèrent que les femmes ayant des caractéristiques sociales assez proches de celles des professionnel·les de soins ont sans doute pu bénéficier plus facilement d'une prise en charge sans délai, en raison même de la confiance qu'induit leur position sociale.

Enfin, le troisième cas, est celui de Julienne, 26 ans. Bien qu'issue d'un milieu légèrement moins doté (sa mère est conseillère d'orientation et son père informaticien), elle a elle aussi un niveau de diplôme élevé, ayant achevé un master en sociologie. Lorsqu'elle fait une demande d'avortement, elle se dirige vers la maternité où elle a accouché quelques mois auparavant et, après avoir « *fait le forcing pour passer très rapidement en intervention* »,

arrive à obliger l'institution à la prendre en charge « *beaucoup plus rapidement* ». Cette réduction du délai d'attente lui paraît essentielle tant elle se sent rejetée par sa fille, analyse-t-elle, depuis cette nouvelle grossesse. Tout délai supplémentaire lui serait insupportable psychologiquement. D'ailleurs, elle exprime clairement les effets potentiels qu'auraient pu avoir une intervention plus tardive : « *j'étais paniquée à l'idée d'attendre. D'ailleurs, ça aurait pu changer ma vision du truc [elle rit], ça m'aurait perturbée, et ça m'aurait peut-être obligée à le garder* ». Il semble que la situation assez inconfortable de se retrouver enceinte, un tout petit bébé dans les bras, suscite la compassion des professionnel·les de soins, qui cherchent alors à répondre promptement à la demande de leur patiente.

Cette question du temps dit de réflexion est d'autant plus cruciale que l'ensemble des femmes enquêtées, à Paris comme à Montréal, témoignent du refus d'éprouver plus longtemps les signes d'une grossesse qu'elles ne souhaitent pas. Certaines femmes, comme DARYA, témoignent même d'un sentiment de « parasitage » :

> toute cette période, je ne me sentais pas moi-même dans mon corps. Ce n'était pas agréable. [...] J'avais des symptômes, je sentais le fœtus, mais je le percevais comme un parasite. Je n'étais pas contente d'avoir ces symptômes-là. Il me gobe mon énergie, j'ai toujours faim, c'est l'horreur. Je te déteste et je veux avorter le plus vite possible.

Les manifestations corporelles de la grossesse, telles que la fatigue, les nausées et les vomissements sont perçues comme gênantes, voire handicapantes, dans leurs activités, d'autant qu'elles tentent le plus souvent de les dissimuler à leur environnement professionnel. ELISA dans l'attente de son rendez-vous pour son deuxième avortement explique la contrainte physique supplémentaire qu'a représenté son état de grossesse dans son quotidien et dans son travail : *« mon moyen de transport, c'est le vélo. Je pédalais… c'était tellement difficile. Et j'avais du mal à rester éveillée dans la journée. À l'époque, je faisais des jardins communautaires avec des jeunes de la rue. C'est assez physique. Je n'étais plus capable, plus capable non plus de me supporter. J'avais hâte que cela soit réglé ».*

Jusqu'à l'avortement, ces signes rappellent en permanence aux femmes une grossesse qu'elles refusent, comme le met au jour Myriam : « *J'aurai bien voulu oublier un petit peu que j'étais enceinte, mais je n'ai pas pu. Ça me rappelait tous les jours, vingt-quatre heures sur vingt-quatre que j'étais enceinte et je ne voulais pas m'en rappeler. Je voulais être tranquille ! »*

D'ailleurs, cette expérience insistante de signes de grossesse alors qu'elles ne souhaitent pas avoir un enfant, peut conduire les femmes à se questionner sur leur désir de maternité. Quelques unes éprouvent des sentiments agréables durant cette période, comme

Carine, ou Elisa lors de sa deuxième grossesse. Ce ressenti physique, accentué par l'attente d'en être libéré, met toutefois bien souvent à l'épreuve le désir d'enfant,, ce que suggèrent les propos d'Hélène : « *pendant longtemps je me suis dit : jamais je voudrais ressentir [de nouveau] ça. Je me disais : "mince, comment je vais accepter de pouvoir être enceinte", parce que ça m'a complètement déplu, les effets que ça me faisait* ».

Ainsi, la très grande majorité des femmes contraintes d'attendre contre leur gré, signalent ce délai subi comme un élément particulièrement négatif de leur expérience de l'avortement, comme le résume REBECCA :

> un de mes stresss, vraiment important, et puis ça je pense ça ajoute au vécu, en fait ça alourdit l'expérience. C'est les délais. Ce n'est pas parce qu'on fait une démarche que nécessairement on a un rendez-vous le lendemain […] c'est quelque chose qui me pesait, de continuer à vivre des symptômes de grossesse et de savoir qu'il y allait y avoir l'avortement. Si la réponse était plus rapide, dans le fond, ce serait plus cohérent.

Stress d'autant plus important pour les femmes en France, qui tout en étant contraintes de patienter craignent en permanence de dépasser le seuil légal de prise en charge.

VI.B. Les cadres sociaux de la pratique.

Si les femmes doivent emprunter des chemins plus ou moins longs et/ou complexes pour obtenir un avortement, elles avortent également selon des modalités très variées. Nous rendrons compte des différentes marges de manœuvre dont les femmes bénéficient ou non tout au long de leur prise en charge.

VI.B.1. Avorter : une démarche éclairée ?

Nombreuses sont les femmes en France à témoigner d'une information très morcelée tout au cours de leur cheminement, ne leur permettant pas de se représenter les différentes étapes dans leur globalité. Quelques soient les lieux de la prise en charge, elles sont nombreuses à faire état de sentiments négatifs liés à ce manque d'informations. Ainsi Anne-Sophie qui avorte deux fois dans des Plannings souligne :

> sur le côté vraiment pratique de la chose, c'est pas vraiment idéal. […] ce que je reproche globalement à la prise en charge, c'est le manque d'informations. Parce que si on m'avait expliqué d'entrée de jeu quelle était toute la démarche etc, j'aurai apprécié… ça donnerait […] un sentiment de contrôle sur ce qui est en train de se passer. Alors que l'information … est quand même assez parcellaire.

Cette information parcellaire la laisse un peu désemparée, l'amenant à vivre cette expérience de manière passive. L'absence d'information peut plus encore s'avérer stressante pour

certaines femmes, comme le souligne Stéphanie qui avorte par médicament, alors même qu'elle est à l'hôpital :

> On m'a pas vraiment expliqué comment ça allait se passer….Je suis restée dans le flou en fait. On m'a donné une date, on m'a dit : "Voilà, tu viendras tel jour" et puis c'est tout…Et du coup je me suis présentée un matin, il a fallu que moi, j'aille me diriger, chercher des infirmières […] je m'attendais pas à rester dans cette salle d'attente. Donc là, apparemment, il y avait une autre jeune femme qui était en train de subir l'avortement, et moi, j'étais totalement perturbée parce que j'ai vu cette femme en train d'hurler toute seule, elle avait super mal, et je comprenais pas vraiment ce qui lui arrivait. En fait, c'est ce qui allait m'arriver à moi aussi. […] Donc il a fallu, que moi toute seule je comprenne ce qui était en train de m'arriver.

Au Québec, quelques femmes prises en charge en CLSC ou en hôpitaux, rendent compte également d'un certain déficit d'information comme le note NOEMIE qui a mal vécu de se sentir manipulée comme un objet : « *Chaque personne m'annonçait la prochaine étape…c'est pas…je l'ai pas su dès le départ ce qui se passait…* »

C'est une expérience bien différente que relatent les Québécoises ayant avorté en cliniques, qui ont bénéficié en amont d'informations détaillées sur la procédure, à qui on a présenté, individuellement ou collectivement, les différentes étapes de l'intervention. Ainsi MIA, qui avorte à la clinique Morgentaler, ayant déjà eu accès à l'ensemble des informations via le site internet de la clinique, rend compte très précisément de la manière dont se déroule la rencontre précédant son avortement :

> tu rencontres une dame qui […] essaie de voir avec toi pourquoi…nananan…où est-ce que tu en es rendue…autant technique que un peu comment tu te sens. Et puis ensuite, elle t'explique vraiment le procédé : "on va aller dans la salle d'avortement et puis on va t'administrer tel médicament ou le masque à oxygène, ça va se faire de telle façon"…

De même, les femmes lors de la rencontre de groupe au CDSFM bénéficient d'un ensemble d'explications détaillant chacune des étapes de l'intervention. Et surtout, au-delà de cette présentation, les femmes ont la possibilité, si elles le souhaitent, d'être informées tout au long de l'intervention des gestes posés sur leur corps, comme le narre MATHILDE : « *Ils expliquaient ce qui se passait, ils pouvaient te montrer tout au long du processus, ce qu'ils étaient en train de faire, si on le souhaitait. C'était cette méthode-là, c'était très explicite. Il n'y avait rien de caché* ».

D'ailleurs, au CDSFM, les femmes peuvent demander à voir le « produit de la grossesse extrait ». L'analyse des entretiens illustre bien que cette possibilité est spécifique au Centre. Face à ce choix, la plupart des femmes, curieuses, désirent le voir – tout comme

quelques Françaises avortant par médicaments chez elles. Toutefois, cette étape ne prend pas la même signification selon les femmes. JOSEPHINE explique ainsi les raisons qui l'ont poussé à regarder : « *Pour moi c'était clair qu'il fallait que je le vois, peu importe ce que ça faisait, peu importe comment je dealais avec ça, c'était super important pour moi, de comme vivre cette émotion-là. Plutôt que de vivre toute ma vie avec l'ignorance* » et cette étape lui permet de démystifier l'avortement puisqu'elle ne voit alors que « *des menstrues bien pognées*[74]*… rien de bien particulier* », bien loin des représentations véhiculées sur internet ou sur les affiches des militants antiavortements. Pour JOSEPHINE, cet acte était important : « *ça m'a fait du bien vraiment, ça m'a libérée de voir ça, de voir qu'il y avait rien à voir en fait* ». SARAH, elle aussi lors de ses deux premiers avortements au CDSFM demande à voir le produit de sa grossesse, et tout comme JOSEPHINE en arrive à la même conclusion : « *c'est pas grand chose finalement, c'est des petits trucs fibreux* ». Toutefois, elle signale une précaution prise avant qu'ils ne lui soit exposé : « *Ils les rincent, c'est pas avec le sang* ». Mais cette étape peut recouvrir un autre sens pour les femmes. Ainsi, lorsque ANDREANNE avorte au Centre, pour ses trois avortements, elle demande à regarder : « *moi j'ai demandé à voir le fœtus toutes les fois. J'avais envie de ça pour… je sais pas… pour lui dire au revoir, même si je ne considère pas que c'est un être humain* ». Pour ANDREANNE, cette pratique apparaît plus comme un rituel ou une étape dans le deuil d'une maternité qui ne peut être.

VI.B.2. La méthode d'avortement : un choix balisé.

Toutefois, les deux dernières pratiques évoquées, réalisées au CDSFM, ne sont possibles seulement parce que les femmes avortent par aspiration et sans anesthésie générale, (voire sans anesthésie). Car au Québec, les femmes n'avaient jusqu'à présent accès qu'à une seule et unique méthode, dite chirurgicale, en France.

Seules deux enquêtées, québécoises d'ailleurs, évoquent la méthode médicamenteuse. JOSIANE en découvre l'existence, lorsqu'elle évoque avec un ami suisse sa crainte d'être enceinte : « *Je ne savais même pas que ça existait à ce moment là* », d'ailleurs il lui propose de lui envoyer par la poste, mais JOSIANE refuse. DARYA est l'unique enquêtée qui a envisagé un avortement médicamenteux au Québec : « *je m'étais informée sur les possibilités de l'avortement comme chimique, avec les médicaments* ». Elle devra toutefois y renoncer puisqu'étant sur le point de partir en France, elle n'a pu accéder à cette méthode : « *parce qu'on ne peut pas quitter le pays, parce qu'il y a des risques avec les médicaments* ». Mais

[74] Pognées, participé passé du verbe pogner, propre au langage populaire québécois. Le sens qu'on peut lui attribuer ici est « prises » ou « attrapées ».

JOSIANE souligne bien que si elle avait eu cette option, elle aurait choisi un avortement par médicament :

> Honnêtement, si j'avais eu le choix, entre une chirurgie avec le fait de voir des instruments, un scalpel ou le confort de mon foyer. J'aurai sûrement demandé à une amie d'être là pendant mais je pense que j'aurai choisi ça… Faire ça chez nous … que à Ville La Salle avec une secrétaire qui me juge…

JOSIANE met ici en lumière certains avantages perçus de la méthode médicamenteuse : confort, intimité, familiarité des lieux et des possibilités d'accompagnement par l'entourage. Elle les oppose au caractère toujours un peu effrayant d'une intervention dite « chirurgicale » et au jugement de valeur négatif toujours possible. Dans cette perspective l'avortement médicamenteux lui apparaît une méthode lui permettant de se soustraire à des interactions avec des personnes non familières l'exposant à une potentielle stigmatisation.

En France, la majeure partie des femmes ont opté pour la méthode médicamenteuse, considérée par la plupart comme « *plus rapide* », « *plus simple* » (Isabelle) généralement jugée moins « *invasive* ». Et qui a le mérite, en premier lieu d'éviter l'hospitalisation, raison avancée par Anne-Sophie : « *ça allait être plus rapide et que ça allait tout bêtement pas être une intervention. Vu que l'idée c'était de ne pas mettre l'accent sur ce qui était en train de se passer, c'est sur que ça aide… D'avoir des grosses règles c'est toujours préférable que d'être sur une table d'opération* ». La plupart des femmes signalent bien la lourdeur des démarches associées en France à l'avortement par aspiration : « *je comprenais pas qu'on puisse choisir par aspiration et pas par médicament, sachant qu'il y avait quand même, tout le côté hospitalisation, anesthésie, déplacement….Alors qu'on pouvait faire ça, tranquilou chez soi* » (Isabelle).

Seules deux enquêtées françaises ont préféré clairement la méthode dite chirurgicale. Pour Myriam, ce choix fait suite à un premier avortement médicamenteux, vécu comme trop douloureux. Lors de son deuxième avortement, elle décide donc d'être totalement endormie s'assurant de s'affranchir de cette douleur. Pour Julienne, cette décision s'articule avec le choix de se faire poser un stérilet : elle peut ainsi avoir les deux interventions en une seule fois..

Il est intéressant de souligner que seule Lila (qui a passé une partie de son adolescence au Québec) opte pour la méthode médicamenteuse « par défaut ». En effet, Lila aurait souhaité avorter une seconde fois, mais par aspiration. Mais face à l'attente imposée pour interrompre sa grossesse si elle veut avoir une aspiration, elle se résout à prendre le RU. Pour elle, la méthode médicamenteuse : « *c'est vraiment une punition cette méthode* », puisqu'elle

pose l'acte de façon explicite et doit patienter en étant consciente et responsable de ce qui se passe.

D'autant qu'elle reste une méthode particulièrement douloureuse pour certaines femmes. Tandis que certaines femmes, vont comme AUDREY jusqu'à appeler les urgences, sidérée de la violence de ce qu'elle éprouvait alors qu'elle s'était imaginée l'épisode comme des crampes menstruelles un peu plus importantes, d'autres ne rendent pas compte d'une séquence très douloureuse, reconnaissant malgré tout que ce n'est quand même pas une partie de plaisir. En tout état de cause, cette méthode questionne les modalités de prise en charge de la douleur, et la manière dont les femmes se voient présentée cette méthode.

VI.B.3. La prise en charge de la douleur : des choix aux protocoles.

En France, les femmes qui avortent par médicaments bénéficient pour la plupart de moyens leur permettant de maîtriser la douleur associée à l'acte. L'analyse des entretiens souligne en revanche de fortes disparités dans la gestion de celle qui peut être associée à l'intervention par aspiration. Les femmes peuvent en effet opter pour une anesthésie locale ou générale.

Si certaines, comme Myriam, préfèrent ne pas être conscientes lors de l'intervention par crainte d'avoir mal, préfèrent sans état d'âme l'anesthésie générale, d'autres redoutent justement ce qui pourrait se passer lorsqu'elles sont endormies. Par exemple, Jenny (qui finalement va malgré tout se décider pour l'anesthésie générale) exprime initialement ce type de crainte : « *j'avais peur de ne pas être consciente de ce qui se passait. Il y avait des personnes qui allaient faire des choses avec mon corps, alors que je ne serai pas consciente* ». Julienne quant à elle donne la préférence à une anesthésie locale lui permettant de sortir rapidement de l'hôpital et de retrouver sa fille. De plus, ce choix lui permet d'éviter une anesthésie générale perçue comme risquée. Ainsi, les femmes construisent le choix du mode de gestion de la douleur selon une nébuleuse d'éléments : peur de la douleur, peur de l'absence de conscience, peur pour la santé, à quoi s'ajoute l'articulation du travail abortif avec d'autres activités concurrentes, en l'occurrence ici maternelles.

Au Québec, aucune femme n'a bénéficiée d'une anesthésie générale. Dans les cliniques, CLSC et hôpitaux, les femmes ne peuvent pas choisir et l'anesthésie locale s'impose à elles comme faisant partie du protocole habituel. Même d'ailleurs quand elles la refusent ! Le récit de SARAH en fait preuve (Chapitre III) puisqu'elle doit aller jusqu'à signer une décharge de responsabilité médicale lors de son quatrième avortement en CLSC. Cependant le CDSFM offre un choix élargi. Aux côtés des outils permettant une suppression

des sensations physiques au niveau « local », les femmes peuvent/pouvaient bénéficier d'un mode d'anesthésie verbale, de l'accupression, de relaxants à base de plantes, d'analgésiques doux, toute comme d'une « pseudo-morphine » (AL), auquel s'ajoute le Versed, un hypnotique sédatif à action rapide. Ainsi, ELISA rend compte de la diversité des possibilités dont elle a bénéficié lors de son deuxième avortement :

> Tu avais accès à toutes sortes de médicaments mais pas que des médicaments. […] tu avais accès à toutes sortes de trucs, aussi variées que de l'acupression pour calmer ton stress, que des plantes naturelles, des tisanes, en allant vers la pseudo-morphine là […] C'était ça la panoplie. Tu pouvais choisir ce que tu voulais là-dedans.

Face à cette diversité proposée, nombreuses sont les femmes à opter pour des modes de gestion de la douleur « doux », comme l'illustre MATHILDE qui avorte au Centre : « *ils donnaient une espèce de pilule … supposée relaxer… Donc c'est tout ce que j'ai pris…Mais c'est tellement humain en même temps, qu'on avait pas vraiment besoin de…. Moi, je me sentais en confiance, c'était vraiment humain* ».

MATHILDE explicite l'intérêt de la prise en charge psychologique et son rôle de soutien qui peut aider les femmes à se passer d'anesthésie ou d'autres succédanés pour diminuer la souffrance et l'angoisse. Se sentant accompagnée et en confiance, elle ne sent pas le besoin d'avoir recours à des médicaments.

Au Centre, l'imaginaire de la douleur et du risque est déplacé vers la valorisation des compétences des femmes, des techniques du corps (Mauss, 1935) et des méthodes mécaniques et humaines. Ainsi, durant l'avortement en tant que tel au CDSFM, on propose aux femmes l'usage de bouillotte, chauffettes ou linge rafraichissant, de la musique, qui s'ajoutent à la présence d'un tableau au plafond sur lequel elles peuvent poser leur regard durant l'intervention (dans l'ancien CDSFM), à une table gynécologique plus large et plus confortable que les tables classiques, aux étriers emboitant les jambes. Enfin la présence d'une travailleuse sociale/infirmière dédiée à leur bien-être, participe aussi à une meilleur gestion de la douleur.

Si pour certaines femmes, ce choix découle d'une posture cohérente avec celle de la démédicalisation de l'avortement promue par le Centre, et la valorisation des compétences des femmes, comme le signalait l'exemple d'ANDREANNE (Chapitre III), d'une manière plus prosaïque, il permet aussi aux femmes de faciliter le recours à l'avortement sans les empêcher d'assurer leurs activités la journée même comme le montrait le cas de avec SARAH (Chapitre III). Pour d'autres comme CARINE, il entre en cohérence avec une attitude de plus en plus

fréquente de méfiance dans l'usage de médicaments : « *Moi, je ne prends pas de médicaments, je me soigne par les plantes* ». Pour EMELINE, il s'articule avec des choix de vie plus larges : « *J'étais peut être dans une phase plus naturelle* ». Pourtant pour CARINE, le refus d'avoir recours à la douleur, ne correspondait pas seulement à un « *choix politique de ne pas prendre de médicaments pharmaceutiques* ». Il est aussi et surtout un « *choix de vivre la douleur* ». Elle nous explique ainsi :

> Moi, c'était super important pour moi aussi de refuser la médication. Je ne voulais pas être gelée, je ne voulais pas être endormie, je ne voulais pas avoir de calmant, je ne voulais pas avoir d'anti-douleur…[…] parce que […] je le vivais un peu comme quelque chose de sacrificiel. Quelque chose dont je voulais me souvenir, parce que j'étais pas très fière du geste que je posais, […] je le faisais par respect pour l'enfant, je voulais pas le vivre comme si c'était quelque chose dont je n'allais pas garder […] un ressenti physique…

Cet exemple souligne, lorsque les femmes ont le choix, la manière dont les femmes peuvent parfois l'employer de manière auto-punitive, signalant que l'avortement demeure pour elles, un acte emprunt d'une certaine gravité, pour lequel elles se sentent responsables et peut-être coupables.

Mais certaines femmes qui ont opté pour une prise en charge sans médicamentation de la douleur, le regrettent parfois face à l'irruption d'une douleur plus importante que celle qu'elles avaient envisagée : « *je me suis rendue compte que c'était une erreur parce que ça m'avait fait vraiment mal* » (EMELINE).

Soulignons qu'au travers du temps, différentes pratiques ont été délaissées au CDSFM : l'acupuncture n'est plus proposée ; le Relaxen[75], combinaison de plantes, a disparu de la liste, comme « *incompatible avec un nouveau médicament* ». D'autres médicaments sont venus s'ajouter à la liste des choix offerts aux femmes pour maîtriser la douleur comme le Versed (un hypnotique et sédatif à action rapide que nous avons mentionné plus haut).

Ce médicament, qui a pour particularité de créer une amnésie antérograde de courte durée, n'était pas utilisé au départ justement « *pour des raisons idéologiques »,* comme risquant de favoriser un certain oubli de l'épisode. Mais il s'est finalement imposé car comme nous l'explique la directrice du Centre : *« il y en a [au niveau des professionnelles travaillant dans ces lieux] qui ont commencé à challenger cette idée, en disant : "Attention là ! Nous ici, notre valeur première, ce qu'on met de l'avant, c'est que c'est les femmes qui choisissent. À*

[75] Le Relaxen se présente sous forme de capsules contenant valériane, passiflore, houblon, tilleul et mélisse.

partir du moment où on décide que ce médicament qui est disponible, qui existe, qui est utilisé ailleurs, qui a fait ses preuves, on l'a" [76]*».*

Bien que le CDSFM se soit longtemps opposé à l'avortement par médicament, portant un regard critique face au RU-486, les pratiques qui y ont cours semblent tout comme ailleurs marquer un tournant allant dans le sens d'une médicamentation croissante amorcée tant dans la prise en charge de la douleur liée à l'intervention que dans la pratique même de l'avortement. D'une certaine manière, la gratuité de l'avortement dans les différents structures de prise en charge a conduit à une mise en concurrence des différents lieux offrant l'avortement aux femmes, et laisse entrevoir une homogénéisation des pratiques d'avortement vers une forme de plus en plus médicamentée et individualisée.

VI.B.4. Des femmes isolées ?

Les femmes, lorsqu'elles avortent par aspiration en France et au Québec, ne peuvent généralement être accompagnées. Considérée comme une intervention « chirurgicale », l'avortement tout comme l'ensemble des pratiques ainsi désignées, a lieu dans des espaces réservés aux professionnel·les de soins. Certaines femmes apparaissent pourtant particulièrement stressées par cet isolement et l'éloignement temporaire de la personne qui les accompagne.

Ainsi, Julienne qui a choisi d'avoir un avortement « chirurgical » sous anesthésie locale, explique que cette séparation de son conjoint a été particulièrement angoissante pour elle :

> j'avais demandé à ce que [mon conjoint] soit là. […] Je voulais qu'on le vive ensemble, j'avais besoin de sa présence, et puis lui, était pas réticent à l'idée m'accompagner et il y a des gens qui nous avaient dits que c'était possible, à la maternité. [Mais] quand ils m'ont préparée pour aller au bloc, et que [mon conjoint] a voulu monter dans l'ascenseur, ils m'ont dit : "Non. Hors de question". Vous y allez toute seule et là, panique à bord. J'étais avec […] l'anesthésiste et le médecin et sur le vif, qu'on me dise qu'il devait attendre en bas, alors que jusqu'à ce moment-là, on pensait qu'on allait être à deux… Je me suis sentie toute seule dans cet ascenseur […] j'avais l'impression d'être prise dans un étau en métal, avec deux médecins en blouse blanche. Enfin [c'était] un peu la panique, l'image violente.

À travers cet extrait, s'expose ce que les femmes peuvent ressentir. Isolées, face à plusieurs experts, elles se sentent plus ou moins abandonnées (et même ici pour Julienne prise au piège).

[76] Extrait de l'entretien avec la directrice du CDSFM, le 27 mars 2013.

Seul le CDSFM permet aux femmes d'être accompagnées par la personne de leur choix au moment de l'intervention. Pour ELISA, c'était quelque chose d'important, pour elle tout comme son partenaire : *« Il voulait être là, il tenait à y être… parce que pour nous aussi c'était un deuil à faire et puis, il se disait [que] s'il n'était pas là, il n'allait peut-être pas réaliser ce qui se passait ».*

Bien qu'isolée lors de l'intervention, JEANNIE est, tout comme ELISA, accompagnée par son partenaire le jour de l'IVG. Toutefois, comme nous l'avons vu, certaines femmes s'acquittent de l'ensemble des démarches et avortent seules bien qu'ayant toujours le choix d'être accompagnées dans l'établissement (en dehors des espaces dédiés à la pratique des avortements par aspiration dans la plupart des endroits). Paradoxalement la plupart des femmes qui avortent par aspiration sont accompagnées par leur partenaire, une amie ou leur mère, en revanche, il est plus fréquent que les femmes se retrouvent isolées lorsqu'elles avortent par médicaments, ce qu'on peut comprendre quand elles sont dans un établissement de soins, mais aussi plus étrangement à leur domicile. Cela peut s'expliquer par les représentations qu'avaient les femmes en amont de la prise des médicaments. C'est le cas d'AUDREY tout comme de Déborah ou de Vanessa. En définitive, elles n'avaient pas anticipé à quel point elles auraient ressenti différemment la douleur si elles avaient été accompagnées.

Pour d'autres, cette solitude n'était pas prévue et résulte du refus tardif du partenaire d'accompagner la femme. Ainsi, Stéphanie se rend à l'hôpital seule, son partenaire ne répondant plus à ses appels les jours précédents l'avortement, lui qui s'était pourtant engagé à être soutenant. Se sentant abandonnée, elle exprime ainsi la manière très négative dont elle a vécu son IVG médicamenteuse à l'hôpital : « *de faire l'avortement dans la salle d'attente, c'est ça qui a été le plus dur je crois. […] j'ai eu l'impression d'être traitée comme un animal, qu'on avait laissé dans un coin* ».

Cette solitude peut aussi être choisie et résulter du désir des femmes de conserver cet épisode secret, et tout spécifiquement en direction de leur partenaire. DARYA, enceinte suite à des rapports avec un partenaire avec lequel elle a des relations occasionnelles, ne souhaite pas lui révéler sa grossesse, considérant qu'il ne saurait être d'un quelconque support et, plus encore, qu'il pourrait même faire obstacle à son autonomie. Mais, elle ne va pas non chercher à être accompagnée d'une amie, tant elle se sent honteuse d'être obligée d'avorter suite à un rapport non protégé avec un partenaire qu'elle connaissait peu. Cet exemple souligne bien la manière dont agit la norme contraceptive dans le vécu des femmes de l'avortement.

VII.C. Les théâtres et acteurs·rices de la prise en charge

Dans les deux sociétés étudiées, les femmes qui veulent interrompre une grossesse accèdent relativement aisément à ce service. Mais celles-ci sont contraintes, du fait de la médicalisation de l'avortement, à rencontrer différentes acteurs·rices du domaine de la santé et à rester le temps d'un acte ou d'une consultation dans les lieux de leurs pratiques. Si les femmes rendent compte bien souvent de l'attitude bienveillante des professionnel·les de soins rencontrées, elles témoignent parfois d'interactions vécues comme pénibles, désagréables, voire violentes.

Les récits des enquêtées permettent de classifier les différents lieux de la prise en charge de l'avortement selon un continuum de bienveillance des professionnel·les rencontré·es, structurée autour de deux grands pôles :

D'un côté, se situe l'ensemble des lieux militants dédiés ouvertement à la pratique de l'avortement : Centre de santé des femmes, Planning familial et Clinique Morgentaler, reconnus comme des « lieux retirés » où les femmes peuvent aller dévoilées sans risquer de s'exposer à des jugements de valeurs (Goffman, 2010 : 100-101). Dans ces « théâtres de la bienveillance », les enquêtées soulignent les qualités de l'accueil et du traitement qui leur ont été réservés, mais aussi l'existence d'espaces ouverts en tant que tels à la problématique de l'avortement et de sa prise en charge.

À l'autre pôle, se regroupent des espaces « mixtes » où les professionnel·les sont porteurs·ses de positions plus ambivalentes quant à l'avortement : hôpitaux, CLSC, cabinets de gynécologie, cliniques et laboratoires d'analyses français. En ces lieux, les enquêtées témoignent d'attitudes contrastées des professionnel·les. Si, pour certaines, le jugement moral de leurs interlocuteurs·rices leur laisse un sentiment diffus, pour d'autres, il s'incarne explicitement dans des discours moralisateurs et paternalistes. Nombreuses sont celles qui évoquent une « partialité déplacée » dès lors qu'il est question de grossesse, et d'individus sortant de leur rôle professionnel pour laisser passer leurs propres émotions face à l'irruption d'une vie.

VI.C.1. « *J'avais très peur d'être jugée* ».

Avant d'avorter, les femmes enquêtées n'ont que peu de connaissances et de représentations sur la manière dont se déroule une interruption de grossesse et sa prise en charge. En effet, comme le souligne Luc Boltanski, l'une des grandes propriétés de l'avortement est qu'il « a été très généralement sous-représenté » (2004 : 35) et sa pratique

contemporaine demeure quasi-invisible (Azcué et Mathieu, 2017 ; Conte, Gallepie et Morel, 2016). Même lorsqu'il est mis en scène dans les médias, l'avortement continue d'être présenté selon « un modèle-type unique », où le parcours pour y accéder est complexe, voire éprouvant (Conte, Gallepie et Morel, 2016)[77]. JOSIANE offre un exemple-type de la manière dont les femmes pensent l'avortement avant d'y avoir recours :

> J'avais une vision post apocalyptique de la chose, genre mon Dieu, ça doit être justement comme dans les films, où la pauvre fille n'aucune autre solution, c'est la fin du monde. Et puis tout son entourage va la juger. Elle va se ramasser à passer dans une salle de bain pas hygiénique avec deux aiguilles à tricoter et **le médecin va lui faire un speech pour lui dire que c'est une mauvaise fille**, et puis elle va s'en vouloir pour le reste de ses jours et elle va se flageller alors que…

Au-delà de tout l'imaginaire véhiculé par l'univers audiovisuel et cinématographique sur l'avortement, JOSIANE signale ici le rôle qu'y incarnent les professionnel·les de soin. En effet, les femmes manifestent une forte appréhension avant d'amorcer leurs démarches, en particulier sur les réactions qu'elles anticipent de la part des différent·es acteurs·rices de la prise en charge, crainte que DARYA résume avec ces quelques mots : « *Je ne voulais pas qu'on me juge, qu'on me dise des choses. J'avais très peur d'être jugée* ». Tout en sachant que l'avortement est un droit dans les sociétés où elles vivent, les femmes ont conscience de la stigmatisation à laquelle elles s'exposent en usant de ce mode de contrôle des naissances. Certaines optent alors pour des «lieux retirés » (Goffman, 2010 : 100-101). Ainsi, DARYA se dirige vers le Centre de santé des femmes de Montréal, réputé pour son « *approche féministe de la santé* ». D'autres opteront pour les lieux impliqués historiquement dans la bataille pour le droit à l'avortement identifiées comme pro-choix : le Planning familial en France et la Clinique Morgentaler à Montréal, comme nous l'avons vu précédemment.

VI.C.2. Les « théâtres de la bienveillance ».

VI.C.2.a. Au CDSFM, l'avortement devient « *une bonne expérience* »

L'ensemble des femmes ayant avorté au CDSFM souligne l'attitude particulière des professionnelles les ayant prises en charge. Ainsi, lorsque MATHILDE repense à son avortement, ce n'est pas vraiment à l'acte en tant que tel : « *Je n'y ai pas vraiment repensé.*

[77] Soulignons cependant l'exception de la série québécoise *30 vies*, tournée au CDSFM. En effet, le centre a été impliqué dans l'écriture du scénario à titre de conseiller technique. Entretien avec la directrice du CDSFM, le 27 mars 2013.

J'ai plutôt repensé au service que j'avais eu. Comment elles m'avaient accueillie. J'ai vraiment été satisfaite du service qu'elles m'ont donné ».

En premier lieu, les femmes soulignent l'importance pour elles de ne pas avoir été confrontées, au CDSFM, à ce qu'elles craignaient en amont. Pour ANDREANNE, qui avorte trois fois au Centre, le « *non-jugement* » des professionnelles rencontrées était primordial. CAMILLE aussi a beaucoup apprécié le fait « *qu'il n'y avait pas de côté moralisateur* » ; « *le personnel ne jugeait pas du tout ce qu'on vivait, notre décision* ». Car, au-delà du choix qu'elles exercent, c'est tout un pan intime que les femmes se doivent de dévoiler lorsqu'elles demandent un avortement : leur vie amoureuse et sexuelle ainsi que leurs pratiques contraceptives.

Les femmes ont conscience de l'opposition forte qui divise encore la société autour de l'avortement et du caractère controversé de cette pratique. En allant au CDSFM, identifiée comme « *une clinique alternative, […] une clinique féministe* » (MATHILDE), elles savent qu'elles ne risquent pas d'être confrontées à des professionnel·les dont les convictions auraient pu mener à des situations conflictuelles : « *C'est clair que j'avais déjà une position pro-choix. Si on m'avait parlé de religion, pro-vie. C'est sûr que, un : je ne me serai pas sentie à l'aise, et de deux : j'aurai été fâchée [rire]* ». À travers son propos, ANDREANNE met en avant l'importance de la transparence des établissements de soins quant à leur posture face à l'avortement et questionne par là même l'opacité des positions anti-choix de certains centres de conseils-grossesse qui se développent au Québec en l'absence de loi (Gonin, Pronovost et Blais, 2014).

Outre l'absence de jugement et d'une posture pro-choix affirmée, les femmes ayant avorté au CDSFM rendent compte de différents éléments de leur prise en charge ayant participé à la transformation d'un épisode, toujours socialement construit et présenté comme négatif, en « *bon souvenir* ». EMELINE qui fait son premier avortement au CDSFM et se rend à Morgentaler pour sa deuxième interruption de grossesse du fait de contraintes temporelles, exprime un avis tranché lorsqu'elle évoque sa prise en charge au Centre : « *Je pense que c'est le meilleur endroit. En tous cas, moi, j'ai trouvé que c'était quand même une bonne expérience* ».

Les enquêtées ayant avorté au CDSFM ne tarissent pas d'éloge sur le personnel du Centre, perçu comme « *vraiment extraordinaire* », qui associe « *la douceur* » et « *l'absence de jugements* » (CAMILLE), « *des femmes et des infirmières qui étaient hyper cools, hyper ouvertes d'esprit* », « *super compréhensives* » (MARIE-JOSE). Pourtant, derrière ces qualités considérées comme intrinsèques aux femmes travaillant dans cet espace, les observations

donnent à voir une organisation précise du travail, formalisée historiquement dans « l'énoncé des trois "D" » qui résume les principes fondamentaux autour desquels le réseau des centres de santé des femmes se développe au Québec (Michaud, 1997 : 100).

Encadré 9 : Les trois "D" du Centre de santé des femmes de Montréal.

« DEPROFESSIONNALISER ce qui signifie resituer les pratiques médicales dans un cadre plus accessible et égalitaire (moins charismatique), transmettre le maximum d'informations, vulgariser le savoir scientifique, nommer les limites de la médecine, démystifier les actes médicaux, bref, retirer des mains des expert-es le monopole des décisions qui concernent le corps, la santé et le mieux-être des femmes afin d'améliorer leurs connaissances et accroître leur pouvoir de décision. Déprofessionnaliser signifie également de permettre à des femmes, formées pour le faire, d'accomplir des actes médicaux dévolus aux professionnel-les de la santé (ex. sage-femme, paramédicale) ;

DEMEDICALISER ce qui signifie développer un regard critique par rapport à la médecine, abolir la surmédicalisation des phénomènes normaux comme l'accouchement ou la ménopause, avoir une vision holistique et proposer des méthodes alternatives en santé ;

DESEXISER ce qui signifie dénoncer les attitudes paternalistes qui infantilisent les femmes, remettre en question les diagnostics de maladies mentales trop facilement posés, questionner la pertinence et la fréquence de certaines interventions proposées d'emblée (ex : hystérectomie, mastectomie, épisiotomie ou autres), sans que d'autres solutions alternatives soient considérées ». (CDSFM, Provost et Rivet, 2000 : 8-9)

Si, au travers du temps, la mise en pratique des principes énoncés a évolué, les femmes demeurent sensibles aux différentes dispositions en place cohérentes avec les 3D. Nous avons montré précédemment les différentes étapes de la prise en charge au CDSFM, mais derrière ce que les usagères perçoivent comme « *vraiment une bonne approche* » (EMELINE), c'est un ensemble de détails qui ont été réfléchis et articulent les trois principes fondateurs aux demandes contemporaines des femmes.

Tout d'abord, les enquêtées soulignent une caractéristique de l'équipe de professionnelles : sa non-mixité. Plusieurs d'entre elles comme ELISA pointent cette particularité de l'équipe du Centre : « *Je trouvais ça bien que ce soit seulement des femmes* ». Si les enquêtées sont sensibles à ce détail, c'est qu'il leur offre une garantie supplémentaire de ne pas avoir à affronter des jugement de valeurs. En effet, l'entre-soi féminin, cohérent avec les principes de désexisation et de déprofessionnalisation énoncées, participe de la construction d'un espace « sécuritaire » : les femmes considèrent des professionnel·les comme plus à même de comprendre les réalités de la classe de sexe dans laquelle elles s'inscrivent, leurs choix contraceptifs tout comme leur décision d'avorter, que des hommes.

D'ailleurs, les intervenantes au Centre n'hésitent pas à se distancer de leur rôle professionnel et à mettre de l'avant leur identité sociale de femme pour rendre les échanges plus égalitaires avec les avortantes. Ainsi, CAMILLE en nous parlant du personnel du Centre souligne : *« Il y en a une qui nous a parlé d'elle, et qu'elle s'était déjà faite avorter déjà, deux ou trois fois, je pense. Qu'on avait le droit de décider ça pour nous ».* D'ailleurs, au CDSFM, comme le souligne CAMILLE, *« les infirmières, [sont] habillées en civil »* et les femmes interrompant une grossesse portent leurs propres habits jusque dans la salle d'intervention où un paréo leur est proposé pour couvrir leur sexe et le bas de leur corps. Tout en réinscrivant l'avortement dans les actes de la vie ordinaire, le rejet de la mise en scène traditionnelle des rôles (experts/profanes) par les costumes contribue à la création d'un cadre plus égalitaire tout en respectant la pudeur des femmes. Brisant pour partie l'asymétrie entre expertes et profanes, les professionnelles du centre placent les avortantes au cœur du processus décisionnel à chaque étape de leur prise en charge et donnent la place à la parole des femmes (Azcué et Mathieu, 2017), ce qui leur semble essentiel comme l'illustrent les propos de MARIE-JOSE : « *Ça a été dur à prendre [comme décision], mais d'être dans ce contexte d'écoute là, […] moi ça m'a un peu aidé à être en paix avec* ». En donnant la priorité aux besoins exprimés par les femmes et à leur respect, les professionnelles du Centre assurent un espace sécuritaire au sein duquel les femmes peuvent exercer pleinement leur autonomie. MATHILDE témoigne ainsi : « *C'était vraiment la femme qui décidait toujours. C'était vraiment une approche féministe. Mon copain de l'époque voulait être là, et puis moi, je n'étais pas trop certaine. Les femmes qui étaient là, les infirmières, elles disaient : "C'est vraiment ton choix. Sens-toi libre. Nous, on va s'organiser si tu ne veux pas le voir". C'était vraiment dans un esprit où la femme dit vraiment ce qu'elle veut ».* Ainsi, bien que collective, la prise en charge des femmes au Centre est également personnalisée et « humanisée », une dimension sur laquelle reviennent souvent les femmes. CHLOE insiste sur l'importance de cet aspect de la prise en charge au Centre : « *C'est super humain comme approche à cet endroit-là. Enfin, moi j'ai trouvé que personnellement, j'ai été super bien accueillie. Ça m'a aidée parce que moi, j'étais comme un peu dans les vapes, cette période-là, là. […] J'ai été super bien traitée*». Pour MATHILDE, il était également important de pouvoir avoir des échanges avec les professionnelles : *« j'ai trouvé qu'elles étaient très compétentes, qu'elles nous accueillaient vraiment bien. Si j'avais à conseiller quelqu'un je lui dirai plutôt d'aller là, que d'aller à l'hôpital où… Ils ne te parlent pas à l'hôpital, pratiquement pas. Ils font : "Ton rendez-vous est à huit heures" et puis ils font leur job, et tu t'en vas chez vous* ». Ces temps de discussion semblent pour les usagères d'autant plus importants qu'elles se doivent de leur révéler une

part intime de leur vie et de leur corps : « *la médecin nous rencontre : "Comment tu te sens ce matin ? Es-tu sûre de ton choix ? C'est moi qui ferai l'intervention?" Elle ne veut pas que tu la rencontres en-dessous de la table* » (CHLOE).

Il est intéressant de souligner qu'au-delà de l'attitude des professionnelles de soins, les femmes sont particulièrement sensibles aux caractéristiques du lieu en tant que tel. Tout comme les vêtements des différentes protagonistes du Centre, il témoigne d'une volonté de réinscrire l'avortement dans les actes du quotidien. MARJOLAINE, qui fait son deuxième avortement au CDSFM, a eu une première expérience en CLSC : *« c'est fait dans un milieu assez froid ; c'est une clinique. Comparativement à la deuxième fois où là, c'était à la maison des femmes de Montréal […] sur St Joseph, où là c'est comme une vieille maison victorienne, où c'est des chambres, où l'ambiance c'est plus… Tu as l'impression d'être chez ta grand maman ou chez une vieille tante [rire] ».* Ici assimilé à un lieu « familial », le CDSFM contraste avec les cliniques ou hôpitaux, dits aseptisés et déshumanisés. Les propos recueillis pointent différents détails perçus positivement par les femmes : tout d'abord, l'endroit s'inscrit dans un quartier résidentiel à proximité de leurs lieux de vie ; son architecture générale rompt avec celle d'un hôpital, par sa taille « à dimension humaine », mais aussi par sa scénographie comme l'illustre le propos d'ELISA : *« je trouvais ça bien, surtout le fait que ce soit dans une maison. La maison elle est un peu semblable à ici [son propre appartement], un grand appart avec plein de pièces* ». Au Centre, chaque pièce est dédiée à une fonction précise, et des portes permettent aux femmes de se soustraire aux regards et oreilles étrangères : les lumières tamisées, les couleurs chaudes et douces, la décoration en partie végétale articulées à la configuration des espaces, forment un cadre intimiste pensé pour le confort des usagères cherchant à recréer un cadre familier et familial : « *Tu avais vraiment l'impression de rentrer chez des gens, et puis d'être accueillie par une famille »* (ELISA).

Ainsi, le lieu et l'attitude du personnel du Centre apparaissent, au travers des récits des femmes y ayant avorté, comme un tout cohérent pensé pour leur bien-être, et permettant aux femmes de vivre leur avortement au mieux, comme un épisode positif où elles se sentent respectées en tant qu'individue et appuyées dans leur choix. Cela n'est pas sans contraster avec les représentations véhiculées autour de la prise en charge des femmes en hôpital, comme le suggère MATHILDE lorsqu'elle revient sur son expérience au CDSFM :

> C'est une belle place. Les femmes sont vraiment superbes là-bas. C'était tranquille vraiment l'ambiance. Je ne m'en allais pas non plus à l'hôpital. Je n'étais pas malade. Je n'avais pas envie d'aller attendre à l'hôpital, attendre dans un couloir, qu'on crie mon nom dans un interphone. Je n'avais pas envie de vivre

> ça. J'y ai repensé [à mon avortement] plutôt d'un côté positif, comment je l'avais bien vécu. Je ne sais pas si je l'aurai aussi bien vécu si j'avais été ailleurs.

Dans cet extrait, MATHILDE rend compte de l'impact de l'organisation de la prise en charge et de l'attitude des professionnelles sur le vécu des femmes. De plus, elle met l'accent sur la démédicalisation de l'avortement opérée au Centre, comparable en de nombreux points à celle observable pour les accouchements dans les maisons de naissance. En effet, la grossesse et l'avortement sont appréhendés au Centre comme des processus ordinaires. Y est critiquée la médicalisation dont ces épisodes ont fait l'objet au cours du temps, puisque participant d'une (re)définition des femmes comme un groupe aux corps valétudinaires (Dorlin, 2009) – d'autant qu'elles sont enceintes.

VI.C.2.b. Au Planning, des professionnel·les « *humaines* ».

Les femmes s'étant ou ayant été dirigées au Planning familial à un moment de leur prise en charge soulignent la qualité du service qu'elles ont reçu. Les enquêtées ayant traversé ces lieux dédiés à la planification des naissances en France rendent compte, comme celles ayant avorté au CDSFM, d'une bienveillance des professionnelles articulée à une posture clairement féministe. Ainsi, lorsqu'Isabelle découvre sa grossesse, elle se rend au Planning où elle a une première rencontre :

> j'étais avec deux nanas vraiment bien, qui m'ont vraiment rassurées, en me disant que ça arrivait. Un discours clairement féministe sur le fait que ce qui était dur, c'est quand on hésitait sur le choix. […] Elles ont bien vu dès le départ que je n'étais pas paumée ou dans un dilemme, j'étais décidée. La question ne se posait pas. Elles m'ont rassurée vraiment sur les conséquences physiques, sur le fait que cela n'avait aucune importance, que c'était de toute façon une opération bénigne, elles m'ont présenté les solutions qui s'offraient à moi, la pilule abortive ou par aspiration.

Dédramatisant l'épisode avortement – sa survenue et ses suites –, les équipes des Plannings tout comme celles du CDSFM, n'hésitent pas à mobiliser leur propre expérience d'avortement, mettant là encore en avant leur appartenance à la classe des femmes. Ainsi, Charlotte nous raconte : « *quasiment tout le personnel hospitalier, c'est des Guadeloupéens […] c'était une espèce d'ambiance guadeloupéenne caribéenne. Tout le monde se marrait. Elles racontaient qu'elles s'étaient faites avorter avec des aiguilles à tricoter plusieurs fois. Tout le monde rigolait. Je sais pas, je me suis marrée* ». C'est dans une atmosphère joyeuse, mais en même temps respectueuse des différents vécus, que les femmes sont ainsi accueillies. Vanessa, dont le premier avortement par médicaments échoue, se décide finalement à se

rendre au Planning, où elle amorcera une nouvelle interruption de grossesse par médicaments : « *Au Planning familial, là, tout s'est très bien passé, et puis surtout j'ai mesuré à quel point j'avais été traitée comme une vache normande* ». Pour Vanessa, le Planning familial solde un long parcours en différents espaces : trois rendez-vous chez un médecin de ville et un passage dans le service obstétrique des urgences, soit une suite d'événements qui s'étalent sur un mois. Lors de sa première tentative d'avortement, elle a été peu informée des douleurs que pouvait engendrer la prise de médicaments, et se trouve surprise dans les transports en commun sans moyens pour maîtriser sa souffrance physique. Lorsqu'elle revient pour l'examen de contrôle post-avortement, elle s'étonne en croyant voir sur l'échographie un fœtus qui avait grossi. Pourtant, le médecin qui la reçoit lui assure que sa grossesse a bien été interrompue. Malgré tout inquiète, elle se rend aux urgences gynécologiques quelques jours plus tard, où on lui confirme le développement de sa grossesse. Elle se rend alors au Planning qui la prend en charge et lui permet de faire un nouvel avortement médicamenteux immédiatement, escamotant le délai de réflexion règlementaire malgré l'absence de transmission de son dossier par le premier médecin parti en vacances. Cette fois-ci, tout se passe différemment : « *les médicaments on m'a dit vous les prenez bien tranquillement chez vous, tranquille pour pas que vous vous retrouviez dans le métro avec hyper mal au ventre, et puis, on m'a mis prescrit de la Lamaline [pour calmer les douleurs]* ». Vanessa est complètement satisfaite de sa prise en charge, et souligne au Planning « *le côté humain, le côté professionnel aussi* » de l'équipe rencontrée, contrastant avec l'attitude du médecin vers lequel elle s'était initialement tournée :

> Au final, j'avais quand même raison. Parce que si je suis capable de comparer deux images, moi, avec mon œil novice, et de comprendre qu'il y a quelque chose qui a grossi. Le fait que le médecin ne l'ait pas vu, c'est qu'il n'en avait absolument rien à faire. Parce qu'il ne doit pas être idiot cet homme-là. Ça veut dire qu'il s'en foutait éperdument. Surtout que après, il est parti en vacances.

Historiquement engagé pour le droit des femmes à avorter, le Planning familial, tout comme la clinique Morgentaler, semble toujours s'affirmer comme un lieu prochoix au service des femmes.

VI.C.2.c. La Clinique Morgentaler : un lieu accueillant et des professionnel·les compétent·es.

Les enquêtées ayant avorté à la clinique Morgentaler soulignent elles aussi la bienveillance des professionnelles de soins, comme l'illustrent les propos de RACHEL : « *Tout le monde là-bas était quand même assez accueillant et gentil. Le personnel était gentil* » et «

super attentif : l'infirmière et puis la médecin aussi ». Comme au CDSFM et au Planning, les femmes mettent l'accent sur l'absence de jugement moral en ce lieu. Bien que les intervenantes ne mobilisent pas ici leur propre expérience comme dans les précédents espaces présentés, le personnel médical est perçu par les femmes comme respectueux. PASCALE exprime ainsi la manière dont elle se rappelle l'interaction avec l'infirmière rencontrée avant l'intervention à la clinique : « *je n'avais pas senti de jugement de sa part. J'avais peur de ça : trop de questions. Mais je ne l'avais pas sentie moralisante, […] je n'avais pas senti de jugement. Tout s'était très bien passé* ». MARIE-ANDREE a elle aussi un souvenir positif de cette entrevue : « *cette rencontre-là qui ne durait pas trop longtemps était relativement agréable. Il n'y avait pas de jugement autour de ça* ». MARUSSIA évoque de la sorte l'infirmière rencontrée : « *[elle était] super gentille, douce, accueillante, compréhensive. C'était elle qui était là, qui était à côté de moi quand j'ai subi l'avortement* ». Là encore, l'équipe qui assure les avortements est non-mixte, point essentiel pour certaines femmes telle que MARUSSIA : « *ce qui était important pour moi, c'est que ce soit des femmes qui soient avec moi, et puis quand j'avais appelé, on m'avait dit qu'à la clinique c'était juste des femmes. Ça pour moi, c'était rassurant* ». Certes, MARIE-ANDREE soulève le fait que « *les personnes ressources autour, que ce soient les infirmières ou les médecins étaient pas particulièrement portés à essayer de [la] rassurer* ». Mais elle reconnaît qu'elle n'en avait peut être pas besoin :

> Je n'étais pas quelqu'un de particulièrement paniquée, inquiète par rapport à ce qui allait se passer. J'étais quand même relativement au courant […] je n'en avais pas le besoin, mais ce n'était pas froid non plus. Ils t'expliquaient bien, en long et en large, doucement. On ne me prenait pas non plus pour quelqu'un qui venait acheter son ragout pour le soir. Ce n'était pas comme à l'épicerie. On ne te traitait pas comme si nous-mêmes on était des morceaux de viande et que ce qu'elles faisaient c'était du travail à la chaîne, c'est sûr. Ils avaient quand même le temps de nous poser quelques questions, de parler avec nous. Ça avait l'air de personnes compétentes, et puis l'endroit était accueillant aussi.

MARIE-ANDREE trace ici à grands traits la manière dont elle a été prise en charge. Tout d'abord, elle témoigne de la personnalisation du traitement consacré à chaque femme selon ses besoins. Surtout, elle met l'accent sur le temps réservé en cet espace à l'humain, au relationnel. Là encore, les lieux mentionnés sont perçus comme hospitaliers par les femmes. Parmi les éléments appréciés par celles ayant avorté à Morgentaler, le caractère sécurisé ressort à de multiples occasions. Ainsi, MARIE-ANDREE a été particulièrement sensible « *au fait qu'ils checkent beaucoup à l'entrée* ». Elle ajoute : « *moi ça me convenait. Je trouvais ça*

particulièrement agréable de savoir qu'ils ne faisaient pas rentrer n'importe qui non plus ». De même, RACHEL relève : « *il y avait les deux portes. Tu sens qu'il ne peut rien arrive*r ».

VI.C.3. Les « scènes de l'ambivalence ».

Aux « théâtres de la bienveillance », s'opposent les espaces « mixtes » : laboratoires d'analyse, cabinets de gynécologue, CLSC et hôpitaux. Alors que les espaces précédemment évoqués sont dédiés quasi-exclusivement à la pratique des avortements et au contrôle des naissances, les espaces ici concernés se veulent plus généralistes, regroupant des individus aux convictions souvent plus mitigées sur l'avortement que celles des militantes impliquées dans les lieux auparavant présentés.

VII.C.3.a. Entre sentiment de jugement et pratiques paternalistes.

Au Québec comme en France, les femmes tentent bien souvent d'esquiver l'hôpital, qui, bien qu'assurant une prise en charge gratuite, ont souvent « mauvaise réputation ». En effet, est attaché à ce type de structure un ensemble de représentations particulièrement négatives. Parmi celles-ci, la présence de professionnel·les défavorables à la pratique de l'avortement apparaît centrale. MARUSSIA nous explique ainsi pourquoi elle se dirige vers des établissements privées pour obtenir son avortement : « *C'était des questions beaucoup justement sur l'approche. J'avais entendu des femmes qui avaient été jugées, des fois en hôpital, ce ne sont pas nécessairement des personnes qui sont d'accord avec l'avortement qui font des avortements* ».

Comme en témoignent les femmes ayant avorté à l'hôpital, le comportement du personnel travaillant dans ces établissements apparaît nettement moins empathique envers les femmes demandeuses d'un avortement. JOSIANE a été satisfaite de sa prise en charge, mais son premier contact avec la secrétaire du département de contrôle des naissances demeure un mauvais souvenir :

> Donc tu arrives là-bas, et puis tu présentes tes trucs à la secrétaire et elle avait vraiment l'air de me juger. Je me suis fait [la réflexion], peut-être que t'aurais dû travailler dans un autre département si c'est pour venir juger les couples et puis elle me donne toute la documentation […] C'est comme si elle te donnait l'impression … comme si elle me faisait la charité d'accepter de prendre mon dossier.

Bien que JOSIANE tente de relativiser l'attitude de la secrétaire – « *peut-être qu'elle avait eu une mauvaise journée* » –, elle souligne un manquement dans le travail émotionnel (Hochschild, 2003 : 32-33) attendu des acteurs impliqués dans la prise en charge des

avortements, ici celui de cette secrétaire : « *parce que déjà les gens qui vont là, ils s'en vont pas faire la fête. "tu pourrais comme essayer de te forcer un peu pour pas avoir l'air de les juger*"».

Les femmes ayant réalisé leur avortement dans les espaces « publics » de prise en charge sont nombreuses à avoir perçu un jugement de valeur à leur égard, pouvant s'exprimer sous différentes formes. Pour certaines, il reste le souvenir de sentiments diffus, comme pour Lila en clinique jeunesse au Québec : « *les aides soignantes étaient super, mais elles étaient quand même assez virulentes. Tu sentais le regard…Enfin, je me souviens de ça, d'un regard, d'un jugement quand même c'est pesant* ».

Pour d'autres, ce sentiment de ne pas vraiment être acceptées se cristallise dans la douleur ressentie lors de l'avortement, estimée sinon volontairement induite, du moins mal ou peu contrôlée. Séline, qui avorte pour la troisième fois, demeure persuadée que le médecin lors de son intervention n'a pas attendu que les médicaments censés atténuer ses douleurs fassent effet :

> je suis restée avec ce sentiment vraiment que la personne qui m'avait fait l'intervention avait fait [mal] volontairement, parce que ça faisait trois fois, et qu'on voulait me faire comprendre que l'on ne rigole pas avec ça. J'ai eu vraiment ce sentiment, dans la façon de faire, qu'il y avait : "Bon, on va la dissuader de recommencer, parce que elle, elle n'a pas compris". J'ai eu ce sentiment-là. Je sais pas si c'est de la parano, toujours est-il que je me suis dit : "Bon là, ils ont voulu que je comprenne", parce que c'était pas normal. […] J'ai vraiment eu la sensation de punition.

Pour elle, la douleur ressentie lors de l'avortement exprimait la réprobation des professionnel·les face à son imperméabilité supposée à la (ré)éducation qu'aurait dû opérer ses premières expériences (Novaes, 1982 : 474). Le traitement physique qu'elle subissait, selon elle, aurait été employé tant comme la condamnation de son usage répété de l'avortement que comme méthode d'apprentissage ayant pour but de la dissuader d'avorter de nouveau. Il nous est bien sûr difficile d'établir l'intentionnalité du médecin ; toutefois, il nous semble important de souligner que Séline appartient au groupe des enquêtées les plus méfiantes quant au milieu médical et les plus réticentes à l'emploi d'une contraception hormonale. Après quatre avortements, Séline refuse toute forme de médicalisation de sa contraception perçue comme nuisible pour son corps et a conscience de s'écarter du modèle prescrit en matière de régulation des naissances.

Enfin, plusieurs enquêtées témoignent d'échanges verbaux autour de leur contraception qui sont empreints de jugement de valeurs. JUDITH, qui avorte en CLSC, rend

ainsi compte d'un échange avec une infirmière alors même qu'elle est sur le point d'avoir son aspiration :

> je respirais ce gaz là. L'infirmière me parlait et me demandait : "Ça va être quoi mes méthodes contraceptives à l'avenir ?" Et puis, la façon dont elle a abordé ça… ça avait été de me dire : "Ben, j'espère qu'on se reverra pas ici !". J'ai vraiment trouvé ça déplacé parce que j'étais sur la chaise, sur le point de me faire avorter et puis de me faire dire : "Je veux pas te revoir ici !", c'est comme… Elle ne connaissait pas mon contexte, elle ne connaissait pas mon passé, elle savait pas… En tous cas, c'est un discours que je trouvais moralisateur. Elle avait une attitude moralisatrice […] Le souvenir que j'avais [après] c'était cette infirmière là avec son ton moralisateur. […] Je sais qu'à ce moment-là ça m'avait affectée…

Ici, l'intervention de l'infirmière a pour but de remédicaliser la contraception de la patiente, pour ne pas que JUDITH soit de nouveau amenée à avorter. Toutefois, pour JUDITH qui se refuse, elle aussi, à user de méthodes de contraception hormonales, cette intervention apparaît particulièrement malvenue ; celle-ci se tient quelques instants avant l'avortement en tant que tel, alors qu'elle n'est pas pleinement consciente et donc en partie dépossédée pour partie de ses moyens.

REBECCA, elle aussi réticente à une maîtrise médicalisée de sa fécondité, rend compte de même d'une confrontation avec un médecin vécue comme violente :

> Je me souviens de l'hôpital, l'expérience comme telle avait été pas super confortable, et ça aussi, ça a participé à ce que je te disais à mon espèce de sentiment d'insatisfaction envers l'avortement accessible et libre, tel que moi, pour moi ça devrait être couvert dans le réseau public. Parce que le médecin m'avait fait tout toutes sortes de remarques bizarres. Il m'avait demandé si je prenais un contraceptif. Je lui avais dit : "Des fois !". Il voulait me prescrire des contraceptifs hormonaux et je lui avais dit que : "Non, je n'étais pas vraiment d'accord avec ça". Il avait dit un truc comme "Continuez à ne pas être d'accord et puis vous reviendrez" ou un truc comme ça.

Outrée, REBECCA « *écrit une lettre pour [s]e plaindre de lui* » auprès de l'établissement : « *je l'avais fait vraiment par rapport à l'attitude du médecin* », « *je trouvais que son attitude n'était vraiment pas ouverte et compréhensive et dans le fond, c'est de ça dont j'avais besoin. Pas d'un espèce de moralisme* ». Elle explique aussi le peu d'effet de cette plainte :

> ça n'avait pas donné grand chose […] J'avais reçu une lettre après qui expliquait que suite à ma plainte, il avait rencontré le médecin et que dans le fond, le médecin avait une autre vision de ce qui s'était passé, et que c'était vraiment pour mon bien, dans le cadre de soin de Planning familial qu'il avait fait ces interventions-là.

Le contenu de la lettre laisse apparaître la perception du médecin, mais surtout rend compte de la grille de lecture du professionnel de soin, qui justifie son intervention (soit son injonction envers la patiente à user d'une méthode médicalisée de contraception) comme étant dirigée vers le bien de la femme.

VII.C.3.b. Une « partialité déplacée ».

Certaines femmes témoignent, à propos de ces lieux non spécialisés dans la prise en charge d'avortement, de manifestations d'opinions quant à leur grossesse et à sa suite. Si certaines apparaissent spontanées et n'ayant pas expressément l'intention de détourner les femmes de leur idée d'avorter, d'autres cependant apparaissent comme clairement dissuasives. Dans tous les cas, les femmes témoignent du malaise ressenti lors de ces épisodes et mettent ainsi en évidence les effets consécutifs du *découpage* de leur suivi entre différent·es professionnel·les travaillant en des espaces multiples communiquant peu entre eux et elles.

Fréquemment, les femmes ayant effectué, en amont de leur avortement, une échographie et une prise de sang en laboratoire, témoignent de l'enthousiasme des professionnel·les face à une grossesse pensée comme une maternité en devenir. C'est le cas lorsque Charlotte récupère ses résultats de prise de sang :

> [c'était] dans un laboratoire d'analyses médicales privées […] j'ai passé le test de grossesse […] quand on est revenus [récupérer les résultats], la dame m'a tendue l'enveloppe, en me disant : "Félicitations !"

Présumant que l'annonce de la grossesse serait effectivement une belle surprise, la professionnelle confronte Charlotte et son partenaire à un enthousiasme que le couple ne partage pas et participe de la fabrication d'un sentiment de malaise.

De même, Anne-Sophie, qui se rend dans un laboratoire pour réaliser l'échographie nécessaire pour obtenir son deuxième avortement, résume ainsi la passation de l'examen :

> Ce n'était pas amusant. Parce que eux déjà, ce n'était pas écrit sur mon visage que je viens pour une intervention [une IVG], donc les personnes, elles ont l'habitude d'annoncer des bonnes nouvelles. Donc […] l'échographe, il est tout content de faire écouter le cœur et de bien montrer le truc et tout… Et quand on lui indique [que c'est pour un avortement], il fait : "Ah, j'ai gaffé".

Si, dans les précédents cas, les professionnel·les identifient leur erreur et adaptent leur attitude face à l'énonciation des femmes de leur volonté d'avorter, il en sera autrement pour Hélène. Dans un premier temps, la professionnelle rencontrée manifeste un certain enthousiasme à propos de la grossesse d'Hélène, ne sachant pas son intention de l'interrompre : « *Elle, sur la*

fiche elle voit que je viens pour voir si je suis enceinte, donc elle s'était permis de me dire un petit truc qui partait sans doute d'un bon sentiment du genre : "*Alors, vous espérez avoir un bébé…*", *tout ça* ». Lorsqu'Hélène lui fait part de sa volonté d'interrompre cette grossesse, elle se permet d'afficher son opinion personnelle : « *elle avait essayé de me convaincre que c'était comme un cadeau et qu'il fallait peut-être pas le refuser* ». Pour Hélène, cette intervention est « *complètement déplacée* ». Pour autant, elle n'ose pas manifester ses sentiments. L'attitude de l'infirmière envers Hélène souligne ici la difficile dissociation par certain·es professionnel·les de soin entre grossesse et maternité (toujours pensée comme un « heureux événement »), mais aussi entre rôle professionnel et affects personnels. Pour Hélène :

> c'est un sujet où les gens ont vraiment une opinion personnelle, et, enfin des fois, l'opinion personnelle prend le pas sur la neutralité du médecin. Je ne sais pas si ça existe pour d'autres pathologies, mais là, on voit, je trouve qu'avec la grossesse et donc l'avortement, la ligne entre le médecin neutre, professionnel et les sentiments de l'homme ou de la femme qu'il y a derrière, cette ligne-là, elle est souvent franchie. Parce que c'est un sujet sensible sans doute, mais ce n'est pas forcément pour le bien de la patiente.

Tout en soulignant le manque de neutralité dans l'attitude de l'infirmière, qui lui apparaît spécifique à cette situation, Hélène met aussi en exergue la non neutralité des termes employés par les professionnels rencontrés : « *On m'a demandé si le PÈRE était là. J'ai dit : "Non, le père n'est pas là". Déjà utiliser le mot père !* » Hélène, qui attribue ces usages à « *un manque de formation [du] personnel médical* », souligne cependant que « *ça touche* ».

Enfin, certaines femmes se retrouvent exposée à des professionnel·les clairement anti-choix. Stéphanie, qui avorte dans un grand hôpital parisien, revient ainsi sur un épisode qui a été particulièrement marquant pour elle, et ce d'autant qu'il était véritablement inattendu :

> J'étais totalement perdue dans l'hôpital qui était immense, donc je suis tombée sur une infirmière. Bref, je lui ai demandé où il fallait que j'aille. Elle m'a demandé : "Pour quoi ?" Donc je lui ai parlé d'avortement. Et c'est là qu'elle s'est permise… Peut-être parce qu'elle était toute seule, il y avait personne autour d'elle… Elle s'est permise de me dire en gros, que ce n'était pas bien d'avorter.

Par cet exemple, Stéphanie confirme la crainte énoncée par certaines des enquêtées de se rendre dans des lieux non spécialisés dans la pratique de l'avortement, et de s'exposer à des professionnel·les opposé·es à sa pratique.

Conclusion.

La mise en perspective des expériences des femmes en France et au Québec souligne la diversité des pratiques en matière d'avortement, mais aussi la complexification d'une prise en charge qui pourrait être allégée et ce tout spécifiquement en France. En effet, si l'avortement par aspiration dans sa déclinaison française est l'aboutissement d'un parcours long et complexe, l'exemple québécois nous renseigne sur la manière dont il est pratiqué bien plus simplement ailleurs. Tout en permettant aux femmes d'articuler au mieux le travail que requiert cet épisode avec les différentes tâches concurrentes au sein desquelles elles sont impliquées (notamment leur activité salariée), l'avortement par aspiration tel qu'il est pratiqué en clinique au Québec permet sans doute davantage aux femmes de le vivre comme un acte ordinaire de santé. Pourtant, cette nécessaire organisation dont témoignent les femmes reflète bien leur gêne à recourir à un arrêt de travail pour interrompre une grossesse ainsi qu'à prendre une part de leur temps de travail rémunéré pour réalisé un acte que, du reste, elles tentent souvent de dissimuler. Aussi, les expériences des enquêtées permettent de saisir l'importance de la gratuité de ce service. Elles nous ont permis d'appréhender la manière dont, en son absence, les inégalités sociales se voient renforcées. Car les délais de prise en charge, tout spécifiquement au Québec, conduisaient les moins dotées en capitaux économiques à éprouver un état de grossesse bien plus longtemps que celles pouvant payer une intervention dans les lieux privés de prise en charge. Enfin, tout en questionnant l'évidence de l'exigence française de certains examens pour procéder à un avortement (échographie et prise de sang), les récits des enquêtées nous permettent de saisir des pratiques « alternatives » d'avortement qui offrent une plus grande marge de manœuvres aux femmes pour vivre au mieux cet épisode ; elles soulignent les éléments perfectibles dans la prise en charge, notamment en matière d'information, mais aussi d'organisation des services, qui éviteraient aux usagères des obstacles parfois éprouvants.

Conclusion générale.

C.1. La stigmatisation d'un mode de contrôle ordinaire des naissances qui pèse toujours sur les vies des femmes.

Aujourd'hui, en France et au Québec, les femmes peuvent avorter si elles le souhaitent, sur simple demande et gratuitement. Le chapitre I souligne bien les énormes avancées qui ont été faites au travers du temps permettant aux femmes d'avoir accès aux différentes méthodes de régulation des naissances. Mais il révèle aussi le long combat qu'ont dû mener les femmes pour se voir reconnaître la liberté fondamentale de disposer de leur propre corps, de pouvoir accéder à l'ensemble des moyens leur permettant de contrôler leur fécondité et de choisir leur vie. Si on leur reconnaît, dans un premier temps, le droit de se contracepter, ce n'est que dans un deuxième temps qu'elles gagnent le droit à l'avortement, droit qui s'est vu consolidé dans les dernières décennies mais qui reste fragile comme peuvent l'indiquer les exemples espagnol et polonais.

Tandis qu'en France sont tombées peu à peu les différentes restrictions à ce droit, l'accès à l'avortement sans condition acquis au Québec en 1988 s'est vu récemment conforté par l'obtention de sa gratuité quels que soient les lieux de sa prise en charge, ainsi que par l'autorisation très récente de la pilule abortive (le RU-486) par Santé Canada.

En France, les modifications opérées dans les quarante années qui ont suivi le vote de la loi Veil ont conduit à la formulation d'un droit durable (avec la loi dite Pelletier en 1979), allégé de la plupart des compromis initialement concédés : le seuil légal est repoussé à 12 semaines de grossesse et l'entretien psycho-social devient facultatif pour les majeures (en 2001 avec la loi Aubry-Guigou), le remboursement initié avec la loi Roudy en 1982 est totalement assuré en mars 2013. Tandis que le financement de la sécurité sociale prévoit une prise en charge des IVG à 100 % par l'assurance maladie, le tarif de l'acte médical est revalorisé pour tenter d'augmenter le nombre de praticiens en assurant concrètement la réalisation. Est mis en place, en 2013, un site gouvernemental d'information sur l'interruption de grossesse permettant aux femmes d'avoir accès à divers renseignements sur l'IVG et sa pratique, contrant le développement des sites anti-choix. Le 4 août 2014 (avec la loi Vallaud-Belkacem), la « situation détresse » qui obligeait autrefois les femmes à justifier leur accès à l'avortement disparaît des textes officiels, enfin le délit d'entrave à l'avortement voté en 1993 avec la loi Neiertz est élargi à la désinformation sur l'IVG. Le délai de réflexion autrefois obligatoire est retiré des textes de la loi en 2005. De plus, l'avortement par médicament autorisé dès 1990 exclusivement en milieu hospitalier, peut être pratiqué chez les gynécologues et certains médecins généralistes pour les grossesses de moins de cinq semaines

à partir de 2004, et en centres de planification et d'éducation familiale à compter de 2007. Les sages-femmes peuvent d'ailleurs aujourd'hui pratiquer l'avortement par médicaments, et ce, malgré les réticences toujours fortes du corps des médecins à voir leur monopole remis en question.

Au Québec, l'avortement devient un droit sans condition dès 1988 avec l'arrêt Morgentaler. Dans les années qui suivent, des jugements vont affirmer que cette décision ne revient qu'à la femme (jugement Daigle contre Tremblay de 1989) et qu'il n'existe pas de droit du fœtus (jugement Dobson contre Dobson en 1997 et l'Office des services à l'enfant et à la famille de Winnipeg contre G de 1999). Enfin, la gratuité de l'avortement est acquise d'abord pour une période donnée (suite au recours de l'Association pour l'accès à l'avortement en 2006) puis en 2008 de manière pérenne pour tous les avortements quels que soient les lieux de la prise en charge (du fait d'une entente entre les cliniques et l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal). Pourtant si les Québécoises ont acquis ce droit, elles se doivent d'être toujours vigilantes. Comme on l'a vu, l'absence de loi en la matière, conduit à de nombreuses menaces légales, initiées notamment au niveau fédéral, mais aussi à travers les reconfigurations du système de soins au niveau provincial.

Cependant, l'analyse de la construction socio-historique des droits en matière de régulation des naissances et du droit contemporain à l'avortement souligne aussi que si la contraception est devenue aujourd'hui une pratique de santé ordinaire dans ces deux sociétés, l'avortement a été construit comme la mauvaise pratique en matière de contrôle des naissances et demeure un droit non-consensuel.

Même lorsque les femmes l'emploient à plusieurs reprises, elles ne peuvent le dire comme un mode ordinaire de contrôle des naissances. On sait aujourd'hui que l'avortement est une pratique simple et sécurisée, employée par une femme sur trois au moins une fois dans sa vie dans les deux sociétés étudiées, qu'il constitue une donnée structurelle de la trajectoire contraceptive et reproductive des femmes. Il demeure pourtant pensé comme un ultime recours, alors qu'il est dans les faits une pratique dont usent (et useront sans doute toujours) les femmes pour contrôler leur fécondité, face à la reconfiguration continue des normes procréatives et plus largement face à la reconfiguration des rapports sociaux de sexe.

Son recours reste emprunt pour certaines femmes d'une culpabilité et d'une honte, et ce d'autant qu'il est pluriel. En effet, pèse encore sur les choix des femmes un ensemble de normes sociales faisant de l'emploi de l'interruption de grossesse, un acte déviant : valeurs morales et religieuses, injonction à penser toute conception comme un être potentiel, norme maternelle, mais aussi et surtout norme contraceptive.

Comme nous l'avons vu, même les femmes qui se déclarent anti-avortement – en général du fait de leur religion – avortent, ne pouvant donner naissance à un enfant en dehors des conditions socialement définies comme favorables au développement du bien-être d'un enfant. Existe donc toujours dans certains espaces du social, un « arrangement » pourtant pensé dépassé : l' « arrangement spirituel avec le Créateur » (Boltanski, 2004) qui fait d'un choix de vie pourtant commun, une décision difficile et un épisode douloureux vécu dans la culpabilité et la solitude, pouvant aller jusqu'à encore aujourd'hui mettre la santé des femmes en danger.

Même en l'absence de croyances religieuses, la construction de l'avortement comme une pratique qui se doit de rester exceptionnelle en articulation avec la norme contraceptive, continue de faire peser un certain silence sur les expériences abortives. Car lorsque les femmes ont oublié leur pilule ou n'ont pas voulu/su/pu imposer un préservatif, bref qu'elles ont manqué une ou plusieurs fois à leurs « devoirs contraceptifs » avec pour conséquence un avortement, elles ressentent une certaine honte. Les femmes expriment en effet, de la culpabilité à ne pas avoir « correctement » géré leur sexualité et contrôlé leur fécondité, et parlent d'autant moins de cette expérience qu'elles reconnaissent disposer de l'ensemble des informations en matière de contraception et pouvoir accéder à un ensemble de moyens de contraception reconnus pour leur efficacité. Et cet embarras est d'autant plus fort qu'elles ont le sentiment d'avoir dépassé l'âge de la jeunesse qui serait susceptible d'excuser ce qui prend alors les contours d'une forme d' « irresponsabilité ».

D'ailleurs, présenter l'avortement comme la mauvaise pratique en matière de régulation des naissances, participe de la sur-stigmatisation des femmes qui avortent plusieurs fois. Comme nous le montrons dans le chapitre III, le stigmate qui est associé aux femmes qui avortent est d'autant plus fort que le nombre d'avortements effectués par une femme est important, et que le délai entre deux IVG est court. La norme contraceptive et la stigmatisation de l'avortement répété qu'elle implique peuvent fortement influencer les choix des femmes en matière de reproduction, et parfois même les conduire à continuer une grossesse qu'elles ne souhaitaient pas.

C.2. Derrière la norme contraceptive :

C.2.a. La « diabolisation » de l'avortement.

La norme contraceptive, en formulant l'avortement comme une situation de dernier recours face à l'échec de contraception, participe d'une idéalisation de la contraception et d'une « diabolisation » de l'avortement. Bien qu'il n'ait jamais été démontré que l'avortement

ait des effets sur la santé des femmes, demeure toujours dans les esprits une représentation de l'IVG comme un épisode nuisible pour la santé des femmes. Continuent d'être avancées par les femmes des représentations de cet acte comme nuisible pour leur corps – et notamment leur potentiel procréatif – mais aussi pour leur santé psychique. Ces effets présupposés sans aucune preuve témoignent d'une reconfiguration du stigmate : autrefois moral et religieux, il s'appuie aujourd'hui sur des considérations sanitaires portées par des professionnel·les de soins habillant ces représentations erronées d'une légitimité supplémentaire. Bien que les femmes aient acquis le droit de poser la demande et le geste d'IVG, ce droit parait donc, encore et toujours, l'objet d'un contrôle social tout particulier. Si ce dernier est reconduit sous des formes nouvelles, ils s'articulent aux anciens interdits, pérennisant l'encadrement social de l'autonomie procréative des femmes.

C.2.b. L'idéalisation de la contraception.

Une dissociation encore imparfaite de la sexualité et la procréation.

À l'avortement est donc opposé l'ensemble des « bonnes » pratiques en matière de contrôle de naissance : la contraception (et plus particulièrement la contraception médicalisée). Pensée comme le levier de l'émancipation des femmes, elle se révèle pourtant ni parfaite, ni infaillible. Le chapitre IV souligne bien que sans le droit à l'avortement, la contraception ne permet pas de penser une réelle dissociation entre sexualité et procréation. Bien que l'avortement et la contraception aient permis de séparer physiquement ces deux entités autrefois intriquées, il n'en demeure pas moins que pour les femmes la sexualité n'est toujours pas complètement dégagée de la préoccupation procréative. Suite à leur avortement, plusieurs mentionnent d'ailleurs, l'angoisse permanente d'une nouvelle grossesse après chaque rapport, même lorsqu'elles utilisent des méthodes considérées efficaces pour se prémunir d'une nouvelle grossesse.

De même, si les femmes peuvent avorter et accéder aisément à la contraception d'urgence et à l'avortement en France et au Québec, elles soulignent bien les limites de cette dissociation lorsqu'elles sont en voyage dans des pays aux lois plus restrictives. Et quand elles ne peuvent user des méthodes hormonales – les plus valorisées dans ces deux sociétés – elles débusquent les contradictions de sociétés qui, tout en prônant le choix en matière de contraception, ne leur offrent finalement que peu d'alternatives.

Invisibilisation du travail contraceptif/abortif des femmes.

L'enquête menée rend bien compte du travail que réalisent les femmes pour se libérer du risque d'une grossesse et d'une grossesse non prévue. Elle souligne également la division sexuée du travail de contrôle des naissances. Car si les femmes ont acquis des outils pour maîtriser leur fécondité, elles se doivent d'assumer un ensemble de tâches leur permettant d'y accéder tout en en assurant l'efficacité. Même lorsque la contraception est dite masculine, c'est encore les femmes qui sont considérées en grande partie comme « responsables ». Si les méthodes médicales ont permis aux femmes de se prémunir (plus efficacement) d'une grossesse, elles déplacent sur le corps des femmes une question sociale et participent de l'invisibilisation des devoirs qu'elles impliquent pour l'autre classe de sexe. Tout en soulignant l'asymétrie du développement des méthodes de contraception, la recherche donne à voir la socialisation genrée à la responsabilité contraceptive. Lorsque survient une grossesse non prévue, seules les femmes questionnent en effet leurs pratiques et leur inobservance aux devoirs contraceptifs, assument la culpabilité d'une maîtrise imparfaite de leur potentiel procréatif, y compris quand la responsabilité du partenaire est engagée, et se retrouvent en charge des tâches liées à l'avortement (même si l'homme peut se révéler « aidant »).

Tout comme l'analyse des conditions de survenue de la grossesse, l'examen des modalités de la prise en charge de l'avortement permet de mettre en évidence les difficultés des femmes à mener de front des tâches liées à leur potentiel procréatif et des activités professionnelles. Ainsi, si certaines femmes témoignent d'une moindre vigilance contraceptive lorsqu'elles sont confrontées à une vie professionnelle particulièrement exigeante, elles ont à s'organiser pour interrompre leur grossesse, bien souvent d'ailleurs en la dissimulant sur leur lieu de travail malgré les manifestations éprouvées susceptibles de perturber leurs activités quotidiennes.

Les femmes questionnent aujourd'hui (et ce tout particulièrement au Québec) cette division sexuée des tâches contraceptives, et s'interrogent surtout sur les effets possibles d'une contraception hormonale sur leur santé physique et mentale ainsi que sur leur potentiel procréatif. Car bien que la contraception et l'avortement leur permettent de ne pas avoir un enfant si elles ne le souhaitent pas, la très grande majorité pensent encore difficilement une vie sans enfant, et évoquent des doutes sur la possibilité d'en avoir lorsqu'elles le souhaiteront suite à leur histoire contraceptive et abortive. Tout en leur permettant de ne plus être définies exclusivement par le rôle de mère, l'existence même de la contraception et de l'avortement, leur permet, mais plus encore les enferment dans cette obligation, de penser et d'organiser leur temps fertile afin de parvenir à concilier dans leur trajectoire études-carrières et

maternité(s), parfois justement difficilement conciliables. Car c'est bien l'impossible articulation des tâches reproductives et des différentes activités dans lesquelles elles sont engagées, que donnent à voir les décisions d'avortement.

C.3. Travail productif et re·productif : de la difficile voire impossible conciliation.

Si l'on définit le travail re·productif comme l'ensemble des tâches rattachées à la procréation humaine, il inclut le travail contraceptif, abortif et ce qui est communément désigné comme relevant de la maternité : la gestation, l'accouchement, l'allaitement et l'élevage d'un enfant ou de plusieurs. Au travers de cette thèse apparaît le caractère éminemment genré de ces différentes tâches, qui entrent en concurrence avec l'ensemble des tâches définies comme productives et tout particulièrement l'emploi salarié. Si la contraception et l'interruption de grossesse sont difficilement conciliables, et tout particulièrement à certains moments des trajectoires des femmes, avec les autres activités dans lesquels elles sont engagées, les femmes ont conscience que la maternité recouvre un travail bien plus important que ces autres tâches. Elles pensent difficilement la naissance d'un nouvel être lorsqu'elles sont engagées dans des activités leur permettant de s'assurer une plus grande indépendance économique. Ainsi, l'analyse de la construction de la décision de l'IVG rend bien compte que la plupart des « jeunes » femmes pensent avant tout à finir leurs études – formation d'autant plus longue qu'elles sont dans des domaines peu rentables sur le marché du travail (et où les femmes sont toujours présentes en plus grande proportion) – et à s'insérer professionnellement, pour penser seulement après une parentalité. Toutefois, cette vision schématique n'est pas sans tenir compte des normes procréatives, qu'il semble difficile de rejoindre dans un contexte de précarisation de l'emploi, tout comme des relations. Ainsi, les femmes approchant de l'âge qu'elles associent à celui d'une maternité perçue comme « tardive » soulignent que ce contexte « idéal » pour avoir un enfant ne peut que rarement être atteint, et se distancent parfois de certaines exigences sociales ayant peur de ne jamais être mère.

C.4. La place des hommes dans l'IVG.

Pourtant, ce que révèlent les choix des femmes qui avortent, c'est l'importance d'être deux pour s'engager dans la parentalité. Les femmes qui avortent « à contre-cœur » soulignent la place centrale que recouvre la volonté de l'homme dans leur décision. Si pour les plus précaires d'entre elles, cette exigence est d'autant plus grande qu'elles ne peuvent penser avoir un enfant en l'absence de solidarité conjugale, les plus dotées en capitaux

témoignent également de la prégnance du modèle familial traditionnel dans les représentations. Même lorsqu'une monoparentalité est pour elles envisageable matériellement et professionnellement elles ne peuvent, la plupart du temps, envisager « faire famille » sans père en raison du bien-être escompté de cet enfant potentiel. Si la volonté des hommes (désir ou refus d'enfant) pèse peu sur les décisions des très jeunes femmes, lorsque la maternité n'est pas d'actualité, elle apparaît jouer nettement plus dans le choix des femmes « en âge » d'avoir des enfants et de faire famille.

Soulignons qu'il est toujours rare que les femmes n'informent pas leur partenaire de leur grossesse et de leur avortement. Quand certaines femmes s'acquittent seules des tâches liées à l'avortement, et particulièrement quand elles décident de ne pas inclure leur partenaire dans le processus, différents phénomènes entrent en jeu : nature de la relation (couple séparé, relation occasionnelle, relation récente et peu investie par la femmes), distance géographique au moment de la découverte de la grossesse, emploi du temps professionnel. Cette absence est tout particulièrement remarquable pour les femmes (en France) qui avortent par médicaments, laissant penser que les femmes tendent alors à se représenter l'avortement comme une extension du travail contraceptif et du suivi gynécologique qu'il exige, sans participation masculine. Lorsque les femmes avortent par aspiration et qu'elles sont en couple, leur partenaire les accompagne généralement, mais ponctuellement, le jour de l'intervention. Il est intéressant de relever la place qui est offerte aux hommes dans la prise en charge de l'avortement au CDSFM. Alors que les femmes participent en amont à une réunion collective les informant notamment sur la contraception, les hommes ne sont associés que pour le temps de l'interruption de grossesse. Cette organisation nous amène à nous questionner notamment sur les lieux permettant aux hommes d'accéder à de l'information sur la contraception mais aussi aux moyens qui leur sont proposés. Car comme le soulignent les enquêtes sur les hommes et l'IVG, bien que certains accompagnent leur partenaire lors d'un avortement, ils sont bien souvent réticents à assumer le contrôle des naissances et ne disposent que de peu d'options.

C.5. Une comparaison qui permet de déconstruire des évidences.

La mise en perspective des terrains français et québécois conduit à de nombreux questionnements notamment sur la lourdeur de l'encadrement légal français mais plus largement sur les modalités de prises en charge dans ces deux sociétés. Tout en signalant un processus commun d'individualisation de l'avortement, la confrontation des parties française et québécoise de notre corpus amène à revenir sur la pertinence de la nécessité d'un délai

légal en France. En effet, l'exemple québécois souligne que, même en l'absence d'un seuil limite, les femmes avortent dans un laps de temps équivalent. Autre contraste entre les deux sociétés : la comparaison de la prise en charge de l'avortement souligne une résistance féministe québécoise à la médicamentation des corps des femmes (tant pour l'avortement par médicaments que pour la prise en charge de la douleur liée à l'IVG, mais aussi plus largement pour la manière de concevoir à long terme la place de la contraception dans les itinéraires féminins), qui contraste fortement avec les représentations des enquêtées françaises qui perçoivent l'avortement par médicament comme moindrement invasif. L'examen des étapes préalables à un avortement dans les deux métropoles permet également d'interroger le recours systématique en France à l'échographie et à la prise de sang. Enfin les modalités de prise en charge du CDSFM, soulignent les marges de manœuvre qui pourraient être proposées aux femmes pour leur assurer la prise en charge la plus adaptée à leurs besoins (modalités d'information des femmes, choix du mode de gestion de la douleur, accompagnement, possibilité de voir le produit de la grossesse). Car si réémergent actuellement dans les deux sociétés des critiques autour de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, en faveur de pratiques alternatives d'accouchement et d'une « maternité respectée », aucune initiative nouvelle ne semble s'impulser du côté de l'avortement. Progressivement, sa pratique tend même à s'homogénéiser, ne permettant pas aux femmes de choisir de manière toujours satisfaisante le déroulement de leur intervention. Ainsi l'autonomie des femmes en matière de non procréation demeure limitée.

BIBLIOGRAPHIE GENERALE

- AKRICH Madeleine, « Ne pas oublier l'avortement : parcours avec *La Condition fœtale* », *Travail, genre et sociétés,* 1 (15), 2006 : 163-168.

- ALLEN Rebecca H., WESTHOFF Carolyn, DE NONNO Lara, FIELDING Stephen L., and Eric A. SCHAFF, "Curettage After Mifepristone-Induced Abortion: Frequency, Timing, and Indications ", *Journal of Obstetrics and Gynecology,* 98 (1), 2001: 101-106.

- ANDRO Armelle, BACHMANN Laurence, BAJOS Nathalie et Christelle HAMEL, « La sexualité des femmes : le plaisir contraint. », *Nouvelles Questions Féministes*, 29 (3), *2010,* 4-13.

- ASSOCIATION CANADIENNE POUR LE DROIT A L'*AVORTEMENT* (ACDA), SHAW Jessica, *Retour à la réalité. Un aperçu de l'accès aux services d'avortement dans les hôpitaux canadiens*, ACDA, 2006.

- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), *Enquête sur le rapport des hommes à l'IVG. Rapport de l'enquête quantitative et qualitative*, 2011.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Dix-neuvièmes journées nationales d'études de l'ANCIC », Vannes, octobre 2011.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Dix-huitièmes journées nationales d'études de l'ANCIC : 1979-2009. 30 ans d'actions et de luttes », Paris, novembre 2009.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Septièmes journées régionales d'études sur l'interruption de grossesse et la contraception », Chambéry, décembre 2008.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Dix-septièmes journées nationales d'études de l'ANCIC », Cannes, novembre 2007.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Sixièmes journées régionales d'études sur l'interruption de grossesse et la contraception », Blois, novembre 2006.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Seizièmes journées nationales d'études de l'ANCIC », Amiens, novembre 2005.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Cinquièmes journées régionales d'études sur l'interruption de grossesse et la contraception », Èvry, novembre 2004.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Quinzièmes journées nationales d'études de l'ANCIC », Lille, novembre 2003.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Quatorzièmes journées nationales d'études de l'ANCIC », Tours, novembre 2001.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Quatrièmes journées régionales d'études sur l'interruption de grossesse et la contraception », Jonzac, octobre 2000.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Treizièmes journées nationales d'études de l'ANCIC », Nantes, novembre 1999.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Troisièmes journées régionales d'études sur l'interruption de grossesse et la contraception », Lyon, septembre 1998.

- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Douzièmes journées nationales d'études de l'ANCIC », Marseille, juin 1997.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Deuxièmes journées régionales d'études sur l'interruption de grossesse et la contraception », Moulins, mars 1996.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Onzièmes journées nationales d'études de l'ANCIC », Bobigny, mai 1995.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Premières journées régionales d'études sur l'interruption de grossesse et la contraception », Amiens, 1994.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Dixièmes journées nationales d'études de l'ANCIC », Tours, juin 1993.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Neuvièmes journées nationales d'études de l'ANCIC », Annecy, juin 1991.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Huitièmes journées nationales d'études de l'ANCIC », Roubaix, juin 1989.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Septièmes journées nationales d'études de l'ANCIC », Nantes, janvier 1988.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Sixièmes journées nationales d'études de l'ANCIC », Paris Bichat, octobre 1986.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Cinquièmes journées nationales d'études de l'ANCIC », Paris Bichat, janvier 1985.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Quatrièmes journées nationales d'études de l'ANCIC », Paris Bichat, octobre 1983.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Troisièmes journées nationales d'études de l'ANCIC », Paris Bichat, septembre 1982.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Deuxièmes journées nationales d'études de l'ANCIC », Colombes, octobre 1981.
- ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION (ANCIC), « Premières journées nationales d'études de l'ANCIC », Colombes, septembre 1980.

- AUBIN Claire, « [Contrepoint]. Vue de l'IGAS.... Une mise en perspective au regard des politiques publiques », *Revue française des affaires sociales,* 1 (1), 2011 : 199-212.

- AUCLAIR Marcelle, *Le livre noir de l'avortement,* Paris, Fayard, 1962.

- AVON Bernadette, *À l'écoute du symptôme IVG. Accompagner la relation*, Lyon, Chronique sociale, 2004.

- AZCUE Mathieu et Marie MATHIEU, « Avorter et accoucher autrement. De la démédicalisation à la reconfiguration des normes sociales », *L'Homme et la société*, 2017 (à paraître).

- BAILLARGEON Denise, *Brève histoire des femmes au Québec*, Montréal, Boréal, 2012.

- BAJOS Nathalie, BOHET Aline, LE GUEN Mireille, MOREAU Caroline et l'équipe de l'enquête Fécond, « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? », *Population et Sociétés*, 492, mai 2012 : 1-4.

- BAJOS Nathalie et Michel BOZON (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, 2008.
- BAJOS Nathalie et Michel BOZON, « Sexualité, genre et santé : les apports de l'enquête "Contexte de la sexualité en France" », in BAJOS Nathalie et Michel BOZON (dir.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La Découverte, 2008 : 579-601.

- BAJOS Nathalie et Michèle FERRAND, « De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement », *Revue française des affaires sociales,* 1 (1), 2011 : 42-60.
- BAJOS Nathalie et Michèle FERRAND, « La condition fœtale n'est pas la condition humaine », *Travail, genre et sociétés,* 1(15), 2006 : 176-182.
- BAJOS Nathalie et Michèle FERRAND, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines,* 1 (61), 2006 : 91-117.
- BAJOS Nathalie et Michèle FERRAND, « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine », *Sciences sociales et santé*, 22 (3), 2004 : 117-142.
- BAJOS Nathalie et Michèle FERRAND, « L'avortement à l'âge de raison », *Mouvements,* 4 (17), 2001 : 99-105.

- BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle et Armelle ANDRO, « La sexualité à l'épreuve de l'égalité », in BAJOS Nathalie et Michel BOZON (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, 2008 : 545-576.

- BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle, BACHELOT Annie, VATIN Florence et HASSOUN Danielle, « Accès au système de soins et expérience vécue de l'IVG » in BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle, et l'équipe GINÉ, *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, INSERM, 2002 : 163-204.

- BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle, et l'équipe GINE, *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Éd. INSERM, 2002.

- BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle et Danielle HASSOUN, « Au risque de l'échec : la contraception au quotidien », in BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle et l'équipe GINE, *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, INSERM, 2002 : 33-78.

- BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle, MEYER Laurence, MOREAU Caroline et Josiane WARSZAWSKI, « IVG : le retour des entrepreneurs de morale », *Libération*, 20 mars 2012a.
- BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle, MEYER Laurence, MOREAU Caroline et Josiane WARSZAWSKI, « Faut-il s'inquiéter du recours à l'avortement chez les jeunes ? », *Libération,* 1er mars 2012b.

- BAJOS Nathalie, LERIDON Henri et Nadine JOB-SPIRA, « Introduction au dossier », *Population,* 59 (3)*,* 2004 : 409-418.

- BAJOS Nathalie, MOREAU Caroline, FERRAND Michèle, BOUYER Jean et les équipes GINE et COCON, « Filières d'accès à l'IVG en France : Apports conjoints d'une approche qualitative et d'une approche quantitative », *Revue française d'épidémiologie et de santé publique*, 6, 2003 : 631-647.

- BAJOS Nathalie, MOREAU Caroline, LERIDON Henri et FERRAND Michèle, « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? », *Population et sociétés*, 407, 2004.

- BAJOS Nathalie, MOREAU Caroline et France PRIOUX, « L'augmentation du recours répété à l'IVG en France : des enjeux contraceptifs au report de l'âge à la maternité », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique,* 2013, 61 (4) : 291-298.

- BAJOS Nathalie, ROUZAUD-CORNABAS Mylène, PANJO Henri, BOHET Aline, MOREAU Caroline et l'équipe Fécond, « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? », *Population et Sociétés*, 511, 2014.

- BATEMAN Simone, « De la neutralité axiologique face à une pratique moralement controversée », *Travail, genre et sociétés*, 1 (15), 2006 : 169-175.
- BATEMAN NOVAES Simone, *La demande d'avortement*, thèse en sociologie sous la direction d'Alain Touraine, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1979.

- BAULIEU Étienne-Émile et Caroline FOUREST, *Libre chercheur*, Flammarion, 2013.

- BECKER Howard S., *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié, 1985 [1ère éd. angl. *Outsiders*, New York, Free Press Of Glencoe, 1963].

- BELLEROSE Carmen, BERNECHE Francine, DESROSIERS Denise, EMOND Aline, FRENETTE Lyse, NORMANDEAU Louise et Maria SEGOVIA-CUEVAS, « Chaque femme doit trouver la meilleure solution possible pour son propre cas », *Cahiers québécois de démographie*, 4, 1975 : 81-86.

- BELTZER Nathalie et Nathalie BAJOS, « De la contraception à la prévention : les enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles », in BAJOS Nathalie et Michel BOZON (dir.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La Découverte, 2008: 437-460.

- BENHAMOU Olivia, *Avorter aujourd'hui,* Paris, Mille et une nuits, 2004.

- BERHOUET Patxi, « Séance tendue autour de l'IVG à l'Assemblée », *Libération.fr*, 22 janvier 2014.

- BERTAUX Daniel, *Destins personnels et structure de classe. Pour une critique de l'anthroponomie politique*, Paris, PUF, 1977.

- BESSIN Marc et Hervé LEVILAIN, *Parents après 40 ans*, Paris, Autrement, 2012.

- BINGOLY-LIWORO Germain et Évelyne LAPIERRE-ADAMCYK, « Devenir parent au Canada. L'effet de l'allongement des études », *Cahiers québécois de démographie*, 35 (2), 2006 : 103-140.

- BLAIS Martin, RAYMOND Sarah, MANSEAU Hélène et Joanne OTIS, « La sexualité des jeunes Québécois et Canadiens. Regard critique sur le concept d'"hypersexualisation" », *Globe : revue internationale d'études québécoises*, 12 (2), 2009: 23-46.

- BLANCHETTE Josée, « Le sexe responsable ; l'avortement n'est pas un moyen de contraception», *Châtelaine,* septembre 2005.

- BLAYO Chantal, « Le point sur l'avortement en France », *Population et Sociétés*, 325, 1997.
- BLAYO Chantal, « L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976 », *Population*, 3, 1995 : 779-810.
- BLAYO Chantal, « L'avortement différentiel selon les départements », *Espace, populations, sociétés*, 2, 1993 : 293-300.
- BLAYO Chantal, *« L'avortement en Europe », Espace, populations, sociétés,* 7 (2), 1989 : 225-238.
- BLAYO Chantal, *« Les interruptions volontaires de grossesse en France en 1976 », Population,* 2, 1979 : 307-343.
- BLAYO Chantal, « L'enregistrement de l'avortement provoqué en France », *Population*, 4-5, 1977 : 977-987.

- BOLTANSKI Luc, *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, 2004.

- BOUCHET-VALAT Milan, « Plus diplômées, moins célibataires. L'inversion de l'hypergamie féminine au fil des cohortes en France », *Population-F,* 70 (4), 2015 : 705-730.

- BRETIN Hélène, « Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France », *Sciences sociales et santé*, 22(3), 2004 : 87-110.
- BRETIN Hélène, *Contraception : quel choix pour quelle vie ? Paroles de femmes, paroles de médecins*, Paris, INSERM, 1992.

- BROWN Elizabeth et Maryse JASPARD, « La venue précoce du premier enfant : quelles conséquences sur les parcours de vie masculins et féminins ? », *Congrès européen de démographie*, Milan, 4-8 septembre 1995.

- CABU, « Qui a engrossé les 343 salopes du manifeste sur l'avortement? » (illustration), *Charlie Hebdo,* 21, 12 avril 1971.

- CADORET Anne, « Figures d'homoparentalité », in GROSS Martine (dir.), *Homoparentalités, état des lieux*, Toulouse, ERES, 2005: 203-210.

- CAHEN Fabrice, « De L'"efficacité" des politiques publiques: la lutte contre l'avortement "criminel" en France, 1890-1950 », *Revue d'histoire moderne et contemporaine,* 58 (3), 2011: 90-117.

- CAHEN Fabrice et Christophe CAPUANO, « La poursuite de la répression anti-avortement après Vichy: une guerre inachevée? », *Vingtième siècle revue d'histoire,* 111, 2011: 119-31.

- CALOT Gérard, « À propos de la libéralisation de l'avortement », *Population et Sociétés*, 130, 1979.
- CALOT Gérard, « Le nombre des avortements provoqués », *Population et Sociétés,* 69, 1974.

- CARMEL Marlène, *Ces femmes qui n'en veulent pas. Enquête sur la non maternité volontaire au Québec*, Montréal, Éd. Saint-Martin, 1990.

- CHABAUD-RYCHTER Danielle, DESCOUTURES Virginie, Eleni VARIKAS et Anne-Marie DEVREUX (dir.), *Sous Les Sciences Sociales, Le Genre. Relectures Critiques, de Max Weber à Bruno Latour*, Paris, La Découverte, 2010.

- CHABROL Claude, *Une affaire de femmes*, Drame, 110 min, 1988.

- CHAPERON Sylvie, « Le MFPF face au féminisme (1956-1970) in BARD Christine et Janine MOSSUZ-LAVAU (dir.), *Le Planning Familial, histoire et mémoire*, Rennes, PUR, 2006 : 21-25.

- CHAUVEAU Sophie, « Les espoirs déçus de la loi Neuwirth », *Clio. Histoire, femmes et sociétés,* 18, 2003 : 223-239.

- CHARBONNEAU Johanne, *Adolescentes et mères. Histoires de maternité précoce et soutien du réseau social*, PUL, 2003.

- CHARRIER Philippe et Gaëlle CLAVANDIER, *Sociologie de la naissance*, Paris, Armand Colin, 2013.

- CHARTON Laurence, « La stérilisation contraceptive ou le renforcement d'une image normative de la famille », *Recherches familiales,* 1 (11), 2014 : 65-73.
- CHARTON Laurence, « De la contraception à la stérilisation. Représentations et motivations parmi des personnes stérilisées au Québec et en France », in CHARTON Laurence et Joseph Josy LEVY (dir.), *La contraception. Prévalence, prévention et enjeux de société*, Québec, PUQ, 2011 : 101-104.
- CHARTON Laurence et Évelyne LAPIERRE-ADAMCYK, « Systèmes de valeurs et méthodes contraceptives : mise en perspective à partir du recours à la stérilisation contraceptive en France et au Québec », *Actes du 14ème colloque international de l'Aidelf*, Québec, 25-29 août 2008.

- CHARTON Laurence et Joseph Josy LEVY (dir.), *La contraception. Prévalence, prévention et enjeux de société*, Québec, PUQ, 2011.

- CHEVRIER Jean-Morse, « L'avortement est, et demeurera toujours une solution extrême de désespoir », *Cahiers québécois de démographie*, 4, 1975 : 71-79 [*Le Jour*, 11 août 1975].

- CHOISIR, *Le procès de Bobigny.Choisir la cause des femmes*, Gallimard, 2006 [1ère éd. *Avortement: une loi en procès. L'Affaire de Bobigny*, Gallimard, 1973].

- CHOLLET Mona, « Les acquis féministes sont-ils irréversibles ? », *Le Monde Diplomatique*, avril 2007.

- CHOVELON Paul, « Jugement modéré pour les six militantes du MLAC accusées d'infraction à la loi Veil», *Les Cahiers du GRIF*, 16, 1977 : 95.

- CLAVEL Geoffroy, « Avortement: des UMP veulent dérembourser l'IVG... comme le FN en son temps», *Le Huffington Post.fr*, 20 janvier 2014.

- COALITION POUR LE DROIT A L'AVORTEMENT AU CANADA (CDAC), « Motions et projets de loi émanant d'un député présentés au Canada depuis 1987 », 24 mars 2016 : http://www.arcc-cdac.ca/fr/action/anti-choix-projets-loi.html (mise à jour: 24 mars 2016)

- COLLET Marc, « 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 (1), 2011 : 86-115.

- COLLINS Anne, *L'avortement au Canada. L'inéluctable question*, Montréal, Éd. du remue-ménage, 1987 [1ère éd. angl. University of Toronto Press, 1985].

- COMBES Danièle, « Reproduction de l'espèce humaine et oppression des femmes. La production- reproduction des êtres humains est-elle l'enjeu des rapports sociaux de sexe ? », *Cahiers de l'APRE*, 7, avril-mai 1988 : 100-105.

- COMMAILLE Jacques, « Travail des femmes et activités familiales. Questions sociologiques », *Revue française des affaires sociales*, n° spécial, déc. 1981 : 145-151.

- CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (CSF), DI DOMENICO Mariangela, *L'avortement au Québec : état des lieux au printemps 2008*, CSF, 2009.
- CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (CSF), DI DOMENICO Mariangela, *Fréquence des interruptions volontaires de grossesse au Québec en 1997 : mise à jour et données comparatives*, CSF, 1998.
- CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (CSF), FONTAINE Suzanne, LAPLANTE Éric et RINFRET Marie, *La question de l'avortement au Québec*, Québec, le Conseil, 1988.

- CONTE Alexina, GALLEPIE Yannick, et Ludovic MOREL, « Avorter en *prime-time* », *L'Homme et la société,* 4 (198), 2015 : 195-211.

- COORDINATION DES ASSOCIATIONS POUR LE DROIT A L'AVORTEMENT ET A LA CONTRACEPTION (CADAC) HAUDIQUET Valérie, SURDUTS Maya et Nora TENENBAUM (coord.), *Une conquête inachevée : le droit des femmes à disposer de leur corps*, Paris, Syllepses, 2008.

- CORBEIL Christine, DESCARRIES Francine, GUERNIER Geneviève et Geneviève GARIEPY, « Parents-étudiants de l'UQÀM. Réalités, besoins et ressources », *Les Cahiers de l'IREF*, 1, 2011.

- COTE Isabelle, « Analyse féministe du syndrome postavortement: la déconstruction d'un mythe véhiculé par le mouvement pro-vie », *Reflets*, 19 (1), 2013: 65-84.

- COURNOYER Louis, *L'évolution de la construction du projet professionnel de collégiennes et de collégiens lors des 18 premiers mois d'études : le rôle des relations sociales*, thèse en éducation, Université de Sherbrooke, 2008.

- COUTELLE Catherine et Catherine QUERE, « IVG: le délai de réflexion obligatoire de 7 jours est supprimé », Communiqué, *Assemblée Nationale*, 19 mars 2015.

- COWAN Paul, *La justice en procès* : *l'affaire Morgentaler*, Documentaire, 58 min, 1984.

- CRESSON Geneviève, «Les hommes et l'IVG. Expérience et confidence», *Sociétés contemporaines,* 61, 2006 : 65-89.
- CRESSON Geneviève, *Le travail domestique de santé: analyse sociologique*, Paris, L'Harmattan, 1995.

- DAIGLE Julie, « Avortement au Canada : lecture boltanskienne d'un débat polarisé », *Enfances, Familles, Générations*, 14, 2011 : 139-157.

- DAUDELIN Geneviève, « Entre le ventre et la tête : les déplacements du sens de la procréation dans l'espace des nouvelles techniques de reproduction », in DESCARRIES Francine et Christine CORBEIL (dir.), *Espaces et temps de la maternité*, Éd. du remue-ménage, 2002 : 359-380.

- DAVIE Emma et Magali MAZUY, « Fécondité et niveau d'études des femmes en France à partir des enquêtes annuelles de recensement », *Population, 65 (3)*, 2010 : 475-511.

- DE BEAUVOIR, Simone, « La mère », in *Le deuxième sexe. II*, Paris, folioessais, 2013 [1ère éd. Gallimard, 1949]: 326-386.

- DEBEST Charlotte, « Carrières déviantes. Stratégies et conséquences du choix d'une vie sans enfant », *Mouvements,* 2 (82), 2015: 116-122.
- DEBEST Charlotte, *Le choix d'une vie sans enfant*, Rennes, PUR, 2014.

- DE DINECHIN Blandine, « Entretien pré-IVG : Dire pour mieux comprendre », *Laennec, 50(3),* 2002 : 37-44.

- DE GUILBERT-LANTOINE Catherine, « Révolutions contraceptives au Canada », *Population*, 45 (2), 1990 : 361-398.

- DELAISI DE PARSEVAL Geneviève, « Un nouveau défi pour les couples : choisir le bon moment », in BAULIEU Étienne-Émile, HERITIER Françoise et Henri LERIDON (dir.), *Contraception : contrainte ou liberté ?*, Paris, Odile Jacob, 1999 : 243-256.

- DELPHY Christine, « À plusieurs voix sur La condition fœtale », *Mouvements,* 4 (41), 2005 : 165-172.
- DELPHY Christine, « La maternité occidentale contemporaine : le cadre du désir d'enfant », DESCARRIES Francine et Christine CORBEIL (dir.), *Espaces et temps de la maternité*, Éd. du remue-ménage, 2002 : 68-82.
- DELPHY Christine, « Contribution au débat sur l'avortement », *Déviance et société*, 10 (4), 1990 : 433-436.
- DELPHY Christine, « Le patriarcat, une oppression spécifique » (Entretien avec Louis Astre et Liliane Kandel), in *Le féminisme et ses enjeux,* FEN, Edilig, 1988 : 171-176.
- DELPHY Christine, « Pour un féminisme matérialiste », *L'arc*, 61, avril 1975.
- DELPHY Christine, « L'ennemi principal », *Partisans*, 54-55, nov. 1970 [signé Christine Dupont].

- DE MALLEVOÜE Delphine, « Les traumatismes à retardement de l'avortement », 4 mars 2008, *Le figaro.fr*.

- DEROGY Jacques, *Des enfants malgré nous*, Paris, Éd. de Minuit, 1956.

- DESCARRIES Francine et Christine CORBEIL, « Articulation famille/travail : quelles réalités se cachent derrière la formule », in *Espaces et temps de la maternité*, Éd. du remue-ménage, 2002 : 456-477.
- DESCARRIES Francine et Christine CORBEIL, « D'hier à aujourd'hui : la valse hésitation des mères en emploi », in ÉTHIER Louise S. et Jacques ALARY (dir.), *Comprendre la Famille, Actes du 4e symposium québécois de recherche sur la famille*, Québec, PUQ, 1998 : 91-107.

- DESCOUTURES Virginie, *Les mères lesbiennes*, Paris, PUF, 2010.

- DE SEVE Micheline, « Tremblay contre Daigle : retour à l'abc du féminisme », *Recherches féministes,* 3 (1), 1990 : 111-118.

- DESMARAIS Louise, *La bataille de l'avortement : chronologie québécoise,* Montréal, Éd. du remue-ménage, 2016.
- DESMARAIS Louise, « La bataille de l'avortement, bis », *La Vie en rose,* Hors-série, 2005 : 38.
- DESMARAIS Louise, « L'avortement ou l'envers d'un mythe », in DESCARRIES Francine et CORBEIL Christine (dir.), *Espaces et temps de la maternité*, Éd. du remue-ménage, 2002 : 51-67.
- DESMARAIS Louise, *Mémoires d'une bataille inachevée. La lutte pour l'avortement au Québec, 1970-1992,* Montréal, Trait d'Union, 1999.

- DEVREUX Anne-Marie, *La double production: les conditions de vie professionnelle des femmes enceintes*, Paris, CNRS-Centre de sociologie urbaine, Collection du CSU, 1988.
- DEVREUX Anne-Marie, « De la dissuasion à la normalisation. Le rôle des conseillères dans l'entretien pré-IVG », *Revue française de sociologie*, 23 (3), 1982 : 455-471.
- DEVREUX Anne-Marie, « Pour un petit bout de papier », *Autrement*, 35, 1981 : 192-199.

- DEVREUX Anne-Marie et Michèle FERRAND-PICARD, « La loi sur l'avortement. Chronologie des événements et des prises de position », *Revue française de sociologie*, 23 (3), 1982 : 503-518.

- DILLER Lawrence et Wylie HEMBREE, "Male contraception and family planning : a social and historical review", *Fertility and Sterility*, 28(12), 1977 : 1271-1279.

- DION Marie-Pier, « Une stratégie tranquille : Serge Mongeau et le Centre de planification familiale du Québec dans la société québécoise, 1965-1972 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 63 (4), 2010 : 497-520.

- DIVAY Sophie, « L'avortement : une déviance légale », *Déviance et Société,* 28(2), 2004: 195-209.
- DIVAY Sophie, « L'ivg : un droit concédé encore à conquérir », *Travail, genre et sociétés,* 1 (9), 2003 : 197-222.

- DIVERT Nicolas et JARVIN Magdalena, « La place de l'homme dans l'interruption volontaire de grossesse. Approche sociologique », Rapport d'enquête, mars 2011.

- DONATI Pascale, CEBE Dominique et Nathalie BAJOS, « Interrompre ou poursuivre la grossesse ? Construction de la décision », in BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle et l'équipe

GINE, *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Ed. INSERM, 2002 : 115-162.

- DORLIN Elsa, *La matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*, Paris, La Découverte, 2009.

- DOURLEN-ROLLIER Anne-Marie, *La vérité sur l'avortement, deux enquêtes inédites*, Paris, Maloine, 1963.

- DUMONT Gérard-François et Jean LEGRAND, « Évolution récente du nombre des décès déclarés dus à l'avortement », *Population*, 2, 1981 : 410-414.

- DURAND Sandrine, FERRAND Michèle et Nathalie BAJOS, « Accès à la contraception et recours à l'IVG chez les jeunes » in BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle, et l'équipe GINE, *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, INSERM, 2002 : 249-302.

- DUVERGER Sylvia, « Simone Iff : Du protestantisme au féminisme (1924-2014) », *Nouvelles Questions Féministes,* 1 (34)*,* 2015 : 158-166.

- EHRENBERG Alain, [MINGASSON Lise et Alain VULBEAU], « L'autonomie, nouvelle règle sociale. Entretien avec Alain Ehrenberg», *Informations sociales,* 6 (126), 2005 : 112-115.
- EHRENBERG Alain, *La Fatigue d'être soi – dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998.

- ENGELI Isabelle, *Les politiques de la reproduction. Les politiques d'avortement et de procréation médicalement assistée en France et en Suisse*, Paris, L'Harmattan, 2010.

- ERDENET Gaëlle, « RU 486, le chiffre de la Bête. Le mouvement contre le droit des femmes à l'avortement en France », *Nouvelles Questions Féministes,* 13 (3), 1992 : 29-43.

- FEDERATION DU QUEBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES (FQPN) – DUNN Monica, QUIRION Marie-Eve et PARENT Nathalie – et L'ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA LIBERTE DE CHOIX (ACLC) – LARUE Patricia, GRABOWIECKA Sabina et CHARBONNEAU Julie –, « Le point sur les services d'avortement », FQPN/ACLC, 2010.

- FEDERATION DU QUEBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES (FQPN), GONIN Audrey, PRONOVOST Véronique et Mélissa BLAIS, « Enjeux éthiques de l'intervention auprès des femmes vivant une grossesse imprévue au Québec. Discours et pratiques des ressources anti-choix et pro-choix », FQPN-Service aux collectivités-UQÀM, 2014.

- FEIREISEN Camille, «Frédéric Reiss (UMP) questionne le remboursement des IVG "choisis" », *Rue89 Strasbourg*, 22 janvier 2014.

- FELLOUS Michèle, « La révolution échographique », *Sociologie du travail*, 30 (2), 1988 : 311-321.

- FERRAND Michèle, « Les médecins face à l'avortement », *Sociologie du Travail,* 2, 1989 : 367-379.
- FERRAND-PICARD Michèle, « Médicalisation et contrôle social de l'avortement. Derrière la loi, les enjeux », *Revue française de sociologie*, 23(3), 1982 : 383-396.

- FERRAND Michèle et Maryse JASPARD, *L'interruption volontaire de grossesse*, Paris, Puf, 1987.

- FESTINGER Léon, *A theory of cognitive dissonance*, Stanford, Stanford University Press, 1957.

- FINE Agnès « Savoirs sur le corps et procédés abortifs au XIX^e^ siècle », *Communications*, 44, 1986 : 107-136.
- FINE-SOURIAC Agnès, « La limitation des naissances dans le Sud-Ouest de la France, Fécondité, allaitement et contraception au Pays de Sault du milieu du XVIII^e^ siècle à 1914 », *Annales du Midi*, 1978 : 155-188.

- FISHER William A., SINGH Sukhbir S., SHUPER Paul A., CAREY Mark, OTCHET Felicia, MACLEAN-BRINE Deborah, DAL BELLO Diane & GUNTER Jennifer, "Characteristics of Women Undergoing Repeat Induced Abortion", *Canadian Medical Association Journal,* Toronto, CMAJ, 172 (5), 2005 : 637-641.

- FLAHAULT Érika, « Le Planning familial et la professionnalisation du conseil conjugal et familial : reproduire la norme de genre au nom de la subversion ? », *Cahiers du Genre,* 2 (55), 2013 : 89-108.

- FLORES ESPINOLA Artemisa, « Subjectivité et connaissance: Réflexions sur les épistémologies du "Point de vue" », *Cahiers du Genre,* 53 (2), 2012 : 99-120.

- FORTINO Sabine, « De filles en mères. La seconde vague du féminisme et la maternité », *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, 5, [En ligne], 1997.

- FOUGEYROLLAS Béatrice et Claude ZAIDMAN, « L'avortement en France, vingt ans après la loi », *Les cahiers du CEDREF*, 4-5, 1995: 85-96.

- FRAISSE Geneviève, « L'habeas corpus des femmes : une double révolution ? », in BAULIEU Étienne-Émile, HERITIER Françoise et Henri LERIDON (dir.), *Contraception : contrainte ou liberté ?*, 1999 : 53-60.

- FRAPPIER Désirée et Alain FRAPPIER, *Le choix*, Éd. La ville brûle, 2015.

- FRENETTE Lyse, « La baisse de la fécondité québécoise : quelques réflexions féministes, in HENRIPIN Jacques et Yves MARTIN *(dir.), La population du Québec d'hier à demain*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1991 : 63-68.

- FRESEL-LOZEY Michel, « L'avortement : incidence de la contraception et motivation. Une enquête à Bordeaux », *Population*, 3, 1980 : 545-564.

- FRONT DE LIBERATION DES FEMMES DU QUEBEC (FLFQ), « Avortement libre gratuit sur demande », *Québécoises Debouttes !,* 1, novembre 1971 : 16.

- GAIDE Clémentine, *Les temporalités de la maternité étudiante. Cycle de vie, temps du quotidien,* Mémoire de master de sociologie, IEP Paris, 2014.

- GARCIA Sandrine, *Mères sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants*, Paris, La Découverte, 2011.

- GARCIA Sandrine, « La création du collège des médecins : un coup de force symbolique », in BARD Christine et Janine MOSSUZ-LAVAU (dir.), *Le Planning Familial, histoire et mémoire*, Rennes, PUR, 2006 : 109-117.
- GARCIA Sandrine, « Expertise scientifique et capital militant », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3 (158), 2005 : 96-115.

- GAREL Micheline, CROST Monique et Monique KAMINSKI, « Caractéristiques psychologiques et sociales des femmes qui ont des IVG itératives. Enquête dans trois centres français », *Contraception, Fertilité, Sexualité*, 24 (1), 1996 : 72-77.

- GARON Suzanne et Anne QUENIART, « *Les positions sur l'avortement: au-delà d'une éthique religieuse, une vision du monde », Déviance et société*, 14 (4), 1990 : 423-432.
- GARON Suzanne et Anne QUENIART, *L'avortement : un acte individuel à portée politique, mémoire de maîtrise de sociologie,* UQÀM, 1982.

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

- GAUTHIER Xavière, *Avortées clandestines*, Paris, Mauconduit, 2015.
- GAUTHIER Xavière, *Paroles d'avortées. Quand l'avortement était clandestin*, La Martinière, 2004.
- GAUTHIER Xavière, *Naissance d'une liberté. Contraception, avortement : le grand combat des femmes au XXe siècle*, Paris, Éd. Robert Laffont, 2002.

- GAUVREAU Danielle, « La transition de la fécondité au Québec : un exemple de transgression de la morale catholique? », *Études d'histoire religieuse*, 70, 2004 : 7-22.
- GAUVREAU Danielle, « La transition de la fécondité au Canada. Bilan et essai d'interprétation », *Annales de démographie historique,* 2 (104), 2002 : 175-199.

- GAUVREAU Danielle et Diane GERVAIS, « Les chemins détournés vers une fécondité contrôlée : le cas du Québec, 1930-1970 », *Annales de démographie historique,* 2 (106), 2003 : 89-109.

- GAUSSOT Ludovic, « Position sociale, point de vue et connaissance sociologique : rapports sociaux de sexe et connaissance de ces rapports », *Sociologie et sociétés*, 40 (2), 2008 : 181-198.
- GAUSSOT Ludovic, « Des rapports sociaux de sexe à la connaissance de ces rapports: une vertu cognitive de la non-conformité? », *Cahiers du Genre,* 39 (2), 2005 : 153-172.
- GAUSSOT Ludovic, « Engagement et connaissance: sens et fonction de l'utopie pour la recherche féministe », *Cahiers Internationaux de Sociologie,* 115 (2), 2003 : 293-310.

- GELLY Maud, *Avortement et contraception dans les études médicales : Une formation inadaptée,* Paris, L'Harmattan, 2006.
- GELLY Maud, « L'enseignement de l'avortement et de la contraception dans les études médicales », in CADAC, HAUDIQUET Valérie et TENENBAUM Nora (coord.), *Une conquête inachevée : le droit des femmes à disposer de leur corps*, Paris, Editions Syllepse, 2008 : 65-74.

- GENTILE Catherine (en collaboration avec le Planning), *Le droit de choisir. L'IVG en France et dans le monde*, Syros, 2008.

- GERVAIS Diane, *La fécondité apprivoisée 1955-2005*, Montréal, Seréna Québec, 2005.
- GERVAIS Diane, « Morale catholique et détresse conjugale au Québec. La réponse du service de régulation des naissances Seréna, 1955-1970 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 55 (2), 2001 : 185-215.

- GIAMI Alain, « John Gagnon et la perspective des scripts de la sexualité », in GAGNON John H., *Les scripts de la sexualité*, Paris, Payot et Rivages, 2008 : 7-36.

- GILLIGAN Carol, *Une voix différente. Pour une éthique du care*, Flammarion, 2008 [1ère éd. française, 1986 ; 1ère éd. Harvard University Press, 1982]

- GIRARD Chantal, « Les naissances au Québec en 2012: un peu moins de 1,7 enfant par femme», *Coup d'œil démographique*, 25, ISQ, 2013.

- GIROUX Michel, « Les implications morales de certaines dispositions législatives concernant l'avortement », *Les Cahiers de droit*, 23 (1), 1982 : 21-33.

- GLASER Barney G. & STRAUSS Anselm L., *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine de Gruyter, 1967.

- GODARD Béatrice, « La lutte contre le droit à l'avortement au Canada », in LAMOUREUX Diane (dir.), *Avortement, pratiques, enjeux, contrôle social*, Montréal, Éd. du remue-ménage, 1993 : 127-169.
- GODARD Béatrice, *L'avortement. Entre la loi et la médecine*, Montréal, Liber, 1992a.
- GODARD Béatrice, « L'avortement, un acte médical? L'évolution des attitudes des médecins », *Recherches sociographiques*, 33 (1), 1992b : 29-54.
- GODARD Béatrice, « De la clandestinité à l'impasse : étude sur la problématisation de l'avortement au Canada de 1950 à 1991 », thèse de doctorat en sociologie, Université de Montréal, 1992c.

- GOFFMAN Erving, *Stigmate*. *Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Minuit, 2010 [1ère éd. 1975].

- GOJARD Séverine, *Le métier de mère*, Paris, La Dispute, 2010.

- GRINO Claire, « La pilule : biologisation de la contraception et régulation sociale », *Genre, sexualité & société,* 12, [En ligne], 2014.

- GUILBERT Édith, « Portrait statistique de l'avortement au Québec », communication au colloque de l'INRS- Urbanisation Culture Société *Vingt ans après l'Arrêt de la Cour suprême dans l'affaire Morgentaler, Où en sommes-nous? Perspectives éthiques et sociales autour de l'IVG*, Montréal, 3 février 2010.
- GUILBERT Édith, « Caractéristiques de 2829 femmes ayant obtenu un avortement à la clinique de planification des naissances du centre hospitalier de l'université Laval », *Revue canadienne de santé publique,* 84 (1), 1993: 28-30.
- GUILBERT Édith, « Les femmes et l'avortement : revue de littérature », *Les cahiers de recherche du GREMF*, 44, 1991.

- GUILBERT Édith, DUFORT Francine et Louise ST-LAURENT, « Les représentations sociales de la grossesse à l'adolescence. Une étude québécoise », *Revue canadienne de santé publique*, 95 (4), 2004 : 281-284.

- GUILLAUMIN Colette, « Pratiques de pouvoir et idée de nature (1) L'appropriation des femmes », *Questions féministes*, 2, 1978a : 5-30.
- GUILLAUMIN Colette, « Pratiques de pouvoir et idée de nature (2) Le discours de la nature», *Questions féministes,* 3, 1978b : 5-28.

- HAICAULT Monique, « La gestion ordinaire de la vie en deux », *Sociologie du travail*, 3, 1984.

- HALIMI Gisèle, *La cause des femmes*, Paris, Grasset, 1974.

- HAMODA Haitham, ASHOK Premila W., FLETT Gillian M. M. & Allan TEMPLETON, "Medical abortion at 9-13 weeks gestation: a review of 1076 consecutive cases" *Contraception,* 71, 2005: 327-332.
- HAMODA Haitham, ASHOK Premila W., FLETT Gillian M. M. & Allan TEMPLETON, "Medical abortion at 64 to 91 days of gestation: A review of 483 consecutive cases", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(5), 2003: 1315-19.

- HARDING Sandra, *Whose Science, Whose Knowledge ? Thinking from Women's Lives*, Ithaca, Cornell University Press, 1991.

- HARTSOCK Nancy, *The Feminist Standpoint Revisited & Other Essays*, Oxford, Westview Press, 1998.

- HARTMANN Betsy, *Reproductive Rights and Wrongs : the Global Politics of Population Control and Contraceptive Choice*, Boston, South End Press, 1995 : 307-309.

- HASSOUN Danielle, [Témoignage] L'interruption volontaire de grossesse en Europe, *Revue française des affaires sociales*, 1(1), 2011.

- HENRIPIN, Jacques, *Tendances et facteurs de la fécondité au Canada, monographie sur le recensement de 1961*, Ottawa, Bureau fédéral de la statistique, 1968.

- HERITIER Françoise, *Masculin/Féminin II. Dissoudre la hiérarchie*, Paris, Odile Jacob, [2002], 2012.
- HERITIER Françoise, « Vers un nouveau rapport des catégories du masculin et du féminin », in BAULIEU Étienne-Émile, HERITIER Françoise et Henri LERIDON (dir.), *Contraception : contrainte ou liberté ?*, Paris, Odile Jacob, 1999 : 37-52.

- HERTZOG Lucile, *Articuler assistance médicale à la procréation (AMP) et vie professionnelle : le travail invisible des femmes*, thèse de sociologie, Université de Caen Normandie, 2016.

- HOLMES Tao Tao, "A group of Canadian teenagers wrote the first popular text on contraception", 31 mars 2016 [En ligne] : http://www.atlasobscura.com/articles/the-illegal-birth-control-handbook-that-spread-across-college-campuses-in-1968

- HOUEL Annik et Brigitte LHOMOND, « Avortement et morale maternelle, 1968-1978 », *Revue française de sociologie*, 23 (3), 1982 : 487-502.

- HORELLOU-LAFARGE Chantal, « Une mutation dans les dispositifs du contrôle social : le cas de l'avortement », *Revue française de sociologie*, 23 (3), 1982 : 397-416.

- HOCHSCHILD Arlie R., « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler,* 1(9), 2003 : 19-49.

- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTE (ICIS), « Avortements provoqués déclarés au Canada en 2014 », [tableau en ligne] : https://www.cihi.ca/fr/statistiques-eclair

- INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE DU QUEBEC (INSPQ), « Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques - Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population », gouvernement du Québec, 2006.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE DU QUEBEC (INSPQ), *Données sociales du Québec : édition 2005*. Québec, l'Institut, 2005.

- ISAMBERT François-André, « Une sociologie de l'avortement est-elle possible ? », *Revue française de sociologie*, 23 (3), 1982: 359-381.

- ISAMBERT François-André et Paul LADRIERE, Contraception et avortement. Dix ans de débat dans la presse (1965-1974), Paris, Éd. du CNRS, 1979.

- ISSARTEL Marielle et BELMONT Charles, *Histoires d'A*, Stock2, 1974, documentaire, 85 min.

- IVP (coll.), *Avorter. Histoires des luttes et des conditions d'avortement des années 1960 à aujourd'hui*, Grenoble, Éd. Tahin party, 2008.

- KALINOWSKI Isabelle, « Un savant très politique », in *La science, profession et vocation*, d'après Max Weber, *suivi de Leçons wébériennes sur la science et la propagande*, Agone, 2005 : 191-240.

- KAUPP Katia, « L'Univers de l'avortement », *Le Nouvel Observateur*, 22 avril 1965.

- KNIBIEHLER Yvonne, *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, Paris, PUF, 2000.

- KOCH Hans-Georg, « Réflexions sur la situation de l'avortement dans une optique juridique comparative », *Déviance et société*, 14 (4), 1990 : 437-444.

- LACOURSE Marie-Thérèse, « Le recours à l'avortement : une, deux ou trois fois? », communication dans le cadre du colloque de Familles en mouvance et dynamiques intergénérationnelles, *Vingt ans après l'arrêt de la cour suprême dans l'affaire Morgentaler, où en sommes-nous ? Perspectives éthiques et sociales autour de l'IVG*, INRS, Montréal, 3 février 2010.
- LACOURSE Marie-Thérèse, « L'avortement répété…une éthique de la responsabilité » in LAMOUREUX Diane (dir.), *Avortement, pratiques, enjeux, contrôle social*, Montréal, Éd. du remue-ménage, 1993 : 49-71.
- LACOURSE Marie-Thérèse, « L'avortement répété au Québec : des valeurs post-modernes », mémoire de maîtrise, Québec, Université de Laval, 1991a.

- LACOURSE Marie-Thérèse, « L'avortement répété : sens du geste » in *Comprendre la famille*, Actes du premier symposium québécois de recherche sur la famille, *Comprendre la famille*, Sainte-Foy, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1991b : 375-389.

- LADRIERE Paul, « La libéralisation de l'avortement », *Revue française de sociologie*, 23 (3), 1982.

- LAFARGE Chantal, *« Refus de médicalisation et contrôle social, l'ordre des médecins et l'avortement », Année Sociologique,* 30, 1979-1980 : 203-218.

- LAMBERT Sabine, *L'injonction au drame, représentations et expériences vécues de l'interruption volontaire de grossesse*, mémoire pour le master 2 de sociologie, Université de Poitiers, 2012.

- LAMOUREUX Diane (dir.), *Avortement, pratiques, enjeux, contrôle social*, Montréal, Éd. du remue-ménage, 1993a.
- LAMOUREUX Diane, « Une victoire à la Pyrrhus ?: la lutte pour le droit à l'avortement », in LAMOUREUX Diane (dir.), *Avortement, pratiques, enjeux, contrôle social*, Montréal, Éd. du remue-ménage, 1993b : 171-198.
- LAMOUREUX Diane, « La lutte pour le droit à l'avortement (1969-1981) », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 37(1), 1983: 81-90.

- LAMY Marie-Laurence, « Avortement et contraception vus à travers *Population*, 1970-1981 », *Revue française de sociologie*, 23(3), 1982: 519-526.

- LAMY Marie-Laurence, JOURDAIN Alain, et Jean-Marc LEVAILLANT, « Aspects sociaux et médicaux de l'avortement. Deux enquêtes en Bretagne et à Créteil (1975-1977) », *Population,* 35 (3), 1980 : 565-579.

- LANDREVILLE Mélanie et MOREAU Marie, « La contraception et l'avortement dans la presse quotidienne québécoise. Une étude exploratoire». In CHARTON Laurence et Joseph Josy LEVY, (dir.), *La contraception. Prévalence, prévention et enjeux de société*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2011 : 37-260.

- LANGEVIN Annette, « Régulation sociale du temps fertile des femmes », in (coll.) *Le sexe du travail. Structures familiales et système productif,* Grenoble, PUG, 1984 : 97-112.
- LANGEVIN Annette, « Planification des naissances : de l'idée de nombre à l'idée de moment », *Dialogue*, 72, 1981 : 11-24.

- LE BRAS Hervé, *Marianne et les Lapins: L'Obsession démographique*, Paris, Hachette, 1992 [1ère éd. Olivier Orban, 1991]

- LEE Ellie, *Abortion, Motherhood, and Mental Health: Medicalizing Reproduction in the United States and Great Britain*, Aldine Transaction, 2003.

- LEFAUCHEUR Nadine, « Maternité, famille, État », in DUBY Georges, PERROT Michelle et Françoise THEBAUD (dir.), *Histoire des femmes. Tome V. Le vingtième siècle*, Paris, Plon, 1992 : 411-430.

- LEGRAND Baptiste, « Ces 19 députés UMP qui veulent dérembourser l'IVG », *Le Nouvel Obs.fr*, 21 janvier 2014.

- LELONG Nathalie, MOREAU Caroline, KAMINSKI Monique et l'équipe COCON, « Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON », *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 34 (1), 2005 : 53-61.

- LE MASSON Yann, *Regarde, elle a les yeux grand ouverts* MLAC d'Aix, La Commune et les Cochonniers, documentaire, 90 min, 1980.

- LEMONDE Lucie, « Les menaces au droit à l'avortement et à l'autonomie des femmes enceintes », *Les Cahiers de droit*, 50, (3-4), 2009 : 611-635.

- LE NAOUR Jean-Yves et Catherine VALENTI, *Histoire de l'avortement, XIXe-XXe siècles,* Paris, Le Seuil, 2003.

- LERIDON Henri, « L'espèce humaine a-t-elle un problème de fertilité? », *Population et sociétés*, 471, 2010.
- LERIDON Henri, « 30 ans de contraception en France », *Contraception, Fertilité, Sexualité*, 26, 1998, 435- 438.
- LERIDON Henri, *Les enfants du désir. Une révolution démographique*, Paris, Julliard, 1995.
- LERIDON Henri, « Deux siècles de régulation des naissances », in LERIDON Henri, CHARBIT Yves, COLLOMB Philippe, SARDON Jean-Paul et Laurent TOULEMON, *La seconde révolution contraceptive : la régulation des naissances en France de 1950 à 1985*, 1987 : 7-16.

- LERIDON Henri, OUSTRY Pascale, BAJOS Nathalie et l'équipe COCON, « La médicalisation croissante de la contraception en France », *Population et Sociétés*, 318, 2002: 1-4.

- LES FILLES DES 343, *J'ai avorté et je vais bien, merci*, La ville brûle, 2012a.
- LES FILLES DES 343, « Nous avons avorté, nous allons bien, merci ! », *Libération*, 20 mars 2012b.

- LE VAN Charlotte, « La grossesse à l'adolescence: un acte socialement déviant? », *Adolescence,* 1 (55), 2006 : 225-234.
- LE VAN Charlotte, *Les grossesses à l'adolescence, normes sociales, réalités vécues*, Paris, L'Harmattan, 1998.

- LEVY Christine, « Débats sur la contraception et l'autonomie sexuelle chez les féministes japonaises », *Nouvelles Questions Féministes,* 35(1), 2016 : 48-64.

- LÖWY Ilana, « L'âge limite de la maternité: corps, biomédecine, et politique », *Mouvements*, 3 (59), 2009: 102-112.

- LÖWY Ilana, ROZEE GOMEZ Virginie, et Laurence TAIN, « Nouvelles techniques reproductives, nouvelle production du genre. Introduction», *Cahiers du Genre*, 1 (56), 2014: 5-18.

- LUCIANI François, *Le Procès de Bobigny*, 2005, téléfilm.

- MALENFANT Antoine, *La nouvelle norme procréative. Regard sur les contradictions du projet parental vécues dans le cas de grossesses non prévues, mémoire de maîtrise en sociologie, Québec,* Université de Laval, 2011.

- MALLAVAL Catherine et Paxti BERHOUET, « Avortement: les ultras refont le débat», *Libération.fr*, 22 janvier 2014.

- MALOUIN Marie-Paule, *Le Mouvement familial au Québec. Les débuts : 1937-1965*, Québec, Boréal, 1998.

- MARCHAND Suzanne, *Partir pour la famille: Fécondité, grossesse et accouchement au Québec (1900-1950),* Québec, Septentrion, 2012.

- MARGUET Laurie, « Les lois sur l'avortement (1975-2013) : une autonomie procréative en trompe-l'œil ? », *La Revue des droits de l'homme,* 5, [En ligne], 2014.

- MARSTON Cicely et CLELAND John « Relationships Between Contraception and Abortion: A Review of the Evidence », *International Family Planning Perspectives*, 29 (1), 2003 : 6-13.

- MARTIN Pierre et Marie-Douce PRIMEAU, « La situation de l'avortement aux États-Unis : le contexte juridique national et les politiques restrictives dans les États », *Notes & Analyses,* 16, Centre d'études et de recherches internationales, 2006.

- MATHIEU Marie et Lucile RUAULT, « Derrière la maternité, le travail re·productif. Revisiter la recherche sur les activités anthroponomiques des femmes », *L'Homme et la Société*, 2017 (à paraître).
- MATHIEU Marie et Lucile RUAULT, « Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale: la classe des femmes sous surveillance », *Politix*, 3 (107), 2014 : 33-59.

- MATHIEU Nicole-Claude, « Paternité biologique, maternité sociale... », in MICHEL Andrée (dir.), *Femmes, sexisme et sociétés*, Paris, PUF, 1977 : 39-48.
- MATHIEU Nicole-Claude, « Homme-culture et femme-nature ? », *L'homme, revue française d'anthropologie*, XIII (3) 1973 : 101-113.

- MAUSS Marcel, « Les techniques du corps », *Journal de Psychologie*, XXXII (3-4), 1935 : 271-293.

- MAZUY Magali, TOULEMON Laurent et Élodie BARIL, « Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété », *Population et Sociétés*, 518, janvier 2015.
- MAZUY Magali, TOULEMON Laurent et Élodie BARIL, « Le nombre d'IVG en France est stable, mais moins de femmes y ont recours », *Population-F,* 69(3), 2014 : 365-398.

- MEDA Dominique, *Le temps des femmes, pour un nouveau partage des rôles,* Paris, Flammarion, 2002.

- MELANÇON Louise, *L'avortement dans une société pluraliste*, Montréal, Éd. Paulines, 1993.

- MEMMI Dominique, *La seconde vie des bébés morts*, Paris, EHESS, 2011.

- MEMMI Dominique, « Stratégies discursives autour de l'interruption volontaire de grossesse », in *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort,* Paris, La Découverte, 2003.

- MICHAUD Jacinthe, « Le mouvement des centres de santé : grandeur et misère de la participation et stratégies politiques de transformation du discours de l'Etat », *Nouvelles pratiques sociales*, 10 (1), 1997 : 97-110.

- MILLAR Wayne J., WADHERA Surinder & Stanley K. HENSHAW, "Repeat Abortions in Canada, 1975-1993"*, Family Planning Perspectives*, 29(1), 1997, 20-24.

- MILLS Sean, « Québécoises deboutte! Le Front de libération des femmes du Québec, le Centre des femmes et le nationalisme », *Mens : revue d'histoire intellectuelle de l'Amérique française,* 4(2), 2004 : 183-210.

- MOGUEROU Laure, BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle et Henri LERIDON, « Les maternités dites tardives en France : enjeu de santé publique ou dissidence sociale ? », *Nouvelles Questions Féministes,* 30 (1), 2011: 12-27.

- MOISY Muriel, « Les IVG chez les mineures : une prise en charge satisfaisante mais une prévention insuffisante », *Revue française des affaires sociales,* 1(1), 2011: 162-198.

- MONGEAU Serge et Renée CLOUTIER, *L'avortement*, Montréal, Éd. du Jour, 1968.

- MORE Caroline, « Sexualité et contraception vues à travers l'action du Mouvement français pour le Planning familial de 1961 à 1967 », *Le Mouvement Social,* 2 (207), 2004 : 75-95.

- MOREAU Caroline, BAJOS Nathalie et Jean BOUYER, « De la confusion de langage à l'oubli : la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale », *Population,* 59 (3), 2004 : 503-518.

- MOREAU Caroline, BOUYER Jean, GILBERT Fabien, Group Cocon, et Nathalie BAJOS, "Social, demographic and situational characteristics associated with inconsistent use of oral contraceptives: evidence from France" *Perspectives on Sexual and Reproductive Health,* 38, 2006 : 190-196.

- MOREAU Caroline, DESFRERES Julie et Nathalie BAJOS, « Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG : analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG », *Revue française des affaires sociales*, 1(1), 2011 : 148-161.

- MOREAU Isabelle, *Parentalité précoce et scolarité : l'effet de la trajectoire parentale sur l'obtention du diplôme*, mémoire de maîtrise de sociologie, Université de Montréal, 2012.

- MORTUREUX Anne, « La place de la parole dans l'entretien pré-IVG », *Laennec,* 58(2), 2010 : 6-17.

- MOSSUZ Janine, « La régulation des naissances : les aspects politiques du débat », *Revue française de science politique*, 16 (5), 1966 : 913-939.

- MOSSUZ-LAVAU Janine, « Le planning familial et les politiques. Cinquante ans d'affrontement », in BARD Christine et Janine MOSSUZ-LAVAU (dir.), *Le Planning Familial, histoire et mémoire*, Rennes, PUR, 2006 : 81-90.

- MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL (MFPF), *Liberté, sexualités, féminisme. 50 ans de combat du Planning pour les droits des femmes*, Paris, La Découverte, 2006.
- MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL (MFPF), *D'une révolte à une lutte : 25 ans d'histoire du planning familial,* Paris, Éd. Tierce, 1982.

- MUEL-DREYFUS Francine, « L'avortement : crime contre l'État » in *Vichy et l'éternel féminin. Contribution à une sociologie politique de l'ordre des corps,* Paris, Seuil, 1996 : 319-327.

- MYTNIK Brigitte, « L'acte effacé. Plaidoyer pour une certaine éthique de l'IVG», *Champ psychosomatique*, 4 (56), 2009 : 23-39.
- MYTNIK Brigitte, *IVG, fécondité et inconscient*, Toulouse, ERES, 2007.

- NAUDIER Delphine, « Les relais culturels du Planning familial (1956-1975), in BARD Christine et Janine MOSSUZ-LAVAU (dir.), *Le Planning Familial, histoire et mémoire*, Rennes, PUR, 2006 : 127-138.

- NI BHROLCHAIN Máire et Éva BEAUJOUA, « En France comme en Grande-Bretagne, l'allongement des études retarde les maternités », *Population et sociétés*, 495, 2012.

- NISAND Israël, LETOMBE Brigitte et Sophie MARINOPOULOS, « La meilleure IVG est celle qu'on peut éviter », *Libération*, 22 mars 2012a.
- NISAND Israël, LETOMBE Brigitte et Sophie MARINOPOULOS, « Faut-il s'inquiéter du recours à l'avortement des jeunes ? Oui ! », *Libération*, 9 mars 2012b.

- NOVAES-BATEMAN Simone, « Les récidivistes », *Revue française de sociologie*, 23 (3), 1982 : 473-485.

- O'LEARY Véronique et Louise TOUPIN, *Québécoises deboutte! Une anthologie de textes du Front de libération des femmes (1969-1971) et du Centre des femmes (1972-1975)*, Montréal, Éd. du remue-ménage, 1982.

- OLIER Lucile, « Présentation du dossier. La prise en charge de l'IVG en France : évolution du droit et réalités d'aujourd'hui », *Revue française des affaires sociales,* 1(1), 2011 : 5-15.

- OLIVIER-FRIGUET Guy, « Les femmes du Nord face à l'avortement (de 1975 à nos jours) », *Revue du Nord*, 63 (250), 1981 : 775-800.

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), Département de la santé génésique, *Unsafe abortion : Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion with a listing of available country data* (WHO/RHT/MSM/97.16), Genève, OMS, 1998.

- PACHE Stéphanie, « Au nom de la santé. La légalisation de la contraception et de l'avortement », communication au colloque « Comment l'État fait-il notre lit ? La régulation des sexualités en Europe», Université libre de Bruxelles, mars 2010.

- PARIS Vincent et Martin BLAIS, « Crises et transformations des liens intimes : réflexion sur le passage de la société traditionnelle à la société moderne », *Dialogue,* 3 (173), 2006 : 125-134.

- PAVARD Bibia, *Si je veux, quand je veux. Contraception et avortement dans la société française (1965-1979)*, Rennes, PUR, 2012a.
- PAVARD Bibia, « *Quand la pratique fait mouvement. La méthode Karman dans les mobilisations pour l'avortement libre et gratuit (1972-1975) »*, *Sociétés contemporaines*, 1 (85), 2012b : 43-63.
- PAVARD Bibia, « Du *Birth Control* au Planning familial (1955-1960) : un transfert militant », *Histoire@Politique,* 3 (18), 2012c : 162-178.
- PAVARD Bibia, « Genre et militantisme dans le Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception. Pratique des avortements (1973-1979) », *Clio. Histoire, femmes et sociétés,* 29, 2009a : 79-96.
- PAVARD Bibia, « Contraception et avortement dans Marie-Claire (1955-1975) : de la méthode des températures à la méthode Karman », *Le Temps des médias,* 1 (12), 2009b : 100-113.
- PAVARD Bibia, « Une "guerre de 20 ans" : les luttes du Planning familial dans *l'Express* et *Le Nouvel Observateur* (1955-1975) », in BARD Christine et Janine MOSSUZ-LAVAU (dir.), *Le Planning Familial, histoire et mémoire*, Rennes, PUR, 2006 : 119-126.

- PAVARD Bibia, ROCHEFORT Florence et ZANCARINI-FOURNEL Michèle, *Les lois Veil. Contraception 1974, IVG 1975,* Paris, Armand Colin, 2012.

- PERREAULT Laura-Julie, «Au Québec, une grossesse sur trois se termine par un avortement », *La Presse*, 12 février 2005.

- PHETERSON Gail, « Grossesse et prostitution. Les femmes sous la tutelle de l'État », *Raisons politiques,* 3 (11), 2003 : 97-116.
- PHETERSON Gail, « Avortement pharmacologique ou chirurgical : les critères sociaux du « choix » », *Cahiers du Genre,* 2 (31), 2001 : 221-247.

- PHETERSON Gail et AZIZE Yamila, « Avortement sécurisé hors la loi dans le nord-est des Caraïbes », *Sociétés contemporaines*, 1 (61)*,* 2006: 19-40.

- PICHE Victor, « L'avortement, ou quand la science sert de paravent à la morale », *Cahiers québécois de démographie*, 4, 1975 : 87-95.

- PICQ Françoise, « Le contrôle des naissances : du néo-malthusianisme au féminisme » in BARD Christine et Janine MOSSUZ-LAVAU (dir.), *Le Planning Familial, histoire et mémoire*, Rennes, PUR, 2006 : 27-32.

- PITTI Laure, « Experts « bruts » et médecins critiques », *Politix,* 3 (91), 2010 : 103-132.

- POIRIER Sylvain, « L'avortement et la liberté de conscience du médecin », *Les Cahiers de droit*, 31 (1), 1990 : 287-305.

- PRATTE André, «Le problème de l'avortement», *La Presse*, 19 février 2005.

- PRAZ Anne-Françoise, MODAK Marianne et Françoise MESSANT, « "Produire des enfants" aujourd'hui : un défi pour l'analyse féministe », *Nouvelles Questions Féministes*, 30, (1), 2011 : 4-10.

- PRIOUX France et Chantal GIRARD, « La fécondité en France et au Québec: des histories contrastées», *Santé, Société et Solidarité*, 2, 2010: 43-50.

- Quelques militantes, « Matières pour une réflexion politique sur l'avortement », in Partisans, *Libération des femmes*, Paris, Maspero, 1972 [1ère éd. 1970] : 34-43.
- Quelques militantes, « L'interdiction de l'avortement : exploitation économique », in Partisans, *Libération des femmes*, Paris, Maspero, 1972 [1ère éd. 1970] : 44-49.

- RAMEAU Pauline, « Pratiques illégales de l'avortement dans les années 68 à Dijon et à Saint-Étienne », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire,* 3 (111), 2011 : 133-146.

- REGNIER LOILIER Arnaud, « La pratique contraceptive en France. Prévalence, méthodes utilisées et implications », in CHARTON Laurence et Joseph Josy LEVY (dir.), *La contraception. Prévalence, prévention et enjeux de société*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2011, 53-55.
- REGNIER-LOILIER Arnaud, *Avoir des enfants en France. Désirs et réalités*, Paris, INED, 2007.

- REGNIER-LOILIER Arnaud et Henri LERIDON, « Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues ? » *Population et Sociétés,* 439*,* 2007.

- RIVET Michèle, « Quelques réflexions sur le droit à l'avortement dans le monde anglo-saxon », *Les Cahiers de droit*, 13(4), 1972 : 591-597.
- RIVET Michèle, « Le Dr Morgentaler devant la Cour d'appel », *Les Cahiers de droit,* 15 (4), 1974 : 889-896.

- RONDOT-MATTAUER Bernadette, *Interruption volontaire de grossesse : la dynamique du sens. Un autre regard dans l'accompagnement psychologique*, Toulouse, ERES, « Enfance et parentalité », 2003.

- ROZEE GOMEZ Virginie, « Les normes de la maternité en France à l'épreuve du recours transnational de l'assistance médicale à la procréation », *Recherches familiales,* 1 (12), 2015 : 43-55.

- ROSSIER Clémentine, « L'avortement non sécurisé reste fréquent dans le monde, mais il est moins souvent fatal », *Population et Sociétés*, 513, 2014.

- ROSSIER Clémentine et Claudine PIRUS, « Évolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002 », *Population*, 1 (62), 2007 : 57-90.

- ROSSIER Clémentine, TOULEMON Laurent et France PRIOUX, « *Évolution du recours à l'interruption volontaire de grossesse en France entre 1990 et 2005 », Population* , 64 (3), 2009 : 495-529.

- ROY Marie-Andrée, « Les femmes, le féminisme et la religion », in LAROUCHE Jean-Marc et Guy MENARD (dir.), *L'étude de la religion au Québec : Bilan et prospective*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2001 : 343-359.

- RUAULT Lucile, *À la santé de ces dames! Penser politiquement un suivi médical : gynécologie et contrôle des corps de femmes*, mémoire de sociologie politique, Université Lille 2, 2011.

- SANSEIGNE Francis, « Le Planning familial face à la loi (1956-1967) : entre arrangements et transformation », *Nouvelles Questions Féministes,* 1 (29), 2010 : 16-31.

- SCHNEGG Céline, « L'avortement médicamenteux : de la technique à l'expérience. La méthode abortive en question », *Nouvelles Questions Féministes, 26* (2), 2007 : 60-72.

- SERVERIN Évelyne, « De l'avortement à l'interruption volontaire de grossesse : l'histoire d'une requalification sociale », *Déviance et société*, 4 (1), 1980 : 1-17.

- SETHNA Christabelle, "The Evolution of the Birth Control Handbook: From Student Peer-Education Manuel to Feminist Self-empowerment Text, 1968-1975", *Canadian Bulletin of Medical History*, 23 (1), 2006 : 89-118.

- SETHNA Christabelle & HEWIT Steve, "Clandestine operations : The Vancouver Women's Caucus, the Abortion Caravan, and the RCMP", *The Canadian Historical Review*, 90 (3), 2009: 463-495.

- SHIVO Sinnika, BAJOS Nathalie, DUCOT Béatrice, KAMINSKI Monique & the COCON Group, 2003, "Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies", *Journal of Epidemiology and Community Health Care*, 57(8) : 601-605.

- SOULAT Catherine et Maud GELLY, « Complications immédiates de l'IVG chirurgicale», *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 65 (2), 2006 : 157-162.

- SYKES Gresham M. & David MATZA, "Techniques of neutralization : a theory of delinquency", *American sociological review*, 22 (6), 1957 : 664-670.

- SPENCER Brenda, « La femme sans sexualité et l'homme irresponsable », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 128, 1999 : 29-33.

- STATISTIQUES CANADA, « Tendances dans l'obtention de diplômes universitaires, de 1992 à 2007», *Questions d'éducation : le point sur l'éducation, l'apprentissage et la formation au Canada*, 6 (5), 2009.
- STATISTIQUE CANADA, « Qualité des données de l'Enquête sur les avortements thérapeutiques », 2004, [En ligne] : http://www.statcan.ca/francais/sdds/document/3209_D4_T2_V2_F.pdf.

- SUTTER Jean, *« Résultats d'une enquête sur l'avortement dans la région parisienne », Population,* 5 (1) : 77-102.

- STRINGRE Didier, *Le service public hospitalier*, Paris, PUF, 2012.

- SZPINER Francis, *Une affaire de femmes*, Balland, 1988 [1ère éd. 1986].

- TABET Paola, « Fertilité naturelle et reproduction forcée » in *La Construction sociale de l'inégalité des sexes. Des outils et des corps*, Paris-Montréal, L'Harmattan, 1998 : 77-128 [in MATHIEU Nicole-Claude, *Arraisonnement des femmes, essais en anthropologie des sexes*, Paris, EHESS, 1985]

- TAMIAN-KUNEGEL Isabelle, *L'avortement et le lien maternel : une autre écoute de l'interruption volontaire de grossesse*, Chronique sociale, 2002.

- TANGUAY Dominique, *L'incidence de la maternité et de la paternité sur la persévérance aux études doctorales*, thèse en sciences de l'orientation, Université de Laval, 2014.

- THEBAUD Françoise, « Les féministes ont-elles "râté" la maternité ? », *Panoramiques,* 40, 1999.

- THIBOUT Lorette [NOBECOURT Laurence], *L'Avortement, 20 ans après. Des femmes témoignent, des hommes aussi*, Paris, Albin Michel, 1995.

- THIERS-VIDAL Léo, *De "l'ennemi principal" aux principaux ennemis : position vécue, subjectivité et conscience masculines de domination*, Paris, L'Harmattan, 2010.

- THOME Cécile, « Articuler désir, plaisir et contraception : un travail genré? », communication à l'université d'été du RéDoc, Brest, juin 2015.

- TOULEMON Laurent, « Entre le premier rapport sexuel et la première union : des jeunesses encore différentes pour les femmes et les hommes, in BAJOS Nathalie et Michel BOZON (dir.), *Enquête sur la sexualité en France*, Paris, La Découverte, 2008: 163-195 .
- TOULEMON Laurent et Henri LERIDON, « Les pratiques contraceptives en France », *La Revue du Praticien*, 45, 1995 : 2395-2400.
- TOULEMON Laurent et Henri LERIDON, *«Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale: contraception, grossesses accidentelles et avortements », Population,* 47(1), 1992 : 1-46.

- TURENNE Martine, «Refus fœtal». *L'actualité*, 1er juin 2005.

- VEIL Simone, « [Témoignage]. La loi du 17 janvier 1975 sur l'interruption volontaire de la grossesse. », *Revue française des affaires sociales,* 1(1), 2011 : 17-21.
- VEIL Simone, *Les hommes aussi s'en souviennent. Une loi pour l'Histoire*, Stock, 2004.
- VEIL Simone, Introduction du discours de Simone Veil du 26 novembre 1974 à l'Assemblée nationale. Discours accessible sur : http://www.ina.fr/contenus-editoriaux/articles-editoriaux/la-loi-veil-sur-l-avortement/

- VELLAY Pierre, *Le vécu de l'avortement*, Paris, Éd. Universitaires, 1972.

- VENNER Fiammetta, *L'opposition à l'avortement: du lobby au commando,* Paris, Berg International Editeurs, 1995a.
- VENNER Fiammetta, « "Hitler a tué seulement six millions de juifs". Sur le discours des adversaires de l'avortement », *Mots*, 44, 1995b : 57-71.

- VENTOLA Cécile, « Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées », *Genre, sexualité & société,* [En ligne], 12, 2014.

- VILAIN Annick, « Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge », *Revue française des affaires sociales,* 1 (1), 2011a : 116-147.
- VILAIN Annick, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009 », *Études et Résultats*, Drees, 765, 2011b.

- VILAIN Annick, « Les interruptions de grossesse en 2005», *Études et Résultats*, Drees, 624, 2008a.
- VILAIN Annick, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2006 », *Études et Résultats*, Drees, 659, 2008b.
- VILAIN Annick, « Les interruptions de grossesse en 2004», *Études et Résultats*, Drees, 522, 2006.
- VILAIN Annick, « Les interruptions de grossesse en 2003», *Études et Résultats*, Drees, 431, 2005.
- VILAIN Annick, « *Les interruptions volontaires de grossesse en 2002 », Études et Résultats*, Drees, *348, 2004.*

- VILAIN Annick, COLLET Marc, et Muriel MOISY, « [Présentation méthodologique]. L'enquête nationale de la DREES sur les femmes ayant eu recours à une IVG en 2007 », *Revue française des affaires sociales,* 1 (1), 2011: 69-85.

- VILAIN Annick, et Marie-Claude MOUQUET, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2010», *Études et résultats*, Drees, 804, 2012.
- VILAIN Annick, et Marie-Claude MOUQUET, *« Les interruptions volontaires de grossesse en 2001 », Études et Résultats*, Drees, 279, 2003.

- VILAIN Annick, MOUQUET Marie-Claude, GONZALEZ Lucie et Nicolas DE RICCARDIS, « Les interruptions volontaires de grossesse en 2011 », *Études et Résultats*, Drees, 843, 2013.

- WEBER Max, *Le savant et le politique*, Paris, Plon, Paris 1959 [1ère éd. 1919].

- WOLTON Dominique*, Le nouvel ordre sexuel,* Paris, Seuil, 1974.

- ZANCARINI-FOURNEL Michelle, « Histoire(s) du MLAC (1973-1975) », *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, 18, 2003 : 241-252.

Annexe 1 : Liste et significations des acronymes employés dans la thèse

ACDA	ASSOCIATION CANADIENNE POUR LE DROIT A L'AVORTEMENT
ANCIC	Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception
ANEA	Association Nationale pour l'Étude de l'Avortement
APFM	ASSOCIATION POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DE MONTREAL
BIG	Bulletin d'interruption de grossesse
CADAC	Coordination des associations pour le droit à l'avortement et à la contraception
CAT	COMITE D'AVORTEMENT THERAPEUTIQUE
CDAC	COALITION POUR LE DROIT A L'AVORTEMENT AU CANADA
CDF	CENTRE DES FEMMES
CDSFM	CENTRE DE SANTE DES FEMMES DE MONTREAL
CIVG	Centre d'interruption volontaire de grossesse
CLSC	CENTRES LOCAUX DE SERVICES COMMUNAUTAIRES
CMS	CENTRE MEDICAL SPECIALISE
CNALG	COORDINATION NATIONALE POUR L'AVORTEMENT LIBRE ET GRATUIT
CPEF	Centres de planification et d'éducation familiale
CPFQ	CENTRE DE PLANIFICATION FAMILIALE DU QUEBEC
CQDALG	COALITION QUEBECOISE POUR LE DROIT A L'AVORTEMENT LIBRE ET GRATUIT
CSF	CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EICCF	Établissements d'information de conseil conjugal et familial
FCALA	FRONT COMMUN POUR L'ABROGATION DES LOIS SUR L'AVORTEMENT
FLFQ	FRONT DE LIBERATION DES FEMMES DU QUEBEC
FPFC	FEDERATION POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DU CANADA
FQPN	FEDERATION DU QUEBEC POUR LE PLANNING DES NAISSANCES
GIS	Groupe information santé
ICIS	INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTE
INED	Institut national d'études démographiques
INPES	Institut national de la prévention et d'éducation pour la santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IMG	Interruption médicale de grossesse (ou Interruption pour motif médical)
IPPF	*INTERNATIONAL PLANNED PARENHOOD FEDERATION*
ITG	Interruption thérapeutique de grossesse
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MLAC	Mouvement pour la liberté de l'avortement et la contraception

MLF	Mouvement de libération des femmes
MFPF	Mouvement français pour le Planning familial
MSSS	*MINISTERE DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX* DU QUEBEC
OCAC	*ONTARIO COALITION FOR ABORTION CLINICS*
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'informations
RAMQ	REGIE D'ASSURANCE MALADIE DU QUEBEC
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SERENA	SERVICE DE REGULATION DES NAISSANCES
SERF	SERVICE EDUCATIF DE REGULATION AU FOYER

Annexe 2 : Lexique sur les différents niveaux d'études en France et au Québec.

- Bac. : Baccalauréat français, marquant la fin du lycée (deuxième cycle du secondaire français) ; le +n signale le nombre d'années d'études accomplies après le Bac.
- BACCALAUREAT : Premier cycle des études universitaires québécoises
- CAP : Certificat d'aptitude professionnelle (Diplôme professionnel français de niveau lycée)
- CEGEP : Collège d'enseignement général et professionnel (établissement québécois d'études collégiales)
- DEA : Diplôme d'études approfondies (équivalent à un Master 2 dans le système français actuel)
- DEC : Diplôme d'études collégiales marquant la fin des études collégiales générales (CEGEP)
- DEP : Diplôme d'études professionnelles marquant la fin des études collégiales professionnelles (CEGEP)
- DESS : Diplôme d'études supérieures spécialisées - Diplôme de spécialisation de niveau MAITRISE (à ne pas confondre ici avec le DESS français)
- Licence : Premier cycle des études universitaires françaises
- MAITRISE : Deuxième cycle des études universitaires québécoises
- Master (ou M2): Deuxième cycle des études universitaires françaises

Annexe 3 : Synthèse générale de la population recrutée

Pseudonymes	Âge (année) lors l'entretien	Niveau d'études au moment de l'entretien* (Discipline)	Profession au moment de l'entretien	Nb d'avortements /naissances vivantes/fausse-couches**	Âge (année) au moment de l'avortement et de la naissance - délai écoulé **	Méthode d'avortement***	Ville de la prise en charge****	Situation affective au moment de l'entretien (durée de la relation) *****
ANDREANNE	31 (2010)	BACCALAUREAT (Sociologie)	Intervenante dans une maison d'hébergement	3 A	27 (2006) – 4ans	Aspi.	MTL	En couple (12ans) Partenaire des 3A
					28 (2007) – 3ans	Aspi.	MTL	
					29 (2008) – 2ans	Aspi.	MTL	
Anne-Sophie	29 (2015)	Bac+3- Licence (Qualité sécurité environnement)	Assistante qualité sécurité environnement en entreprise	2 A	19 (2005) – 10ans	Médic.	PARIS	En couple (8ans) Partenaire de l'A2
					23 (2009) – 6ans	Aspi.	PARIS	
AUDREY	30 (2010)	CEGEP-1DEP (Arts décoratifs) + 1DEC (Théâtre)	Travailleuse autonome (Compagnie de théâtre) Et enseignante contractuelle (Conception et réalisation de costumes)	2 A	24 (2004) – 6ans	Médic.	PARIS	Célibataire
					29 (2009) – 1an	Aspi.	MTL	
CAMILLE	25 (2010)	BACCALAUREAT (Histoire, Culture et sociétés)	Étudiante à la MAITRISE (Travail social) et serveuse	1A	21 (2005) – 5ans	Aspi.	MTL	En couple (5ans) Partenaire de l'A
CARINE	25 (2010)	MAITRISE (Arts)	Adjointe de direction Et Assistante réalisatrice-directrice de production	1A	20 (2005) – 5ans	Aspi.	Québec	En couple (3 ans)
Charlotte	28 (2015)	Bac. + 2	Étudiante en fin de DUT (Diplôme universitaire de technologie)	1A	18 (2005) – 10ans	Médic.	PARIS	En couple (récent)
CLAUDINE	27 (2010)	CEGEP (Technique en interprétation théâtrale)	Comédienne	1A	26 (2008) – 2ans	Aspi.	MTL	En couple (2ans) Partenaire de l'A
CHLOE	29 (2010)	CEGEP - DEC	Travailleuse autonome (Journaliste)	1A	27 (2008) – 2ans	Aspi.	MTL	En couple (6mois)
CYNTHIA	26 (2010)	MAITRISE (Gestion de projet)	Chargée de projet	1A	24 (2008) – 2ans	Aspi.	MTL	Célibataire
DANIELE	30 (2010)	BACCALAUREAT (Sciences infirmières)	Infirmière	1A+1N	26 (2006) – 4ans	Aspi.	MTL	En couple (4ans) Partenaire de l'A
					N 30 (2010)			
DARYA	25 (2010)	BACCALAUREAT (Arts et lettres)	Étudiante à la MAITRISE (Lettres) Et emploi saisonnier d'animatrice	1A	24 (2009) – 1an	Aspi.	MTL	Célibataire

Déborah	28 (2012)	Bac. +5-Master 2 (Droit)	En formation professionnelle	1A+1FC	*FC 21 (2005)* 24 (2008) – 4ans	Médic.	Nice	Célibataire
HANANI	28 (2010)	Diplôme équivalent MAITRISE (Droit notarial)	Notaire	1A	21 (2001) – 9ans	Aspi.	MTL	Célibataire
ELISA	30 (2010)	BACCALAUREAT (Adaptation scolaire et sociale)	Étudiante au BACCALAUREAT (Enseignement) Et intervenante sociale	2A	20 (2000) – 10ans 27 (2007) – 3ans	Aspi. Aspi.	MTL MTL	Célibataire
ELISE	26 (2010)	CEGEP - DEC (Cinéma et communication)	Serveuse Et employée dans l'événementiel Et employée à la technique dans un théâtre	1A	25 (2009) – 1an	Aspi.	MTL	Célibataire
EMELINE	26 (2010)	CEGEP	Étudiante au Certificat (Sciences sociales) Et animatrice et assistante administrative en centre communautaire	2A	20 (2004) – 6ans 24 (2008) – 2ans	Aspi. Aspi.	MTL MTL	En couple (3 ans) Partenaire de l'A2
Hélène	28 (2010)	Bac. +5 (Journalisme)	Journaliste pigiste	1A	21(2003) – 6ans	Médic.	PARIS	En couple (5ans)
Isabelle	27 (2010)	Bac. +4 - Master 1 (Histoire)	Enseignante contractuelle	1A	22 (2005) – 5ans	Médic.	PARIS	En couple (2ans)
JEANNIE	36 (2010)	MAITRISE (Anthropologie)	Étudiante au DOCTORAT	3A+1N	19 (1993) – 17ans 25 (1999) – 11ans 28 (2002) – 8ans *N 34 (2008)*	Aspi. Aspi. Aspi.	MTL MTL St Eustache (Qc)	Célibataire
Jenny	29 (2010)	Bac. +5 –Master 2 (Sociologie)	Assistante scientifique dans une association d'action culturelle (CDD)	1A	29 (2009) – 2mois	Aspi.	PARIS	En couple (3ans et 8 mois) Partenaire de l'A
JOSIANE	28 (2010)	BACCALAUREAT	Étudiante à la MAITRISE Et membre de l'équipe éditoriale dans une maison d'édition	1A+1N	21 (2003) – 7ans *N 25 (2007)*	Aspi.	MTL	Célibataire
JOSEPHINE	23 (2013)	CEGEP - DEC	Étudiante au BACCALAUREAT (Arts) Et agente de service à la clientèle par téléphone	1A	20 (2010) – 3ans	Aspi.	MTL	En couple (2 ans)

JUDITH	22 (2010)	CEGEP - DEC	Étudiante au BACCALAUREAT (Histoire et arts)	1A+1N	18 (2007) – 3ans	Aspi.	MTL	En couple (1an)
					N 19 (2008)			
Julienne	30 (2009)	Bac+5 - DEA (Sociologie)	Étudiante au DOCTORAT (Sociologie) Et chômeuse	1A+1N	*N 25 (2004)*			En couple (6ans) Partenaire de l'A et père de son enfant
					26 (2005) – 4ans	Aspi.	PARIS	
Lila	25 (2014)	Bac.	Étudiante en licence (Psychologie)	2A+1N	19 (2007) – 6ans	Aspi.	MTL	En couple (3ans)
					N 20 (2009)			
					22 (2011) – 3ans	Médic.	PARIS	
Lucie	24 (2012)	Bac. +5 – Master 2 (Droit)	Étudiante en préparation au concours du barreau	1A	22 (2010) – 2ans	Médic.	Nice	En couple (1mois)
MARJOLAINE	30 (2010)	MAITRISE (Communication)	Chargée de projet, conception production numérique	2A+1N	17 (2002) – 8ans	Aspi.	MTL	En couple (15mois)
					25 (2005) – 5ans	Aspi.	MTL	
					N 28 (2008)			
MARIE-ANDREE	25 (2010)	MAITRISE (Sociologie)	Enseignante (contractuelle)	1A	19 (2004) – 6ans	Aspi.	MTL	En couple (1an)
MARIE-JOSE	27 (2010)	MAITRISE (Anthropologie politique)	En recherche d'emploi	1A	24 (2007) – 3ans	Aspi.	MTL	Célibataire
MARUSSIA	31 (2010)	CEGEP (Technique en acupuncture)	Étudiante en DEC (Soins infirmiers)	1A+1N	*N 21 (2000)*		MTL	En couple (2ans)
					27 (2006) – 4ans	Aspi.	MTL	
MARYTHE	35 (2010)	2BACCALAUREATS (Arts visuels et enseignement)	En recherche d'emploi	2A	21 (1996) – 14ans	Aspi.	MTL	En couple (18ans) Partenaire des 2A
					30 (2005) – 5ans	Aspi.	MTL	
MATHILDE	29 (2010)	BACCALAUREAT (Travail social) +1 Certificat (Intervention jeunesse)	Étudiante Certificat (Toxicomanie) Et assistante de recherche	1A+1FC	23 (2004) – 6ans	Aspi.	MTL	En couple (1an)
					FC 23 (2004)			
Mazarine	27 (2009)	2 Bac. +5 – 2 Master 2 : M2 Recherche (Ethnologie) + M2 Professionnel (Sciences de l'éducation)	En recherche d'emploi	3A	18 (2000) – 9ans	Médic.	PARIS	En couple (6mois) Partenaire de l'A3
					25 (2006) – 2ans	Médic.	PARIS	
					27 (2009) – 1 mois et demi	Médic.	PARIS	
MIA	27 (2010)	Technique (Travail social) +cours (Coiffure) + DESS (Développement économique)	Animatrice en environnement	1A	21 (2004) – 6ans	Aspi.	MTL	En relation

Myriam	29 (2013)	Bac.	Hôtesse pour des sociétés	2A	22 (2006) – 7ans	Médic.	PARIS	Célibataire
					29 (2013) – 1 semaine	Aspi.	PARIS	
NOEMIE	28 (2010)	DEC (Éducation spécialisée) + Certificat (Psycho-éducation)	Étudiante au BACCALAUREAT Et Éducatrice spécialisée	1A	22 (2003) – 6ans	Aspi.	MTL	Célibataire
PASCALE	34 (2012)	Post-doctorat (Sciences sociales)	Professeure d'université (Service social)	1A	26 (2005) – 8ans	Aspi.	MTL	En couple (4mois)
Paula	29 (2013)	Bac+5 – Master 2 (Informatique)	Ingénieure	1A	23 (2007) – 2ans	Aspi.	PARIS	Célibataire
RACHEL	33 (2010)	BACCALAUREAT (Travail social)	Travailleuse sociale sans emploi	1A	27 (2004) – 6ans	Aspi.	MTL	Célibataire
REBECCA	35 (2013)	MAITRISE (Orthophonie)	Étudiante au DOCTORAT (Sciences de l'éducation)	1A+1N	25 (2003) – 10ans	Aspi.	MTL	En couple (10 ans) Partenaire de l'A et père de son enfant
					N 34 (2012)			
Sabrina	35 (2010)	Bac+5 –Master 2	Enseignante (contractuelle)	1A	31 (2006) – 4ans	Médic.	Marseille	En couple
SARAH	29 (2010)	CERTIFICAT (Action communautaire)	Étudiante au BACCALAUREAT (Gestion des ressources humaines) Et employée dans l'événementiel (en arrêt maladie)	4A	20 (2001) – 9ans	Aspi.	MTL	En couple (3 ans) Partenaire de l'A3 et de l'A4
					23 (2004) – 6ans	Aspi.	MTL	
					27 (2008) – 2ans	Aspi.	MTL	
					28 (2009) – 1ans	Aspi.	MTL	
Séline	32 (2015)	Bac. +3 - Licence (Lettres) +formation professionnelle (Enseignement de la danse)	Serveuse Et professeure de danse	4A	19 (2002) – 13ans	Médic.	Biarritz	Célibataire
					22 (2005) – 10ans	Médic.	Biarritz	
					29 (2012) – 3ans	Aspi.	Biarritz	
					32 (2015) – moins d'un an	Médic.	Biarritz	
Stéphanie	28 (2015)	Bac. + CAP (Esthétique)	Serveuse	1A	21 (2007) – 7ans	Médic.	PARIS	Célibataire
Vanessa	27 (2015)	Bac+5 – Master 2 (Histoire de l'art)	Guide touristique Et serveuse	1A	25 (2013) – 2ans	Médic.	PARIS	En couple (6 ans)

* Cf. Annexe 2 : Lexique quant aux différents niveaux d'études en France et au Québec
** A : Avortement ; N : Naissance ; FC : Fausse-couche
*** Aspi. : Avortement réalisé par aspiration ; Médic. : Avortement réalisé par médicaments
**** MTL : Montréal ; Qc : Province du Québec
***** A1, A2, A3, A4 : signale le rang de l'avortement quand la femme a avorté plusieurs fois
2A, 3A, 4A : signale le nombre des avortements

Annexe 4 : Le guide d'entretien.

- Cette recherche a pour objectif de comparer les conditions dans lesquelles les femmes avortent à Paris et à Montréal.
- Je fais cette recherche dans le cadre d'une thèse de sociologie.
- Elle se basera sur une cinquantaine d'entretiens avec des femmes ayant avorté dans les dix dernières années.
- Je tiens à te rappeler que :
    - Tu peux te retirer de l'étude à n'importe quel moment.
    - Un exemplaire de ma thèse sera mis à ta disposition à la bibliothèque de l'université (UQÀM ou Université Paris 8)
    - Tu recevras à la fin de cette recherche une synthèse succincte des résultats obtenus, par le mode de diffusion que tu désireras (Déterminer à ce moment-là, le mode choisi)
    - Je vais enregistrer cet entretien à l'aide d'un dictaphone, mais l'ensemble des données sera traité de manière à t'assurer anonymat et confidentialité.
    - Toute donnée risquant de permettre l'identification sera masquée et les noms seront remplacés par des pseudonymes.
    - Cet entretien va durer environ 1h30.

C'est bon pour toi ?

Je vais enclencher le dictaphone.

J'aurai juste besoin que tu me dises au début de cet entretien que tu acceptes d'être enregistrée et de participer à cette recherche.

1. Pourrais-tu s'il te plait me raconter ton avortement ?

a. **Est-ce que cela t'est apparu compliqué d'obtenir un avortement ?**

b. Si oui : **Peux-tu me raconter les difficultés que tu as rencontré pour avoir ton avortement ?**

c. **Qu'est-ce qui t'es apparu primordial ?**

Première démarche	
Premier interlocuteur	
Identification dans les démarches des lieux de prise en charge	
Déroulement des démarches	
Délai d'attente et stade de la grossesse	
Entretien psycho-social en amont	
Choix du lieu de l'intervention	
Difficultés éventuelles – déplacements, voyages…	
Dimension financière	
Accueil par les personnels médicaux et paramédicaux	
Description des conditions de l'avortement	
Méthode d'avortement	
Modalité de gestion de la douleur	
Echographie (nombre et type)	
Vécu général de la situation et de l'avortement	
Accompagnant·e	
Soutien de l'entourage	
Autres IVG	

2. Peux-tu me raconter quand est-ce que tu as pris la décision d'avorter ?

a. Comment as-tu pris cette décision ?

b. Si pas abordé : Est-ce que cela a été pour toi une décision difficile à prendre ? Pourquoi ? En quoi cela a été une décision difficile à prendre ?

Processus décisionnel	
Implication du partenaire dans la décision	
Processus de décision – hésitation éventuelle	
Pour les autres IVG	
Contexte normatif	
Opinion personnelle sur l'avortement avant la survenue de la grossesse	
Attitudes et opinions de l'entourage (familial, amical) vis-à-vis de l'avortement	
Possibilité de trouver des confidents – premier·e confident·e	
Connaissance de personnes ayant déjà avorté	

3. Comment selon toi est survenue cette grossesse?

Circonstances de la survenue de la grossesse	
Contraception utilisée	
Implication du partenaire dans la contraception	
Explication de « l'échec »	
Conscience du risque de grossesse au moment du rapport qui a donné lieu à la grossesse	
Situation affective	
Situation familiale	
Situation professionnelle	
Situation matérielle et financière	
Relation de couple	
Existence d'un projet d'enfant	
Biographie contraceptive	
Expérience de la contraception depuis le début de la vie sexuelle	
Lieux d'information sur la contraception	
Possibilité d'une parole sur la sexualité ou/et la contraception - Dans la famille - À l'école - Avec le(s) partenaire(s)	
Méthode de contraception actuelle	
Rôle du prescripteur dans le choix	
Jugement global sur les techniques contraceptives Comparaison des bénéfices et inconvénients des différentes méthodes	
Contraception idéale	
Recours à la contraception d'urgence (pilule du lendemain/Plan B)	

4. a. Comment as-tu vécu cet avortement ?

b. Quel impact cet avortement a eu sur ta vie à l'époque ?

Changement dans sa vie affective	
Changement dans sa vie sexuelle	
Changement quant au mode de contraception employé	
Changement quant au rapport à la contraception	
Changement quant à l'implication du partenaire dans la contraception	
Changement du niveau d'information sur l'avortement	
Changement d'opinions, d'attitude à propos de l'avortement	
Entretien post-avortement	

c. Est-ce que tu as l'impression que cela a un impact sur ta vie aujourd'hui ?

Changement dans sa vie affective	
Changement dans sa vie sexuelle	
Changement quant au mode de contraception employé	
Changement quant au rapport à la contraception	
Changement quant à l'implication du partenaire dans la contraception	
Changement du niveau d'information sur l'avortement	
Changement d'opinions, d'attitude quant à l'avortement	
Entretien post-avortement	
Est-ce que tu te souviens de la dernière fois que tu y as pensé ? (contexte, affects)	
Est-ce que tu te souviens de la dernière fois que tu en as parlé ? (contexte, interlocuteurs, affects)	
Fréquence à laquelle elle y pense/elle en parle	

5. Qu'est-ce que tu penses aujourd'hui de l'avortement ?

6. On s'est rendu compte que l'avortement pouvait avoir une place dans les itinéraires des femmes. Nous allons, si tu le veux bien, reprendre ensemble ton itinéraire étudiant-professionnel, mais aussi familial et sentimental.

7. Données socio-démographiques

Âge au moment de l'entretien	
Année de l'avortement (délai écoulé depuis l'avortement)	
Niveau d'études au moment de l'avortement	
Niveau d'études au moment de l'entretien	
Profession au moment de l'avortement	
Profession au moment de l'entretien	
Profession des parents	
Âge des parents	
Nombre de frères et sœurs	
Âge des frères et sœurs	
Religion	
Antécédents de grossesse avant l'avortement (IVG, FC, GEU, naissances vivantes)	
Situation familiale/conjugale au moment de l'avortement	
Grossesse depuis l'avortement (IVG, FC, GEU, naissances vivantes)	
Âge du partenaire au moment de l'avortement	
Niveau d'études et profession du partenaire au moment de l'avortement	
Âges et professions des parents du partenaire au moment de l'avortement	
Nombre de frères et sœurs du partenaire au moment de l'avortement	
Âge des frères et sœurs du partenaire au moment de l'avortement	
Durée du couple au moment de l'avortement	
Durée totale du couple	
Situation familiale/conjugale actuelle	
Âge du partenaire actuel	
Niveau d'études et profession du partenaire actuel	
Âges et professions des parents du partenaire actuel	
Nombre de frères et sœurs du partenaire actuel	
Âge des frères et sœurs du partenaire actuel	
Durée du couple actuel	

8. Période de discussion ouverte (est-ce qu'elle a des souvenirs qui lui reviennent en particulier de cette période-là ? Des éléments qui n'ont pas été évoqués ? Des questions à me poser ?)

RESUME/ ABSTRACT

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.

À partir d'une enquête qualitative menée auprès de femmes ayant avorté dans les dix dernières années en France et au Québec, cette recherche met en évidence la norme contraceptive dans ces deux sociétés et révèle l'opposition forte faite par l'ensemble des femmes – et même celles qui avortent plusieurs fois – entre les « bonnes » pratiques en matière de contrôle des naissances – la contraception – et la « mauvaise » pratique – l'avortement. Bien qu'il soit une donnée structurelle des trajectoires reproductives des femmes, une pratique aujourd'hui sans risque pour leur santé et un acte ordinaire lorsqu'on le défait de la charge morale qui lui est associé, l'IVG continue d'être l'objet d'un ensemble de représentations sociales stigmatisantes. Aussi, l'analyse des expériences des femmes rend compte de l'ensemble des éléments qui teintent le vécu d'une ou de plusieurs interruptions de grossesse. Si la décision d'avorter est une évidence pour l'ensemble des femmes, lorsqu'elles sont impliquées dans des activités concurrentes (études, carrière ou élevage et allaitement d'un enfant en bas âge), elle peut devenir plus difficile lorsqu'elle correspond au refus de leur partenaire d'investir un projet parental qu'elles portent seules. Enfin, la mise en perspective des modalités de la prise en charge énoncée par les femmes à Paris et à Montréal, révèle les nombreux obstacles qui peuvent rendre cet épisode plus compliqué voire douloureux, témoignant des réticences dans ces deux sociétés à penser cette pratique comme un acte ordinaire de planification des naissances relevant principalement du champ de la santé.

Mots clés : Avortement – Norme contraceptive – Norme procréative – Rapports sociaux de sexe – Division sexuée du travail.

Behind abortion, the social frameworks of women's autonomy. Maternity refusal, sexualities and women's lives under control. A France - Quebec comparison.

Based on a sociological survey about women who had an abortion during the last ten years in France and Quebec, this research reveals the weight of contraceptive norm in both societies, especially the strong opposition that all women make – even those who aborted several times – between "good" birth control practices (contraception) and "bad" ones (abortion). Abortion is a structural element of women's reproductive trajectories, that is to say without today risk to their health; moreover, it is an ordinary act when the moral burden that is currently associated with is defeated. Nevertheless, termination of pregnancy continues to be subject to a set of social representations which still stigmatize it. That's why the analysis of women's experiences accounts for the set of elements that influence the experience of one or more abortions. Even if the decision to abort is obvious to all women, especially as they are involved in competing activities (education, career or breeding and feeding of a child), it can become more difficult when it corresponds to the partner's refusal to invest a parental project women thus carry up alone. Finally, by putting into perspective the terms of the support that women receive in Paris and Montreal, the thesis reveals the numerous obstacles that can make abortion a more complicated or painful episode. These impediments show the reluctance of both societies to think this practice as an ordinary act of birth planning that falls mainly within the health field.

Keywords: Abortion –Contraceptive norm – Reproductive norm – Gender – Sexual division of labor.