



HAL
open science

Le renouveau des luttes définitionnelles de la juridiction des sages-femmes au prisme des recompositions des politiques de prise en charge de l'IVG

Myriam Borel

► **To cite this version:**

Myriam Borel. Le renouveau des luttes définitionnelles de la juridiction des sages-femmes au prisme des recompositions des politiques de prise en charge de l'IVG. Sociologie. Université Bourgogne Franche-Comté, 2023. Français. NNT : 2023UBFCH004 . tel-04352665

HAL Id: tel-04352665

<https://theses.hal.science/tel-04352665>

Submitted on 19 Dec 2023

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.

**THESE DE DOCTORAT DE L'ETABLISSEMENT UNIVERSITE BOURGOGNE FRANCHE-COMTE
PREPAREE A L'UNIVERSITE DE BOURGOGNE**

École doctorale

Sociétés, Espaces, Pratiques, Temps (SEPT)

Doctorat de Sociologie

Par

Myriam BOREL

**LE RENOUVEAU DES LUTTES DEFINITIONNELLES
DE LA JURIDICTION DES SAGES-FEMMES
AU PRISME DES RECOMPOSITIONS DES
POLITIQUES DE PRISE EN CHARGE DE L'IVG**

Thèse présentée et soutenue à Dijon, le 7 février 2023

Composition du Jury :

Jean-Christophe MARCEL	Professeur de sociologie, Université de Bourgogne,	Directeur de la thèse
Christine DETREZ	Professeure de sociologie, ENS de Lyon,	Présidente
Charles GADÉA	Professeur de sociologie émérite, Université de Paris-X Nanterre,	Rapporteur
Laure BÉRÉNI	Directrice de recherche, Centre Maurice Halbwachs (CNRS) ENS	Rapporteure
Fabrice CAHEN	Chargé de recherche Institut National d'Etudes Démographiques	Membre du jury

REMERCIEMENTS

Je suis reconnaissante à l'égard de Charles Gadéa, Laure Béréni, Christine Detrez, Fabrice Cahen pour avoir accepté de faire partie du jury et de discuter cette thèse.

Je remercie vivement Jean-Christophe Marcel, pour la précieuse qualité de son encadrement durant ce travail de recherche. Vous aviez annoncé que vous vous monteriez « libéral » dans votre manière de veiller au déroulement de ma recherche, et tenu cette promesse inaugurale : vous m'avez laissé l'entière liberté d'inventer mon cheminement, jusque dans ses errances que vous saviez aussi formatrices. Vous étiez là à mes retours, pour me donner un nouvel élan, et glissiez discrètement un petit conseil « pour la route », entendu plusieurs kilomètres plus loin, très utile le moment venu. Merci.

J'adresse un immense merci à toutes les personnes qui ont facilité la progression de mon enquête. Florence, Dr. T et toute son équipe : vous êtes formidables. J'aimais déjà profondément votre campagne difficilement accessible en hiver. Depuis que je sais votre engagement derrière les murs de votre établissement, je l'aime plus encore. Merci à Thérèse pour sa confiance ; merci à Naïma, très déçue de ne pas figurer davantage dans cette recherche (maintenant tu comptes parmi mes amies, c'est mieux encore). Merci à Valérie pour la collaboration. Merci évidemment à toutes les sages-femmes de l'ANSFO pour leur ouverture, leur générosité et leur combat. Je vous suis reconnaissante. Merci à toutes les personnes croisées de près ou de loin au Planning Familial, bénévoles et salariées : pour l'énergie, le travail de terrain, la ténacité. Pour le mordant aussi, parce que ça bouscule, la démocratie participative et la « déconstruction ». Je ne me doutais pas que je ferai tout ce chemin en poussant la porte de l'association départementale la première fois. Merci à Claire pour le langage fleuri. J'ai tellement regretté ton départ. Celui d'Anne R., aussi. Merci aux filles pour les épreuves surmontées. Je suis tellement heureuse d'avoir contribué au recrutement d'Elisa : tu as tout changé ! Merci Tarja. Merci Zoé pour les remplacements. Merci Marie-Laure, Anne B., Carine, Dom', Sandra, Florence, Corentin. Merci à tous.tes pour la fameuse affiche du 8 mars. Merci à l'équipe de l'autre AD régionale, pour la formation, et pardon pour la défection, j'avais présumé de mes forces pendant cette recherche. Vivement la fédération. Merci à la Confédération évidemment pour la socialisation à la politique, l'intersectionnalité, les débats contradictoires et l'apprentissage des enjeux de la gouvernance. Et bien sûr, merci aux luttes féministes.

Dans le champ académique, je tiens aussi à remercier Michèle Dion qui, la première, m'a ouvert la porte de la sociologie, puis celles de l'Observatoire Régional de Santé. Florent Schepens pour l'accompagnement de mon master I ; Georges Ubbiali, Mathieu Gateau, avec qui j'ai traversé cette recherche sur les formes et les enjeux de la densification urbaine. Merci pour ta/votre confiance

(puisque nous n'avons jamais réussi à trancher complètement la question du territoire de la camaraderie). Je garde un souvenir très agréable du soutien que nous nous sommes apportés. Nous travaillions sous le regard précis et amusé de Francis Aubert. Merci pour cette exigence jusque dans la réflexivité. Merci aussi à Dany Lapostolle qui s'empare des outils théoriques et du langage avec une même puissance décapante. Merci pour la hauteur de vue qui ne s'embarrasse pas de complaisance. Merci aussi à Eric Doidy, pour l'apprentissage « pragmatique » de la distance. Merci à l'INRAE pour son accueil : l'avortement n'est pas, dans la sociologie des transformations de l'agriculture, un objet du travail qui fasse sens. J'ai appris l'intérêt des déplacements axiologiques dans une démarche scientifique. Et l'aide matérielle qui m'a été apportée a été foncièrement importante. Elle m'a permis d'autres déplacements. J'ai beaucoup ri, aussi (merci Philippe et Guillaume). C'est dans ces bureaux que j'ai rencontré Pierre Pasdermajian, dans cette épopée de la recherche sur la filière équine. Tu m'as ouvert les portes d'un monde totalement inconnu – jusqu'à celles du Sénat ! Je regrette, happée par les nécessités du travail, de n'avoir pu prendre en notes ce que tu disais (à part « *Il chauffe, le client* », pour parler du soleil, mais ça n'est pas le plus étonnant). Traverser ces mondes du cheval avec toi, c'était comme cheminer aux côtés d'un personnage de conte merveilleux, crachant fleurs, perles et crapauds à chaque parole – façon Audiard, les perles. Tu n'as ta place dans aucune littérature. Pourtant tu es à toi tout seul un état de l'art. Même un roman d'espionnage n'épuiserait pas le mystère.

J'ai le souvenir de ces jours où tu rédigeais ta thèse de littérature espagnole, Emilie. C'est toi qui m'as appris combien cette épreuve transforme de l'intérieur. Merci aussi à Isabelle, tu as été la première à me donner envie de me frotter à la sociologie, il y a presque trente ans. Nos discussions bouscullaient mes prénotions, elles continuent aujourd'hui, et demain encore. Merci aussi à Marine pour l'énergie déployée avec passion pendant tout le temps à Radio Campus. Tu me manques, mais je sais que tu déploies ailleurs ton énergie. Tu as toujours su te montrer créative avec la colère sociale.

Parmi toutes celles qui m'ont aidée pendant cette période : un immense merci à Noémie Aulombard-Arnaud pour l'auto-mariage, la fougue herméneutique, la lutte contre le validisme, la tendresse, la réactivité, les projets, et le coup (de pied) de dernière minute, sans quoi j'aurais flanché. Merci à Lucile Girard pour tous nos échanges structurants sur un plan théorique, organisationnel, éthique et politique. Professionnel, maintenant, et depuis le début, amical. Merci à Rachel Vanneville pour ton « *bravo, super annexe !* » qui restera en mémoire (mais pas dans ces pages).

Je remercie également toute l'équipe de l'Expérimentarium, et plus particulièrement Lionel Maillot, Coralie Biguzzi et Robin Drieu pour leur conviction profonde que tous les travaux de recherche peuvent se partager avec tous les publics. Et, puisque l'intime est politique, nous avons à cœur de ne pas construire une sorte de muraille de précautions oratoires pour parler, à propos de

l'avortement, de délais, de techniques, de rapports de pouvoir au sein des professions médicales, de droit et de morale. Ainsi, avec vous, j'ai par exemple eu la joie d'échanger avec des femmes venues du Portugal il y a plus de 60 ans dans un parc à Autun, comme avec des groupes de garçons de 13 ans sur les fauteuils d'un CDI à Chalon-sur-Saône. Les unes repartaient heureuses de cette occasion qui leur avait été donnée d'évoquer, au cours d'une promenade, les difficultés qu'elles avaient eues, jeunes femmes, pour affirmer leurs libertés sur le terrain de la sexualité ; un autre prenait congé en me faisant la promesse, soudain extrêmement sérieux, de contribuer plus tard à éviter aux femmes l'effroi de ne pas trouver de réponse à leur demande d'avortement, lui qui semblait n'avoir encore jamais parlé de sexe avec ses copains sans quitter le masque de la fanfaronnade pudique.

A TOUTE l'équipe de l'Observatoire Régional de Santé Bourgogne Franche-Comté : un immense merci. Vous vous êtes tous.tes mobilisé.e.s pour me soutenir dans ce travail. Merci à Cynthia Morgny d'abord : je n'oublierai pas les aménagements du temps de travail permis pour laisser de la place à la maturation et éviter la surcharge cognitive. J'étais vraiment au bord de perdre pied quand tu m'as autorisée à ne pas aller faire cet entretien trop éprouvant. Merci Caroline Bonnet pour ton apport statistique à cette thèse, et ta « force tranquille » (en particulier pour les blagues). Merci mille fois aussi à Christine Fiet pour l'aide aux dernières étapes si pénibles de la mise en page : sans toi je ne sais pas comment j'aurais trouvé le temps de terminer. Merci à Aurore Petigny pour la conduite à Auxerre et la reprise en main d'une partie du travail sur les contrats locaux de santé. On évoque souvent tous ces petits gestes pour la santé environnementale, toutes les deux. Le tien a été « favorable à ma santé mentale ». J'espère que tu l'auras, ton vélo cargo. Merci à Maylis Sposito-Tourier pour les rigolades, l'amour des chiens, le tapis de jeu, l'échappée belle sur la plage à Saint-Malo (hou hou !!!). Vivement qu'on fasse la peau à Mme Jacotte. Merci à Bérénice Lambert pour la loutre au regard pas commode : un talisman contre l'absurde. Merci à Camille Filonczuk pour l'embellissement de notre travail, merci à Kristell Hainry pour le support en douceur. Merci bien sûr à Tony Foglia, pour tout ce qui est intempestif, le covoiturage, la musique, la représentation de la paternité, « la santé pub' », les rires et la colère aussi. Dans cette équipe j'ai fait deux belles rencontres : Camille Gelin et Alice Vabre, stagiaires de santé publique. Ah, la belle médecine qui se dessine grâce à vous qui apportez votre ouverture, votre appétit de connaître et d'en découdre avec les inégalités. On me dit aisément enthousiaste. Mais ce sont des rencontres comme les vôtres qui nourrissent mon enthousiasme.

J'aimerais remercier aussi un certain nombre de personnes sans qui ces années de recherche auraient été plus âpres. Merci donc à tout le gang des tricoteuses : pour les arbres (réels et ceux de Noël), les flocons et mandalas, les têtes de mort, vous êtes toujours partantes, vous êtes inventives, vous êtes drôles, j'ai de la chance de vous avoir près de moi, Annick, Ludivine, Marie et Pauline. On

n'épuisera pas notre stock : il ne cesse de se renouveler. Plus lointainement : merci à Anne pour l'impro punk : aussi inépuisable. Merci Marion : on ne se connaît pas et pourtant tu réponds à chaque sollicitation. Merci Triscote – grâce à vous je réinvente les voyages. Merci Mathilde pour l'apprentissage du filage : des portes s'ouvrent ! Merci à « Isa », pour les cours de bike, Pilates, running, plus intenses qu'en salle, plus aidants dans la lutte contre « le rétrécissement du champ mental ». Et plus étonnant aussi. Merci à Chloris, tu fais l'éloge du carburateur maintenant, après celui de l'éthique, du féminisme trans-tout, des cordes et des petits chats.

Je ne peux pas remercier en quelques mots tous.les ceux de ma famille si proches : mes parents Jean-Louis et Odile Borel, ma sœur Juliette, mes cousin.e.s (les vrai.e.s) mais aussi la fausse, Nathalie. Merci à la famille de Patrick, merci à Ysaline, ma filleule. Je vous aime. Une pensée très tendre aussi pour Yanaëlle, si loin si proche : j'ai commencé ma recherche en allant te voir à Atlanta, retournerai-je te voir maintenant que je termine ? Là non plus, on n'épuisera jamais notre stock.

Merci à tous.les les copain.e.s et ami.e.s que j'ai perdu.e.s de vue ces derniers temps. J'ai tellement hâte de vous retrouver.

Avec une pensée pour Bruno Latour, merci à quelques non-humains de mon entour : Nouchka, chienne de feu entrée dans ma vie comme une balle en plein cœur. Depuis deux ans, tu m'as appris la paix pendant la promenade (enfin... pas toujours, bourrique !). Merci à toutes mes aiguilles à tricoter pour les torsades, le jacquard islandais, les dentelles, les « german short rows » et la créativité à l'infini. Sans elles, l'usage du temps n'aurait pas été le même. Non pas celui de la chronologie : là j'en ai peut-être perdu. Mais celui, circulaire, de l'élaboration lente. Merci à ma chimère, aussi énorme que ce travail, en laine feutrée. Elle est effrayante, composite, elle m'a valu des doutes, mais j'en suis fière.

Enfin, merci à toi, Patrick Girod. J'irai « TO THE POINT » : c'est difficile de vivre avec quelqu'un qui rédige une thèse . Je te remercie d'avoir supporté et attendu. Merci pour ta confiance, merci d'avoir été là et pour tout ce que tu as fait pour me permettre de poursuivre mes efforts. Nous faisons partie de ces privilégié.e.s qui ont pu être heureux ensemble pendant le confinement. Nous savons aimer l'intimité et l'éloignement. J'aime quand tu apportes ta patte à ce que je crée. C'est ce que nous partageons de plus cher : depuis plus de vingt ans, l'envie d'essayer et de découvrir.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	20
A. CONTEXTE D’ELABORATION DE LA PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE... 	20
B. ETAT DE L’ART SUR L’OBJET DE NOTRE RECHERCHE	23
I. Sur le « problème public de l’IVG ».....	23
II. Sur le groupe professionnel des sages-femmes	28
C. CADRE THÉORIQUE.....	29
I. La sociohistoire et la sociologie des groupes professionnels	29
II. La sociologie des mouvements sociaux et la sociologie du genre : l’IVG comme objet emblématique des luttes féministes dans « l’espace de la cause des femmes »	31
III. La sociologie de l’action publique.....	33
D. PROBLEMATISATION ET PLAN ADOPTE	34
I. La construction de l’objet de la recherche et sa problématisation.....	34
II. Plan adopté.....	36
1^{ère} PARTIE : MÉTHODOLOGIE	41
A. RECIT D’ENQUÊTE : UNE DEMARCHE PAR TÂTONNEMENTS.....	42
I. L’approche quantitative de la prise en charge de l’IVG en région.....	42
1. Données épidémiologiques et données relatives à l’activité des structures de soin et des professionnels dans le champ de l’orthogénie	42
2. Dépasser le territoire défini contractuellement pour l’enquête.....	43
II. Négocier l’entrée sur un terrain controversé.....	45
1. Le souhait d’observer l’activité d’orthogénie au bloc opératoire	45
2. L’impossibilité d’accéder au bloc opératoire	48
3. Le difficile accès aux services d’orthogénie.....	49
4. Le travail de verrouillage de la parole des professionnel.le.s de l’orthogénie.....	54
B. APPROCHE EMPIRIQUE PAR HYBRIDATION DES METHODES DE RECUEIL DU MATERIEL DE L’ENQUETE	56
I. L’approche par entretiens semi-directifs	57
1. Des modes d’accès aux enquêté.es significatifs des enjeux de recomposition des politiques de santé en matière d’orthogénie	57
2. Contenu de la grille d’entretien	58
3. Le corpus des enquêté.e.s	62
II. L’approche par observations de différentes arènes de l’orthogénie	63
1. Observer les interactions et pratiques professionnelles dans un désert médical : le Centre Périnatal de proximité de D2	64
2. Observer des arènes professionnelles	68
III. L’observation des arènes militantes féministes dans l’espace de la cause de l’IVG.....	77

1.	L'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO).....	78
2.	L'engagement au Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF).....	80
IV.	Analyse d'un corpus de débats parlementaires.....	83
C.	ENJEUX ÉPISTEMIQUES DE LA DÉMARCHE D'ENQUÊTE.....	85
I.	La gestion de la pluralité des relations d'enquête dans un espace polarisé.....	85
II.	L'influence des lignes de partage de l'espace de la cause de l'IVG sur la construction de l'objet de recherche.....	87
1.	Les porteurs du projet et attentes relatives à la commande institutionnelle.....	87
2.	Taire son engagement féministe.....	89
3.	La réception de l'enquête sociologique chez les enquêté.es : des attentes socialement situées..	93
2^{ème}	PARTIE : LA CULTURE DU PROBLEME PUBLIC DE L'IVG.....	95
CHAPITRE I.	L'état des savoirs sur l'IVG.....	98
A.	ORGANISATION SOCIALE DE LA CONNAISSANCE SUR L'IVG.....	99
I.	Les sources des données sur l'IVG.....	99
1.	La production primaire des données sur l'IVG : un rôle de l'institution médicale.....	100
2.	La production secondaire des données sur l'IVG.....	103
B.	ORGANISATION CULTURELLE DE LA CONNAISSANCE SUR L'IVG.....	106
I.	La grammaire de l'ordre cognitif dans la production des savoirs sur l'IVG.....	106
1.	Les catégories usitées dans la rhétorique autour de l'IVG.....	107
2.	Typologie des IVG.....	113
3.	La mise à l'écart de cadres alternatifs d'explication au problème public de l'IVG.....	121
	Conclusion.....	133
CHAPITRE II.	Evolution de l'offre de soins en matière d'orthogénie.....	135
A.	UNE POLITIQUE GLOBALE DE REGROUPEMENT ET DE CONCENTRATION RELATIVE AU SYSTÈME HOSPITALIER.....	136
I.	Augmentation des hospitalisations partielles.....	137
II.	La restructuration des maternités.....	139
1.	Les plans périnatalité.....	139
B.	UN MOUVEMENT DE CONCENTRATION DE L'ACTIVITÉ D'IVG.....	141
I.	Diminution du nombre d'établissements pratiquant des IVG.....	142
II.	Désengagement du secteur privé dans l'activité d'IVG.....	143
III.	Le dispositif médicamenteux, vecteur des transformations de la division du travail abortif	144
1.	L'activité d'IVG hors établissement de santé.....	144
2.	Le déploiement de l'activité d'IVG médicamenteuse en libéral.....	146
IV.	Un accès inégal aux soins en matière d'IVG.....	147
1.	Des disparités régionales dans le déploiement de l'offre d'IVG.....	147
2.	Un accès inégal à l'IVG aux âges gestationnels précoces.....	150
3.	Le resserrement du choix de la technique d'avortement pour les femmes.....	150

4.	Le lent déploiement de la téléconsultation en France.....	153
5.	L'assise encore fragile de l'activité d'IVG dans l'organisation du système de soins	155
6.	Une activité médicale qui demeure financièrement dévalorisée	160
	Conclusion.....	163
	CHAPITRE III. Évolutions de la législation sur l'IVG et impact sur la culture du problème public.....	165
	A. PROCEDURE ABORTIVE COMME DEROGATION LEGALE	170
I.	La construction du compromis de la loi Veil en 1975	170
II.	Les éléments du compromis de la loi Veil.....	171
III.	L'effectivité du droit en question.....	172
	B. VERS UN PROCESSUS DE « PHYSIOLOGISATION » DE L'IVG ?	173
I.	La reconnaissance progressive du choix d'avorter comme décision libre.....	173
1.	L'allègement du caractère dissuasif de l'entretien psychosocial.....	174
2.	Controverses sur la notion de « détresse ».....	179
3.	La reconnaissance de l'autonomie décisionnelle des mineures.....	185
4.	La suppression du délai de réflexion	186
II.	L'appréciation des facteurs économiques et sociaux de la demande d'IVG	187
III.	Déplacements opérés dans les modalités de résolution d'un conflit entre deux systèmes de normes : la morale et le droit	191
1.	Le délit d'entrave à l'IVG	191
2.	La clause de conscience.....	194
3.	L'allongement des délais.....	201
4.	Le répertoire de personnages et des lieux communs du drame public des IVG tardives	204
IV.	Vers une normalisation de l'activité d'IVG dans le système de soins.....	206
1.	L'accès à l'IVG pendant la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID 19	206
2.	L'épidémie de Covid-19 comme « fenêtre d'opportunité » pour une remise à l'agenda politique de la question de l'amélioration de l'effectivité du droit à l'IVG	208
3.	La recherche d'optimisation du dispositif médicamenteux dans les essais cliniques.....	209
4.	L'évolution des représentations sociales du geste médical abortif.....	210
5.	La consécration de l'obligation de service public hospitalier.....	214
	Conclusion.....	215
	3^{ème} PARTIE : L'INSTITUTION DU GROUPE PROFESSIONNEL ET L'EXCLUSION DE L'AVORTEMENT DANS LA DÉFINITION DES OBJETS DU TRAVAIL MÉDICAL	218
	A. EXERCICE DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS : L'ÈRE PRÉ-PROFESSIONNELLE.....	220
I.	Les matrones	220
II.	Les maîtresses sages-femmes	221
	B. INSTITUTION DU CORPS PROFESSIONNEL DES SAGES-FEMMES	222
I.	La loi du 19 ventôse an XI : un premier pas vers la définition de la compétence	222

1.	Le contrôle de l'accès à la profession.....	222
2.	La définition des savoirs légitimes	224
II.	La loi du 30 novembre 1892 circonscrit la compétence au champ du physiologique	225
C.	ENRÔLEMENT DE LA PROFESSION DE SAGES-FEMMES DANS L'ENTREPRISE DE LUTTE CONTRE L'AVORTEMENT	230
I.	L'impossible qualification de l'avortement, aux frontières du pathologique et du physiologique.....	231
II.	L'imputation de la responsabilité causale aux sages-femmes	233
III.	Débats sur les modalités d'évolution de la juridiction des sages-femmes.....	234
1.	Le resserrement du contrôle de la profession	234
2.	Le brouillage des frontières de la juridiction avec celle de groupes professionnels concurrents	235
IV.	La stratégie de l'enrôlement des sages-femmes par la mission de « persuasion douce »..	236
1.	La fabrique de la persuasion	237
2.	L'adhésion des sages-femmes à l'entreprise de lutte contre l'avortement	238
V.	L'hystérisation de la lutte contre l'avortement : 1939-1945.....	241
1.	La volonté de renforcer la répression contre l'avortement	241
2.	Un contrôle plus étroit de la profession de sages-femmes par les médecins	242
VI.	Le changement de registre de l'action publique dans l'entreprise de lutte contre l'avortement	244
1.	L'avortement, dépathologisé, entre dans le champ de la planification familiale.....	245
2.	L'enrôlement des sages-femmes dans les politiques de surveillance des grossesses	246
	Conclusion.....	249
4^{ème}	PARTIE : DYNAMIQUES RÉCENTES AU SEIN DE LA PROFESSION	252
	CHAPITRE I. État des lieux profession sages-femmes - partie marche du travail	256
A.	EVOLUTIONS DÉMOGRAPHIQUES ET EFFETS	256
I.	Une évolution différenciée des effectifs selon le secteur d'exercice et le statut	260
II.	La dualité du marché du travail : le CDI reste la norme, mais l'emploi se précarise.....	263
1.	Les difficultés d'insertion des jeunes entrantes sur le marché du travail	264
2.	Formes et enjeux de la subordination des jeunes salariées	265
3.	Un chômage frictionnel	267
III.	UNE INEGALE REPARTITION SUR LE TERRITOIRE.....	270
1.	Densités standardisées	270
2.	L'augmentation de l'effectif en libéral ne compense pas les inégalités territoriales	271
	CHAPITRE II. La boîte noire du risque obstétrical	272
A.	INFLATION DE LA CATÉGORIE DU « HAUT RISQUE ».....	274
B.	LABILITÉ DES CATÉGORIES DU PATHOLOGIQUE ET DU PHYSIOLOGIQUE ..	276

C. EFFETS INDUITS PAR CES LABILITÉS SUR LA DÉFINITION DE LA JURIDICTION ET LA LÉGITIMITÉ PROFESSIONNELLE DES SAGES-FEMMES	278
I. Une division du travail souvent en décalage avec le code de déontologie	279
II. Décalages entre travail prescrit et travail réel	280
1. Une autonomie réduite des sages-femmes	281
2. La revendication d'une expertise relationnelle genrée	282
CHAPITRE III. Un contexte de reconnaissance progressive de l'agentivité reproductive des femmes	287
A. VERS UNE « RE »NATURALISATION DE LA NAISSANCE ?	287
I. La controverse scientifique autour du paradigme du risque obstétrical dans le champ médical	288
II. Mobilisations pour des modèles alternatifs d'une naissance moins médicalisée	290
B. ÉMERGENCE ET CONSTRUCTION DES VIOLENCES OBSTÉTRICALES COMME PROBLÈME PUBLIC	294
I. Une définition sujette à caution	294
II. Une réception du problème public différenciée selon les professions	297
C. CONSTRUCTION DE LA SAGE-FEMME COMME AGENT DE PREMIER RECOURS EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE	300
I. Le déploiement de l'action publique en santé sexuelle et reproductive	300
II. Le renforcement des compétences des sages-femmes en santé sexuelle	306
CHAPITRE IV. Les évolutions de la profession depuis les années 2000	308
A. ÉVOLUTIONS RÉCENTES DU CHAMP DE COMPÉTENCE DES SAGES-FEMMES	308
B. IMPACT DE CES ÉVOLUTIONS DANS LA PROFESSION	313
1. Le brouillage des frontières de la juridiction	313
2. L'usage différencié de ces nouvelles compétences	314
3. La dénonciation des insuffisances de l'action publique en matière de santé sexuelle et reproductive	316
C. NOUVELLES MOBILISATIONS CATÉGORIELLES	316
1. Le sentiment de la perte de sens du métier	317
2. La revendication d'une reconnaissance statutaire de la profession	318
D. ÉMERGENCE DE NOUVELLES LUTTES DÉFINITIONNELLES AUTOUR DU VOLET RELATIONNEL DE LA COMPÉTENCE DES SAGES-FEMMES	324
1. La concurrence des doulas	324
2. La confusion avec la juridiction des conseillères conjugales et familiales	328
Conclusion	333
5^{ème} PARTIE : L'IVG COMME NOUVEL OBJET DU TRAVAIL MÉDICAL POUR LA PROFESSION DE SAGE-FEMME	335
CHAPITRE I. La participation effective des sages-femmes à l'activité d'orthogénie. Éléments quantitatifs	338

A. DISTRIBUTION DE L'OFFRE DE SOINS EN MATIÈRE DE PÉRINATALITÉ ET DE GYNÉCOLOGIE EN BFC	339
B. PARTICIPATION DES SAGES-FEMMES À L'ACTIVITÉ D'ORTHOGENIE EN BFC	346
CHAPITRE II. Formes et enjeux de la participation des sages-femmes à l'activité d'orthogénie.....	356
A. DIVERSITÉS DES MODALITÉS D'INTERVENTION EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET EN LIBÉRAL.....	356
I. La division technique du travail abortif dans les établissements de santé.....	358
II. Le renforcement du brouillage des frontières de la juridiction.....	360
B. REVENDICATION DE PROFESSIONNALITÉ COMME STRATÉGIE DE DÉFENSE DE LA JURIDICTION	363
1. La revendication de la compétence relationnelle.....	363
2. La revendication de la compétence médico-légale.....	368
C. CONSTRUCTION COLLECTIVE DU SENS DE LA PRATIQUE DE L'ORTHOGENIE	369
I. Une pratique perçue comme un « sale boulot » dans les organisations de travail où domine la segmentation des tâches	371
1. L'impossible normalisation de l'activité d'orthogénie	379
2. La fixation d'une représentation de l'IVG dominée par l'effroi.....	381
3. La reconduction de la tension entre légitimité et déviance des demandes d'IVG	384
II. Les conditions structurelles d'exercice de l'orthogénie permettant l'élaboration d'un sens positif du mandat	388
1. Les supports de la création d'une culture commune autour de l'activité d'orthogénie	389
2. La valorisation de l'autonomie professionnelle.....	405
CHAPITRE III. L'approche de la construction de l'orthogénie comme objet du travail médical par les socialisations	409
A. STRUCTURATION DE L'HABITUS PROFESSIONNEL DES SAGES-FEMMES.....	410
I. L'IVG dans le programme officiel des études de sciences maïeutiques	413
1. L'IVG dans les enseignements théoriques	413
2. L'IVG dans les enseignements pratiques	417
II. Des modalités d'enseignement de l'orthogénie marquées par les cultures locales	423
1. L'hysteresis de l'habitus du groupe professionnel	423
2. Ce que parler de l'IVG veut dire	426
3. Une socialisation professionnelle à la pratique normalisée de l'orthogénie : l'exemple d'Anna formée aux Pays-Bas.....	430
III. Les mémoires de fin d'études comme lieu de la socialisation professionnelle à la pratique de l'orthogénie	432
1. Difficultés pour adopter une approche réflexive des normes professionnelles	434
2. Tensions normatives à l'œuvre dans l'élaboration des mémoires sur l'IVG.....	438
3. Le rejet du militantisme.....	441
IV. La centralité de la question de la « place de la sage-femme » dans la division du travail.....	443

1. Une fabrique contrastée de l'IVG comme objet de travail	444
2. Un apprentissage de la subordination : savoir « tenir son rang »	447
V. Les effets de la socialisation professionnelle à la pratique de l'IVG dans les études de sciences maïeutiques	448
1. Une attractivité de l'IVG encore très relative dans les projections de carrière	448
2. L'intériorisation des représentations de l'avortement comme acte médical « pas anodin ».....	449
3. La perception d'un manque de légitimité à exercer cet acte médical	451
4. Le renforcement des normes professionnelles et des logiques de prescription de la contraception	453
Conclusion.....	455

6^{ème} PARTIE : LA FABRIQUE DE LA COMPÉTENCE ABORTIVE DU GROUPE PROFESSIONNEL

CHAPITRE I. La fabrique de la licence abortive

A. PRÉMISSSES : L'EXPERIMENTATION DE L'IVG MÉDICAMENTEUSE PAR LES SAGES-FEMMES

B. FABRIQUE DE LA LICENCE ABORTIVE PAR VOIE MÉDICAMENTEUSE : 2010-2016.....

C. FABRIQUE DE LA LICENCE ABORTIVE PAR VOIE INSTRUMENTALE

I. Un contexte d'antagonismes entre groupes professionnels concurrents

II. Une construction de la légitimité instrumentale en tensions

1. Les protocoles de coopération

2. Le protocole d'expérimentation de la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes .

3. La fabrique de la loi visant à renforcer l'accès à l'IVG : 2019-2022

Conclusion.....

CHAPITRE II. La place de l'ansfo dans l'espace de la cause des femmes

A. COMPOSITION DE L'ANSFO

I. Un militantisme professionnel

1. L'origine de l'association

2. Une association de petite taille et trans-catégorielle.....

II. Des trajectoires professionnelles marquées par la mobilisation collective.....

1. L'engagement féministe

2. L'engagement humanitaire

3. Le poly-engagement associatif

III. La présence de Chantal Birman au sein de l'ANSFO

1. L'héritage du MLAC

2. La délégation du travail de représentation.....

B. REVENDICATIONS DE L'ASSOCIATION.....

I. La revendication d'une expertise professionnelle relative à la pratique de l'orthogénie ..

1. L'affirmation du caractère physiologique de l'IVG

2.	Le renversement du paradigme de « l'échec contraceptif »	509
3.	L'affirmation de la compétence relationnelle	510
4.	Prendre la main sur les instruments : une conquête hautement symbolique	512
II.	Les revendications féministes	513
1.	La construction de l'IVG comme « acte de fécondité physiologique ».....	513
2.	La subversion de l'ordre de genre dans la division du travail	516
C.	RÉPERTOIRE DE L'ACTION COLLECTIVE DE L'ANSFO	518
I.	Un usage paradoxal du droit	518
1.	La critique des fondements patriarcaux du droit	518
2.	L'entreprise de lutte réformatrice	519
II.	Le travail de construction de la confiance : l'action sur le terrain professionnel	524
1.	Souligner l'importance de la formation.....	525
2.	Le travail de plaidoyer dans différentes arènes professionnelles	525
D.	JEUX D'ALLIANCE AVEC LES DIFFERENTS POLES DE L'ESPACE DE LA CAUSE DES FEMMES	527
I.	Les liens avec le pôle politique de l'espace de la cause des femmes	528
II.	Une alliance relative avec le MFPP	531
III.	Liens avec le pôle professionnel : un espace de tensions	534
1.	Des liens distendus avec les organisations syndicales professionnelles.....	535
2.	Une position en tension dans le pôle professionnel de l'espace de la cause des femmes.....	536
3.	La coalition avec l'ANCIC dans l'entreprise de lutte.....	537
	Conclusion.....	542
	CONCLUSION DE LA THÈSE	545
A.	CADRAGE THÉORIQUE ET INSTITUTIONNEL DE LA RECHERCHE.....	546
B.	APPORTS DE CETTE RECHERCHE	548
I.	L'importance des choix organisationnels et de l'organisation de l'offre de soins en périnatalité dans l'économie des coopérations entre membres de groupes professionnels concurrents	548
II.	L'influence de la « culture des services » et des trajectoires biographiques dans la construction du mandat en orthogénie	550
III.	Le poids de l'histoire du groupe professionnel sur les représentations de l'IVG.....	551
IV.	La construction d'une médecine féministe ?	554
	BIBLIOGRAPHIE.....	556

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1. Définir la médicalisation.....	24
Encadré 2. Quels mots utiliser pour évoquer l'objet du travail médical ?	27
Encadré 3. Une mise en scène de la domination.....	52
Encadré 4. Lorsque les conditions de passation des entretiens font sens	60
Encadré 5. Une situation d'observation contrastant avec les difficultés d'entrée sur le terrain	65
Encadré 6. Revalorisations des forfaits afférents à l'IVG entre 2009 et 2016.....	161
Encadré 7. Les débats autour de l'usage de l'ergot de seigle au 19ème siècle :	228
Encadré 8. Les mesures du décret-loi du 29 juillet 1939	241
Encadré 9. L'exemple de Florence, « relationnelle et technicienne »	285
Encadré 10. L'émergence du problème public des violences obstétricales	295
Encadré 11. La réception du problème des violences obstétricales dans la profession de sages-femmes	298
Encadré 12. Le statut particulier des sages-femmes hospitalières et territoriales.....	319
Encadré 13. Le Code Noir des sages-femmes, grève du 7 octobre 2021	320
Encadré 14. L'accompagnement proposé par les doulas	324
Encadré 15. La tension irréductible de l'avortement dans la grammaire de l'engendrement de Luc Boltanski	377
Encadré 16. L'universitarisation des études en sciences maïeutiques	413
Encadré 17. Le rejet du militantisme féministe dans la formation des étudiantes sages-femmes à la pratique de l'orthogénie.....	442
Encadré 18. Les conditions requises pour l'expérimentation de la pratique instrumentale des IVG par les sages-femmes.....	473

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Évolution de la tarification des forfaits IVG dans les établissements de santé et en médecine de ville selon le mode d'intervention.....	162
Tableau 2. Effectifs de sages-femmes par année et par sexe	256
Tableau 3. Répartition actuelle de la profession par secteur d'exercice et statut	260
Tableau 4. Répartition actuelle de la profession par secteur d'exercice, âge et sexe	261
Tableau 5. Évolution du champ de compétence des sages-femmes depuis les années 2000.....	309
Tableau 6. Évolution du nombre de praticien.ne.s de médecine de ville en Bourgogne Franche-Comté (2017-2022)	342
Tableau 7. Proportion des sages-femmes libérales en Bourgogne Franche-Comté sur l'ensemble des effectifs en 2022.....	345
Tableau 8. Nombre de professionnel.le.s libéraux.ales ayant, en 2020, signé une convention avec un établissement de santé pour effectuer des IVG médicamenteuses dans leur cabinet de ville.....	348
Tableau 9. Nombre d'IVG réalisées par des résidentes de BFC entre 2017 et 2019,	350
Tableau 10. Répartition des IVG en BFC selon le type de prise en charge et la méthode utilisée..	350
Tableau 11. Part des IVG effectuées par voie médicamenteuse en centre de santé ou en médecine de ville (en %)	351
Tableau 12. Effectifs de professionnel.le.s libéraux.ales ou mixtes en BFC en 2017, 2018, 2019 .	354
Tableau 13. Évolution du nombre de praticien.ne.s de médecine de ville (hors Centre de santé/Centre de PMI/CPEF) ayant réalisé au moins une IVG entre 2017 et 2019 en BFC	354
Tableau 14. Nombre d'IVG réalisées en ville, enregistrées par type de professionnel.le.s (hors centres de santé et CPEF).....	354

SIGLAIRE

AFC : Association française pour la contraception

ANCIC : Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception

ANSFL : Association nationale des sages-femmes libérales

ANSFO : Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes

ANSFT : Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales

APSF : Association Professionnelle de Sages-Femmes

ARS : Agence Régionale de Santé

ATIH : Agence Technique de l'information sur l'hôpital

BIG : Bulletin d'Interruption de Grossesse

CADAC : Coordination des Associations pour le Droit à l'Avortement et à la Contraception

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique

CIDFF : Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleur.euse.s Salarié.e.s

CNEMA : Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique

CNGOF : Collège National de l'Ordre des Gynécologues Obstétriciens

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CPAM : Caisses Primaires de l'Assurance-Maladie

CPP : Centre Périnatal de Proximité

CPEF : Centres de Planification et d'Education Familiale

CSP : Code de Santé Publique

DCIR : Données de Consommation Inter Régimes

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGS : Direction générale de la santé

DIM : Département d'Information Médicale

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DSS : Direction de la sécurité sociale

EDP : échantillon démographique permanent

EPICES : Évaluation de la précarité dans les centres d'examen de santé

FMV : Forfait Médicament Ville

FPB : Forfait Pour le Biologiste

FRIDA : Favoriser la Réduction des Inégalités d'Accès à l'Avortement

HAS : Haute Autorité de la Santé

HCE F/H : Haut Conseil pour l'Egalité entre les Femmes et les Hommes

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires (loi 2009)

ICM : International Confederation of Midwives

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

INED Institut National des Etudes Démographiques

INPES : Institut National de la Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

LFI : La France Insoumise

LREM : La République En Marche

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie

MFPP : Mouvement Français pour le Planning Familial

NIR Numéro d'Inscription au Répertoire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ORS : Observatoire Régional de Santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PRSP : Plans Régionaux de Santé Publique

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

PRS : Plan Régional de Sante

REVHO : Réseau pour la Ville et l'Hôpital

REIVOC : Réseau pour favoriser la prise en charge de l'IVG et de la Contraception en région Occitanie Pyrénées Méditerrané

SA : Semaines d'Aménorrhée

SAE : Statistique Annuelle des Etablissements de santé

SNDS : Système national des données de santé

SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance-Maladie

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SYNGOF : Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France

T2A : Tarification A l'Activité

INTRODUCTION

A. CONTEXTE D'ELABORATION DE LA PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE

L'Histoire récente a montré de nombreux exemples de la fragilité du droit réglementant l'accès à l'IVG dans le monde. Alors qu'une grossesse sur quatre se termine de nos jours par un avortement, plus de 40 % des femmes en âge de concevoir vivent dans des Etats aux lois restrictives¹. L'avortement demeure en effet encore interdit dans près d'une vingtaine de pays, notamment dans de nombreuses nations d'Afrique (Egypte, Sénégal, Gabon, Madagascar ou encore Mauritanie). Sur le continent sud-américain, l'accès à l'IVG est aussi particulièrement difficile. Il n'est pas autorisé au Suriname, au Nicaragua ou encore au Salvador. Ce dernier Etat a même adopté en 1998 une législation draconienne qui prévoit des peines pouvant aller jusqu'à huit ans de prison en cas d'interruption de grossesse. D'autres pays soumettent son accès à des conditions extrêmement restrictives. Ainsi, l'IVG est accessible uniquement en cas de danger pour la vie de la femme en Côte d'Ivoire, Libye, Ouganda, au Soudan du Sud, en Irak, au Liban, en Syrie, Afghanistan, au Yémen, Bangladesh, en Birmanie, au Sri Lanka, Guatemala, Paraguay ou encore Venezuela. Au Brésil, l'IVG est seulement autorisée en cas de viol, risque pour la mère ou grave malformation du fœtus. En Asie, la plus haute juridiction de la Corée du Sud a ordonné en 2019 la levée de l'interdiction de l'avortement, jugée anticonstitutionnelle. Enfin, aux Etats-Unis, l'Arkansas a adopté en mars 2021 une loi interdisant l'avortement même en cas de viol ou d'inceste. Une loi du même type est aussi entrée en vigueur au Texas en septembre de la même année² ; puis, en juin 2022, la Cour suprême révoque l'arrêt historique *Roe v. Wade* garantissant aux femmes la liberté d'avorter en vertu du droit à la vie privée³. En Europe, l'interdiction totale demeure une exception. Mais, à Malte, les femmes avortant risquent une peine allant de dix-huit mois à trois ans d'emprisonnement. La Pologne, après avoir autorisé l'accès à l'IVG à partir de 1953, est revenue sur ce droit en 1993. Depuis, les conditions pour obtenir un avortement se sont drastiquement restreintes, jusqu'à ce que le Tribunal constitutionnel du pays, réformé par les conservateurs au pouvoir, le proscrive en octobre 2020, en cas de malformation grave du fœtus. Cette loi est entrée en vigueur le 27 janvier 2021.

¹ *Le Monde*, 2022, « Droit à l'avortement : dans quels pays est-il interdit, restreint ou menacé ? » 24 juin.

² Le texte criminalise l'IVG après environ six semaines de grossesse, une période durant laquelle la plupart des femmes ne savent même pas qu'elles sont enceintes. La loi ne prévoit pas d'exception en cas de viol ou d'inceste

³ Désormais, l'avortement sans condition jusqu'à la viabilité du fœtus, soit 24 semaines, n'est plus garanti dans tous les États-Unis. Ce sera dorénavant aux États de légiférer sans contrainte et démocratiquement sur cette question difficile.

Ces deux dernières décennies, cependant, plus de cinquante pays ont adopté des législations moins restrictives en matière d'IVG dans le monde, en reconnaissant parfois son rôle essentiel pour la protection de la vie, de la santé et des droits fondamentaux des femmes. Le 30 décembre 2020, le Parlement argentin a ainsi approuvé la légalisation de l'IVG, jusqu'à quatorze semaines de grossesse, à l'issue d'une forte mobilisation féministe, dans les institutions et dans la rue. En Equateur, la Cour constitutionnelle a résolu, le 28 avril 2021, de dépénaliser l'avortement en cas de viol, uniquement autorisé jusqu'alors en cas de viol d'une femme souffrant d'un handicap mental.

En France, la législation comme les pratiques professionnelles relatives à l'encadrement de son recours ont évolué d'une manière qui témoigne des tensions morales et normatives que soulève le problème public de l'avortement. Le droit « fut arraché par la pression sociale [comme] une liberté conquise par les femmes elles-mêmes » (LE NAOUR et VALENTI, 2003 : 310). La reconnaissance de la liberté à disposer de son corps a été la traduction d'une profonde révolution culturelle dans la société française au cours des années 1970, faisant éclater les socles de l'intérêt national et de la morale religieuse au nom de la liberté individuelle. Dans le même temps, la loi Veil s'est établie autour d'un compromis entre la volonté politique de défendre l'autonomie décisionnelle des femmes et la délégation de la responsabilité de l'encadrement judiciaire de l'avortement à la sphère médicale. Et, depuis bientôt cinquante ans, un consensus social s'est établi sur la nécessité du maintien de ce compromis dans la législation, même lorsque celle-ci a été amendée, à mesure que des rapports publics attiraient l'attention sur les dysfonctionnements qui se faisaient jour dans l'application de la loi (NISAND, 1999 ; IGAS, 2009, HCE 2013a et 2013b). Ainsi, pour lutter contre les obstacles se dressant sur les parcours des femmes souhaitant avorter, la législation encadrant la pratique de l'IVG n'a cessé d'évoluer depuis la loi Veil en 1975, consolidant pour partie le droit des femmes au choix en matière de non procréation, mais toujours avec ce souci de ne pas banaliser cet acte médical, et de conserver une forme de contrôle social sur les pratiques contraceptives et abortives.

Et, pour des motifs économiques et organisationnels, la méthode médicamenteuse s'est progressivement imposée dans l'offre de soins, jusqu'à devenir majoritaire, voire exclusive dans certains établissements de santé. Les délais légaux ont été successivement allongés, de 12 à 14 semaines d'aménorrhée (SA) en 2001, puis 16 SA en 2022. La réglementation s'est assouplie pour renforcer l'autonomie décisionnelle des femmes avec la suppression de l'obligation de l'autorisation parentale pour les mineures en 2001 et celle de la notion de détresse en 2014 (qui en était la condition en 1975, notamment). L'effectuation de certaines des consultations du parcours en télémédecine a été rendue possible avec le développement des technologies et dans le contexte de la crise sanitaire en 2020.

C'est notamment pour répondre aux problématiques d'accès à l'offre de soins, occasionnées par la concentration des établissements de santé, la fermeture de nombreuses maternités et centres d'IVG ainsi qu'aux vagues de départs en retraite des « pionnier.e.s » de la prise en charge médicale, que les sages-femmes ont été progressivement enrôlées dans les rangs des professionnel.le.s de santé mandaté.e.s pour intervenir dans les parcours d'IVG. Elles ont d'abord vu leur champ de compétence s'élargir à la possibilité d'effectuer le suivi gynécologique des femmes en bonne santé et à la prescription des dispositifs contraceptifs avec la loi Hôpital Patient Santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009. Cette évolution était sous-tendue par la prégnance de la norme médicale selon laquelle l'amélioration de la couverture contraceptive conduirait à la disparition du recours à l'avortement. Puis, en 2016, la profession de sage-femme a connu un nouvel élargissement de son champ de compétence établi par la loi de modernisation de notre système de santé : le droit de prescrire le dispositif abortif médicamenteux leur était dès lors accordé. Enfin, la loi du 2 mars 2022 visant à renforcer l'accès à l'avortement est venue une nouvelle fois élargir leur champ d'intervention dans les parcours d'IVG en leur accordant cette fois la compétence instrumentale. L'activité d'IVG concerne donc désormais plusieurs groupes professionnels du champ de la santé sexuelle et reproductive.

Notre recherche a commencé au lendemain de la publication, en France, du décret d'application de la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016. L'étude de la place et du rôle des sages-femmes dans les recompositions de l'application de la politique de contrôle des naissances était une commande pour cette thèse effectuée dans le cadre d'un contrat CIFRE, financée pour partie par l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne Franche-Comté. Ces modifications de la législation française et leurs impacts sur l'organisation de la prise en charge de l'IVG sur le territoire français ont donc été au fondement de notre réflexion dans cette thèse. Comment le groupe professionnel des sages-femmes s'est-il saisi, en pratique, de ces élargissements successifs de son champ de compétence ? Quels effets a eu l'implication des sages-femmes dans l'organisation de l'offre de soins ? L'effectivité du droit à l'IVG s'en est-elle améliorée ? Ces évolutions organisationnelles ont-elles donné lieu à de nouvelles formes de la division du travail au sein des services de gynécologie et d'obstétrique, à de nouvelles modalités de coopération entre la médecine de ville et l'hôpital ? Comment l'infléchissement des modalités de l'action publique en matière d'accès à l'IVG a-t-il impulsé de nouvelles dynamiques professionnelles des sages-femmes ? Telles étaient les questions qui nous occupaient lorsque nous avons commencé cette recherche. Nous avons souhaité circonscrire les enjeux de la fabrique de la légitimité du groupe professionnel à intervenir dans la conduite de l'action publique en matière d'accès à l'IVG.

B. ETAT DE L'ART SUR L'OBJET DE NOTRE RECHERCHE

I. Sur le « problème public de l'IVG »

Tandis que la démographie s'est intéressée depuis longtemps à la question de la contraception en relation avec l'étude de la fécondité des populations⁴, la sociologie et l'histoire ont analysé la constitution de l'IVG comme problème de santé publique (CAHEN, 2016 ; LE NAOUR ET VALENTI, 2003 ; MOSSUZ-LAVAU, 2002 ; PAVARD, ROCHEFORT, ZANCARINI-FOURNEL, 2012). Ces travaux, qui explorent la genèse du traitement politique de ce problème, ses évolutions et ses effets, ont nourri notre réflexion sur la « construction d'un ordre symbolique autour de l'IVG », notion que nous empruntons à Joseph GUSFIELD (2009, [1981]). Ces travaux sur la porosité entre l'État et les milieux de la « nébuleuse réformatrice » (CAHEN, 2011) depuis le 19^{ème} siècle ont été au fondement de notre analyse de l'encastrement des luttes définitionnelles des sages-femmes dans les mobilisations de différents groupes d'actrices en faveur de l'amélioration de l'accès à l'IVG.

L'histoire des comportements en matière de contraception, de procréation et, plus généralement, de sexualité a fait par ailleurs l'objet d'un important traitement. Nathalie Bajos et Michelle Ferrand (2006) ont analysé la manière dont l'avortement a contribué à la recomposition des normes procréatives⁵, qui définissent socialement les bonnes pratiques en matière de gestion de la régulation des naissances⁶. Leurs recherches ont également permis d'éclairer les logiques sociales à l'œuvre derrière la survenue des grossesses non désirées (BAJOS *et al.*, 2002) et les asymétries qui pèsent sur les processus décisionnels qui mènent au choix de pratiquer une IVG. D'autres travaux ont souligné la stigmatisation de la pratique des IVG. Plusieurs chercheuses ont ainsi analysé les stratégies d'invisibilisation mises en place par les femmes ayant avorté d'une première grossesse afin de contourner la stigmatisation : Sophie Divay (2003, 2004) a expliqué comment les femmes

⁴ La démographie historique a mis en lumière la précocité de la transition démographique pour la France (à partir de la deuxième partie du XVIII^{ème} siècle), et la diffusion ancienne de pratiques de contrôle de la fécondité. Depuis, la fécondité n'a cessé de diminuer, excepté durant les années du « baby-boom », période brève de l'immédiate après-guerre, suivie d'une « seconde révolution contraceptive » à partir de la fin des années 1950. Voir ARIES, Philippe, 1971, *Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIII^{ème} siècle*, Paris, Le Seuil ; DUPAQUIER Jacques (dir.), 1988, *Histoire de la population française* (4 volumes), Paris, PUF. ROSENTAL Paul-André, 2003, *L'intelligence démographique. Sciences et politiques des populations en France (1930-1960)*, Paris, Odile Jacob, chapitre 10. LERIDON Henri, CHARBIT Yves, COLLOMB Philippe, SARDON Jean-Paul, TOULEMON Laurent, 1987, *La seconde révolution contraceptive. La régulation des naissances en France de 1950 à 1985*, Paris, INED/PUF.

⁵ L'apparition d'une contraception efficace prescrite par un médecin et sous le contrôle de la femme, associée au recours éventuel à l'avortement à la seule demande de la femme, a d'après ces auteures, rigidifié le modèle de la maternité. La norme contraceptive a modifié les conditions socialement valorisées de la parentalité. Un enfant ne doit venir au monde que désiré, et la contraception offre aux femmes la possibilité de choisir non seulement le nombre mais aussi et surtout le *moment* de leur(s) maternité(s). Les femmes peuvent décider d'interrompre une grossesse quand cette maternité n'apparaît pas réalisable dans les meilleures conditions. Le modèle familial qui en découle n'en est pas moins contraignant que celui qui prévalait jusqu'alors. C'est ce qui est au fondement de ce que ces auteures nomment « le paradoxe contraceptif français » : il y a bien eu une baisse des grossesses non désirées grâce à la diffusion des contraceptifs. Mais, lorsque celles-ci surviennent néanmoins, elles se terminent plus souvent par une IVG. Ce paradoxe illustre l'échec du « pari contraceptif » cher aux législateurices, qui était au cœur des négociations du compromis de la loi Veil.

⁶ Les auteures ont mis au jour, notamment, le déploiement de la norme contraceptive sous une triple modalité : le devoir contraceptif, la temporalité contraceptive et l'échec comme déviance.

cherchaient à opérer cette mise à distance du stigmate dans le cadre des entretiens de conseil conjugal et familial dans le parcours d'IVG. Marie Mathieu (2016) s'est intéressée aux stratégies discursives de contournement du stigmate de la « récidiviste » chez les femmes ayant effectué plusieurs IVG au cours de leur vie, et Laurine Thizy (2021) a montré le « travail d'invisibilisation » effectué dans leur vie quotidienne par les femmes au cours de leur parcours d'IVG, travail variable selon les caractéristiques sociales des avortées (âge, situation conjugale).

D'autres recherches se sont attachées à envisager les modalités de la médicalisation des pratiques de régulation des naissances⁷, entendue au sens donné par Peter Conrad en 1975 comme la définition d'un comportement en tant que problème médical, pensée en corrélation avec le mandat donné à la médecine pour qu'elle fournisse quelque type de traitement.

Encadré 1. Définir la médicalisation

La médicalisation de l'existence peut s'entendre d'abord comme une emprise croissante des institutions et des actrices médicales sur les pratiques de la vie quotidienne, au-delà des connaissances médicales disponibles ou du champ d'expertise originel des médecins. Elle procède par la « pathologisation » d'états ou comportements antérieurement définis dans le champ de la physiologie ou dans d'autres registres (moraux), mais également par le biais de la prévention, en identifiant des « facteurs de risque » sur les plans individuel et collectif, en fonction desquels certaines pratiques doivent être abandonnées, aménagées ou au contraire introduites, soutenues ou intensifiées. Dans ce processus de médicalisation, les médecins deviennent alors des référents de la santé, délivrant des recommandations aux usagers, qui se conforment ou au contraire résistent à ces injonctions professionnelles. La mobilisation de registres médicaux s'observe également dans la définition des politiques de santé publique : l'expertise médicale vient alors constituer une forme de légitimation puissante du processus, par le truchement de la médecine fondée sur les preuves (« evidence based medicine »), qui se donne toutes les apparences de la science (usage d'instruments standardisés dans la définition des diagnostics, recours aux statistiques, identification de facteurs de risque, etc.).

Saisir cette médicalisation invite ainsi à recenser les modalités de la surveillance médicale de la santé génésique en général, et des IVG en particulier, ainsi que les lieux ou les institutions où s'exerce préférentiellement cette surveillance médicale.

Certains travaux ont adopté une approche sociohistorique pour saisir l'émergence du processus de médicalisation des événements de la santé génésique des femmes. Pour ce qui a trait à la contraception, Francis Sanseigne (2019) a questionné l'ajustement de la loi aux évolutions des mœurs. Etudiant l'établissement de la contraception en *problème* à résoudre et en *cause* à défendre en France

⁷ Certains événements de la santé génésique ont été étudiés sous l'angle de la médicalisation: c'est le cas de l'assistance médicale à la procréation (AMP) qui a été analysée sous l'angle de l'articulation de l'éthique et des techniques désormais offertes par la médecine (MATHIEU, 2012b) ou sous celui de la conjugaison avec la vie professionnelle des femmes (HERTZOG, 2016). L'AMP a été aussi analysée sous l'angle du genre avec les travaux de Camille Bajoux sur les pratiques et savoirs médicaux sur l'infertilité masculine au XXème siècle⁷. L'endométriose (MILLEPIED, 2020) a fait l'objet d'analyses portant sur le travail médical et les mobilisations effectuées pour faire advenir au monde cette maladie. La ménopause a été envisagée aussi comme une notion historiquement et culturellement située, avec la mise au jour de l'hétérogénéité des significations associées à la cessation des menstruations et de la fertilité, et au renouveau de celles-ci apportées par la médicalisation de l'événement (CHARLAP, 2019).

dans les années 50 et 60, il fait l'hypothèse que l'existence de techniques de contraception modernes tout comme l'organisation illégale de leur usage ont contribué à la réussite de la mobilisation en leur faveur, que l'évolution de la loi en la matière a retraduite. Francis Sanseigne (2009) a mis en lumière le fait que le Mouvement Français pour le Planning Familial a « produit une objectivité médicale sur les conduites contraceptives », en édifiant un argumentaire reposant à la fois sur des savoirs fabriqués par la pratique de l'enquête et le déploiement de la rationalité scientifique. C'est selon cet auteur grâce à leur affinité formelle avec l'objectivité d'État (construite autour du « regard » démographique) que ces savoirs et savoir-faire ont contribué à rendre possible l'acceptation de la « cause contraceptive ». Pour l'avortement, des travaux ont mis en lumière l'articulation des préoccupations d'ordre sanitaire, mais aussi moral, qui a prévalu au choix des législateurices de confier au corps médical le contrôle social de la procréation (FERRAND-PICARD, 1982). Lucile Ruault (2017) a analysé les mécanismes de clôture de l'accès aux savoirs spécialisés en matière d'IVG par les groupes professionnels. Elle a montré dans sa thèse comment, entre 1972 et 1984, les non médecins du Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception (MLAC) ont pratiqué des avortements hors de la sphère médicale avec la méthode par aspiration dite « méthode Karman », du nom de celui qui en a assuré la diffusion dans le monde, dans le même temps que la professionnalisation de l'acte s'accélérait. Cette étude localisée de groupes MLAC propose une analyse de l'instauration du monopole médical sur l'avortement, et des résistances à ce processus portées par les groupes dissidents du MLAC. Ceux-ci ont remis en cause la spécialisation des actes corporels et la domination patriarcale des corps féminins, affirmant l'orientation féministe de leur action. Bibia Pavard (2012) a exploré la manière dont la découverte, puis la circulation de la méthode Karman a contribué à faire se rejoindre des luttes autour de la revendication d'avortement libre et gratuit, aussi bien qu'à générer des recompositions entre organisations militantes (Mouvement pour la Libération des Femmes, Mouvement Français pour le Planning Familial, Choisir la cause des femmes), contribuant au brouillage des frontières entre réforme et révolution. De son côté, Sandrine Garcia (2005) a montré le rôle joué par l'expertise scientifique des médecins dans le combat pour la légalisation de l'avortement et sa médicalisation, contre la définition religieuse du « respect de la vie » sur laquelle s'appuyait l'Ordre des médecins. La sociologue a analysé le processus de médicalisation de l'intervention dans son lien au renversement dans la manière de percevoir l'éthique médicale au cours des années 1970. Dans la définition antérieure, en effet, il était exigé des médecins qu'ils protègent la vie à tout prix, même au détriment de celle des femmes. Sandrine Garcia a porté également son attention sur les propriétés sociales et les trajectoires différentes des deux générations de médecins qui se sont opposées sur la question des limites de l'expertise médicale, au fondement du compromis établi dans la loi Veil : pour la première génération, liée au MFPPF, le médecin devait garder un rôle moral l'autorisant à décider de l'opportunité d'une demande d'avortement, contrairement aux plus jeunes médecins, situés à

l'extrême gauche et fortement investis dans le mouvement étudiant de 1968, qui militaient pour accorder à la femme toute la liberté de sa décision et réduire le rôle du médecin à un rôle « technique ».

D'une manière générale, la sociologie a souvent pensé la gynécologie comme une science médicale fondée au 19^{ème} siècle sur une vision bourgeoise et hétéronormative du genre, et comme une spécialité centrée sur la reproduction, peinant à se départir d'une compréhension biologique et binaire du sexe et du genre en médecine (TAIN, 2013). C'est dans cette perspective aussi qu'Aurore Koechlin (2022) analyse l'émergence, la consolidation et la déstabilisation de la norme gynécologique, en envisageant ses étapes, ses modalités et ses effets en termes psychiques (culpabilité, angoisse) et sociaux (les inégalités face au soin).

D'autres travaux ont étudié les logiques structurant les pratiques prescriptives des professionnel.le.s de santé concernant les dispositifs contraceptifs. De récents travaux ont exploré par exemple la dimension sexuée, socialement construite des modèles contraceptifs. Emma Tillich (2019) s'est ainsi intéressée à la pratique de la stérilisation volontaire chez les femmes, moyen de contraception apparaissant pratiquement comme un « impensé » pour les professionnel.le.s de santé, et faisant l'objet d'une très forte régulation avec un dispositif de dissuasion et de contrôle étroit des motifs de sa demande. Cécile Ventola (2017) a montré l'impact de traditions politiques contrastées en matière de régulation des naissances entre l'Angleterre et la France: l'héritage de l'eugénisme britannique est plus favorable au recours à des méthodes contraceptives définitives que le natalisme français.⁸. La centralité de la pilule dans le modèle contraceptif français a été étudiée (ROUX, VENTOLA, BAJOS, 2017). Les caractéristiques professionnelles des prescripteurices (niveau de formation, lieu d'exercice) mais aussi leurs représentations et leur expérience contraceptive personnelle influencent également ces pratiques. Faute d'une formation adaptée, les médecins recommandent en effet le plus souvent la méthode la plus connue et la plus facile à prescrire, à savoir la pilule contraceptive.

Finalement, cette revue de la littérature a permis de constater que les pratiques professionnelles en matière d'IVG ont été peu étudiées depuis leur institutionnalisation, sauf à l'être sous l'angle de la sociologie de la déviance, comme nous l'avons vu, ou sous celui des effets produits par le choix des méthodes abortives en termes d'inégalités sociales et de genre (PHETERSON, 2001 ;

⁸ Cécile Ventola a mis en lumière le fait qu'en France, la faiblesse de l'encadrement de la formation et des pratiques médicales autorise une grande diversité de pratiques en matière contraceptive, ainsi que l'expression de réticences professionnelles genrées vis-à-vis des méthodes de contraception masculines. En Angleterre, au contraire, la régulation publique de la formation et des pratiques tend à standardiser les approches professionnelles du choix contraceptif, et laisse une place plus importante aux préférences des usager.e.s. Les particularités du système de soins français (formation partielle des médecins en contraception, système de paiement à l'acte) semblent aussi favoriser des logiques de prescription renvoyant à d'autres enjeux que la recherche de l'efficacité contraceptive et le libre choix des patientes et qui vont aussi souvent à l'encontre des normes promues par les autorités de santé nationales et internationales.

SCHNEGG, 2007). Il nous semblait donc nécessaire de contribuer à améliorer les connaissances sur ce point. Dans cette perspective, nous avons souhaité appréhender l'activité d'IVG chez les professionnel.les de santé dans les configurations locales des différents services hospitaliers et des cabinets de médecine de ville, afin de fournir un savoir localisé sur les transformations sociales et politiques globales de l'organisation de l'offre de soins en la matière. Notre questionnement a été le suivant : comment les logiques sociales qui conduisent à la décision d'avorter sont-elles prises en considération par les professionnel.le.s de santé ? A quelles pratiques donnent-elles lieu ? Observe-t-on, de nos jours, une évolution des représentations professionnelles sur l'IVG, corrélatives aux évolutions de la législation en la matière, ainsi qu'à celles des techniques abortives ? Ces représentations diffèrent-elles d'un groupe professionnel à un autre ? Nous avons d'abord envisagé d'analyser l'émergence d'une médecine orthogénique, qui s'attacherait à la normalisation de l'activité d'IVG dans l'offre de soins, et à la construction de celle-ci comme objet du travail médical. Puis, conformément aux attentes liées au cadrage de cette thèse CIFRE (cf infra), notre focale s'est ensuite resserrée sur celui des sages-femmes.

Encadré 2. Quels mots utiliser pour évoquer l'objet du travail médical ?

La mise au jour du caractère historiquement situé des catégories de « l'avortement » et de « l'IVG » pose la question des termes à utiliser dans le cadre de cette thèse. Considérant que l'objet de notre recherche porte sur les enjeux de la construction d'un nouvel objet du travail médical (pour le groupe professionnel des sages-femmes), à partir d'une pratique toujours sujette à controverses, nous emploierons dans ce manuscrit les termes « IVG » et « orthogénie » qui renvoient à sa médicalisation, envisagée comme processus inscrit dans le temps.

L'orthogénie est aujourd'hui définie comme l'ensemble des méthodes de planification et de régulation des naissances⁹. Ce terme est formé à partir du grec « ortho » (droit, correct) et « geneia » (production, formation). Initialement, le terme se rapporte à une science qui vise à éviter les naissances d'enfants porteurs de maladies héréditaires. C'est pourquoi l'orthogénie a souvent été montrée du doigt par ses détracteurices, qui l'assimilaient à l'eugénisme.

En pratique, l'orthogénie est la science des différents moyens de contraception et des méthodes d'interruption volontaire de grossesse. Le premier centre d'orthogénie est créé en 1961 par le Mouvement Français pour le Planning Familial à Grenoble dans une démarche militante, mais illégale. Son ouverture a suscité un vif débat au sein du corps médical, mais aussi de l'opinion publique. Depuis la loi Veil de 1975, cette démarche a été reconnue. Les 110 Propositions du programme de Mitterrand en 1981 la reprennent :

« L'information sur la sexualité et la contraception sera largement diffusée dans les écoles, les entreprises, les mairies, les centres de santé et d'orthogénie, et par les médias. La contraception sera gratuite, les conditions d'obtention de l'IVG seront révisées. »

⁹ <https://www.vocabulaire-medical.fr/encyclopedie/283-clonage-eugenisme-orthogenie>

Dans ces centres d'orthogénie se pratiquent les (I.V.G.), la contraception, le dépistage anonyme et gratuit des infections sexuellement transmissibles (I.S.T.), le suivi de grossesses et les consultations tout-venant de gynécologie. Des réunions de réflexion, pluridisciplinaires, permettent de mettre en place l'attitude de service la plus cohérente possible. Outre les actions d'interruptions volontaires de grossesse les centres d'orthogénie pratiquent également des tests de prévention dans le cadre d'un projet parental. Ces tests peuvent être réalisés dans le cadre d'un diagnostic prénatal (*in utero*) ou préimplantatoire (*in vitro*), dans le cadre d'une procréation assistée (FIV).

II. Sur le groupe professionnel des sages-femmes

Un premier constat s'est imposé dans notre travail d'exploration de la bibliographie autour de notre questionnement de départ : le groupe professionnel des sages-femmes est envisagé majoritairement en tant qu'il participe à l'action publique en matière de santé génésique et périnatale. Depuis près de 30 ans, les enquêtes périnatales réalisées à la demande des services publics (en 1995, 1998, 2003, 2010, 2016 et 2021) fournissent des données épidémiologiques sur l'état de santé des mères ainsi que leurs caractéristiques démographiques et sociales, sur celles des nouveau-nés, mais aussi sur les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement¹⁰. D'autres approches en sciences humaines et sociales ont appréhendé les représentations de la naissance et sa médicalisation dans l'histoire, en retraçant l'émergence de l'obstétrique (CESBRON, KNIBIEHLER, 2004 ; GELIS, 1984 ; 1988 ; KNIBIEHLER, 2016 ; MOREL, 2016). D'autres travaux se sont attachés à étudier les pratiques et représentations contemporaines (CLAVANDIER et CHARRIER, 2013 ; JACQUES, 2007). Une part importante de la littérature, d'une portée militante, envisage les mobilisations (notamment féministes) pour démedicaliser le suivi de grossesse et l'accouchement (NEGRIE et CASCALES, 2016).

D'autres travaux ont appréhendé l'institutionnalisation du groupe professionnel dans l'histoire (SAGE-PRANCHERE, 2017), les conditions d'exercice des praticien.ne.s selon leurs statuts (DOUGUET, VILBROD, 2017, IGAS, 2021), les évolutions du marché du travail (CHARRIER, 2011), en considérant notamment les effets de l'ouverture de la profession aux hommes (CHARRIER, 2013).

De cette revue de la littérature, il ressort qu'à l'exception des travaux de Nathalie Sage-Pranchère sus cités et ceux de Fabrice Cahen (cf supra), il n'existe pas de travaux visant à comprendre

¹⁰ A titre d'exemple, l'on pourra consulter le rapport sur la dernière enquête périnatale. Cf. INSERM, Santé Publique France, *Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements. Situation et évolution depuis 2016*, octobre 2022 https://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2022/10/ENP2021_Rapport_Octobre2022.pdf

et situer les dynamiques professionnelles induites par les élargissements successifs du champ de compétence des sages-femmes en matière de prise en charge de l'IVG.

C'est pour répondre à ce manque que nous avons identifié que nous avons adopté une démarche de recherche circulaire (OLIVIER DE SARDAN, 2008), dans un mouvement de va-et-vient entre l'enquête de terrain et un travail de conceptualisation, qui nous a rendue sensible aux jeux de négociation, d'alliances, de coopération ou de conflits entre professionnel.les impliqué.es dans le champ très concurrentiel de la médecine. L'itération empirique nous a progressivement amenée à appréhender les logiques d'ordonnement des sages-femmes dans le champ de l'orthogénie, à travers lesquelles l'action publique en matière d'IVG s'actualise de nos jours. En même temps, nous approfondissions notre compréhension de ces logiques grâce à la mobilisation des outils théoriques de la sociologie de la santé, des groupes professionnels, des mouvements sociaux et de l'action publique.

C. CADRE THÉORIQUE

Notre thèse s'inscrit au croisement de plusieurs champs disciplinaires : la sociologie des professions, la sociologie des mouvements sociaux et du genre, et la sociologie de l'action publique.

I. La sociohistoire et la sociologie des groupes professionnels

Cette thèse mobilise d'abord les outils de ces deux champs disciplinaires. Il s'agit en effet de replacer les luttes définitionnelles des sages-femmes dans une perspective historique pour faire reconnaître leur légitimité dans la conduite de l'action publique en matière d'orthogénie, depuis l'institutionnalisation du groupe professionnel, et dans le contexte des rapports de pouvoir avec les autres groupes concurrentiels. Cette pratique de l'orthogénie ne fait pas l'objet d'une spécialité ; elle est au contraire ouverte à plusieurs professions médicales (gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale, médecine générale, maïeutique) ; elle fait en outre l'objet de luttes paradoxales entre ces dernières : ce champ d'activités représente un territoire à investir, un objet de conquête pour les un.es et les autres. Cependant, du fait du caractère ambivalent de l'activité, tous.tes ne s'accordent pas pour en revendiquer le monopole, pour le moins.

Ce constat a donc conduit à mobiliser les outils théoriques de la sociologie des groupes professionnels (DEMAZIERE, GADEA, 2009) pour montrer ce que l'investissement de ce territoire a représenté pour les sages-femmes, et ce qu'il a comme conséquences au sein de la profession. En appui sur la conception des professions comme « processus » variables dans le temps (STRAUSS,

1985), nous analyserons le retentissement et le sens que prend l'élargissement du champ de compétence des sages-femmes à l'orthogénie, dans le cadre plus large de l'histoire du groupe professionnel. La thèse pose que cette évolution a, pour faire sens, dû en passer par la (re)considération de cette pratique comme faisant partie du domaine de la physiologie, historiquement construit comme appartenant à la juridiction des sages-femmes. Ce moment de l'analyse suppose un recours aux outils de la sociohistoire, puisque selon Gérard Noiriel (2008 : 6), les questions de nomination, de désignation et de catégorisation sont au cœur des préoccupations de ce champ disciplinaire.

Nous nous attacherons à décrire certains des dispositifs de professionnalisation mobilisés et inventés par le groupe professionnel pour transformer la sphère d'activité de l'orthogénie en juridiction, ainsi que les stratégies déployées, en regard, par les pouvoirs publics pour construire cette (nouvelle) légitimité professionnelle (ABBOTT, 1988). Nous analyserons les identités professionnelles déployées autour de cette activité et la manière dont cette pratique remodèle la culture professionnelle du groupe, notamment au travers de leurs socialisations professionnelles (durant la formation initiale et continue).

Mais il s'agira d'envisager également ces évolutions à l'intérieur des mondes professionnels pensés comme « systèmes équilibrés », et concurrents sur une même scène : les transformations qui surviennent *« au sein d'une profession a des répercussions sur les professions voisines et se traduit soit par des développements soit par des défaites. De tels développements peuvent avoir des causes extérieures au système, et être dus à des changements technologiques, (...) à de nouvelles formes sociales (...) ; tous ces changements peuvent alors être à l'origine d'un nouveau savoir abstrait, donc professionnalisable. Ces développements peuvent aussi avoir pour origine l'échec ou la défaite de certaines professions – échec des savoirs ou échec de la reproduction – qui laisseront des vides où s'engouffreront les professions voisines. Les professions saisissent ces occasions pour renforcer leurs juridictions (...) »* (ABBOTT, 2003).

Nous avons évoqué le fait que les modalités de prise en charge de l'IVG ont énormément changé depuis 1975, tant sous ses aspects techniques et cliniques (avec l'apparition de la méthode médicamenteuse), que sous ses aspects organisationnels et légaux (avec le « virage ambulatoire » notamment). Ces évolutions, conjointement à celles de la démographie médicale, ont fortement impacté le monde social de l'orthogénie. La répartition de cette activité, à la fois revendiquée et contrainte pour certain.e.s, a changé. Cette répartition fait tout autant l'objet de luttes qu'elle crée de tensions. Des rapports de concurrences et de coopération se nouent entre les différents groupes professionnels, dans la détermination de ceux qui doivent prendre en charge l'activité d'orthogénie, et de quelle manière. Ces tentatives de contrôle légitime, qu'Abbott nomme les juridictions, ne se

produisent pas de manière indépendante : elles sont soumises aux réactions des « auditoires » de ces revendications professionnelles, à savoir l'État, le public, et les collègues sur les lieux de travail.

Car ces luttes impliquent en effet l'État, qui contrôle les autorisations d'exercice et définit les missions des professionnels de santé (HUGHES, 1996)¹¹. De ce fait, l'Etat a un rôle de régulateur de la démographie des professions de santé, comme des modalités de leur exercice. Mais, s'il arbitre les conflits entre les groupes professionnels qui luttent pour le maintien de leur juridiction, la délimitation de celle-ci demeure toutefois précaire, au sens où elle peut être remise en cause par le jeu des concurrences entre les différents groupes professionnels. Par ailleurs, comme les bénéficiaires de l'activité d'orthogénie sont contraintes de recourir aux professionnel.le.s pour avorter, le public joue aussi un rôle dans ces luttes de pouvoir entre les différents groupes professionnels, en choisissant préférentiellement de faire appel à l'un ou l'autre. L'État et le public sont, chez Abbott, pensés comme des « auditoires » dans ces luttes. L'analyse prend donc en compte les contextes et modalités de réception des stratégies employées par les sages-femmes pour faire reconnaître leur légitimité dans la conduite de l'action publique en matière de prise en charge de l'IVG. Tous ces acteurs forment ce que l'auteur nomme des « écologies » entendues comme systèmes d'éléments aux interactions multiples. Chaque monde social, au sein duquel se font jour des interactions multiples et des jeux de concurrences, est également en interaction avec ces auditoires, ayant eux-mêmes des structures interactionnelles complexes : ces écologies sont donc « liées », elles ne peuvent se penser indépendamment les unes des autres (ABBOTT, 2003). C'est ce qui autorise l'analogie que l'approche interactionniste permet avec l'étude des mouvements sociaux lorsque l'on étudie les processus de segmentation à l'œuvre au sein même d'une profession (STRAUSS, 1992).

II. La sociologie des mouvements sociaux et la sociologie du genre : l'IVG comme objet emblématique des luttes féministes dans « l'espace de la cause des femmes »

Dans une perspective « attentive aux logiques de l'interaction » (FILLIEULE, 2010 : 94), nous avons souhaité prêter une attention particulière aux alliances comme aux conflits que la défense de cette juridiction, chez les sages-femmes, suscite avec et auprès d'autres actrices militantes, professionnel.le.s et institutionnel.le.s engagé.e.s aussi dans une perspective de changement social pour améliorer l'accès à l'IVG en France et promouvoir la liberté des femmes à disposer de leur corps. Ce faisant, nous situons donc les évolutions survenues au sein du groupe professionnel des

¹¹ Selon Everett C. Hughes, le contrôle d'une juridiction est appuyé sur la définition d'une « licence » et d'un « mandat » professionnel. La licence est entendue comme un droit d'exercer des activités spécifiques, non autorisées aux citoyens, attribué par l'État à certains groupes professionnels avec un certain degré d'autonomie. Le mandat se traduit, pour les membres du groupe professionnel, par des marges de manœuvre dans la définition de leur activité et du sens à lui accorder (HUGHES, 1996, pp.99-106).

sages-femmes, concomittantes avec l'élargissement de leur champ de compétence à l'orthogénie, dans « l'espace de la cause des femmes » défini comme « *la configuration des sites de mobilisation au nom des femmes et pour les femmes dans une pluralité de sphères sociales* » (BERENI, 2015:17). Cet espace englobe, selon l'autrice, une pluralité de pôles de mobilisations, à la fois dans et hors des institutions. Dans celui que nous appellerons « l'espace de la cause de l'IVG », qui en est l'un des pôles presque centraux, nous considérons les évolutions du cadre réglementaire de la pratique de l'orthogénie comme résultant de diverses mobilisations, notamment féministes : celles, issues de franges protestataires, qui entendaient promouvoir l'avortement libre et gratuit (PAVARD, 2012 ; RUAULT, 2017 ; ZANCARINI-FOURNEL, 2003) ; celles d'expert.e.s du champ médical (GARCIA, 2005 ; GAUDILLERE, 2006) et d'actrices relevant du féminisme d'État (REVILLARD, 2016). Ainsi, les évolutions induites dans le champ de compétence des sages-femmes font partie de la « carrière » du problème public de l'IVG (HENRY, in FILLEULE, 2020) : elles en sont aussi bien le produit que l'enjeu d'une part des revendications. Aussi, il nous a semblé pertinent de situer les luttes des sages-femmes dans leurs interdépendances entre des mouvements sociaux et les autorités publiques (SIMÉANT, 1998). Nous nous sommes donc intéressée au travail de délimitation des frontières de la cause de l'IVG défendue par les sages-femmes pour les femmes ET les sages-femmes, dans ses dimensions structurelle, pratique et cognitive (MATHIEU, 2012). Nous intéressant plus spécifiquement au travail de délimitation d'une frange minoritaire de professionnelles protestataires, membres de l'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO), nous avons souhaité étudier les frontières, la dynamique, l'identité et la forme de leurs mobilisations dans le répertoire d'action collective (TILLY, 1984) pour faire valoir leur expertise en matière d'orthogénie comme une expertise médicale ET féministe.

Aussi, cette approche nous a conduite à mobiliser les outils de la sociologie du genre, non pas nécessairement *per se*, mais de manière plus transverse, en tant que ce prisme d'analyse, qui définit le genre comme « *un système de bicatégorisation hiérarchisée entre les sexes (hommes/femmes) et entre les valeurs et représentations qui leur sont associées (masculin/féminin)* » (BERENI, CHAUVIN, JAUNAIT, REVILLARD, 2012 : 10) est adopté à deux niveaux. Il l'est par les actrices mêmes, engagé.e.s dans ces mobilisations pour la cause de l'IVG, et dans le champ académique, où cet objet de recherche, à la faveur d'une nouvelle ère d'institutionnalisation des études sur le genre en sociologie et en science politique (BERENI et REVILLARD, 2012), est devenu emblématique. Au premier niveau, celui des actrices, le prisme du genre nous intéresse en tant qu'il est pensé dans une logique intersectionnelle par Kimberlé Crenshaw¹² et selon la lecture qu'en fait Danièle Kergoat

¹²CRENSHAW Kimberlé, « Demarginalizing the Intersection of Race and Sex : A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics », University of Chicago Legal Forum, volume 1989, n°1, pp. 139-167. Cette approche intersectionnelle entend démontrer que, pour bien analyser les rapports sociaux de domination, il faut penser ensemble, car

(2012)¹³. En effet, il permet d'analyser les luttes des sages-femmes pour défendre l'orthogénie comme relevant de leur juridiction, à l'articulation d'au moins deux des trois rapports sociaux de domination particulièrement centraux dans nos sociétés, la classe et le genre¹⁴ : ces professionnelles font entrer la question de la domination dans les formes de rhétorique qu'elles emploient pour défendre leur légitimité et leur autonomie, du fait de la place qu'elles occupent dans la hiérarchie médicale, dont elles définissent les contours presque comme une classe sociale¹⁵, et du fait de leur appartenance à une classe de sexe, en tant que profession majoritairement féminine sous domination d'une autre, encore à ce jour très masculine, les gynécologues-obstétriciens¹⁶. Au deuxième niveau, ce champ disciplinaire, articulé à celui de la sociologie des mouvements sociaux, permettra d'analyser les liens établis entre les mobilisations féministes et les mobilisations professionnelles autour de la prise en charge de l'IVG.

III. La sociologie de l'action publique

Nous articulons également cette thèse à la sociologie de l'action publique. D'une part, les luttes des sages-femmes pour faire reconnaître l'IVG comme relevant de leur juridiction s'inscrivent dans un temps long, fait de séquences successives (CAHEN, 2016 ; LE NAOUR et VALENTI, 2003 ; PAVARD, ROCHEFORT et ZANCARINI-FOURNEL, 2012) : aussi semble-t-il nécessaire de considérer ces luttes comme l'indice et le produit des changements à l'œuvre dans le processus de construction du problème public (CEFAÏ, 1996 ; HENRY, in FILLEULE, 2020) de l'IVG. Il nous a donc semblé nécessaire d'adopter une approche incrémentale de l'action publique en la matière, pour situer ces changements dans le temps, et, sur le plan des représentations, pour comprendre ce que ces changements disent de l'ordre symbolique construit dans la culture publique de l'IVG (GUSFIELD, 2009, [1981]). Qu'est-ce qui, dans la prise en charge médicale de l'IVG, divise et cristallise les débats ? Nous avons porté une attention plus particulière au travail de qualification de l'IVG dans les formes de rhétorique que sont les documents officiels produits par l'administration publique à partir des données récoltées par l'institution médicale, et les énoncés juridiques. Nous avons donc essayé

ils se recomposent mutuellement, les rapports de domination de classe, de sexe et de race qui engagent la production et la reproduction de la société, et qui ont pour particularité d'avoir tous pour effet d'exploiter, de dominer et d'opprimer.

¹³ Au terme d'intersectionnalité, Danièle KERGOAT préfère ceux de consubstantialité et de co-extension.

¹⁴ Les rapports sociaux de race sont le troisième de ces rapports de domination étudiés dans la perspective de l'intersectionnalité. Mais dans cette thèse, ce dernier ne nous semble pas pertinent, sauf s'il s'agissait d'étudier la manière dont les sages-femmes se comportent avec les parturientes et avec les femmes avortantes.

¹⁵ Celle-ci est entendue à la fois comme une place dans le système économique et dans la division du travail, et comme un ensemble de propriétés culturelles, sociales et symboliques communes.

¹⁶ D'après les chiffres de la DREES, cette profession est féminisée à hauteur de 56 % en 2020. (<https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-obstetrique/>)

de retracer la manière dont ces formes de rhétorique s'articulent ou viennent s'inscrire en faux contre celles que produisent les instances du groupe professionnel des sages-femmes (le Conseil de l'Ordre, les associations professionnelles). Par ailleurs, la question de la quête de la reconnaissance de la légitimité professionnelle des sages-femmes étant au cœur de la problématique de cette thèse, les outils théoriques de la sociologie de l'action publique ont aidée à analyser la manière dont les leurs compétences sont mobilisées dans la mise en œuvre des dispositifs d'action publique en matière d'orthogénie (LE BIANIC et VIANON, 2008). Nous avons, pour ce faire, été attentive au processus de cette mobilisation croissante, en cherchant ce qu'elle supposait de négociations, de mobilisations, et ce qu'elle occasionnait comme conflits et comme nouvelles modalités de coalition (LASCOUMES et LE GALES, 2012) et de coopérations interprofessionnelles.

D. PROBLEMATISATION ET PLAN ADOPTE

I. La construction de l'objet de la recherche et sa problématisation

Le groupe professionnel des sages-femmes est soumis, depuis sa construction, à une réglementation et une codification formelle. En effet, les activités des sages-femmes ont toujours fait l'objet de délimitations successives, jusque dans la catégorisation des types d'accouchements. Ces logiques de monopolisation, portant sur la maîtrise de certains actes, gestes, ou instruments, ont émané des corps professionnels concurrents (chirurgiens et obstétriciens). Ces délimitations ont eu une incidence sur la manière dont le groupe professionnel a été identifié dans la conduite de l'action publique en matière de régulation des naissances. Mais le groupe professionnel est aussi soumis à des « changements continus, caractérisés à la fois par des contours évolutifs et une hétérogénéité interne » (DEMAZIERE et GADEA, 2009 : 20). Son histoire est traversée de luttes définitionnelles pour faire reconnaître certaines activités comme relevant de sa juridiction, dans l'objectif d'asseoir sa légitimité professionnelle et de faire valoir son autonomie (ABBOTT, 2003).

En parallèle de cette construction heurtée, ambivalente et conflictuelle du groupe professionnel, les divisions du travail dans le champ de la naissance et de la gynécologie se sont recomposées. Des déplacements dans les spécialisations professionnelles se sont opérées (pour la pratique de l'échographie par exemple), de nouveaux segments ont émergé au sein des groupes concurrents, tels que la procréation médicalement assistée (PMA) ou la chirurgie des cancers gynécologiques (ONDPS, 2022). De ce fait, les compétences requises pour les sages-femmes dans l'ensemble du champ de la santé génésique se sont restructurées. Les savoirs transmis se sont diversifiés, approfondis, en changeant de teneur ou de portée, réaffirmant ou faisant évoluer les valeurs au fondement de leur identité professionnelle. Au gré de ces évolutions, les mécanismes de

sélection pour entrer dans les écoles de sages-femmes et les procédures d'accès aux positions professionnelles ont également changé. Tenant compte de ces évolutions, cette thèse porte plus précisément sur les formes et les enjeux du processus de construction de l'orthogénie comme objet du travail pour le groupe professionnel, en regard des recompositions des politiques publiques en matière d'accès à l'IVG.

Au moment de l'entrée sur le terrain, nous pensions observer que l'évolution des formes de la division technique du travail abortif induite par l'accroissement du recours à la méthode médicamenteuse contribuait à une division morale du travail, par le jeu de la délégation de cette tâche considérée comme ingrate par les professionnel.le.s de santé. Le corollaire de cette première hypothèse était que les sages-femmes se voyaient contraintes d'assumer tout ou partie de ce qui était ainsi considéré comme « sale boulot » dans les services et établissements où est prise en charge l'IVG.

Mais la qualification de ce qui relève du sale boulot en orthogénie s'est avérée plus nuancée. Nous avons donc le souhait d'observer les interactions entre les différents membres de services hospitaliers, notamment au bloc opératoire, qui demeurait à l'heure où nous commençons l'enquête, un espace où la division technique du travail abortif obéissait encore à la définition « traditionnelle » des juridictions respectives des groupes professionnels concurrents dans le champ. Les premières investigations sur le terrain nous ont obligée à nuancer cette première appréhension de notre objet de recherche, en nous donnant à voir la variété des arrangements organisationnels qui se faisaient jour dans les services, ainsi qu'entre les établissements hospitaliers et les professionnel.les libéraux.ales. Différents obstacles se sont également dressés au cours de notre itération empirique, nous obligeant à faire le choix de multiplier les échelles de l'investigation pour les contourner. La conjugaison des observations menées dans différents univers sociaux (professionnels, institutionnels et militants), nous a ainsi poussée à envisager aussi la question de l'implication des sages-femmes dans l'activité d'orthogénie non plus seulement dans une perspective interactionniste à l'échelle d'un territoire ou d'un service, mais dans leur encastrement dans le temps long de l'histoire de la profession, dans celui de l'évolution de la législation en matière de prise en charge de l'IVG, en même temps que cela nous invitait à mobiliser à la fois le concept des écologies liées d'Andrew Abbott et celui de l'espace de la cause des femmes de Laure Béréni. L'appréhension des enjeux de la construction de la compétence abortive des sages-femmes, dans un espace politique et professionnel dont nous découvrons progressivement à quel point il était traversé de tensions et de controverses, nous a conduite à envisager la manière dont le groupe professionnel, fort de cette nouvelle licence accordée, construisaient le mandat de « sage-femme orthogéniste », et comment cela contribuait à l'émergence d'un nouveau segment au sein de la profession.

L'actualité est venue conforter cet infléchissement de la problématisation : la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID 19 a correspondu à ce que la sociologie de l'action publique nomme une « ouverture de la structure des opportunités politiques » (FILLEULE, MATHIEU, 2009) en bouleversant l'économie des coopérations interprofessionnelles, en renforçant le rôle du dispositif de la télémédecine, en même temps qu'elle faisait la lumière de manière plus crue encore qu'auparavant sur les inégalités sociales et territoriales de l'accès à l'IVG en France.

II. Plan adopté

Notre démarche d'enquête a procédé par tâtonnements, puisque nous sommes entrée sur le terrain avec un certain nombre d'hypothèses, en souhaitant recueillir des données qui nous permettraient de les confirmer, de les nuancer ou de les invalider, tandis que nos lectures contribuaient à orienter notre compréhension des logiques d'ordonnement de la participation des sages-femmes à l'activité d'IVG sur le territoire.

La première partie de ce manuscrit retrace donc l'itération de notre démarche empirique, en insistant, dans un mouvement réflexif, sur ce que la rencontre de certains obstacles permettait d'éclairer sur notre objet de recherche. Nous présenterons donc les différents types de freins institutionnels rencontrés, en même temps que les leviers qui ont été actionnés ou les choix opérés pour contourner les difficultés qui se faisaient jour. Tous ont permis de rendre compte des controverses toujours à l'œuvre ou nouvelles dans la culture du problème public de l'IVG, ainsi que des luttes définitionnelles mais aussi des jeux d'alliance entre groupes professionnels. Nous retracerons ce qui nous a contrainte à croiser différentes approches méthodologiques, en cherchant à appréhender différents espaces professionnels où les sages-femmes sont socialisées à la pratique de l'orthogénie – durant leur formation initiale et dans le cadre de leur exercice, mais aussi dans les arènes professionnelles, institutionnelles et militantes où différent.e.s actrices contribuent à construire la finalité de l'engagement dans la pratique de l'IVG.

La deuxième partie est centrée sur la « trajectoire » du problème public de l'IVG, qu'il nous a semblé nécessaire de retracer pour mieux situer le cadre dans lequel s'inscrit la construction de la compétence abortive des sages-femmes. Nous analysons donc l'évolution du problème lui-même, et l'ensemble des actions entreprises dans la durée pour en gérer le déroulement, le traiter et le mettre en forme. Ainsi, nous soutenons que, si l'ordre cognitif et symbolique qui sous-tend la gestion et le traitement de ce problème public conserve la perspective sanitaire adoptée dans la loi de 1975, un changement paradigmatique s'opère néanmoins dans les termes mêmes du compromis établi. Nous interprétons les aménagements du cadre réglementaire de la prise en charge comme un mouvement

de « dépathologisation », sinon de démedicalisation, de l'ordre symbolique qui sous-tend la culture du problème public de l'IVG, dans ses dimensions cognitives, morales, pratiques et légales. La présentation de cet ordre symbolique permettra de mieux comprendre les changements qui s'opèrent dans l'ordre des représentations et des pratiques des sages-femmes en orthogénie, comme de replacer le processus de renforcement de leur rôle dans la division du travail abortif.

Le détail des sources des données socio-épidémiologiques recueillies par les institutions médicales servira de support à l'analyse des effets produits par le choix des catégories opéré par les agences publiques de service statistique aux fins de la production de la connaissance sur le recours à l'IVG, comme sur le déploiement de l'offre de soins en matière d'orthogénie. Ces dernières servent de support à l'élaboration de la rhétorique sur l'avortement en tant que problème de santé publique, analysée sous l'angle d'une « dramatisation » servant à convaincre de la nécessité d'orienter les politiques publiques vers le renforcement de la prévention des grossesses non désirées. Nous tenterons de montrer que, dans ces formes de rhétorique, le schème de la pathologie s'estompe, pour laisser place à l'émergence d'une nouvelle définition du segment de la médecine orthogénique dans le champ médical, centrée sur la dimension « physiologique » de l'IVG¹⁷. La présentation des évolutions de cette offre de soins s'imposait, pour rendre compte des contextes économique, démographique et social où s'inscrivent les dynamiques et les luttes définitionnelles de la profession de la sage-femme à l'heure actuelle. Cette partie se clôt par une analyse de l'évolution des énoncés juridiques et du cadre réglementaire de l'activité d'orthogénie. Nous posons qu'un changement s'opère dans l'ordre symbolique qui sous-tend la culture du problème public de l'IVG, avec l'élaboration d'un nouvel ordre moral et cognitif, lui aussi orienté vers la « physiologisation de l'IVG ». Ce détour par les évolutions de la législation en matière d'IVG permet de poser le contexte dans lequel les pouvoirs publics ont pu investir la profession de sages-femmes de nouveaux mandats en matière de santé sexuelle et reproductive.

La troisième partie prend un détour socio-historique. Nous retracerons l'histoire de l'institution du groupe professionnel des sages-femmes, en mobilisant d'abord les travaux de Nathalie Sage-Pranchère. Ceux-ci permettent de comprendre, par le truchement de l'entreprise de clôture des savoirs experts auquel se sont livrés les chirurgiens puis les obstétriciens au 18^{ème} siècle, la centralité du schème de la physiologie dans la rhétorique professionnelle des sages-femmes, en même temps que la prégnance des luttes définitionnelles qui les occupent, quelle que soit l'activité qui soit le support d'une construction d'un nouvel objet du travail médical. Ce détour par l'histoire permet aussi d'appréhender les enjeux de l'investissement d'un quelconque nouveau mandat : la conquête d'un nouveau territoire d'exercice est toujours à analyser au regard des rapports de domination et des jeux

17 Leur articulation aux mobilisations féministes dans l'espace de la cause des femmes fera l'objet de la sixième partie de ce manuscrit.

de concurrence avec les gynécologues obstétricien.ne.s qui ont façonné l'identité professionnelle des sages-femmes. Et ce, même lorsqu'il s'agit d'investir un mandat sur un objet paradoxal du travail, comme l'avortement. C'est pour comprendre le sens que revêt ce paradoxe que nous avons mobilisé les travaux de Fabrice Cahen. Celui-ci a montré comment les sages-femmes avaient été progressivement enrôlées par les autorités publiques dans l'entreprise de lutte qui s'est menée au 19^{ème} et jusqu'au mitan du 20^{ème} siècle, contre ce qui a été construit comme « fléau social » (puis comme crime). Cet enrôlement a pris une inflexion différente au lendemain de la Seconde guerre mondiale, quand l'accroissement de la natalité a eu raison des angoisses liées au spectre de la dépopulation. Les sages-femmes ont alors été investies d'une mission de prévention dans les politiques de surveillance des grossesses, qui continue de peser dans les représentations des professionnelles à l'heure actuelle. La prégnance de ce prisme préventif explique selon nous que la pratique de l'IVG est loin de faire consensus dans les rangs de la profession. Participer à la conduite de l'action publique en matière d'orthogénie suppose, sur un plan cognitif et symbolique, d'opérer un renversement important, qui bouscule le socle de l'identité professionnelle, en même temps que cela représente le moyen de renforcer la légitimité du groupe tout entier.

La quatrième partie est envisagée dans une perspective cette fois plus synchronique, avec la présentation de l'évolution actuelle des contextes d'exercice des sages-femmes. Nous ferons une brève description de l'état actuel du marché du travail, qui rend compte des problématiques qui se font jour dans l'organisation de l'offre de soins en matière de périnatalité et de santé sexuelle. Parallèlement, nous soulignerons les changements à l'œuvre dans les représentations et les pratiques professionnelles, dans un contexte de demande sociale de « démedicalisation » de la naissance. Là, l'on observe un glissement paradigmatique où le prisme du risque est remis en question, alors qu'il était au fondement de la domination exercée par les gynécologues-obstétricien.ne.s et les gynécologues médicaux.ales. Dans ce contexte social où l'agentivité des femmes est progressivement reconnue dans le champ de la santé sexuelle et reproductive, le groupe professionnel voit là une opportunité de faire reconnaître leur expertise, en revendiquant une forme de monopole de la compétence relationnelle dans l'accompagnement des parcours de soin des femmes. Elles se livrent donc à diverses entreprises de lutte pour accroître le territoire de la physiologie, lieu même de leur identité professionnelle. Mais, là encore, ces luttes ne vont pas sans tensions, car l'intensification du travail dans les établissements de santé entrave la possibilité même de faire valoir la compétence relationnelle. C'est donc dans ce contexte de tensions organisationnelles et normatives que s'inscrit aujourd'hui l'émergence du segment de la pratique orthogénique. Cette dernière est donc considérée, pour une part d'entre les sages-femmes, comme un nouvel espace à investir pour soutenir le travail de légitimation du groupe tout entier. Pour d'autres, le contexte en question ne fait que renforcer le sentiment de se voir assignées à un rang inférieur dans la hiérarchie médicale.

La cinquième partie du manuscrit est consacrée à la manière dont le groupe professionnel investit en pratique le marché du travail abortif. Un premier chapitre de cette partie sera donc consacré à la présentation de la participation effective des sages-femmes à l'offre de soins sur le territoire, que notre intégration au sein de l'équipe de l'ORS BFC a permise, en rendant possible l'exploitation de certaines bases de données relatives à l'exercice des professionnel.le.s de santé. Cette approche quantitative montre un engagement massif et très rapide des sages-femmes dans la pratique de l'orthogénie, notamment dans le cadre de l'exercice libéral. Puis nous adopterons une approche compréhensive des modalités de cette pratique. Nous insisterons sur la grande diversité des manières d'intervenir dans la division du travail abortif. L'enquête a montré que les conditions d'exercice façonnent l'investissement de ce nouveau mandat. Une analyse de la socialisation des sages-femmes durant leur formation initiale enrichira l'analyse du processus de professionnalisation de l'IVG pour le groupe : nous montrerons que la construction de l'IVG comme objet du travail médical est encore loin de faire consensus dans les rangs de la profession. Dans certains contextes, l'on assiste même à la reconduction des normes professionnelles qui l'ont jusqu'alors construit comme pratique relevant du domaine de la pathologie.

Enfin, la sixième et dernière partie de ce manuscrit complètera le travail de restitution du processus de fabrique de la compétence abortive du groupe professionnel. Recourant au même procédé d'analyse des débats au sein des arènes parlementaires et dans les productions plus formelles des énoncés juridiques définissant cette compétence, nous montrerons comment les sages-femmes se sont trouvées progressivement investies de ce mandat par les autorités publiques. Nous posons que l'élargissement du champ de compétence du groupe professionnel permet aux pouvoirs publics d'améliorer l'accès à l'IVG, dans un contexte sanitaire en tensions, tout en poursuivant l'effort du maintien du compromis établi par la loi Veil. L'enrôlement des sages-femmes dans la conduite de l'action publique en matière d'IVG n'opère pas de révolution au plan symbolique ; mais il contribue à ce que nous avons considéré comme étant un processus de physiologisation de l'IVG, qui ne le banalise pas, puisque la prise en charge demeure aux mains de la profession médicale.

Le second chapitre de cette dernière partie envisagera la participation à ce processus d'une association catégorielle de sages-femmes qui revendiquent une identité d'orthogénistes : l'ANSFO (Association Nationale des Sages-Femmes orthogénistes). Nous situerons le travail de légitimation de la pratique de l'IVG auquel se livrent ces professionnelles dans l'espace de la cause des femmes, car il nous semble impossible de « désencastrer » leur entreprise de lutte de celles qui sont menées dans d'autres pôles de cet espace pour améliorer l'accès à l'IVG. Après nous être arrêtée sur la composition transcategorielle de cette association, qui représente une ressource mais qui contribue à leurs difficultés pour opérer une montée en généralité et se rendre suffisamment visibles, nous

montrons ainsi la relation d'interdépendance avec le pôle professionnel où se trouve l'ANSFO. Ces sages-femmes tentent de faire valoir l'expertise propre du groupe professionnel en soulignant leurs compétences scientifiques, techniques et relationnelles. L'essentiel de leur logique argumentative porte sur la catégorisation de l'IVG comme appartenant au champ de la physiologie. Elles tentent également de faire entendre cette rhétorique auprès d'auditoires politiques, notamment auprès de parlementaires et de personnalités publiques, avec cette finalité de faire reconnaître à la fois leur légitimité professionnelle et celle de leur participation à l'action publique en matière d'accès à l'IVG. Leur particularité est de mobiliser en même temps des schèmes de la rhétorique féministe pour justifier de construire le recours à l'IVG comme une décision libre, qui participe de la construction d'une représentation de la santé des femmes basée sur leur agentivité. Nous montrerons que ce positionnement permet des jeux d'alliance avec d'autres actrices de l'espace de la cause des femmes, tout en générant des tensions avec d'autres dans certains pôles, car leur « revendication de professionnalité féministe » ne fait pas sens pour tous.tes.

1^{ère} Partie : MÉTHODOLOGIE

Notre recherche a commencé au lendemain de la publication, en France, du décret d'application de la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 qui, pour partie, modifiait les conditions de la prise en charge de l'IVG. L'extension du champ de compétences des sages-femmes, destinée à améliorer l'offre de soins en matière d'IVG médicamenteuse, était une étape nouvelle dans l'histoire de la médicalisation de l'avortement. L'étude de la place et du rôle des sages-femmes dans les recompositions de l'application de la politique de contrôle des naissances était d'abord une commande pour cette thèse effectuée dans le cadre d'une Convention Industrielle de Formation par la Recherche (CIFRE), financée pour partie par l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne Franche-Comté (cf infra). Puis la perception des tensions à l'œuvre, au fil de l'enquête de terrain, ainsi que des concurrences entre professionnel.le.s dans la définition du sens de l'activité médicale de l'orthogénie ont confirmé qu'il y avait là une matière intéressante à explorer.

Pour cette recherche, nous avons adopté un mouvement de va-et-vient entre l'enquête de terrain et un travail de conceptualisation, nourri par la lecture d'ouvrages et d'articles scientifiques sur les questions soulevées par la réglementation de la prise en charge de l'IVG. Ce processus pendulaire entre le terrain et la théorie nous a rendue sensible aux jeux de négociation, d'alliances, de coopération ou de conflits entre professionnel.les impliqué.es dans le champ très concurrentiel de la médecine. Cette itération empirique nous a progressivement amenée à appréhender les logiques d'ordonnement des agents dans le champ de l'orthogénie, à travers lesquelles l'action publique en matière d'IVG s'actualise de nos jours. Il nous semblait donc nécessaire d'appréhender l'activité des professionnel.les de santé en tenant compte des traductions des politiques de santé dans les configurations locales des différents services d'orthogénie, pour fournir un savoir localisé sur les transformations sociales et politiques globales de l'organisation de l'offre de soins en orthogénie, et comprendre comment s'y intègrent dorénavant les sages-femmes, compte tenu de l'histoire paradoxale que le groupe professionnel entretient avec l'avortement.

Cette première partie rend compte du cheminement que nous avons adopté pour circuler sur le terrain, dans cette démarche hypothético-déductive qui nous a permis d'amender progressivement notre réflexion. Nous retracerons les moyens que nous avons mis en œuvre pour récolter notre matériel de terrain, les obstacles qui se sont dressés au travers de ce chemin, qui éclairaient aussi certaines problématiques, et qui ont infléchi notre manière d'appréhender notre objet de recherche.

A. RECIT D'ENQUÊTE : UNE DEMARCHE PAR TÂTONNEMENTS

Pour expliquer l'accumulation de matériaux, leur mise en ordre et la construction des résultats, il est nécessaire de rendre compte des étapes de l'élaboration de notre dispositif d'enquête, guidée par le choix d'une approche compréhensive des modalités d'organisation de l'offre de soins en orthogénie. Nous avons en effet multiplié les investigations « par tâtonnements » (SCHWARTZ, 2011).

I. L'approche quantitative de la prise en charge de l'IVG en région

Le portage institutionnel de cette recherche par l'Observatoire Régional de Santé BFC a facilité l'accès aux données statistiques administratives des établissements de santé et professionnel.le.s libéraux.ales sur le territoire régional, qui ont constitué la base d'une approche quantitative de la prise en charge de l'IVG¹.

1. Données épidémiologiques et données relatives à l'activité des structures de soin et des professionnels dans le champ de l'orthogénie

En effet, les Observatoires Régionaux de Santé (ORS) disposent d'un accès privilégié aux données du Système National des Données de Santé (SNDS)², unique en Europe, qui permet de chaîner les données de l'Assurance Maladie (base SNIIRAM³) et des données du Programme Médicalisé des Systèmes d'information (PMSI)⁴. Ces données sont annuellement traitées par la

¹ Des données épidémiologiques sont récoltées chaque année pour les IVG. L'article 16 de la loi de 1975 chargeait l'Institut National des Études Démographiques, en liaison avec l'INSERM, d'analyser et de publier les statistiques de l'avortement en France. Les bulletins de déclaration obligatoire anonymes théoriquement remplis lors de chaque IVG dans les établissements de santé donnent des informations détaillées concernant l'âge gestationnel, la situation sociale et professionnelle des femmes qui ont avorté. Outre ces bulletins, deux sources peuvent être utilisées pour ce suivi annuel : la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), et les données issues du PMSI.

² <https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Composantes-du-SNDS>

³ La base de données SNIIRAM permet d'identifier l'âge, le sexe, le lieu de résidence des assuré.e.s ayant bénéficié de soins de santé, ainsi que l'éventuel bénéfice d'une Couverture Maladie Universelle (CMU). La base de données permet de savoir si l'assuré.e se trouve dans une situation d'affection longue durée (ALD) ou si son état de santé est reconnu au titre de maladie professionnelle. Concernant les professionnel.le.s de santé qui ont délivré les soins et éventuellement les prescripteurices le SNIIRAM comporte l'âge, sexe et lieu d'exercice ainsi que la spécialité et le mode d'exercice. Sur la consommation de soins la base contient les dates de soin ainsi que les montants remboursés par l'assurance maladie et payés par les patient.e.s. Elle comporte également le codage détaillé des médicaments délivrés, des actes techniques des médecins, des dispositifs médicaux, des prélèvements biologiques.

⁴ Le PMSI permet de procéder à l'analyse de l'activité médicale des établissements hospitaliers à des fins d'allocation budgétaire. Tout séjour dans un établissement de santé, public ou privé, fait l'objet d'un recueil systématique et minimal d'informations administratives et médicales qui sont utilisées principalement pour le financement des établissements de santé (tarification à l'activité) et pour l'organisation de l'offre de soins (planification). (...) Les informations recueillies au niveau de l'établissement sont ensuite centralisées au niveau national sur la forme d'un résumé de sortie anonyme (RSA). Chaque RSA contient des informations médicales ainsi que des informations de type administratif (identification de l'établissement, durée de séjour, mode d'entrée et de sortie dont, éventuellement, le décès) et sur le patient (sexe, âge, code géographique de résidence basé sur le code postal de résidence). Outre les RSA, les établissements doivent produire des informations sur le nombre de consultations et d'actes externes réalisés, sur la consommation de certains médicaments et dispositifs médicaux implantables (prothèses, implants) utilisés, sur les prélèvements d'organes sur les

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), qui dresse ainsi un état des lieux de la prise en charge de l'IVG en France, à différentes échelles (nationale, régionale et départementale). L'étude des catégories employées pour rendre compte des modalités et des évolutions de l'activité d'orthogénie (taux de recours par tranche d'âge et départements, nombre d'IVG hospitalières selon le stade de grossesse et l'âge de la femme, répartition des IVG selon le type de prise en charge et la méthode utilisée, nombre d'IVG réalisées par territoire, selon la localisation des établissements hospitaliers et selon la méthode utilisée) a permis d'appréhender le rôle des statistiques dans la production de l'ordre symbolique qui sous-tend la « culture du problème public de l'IVG » (GUSFIELD, 2009, [1981]), que nous aborderons dans la deuxième partie de ce manuscrit, et qui posera le cadre contextuel de notre réflexion sur le renouveau des luttes définitionnelles de la juridiction des sages-femmes.

Plus spécifiquement, l'accès à ces bases de données a permis de quantifier l'implication des différent.e.s professionnel.le.s de santé dans l'activité d'orthogénie, en retraçant l'évolution du nombre d'IVG réalisées selon le type de groupes professionnels. L'analyse de ces données a mis en lumière l'essor de la participation de praticien.ne.s libéraux.ales dans l'activité d'orthogénie à l'échelle départementale et régionale, conformément à la commande qui nous était passée par l'ARS BFC dans le cadre du contrat doctoral CIFRE. Cette approche quantitative, ciblée sur la région, éclaire les jeux de concurrence inter-professionnelles et les alliances dans la division du travail abortif qui se font jour à l'échelle nationale. Cette approche était nécessaire pour appréhender les enjeux de l'implication du groupe professionnel des sages-femmes dans la conduite de l'action publique en matière d'IVG, qui est plus précisément l'objet de notre recherche.

2. Dépasser le territoire défini contractuellement pour l'enquête

Cette recherche s'est inscrite dans le cadre d'un contrat pluri-partenarial CIFRE (2017-2020) passé entre l'Association Nationale Recherche Technologie (ANRT), notre université de rattachement, et l'Observatoire Régional de Santé (ORS) BFC, lui-même financé pour partie par l'ARS BFC dans le cadre d'un contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Le portage institutionnel de cette thèse de doctorat a donc, dans un premier temps, borné l'espace que nous avons fixé pour l'investigation : celle-ci devait porter sur l'ensemble du territoire régional, pensé comme cadre de la projection institutionnelle de mise en œuvre des politiques publiques de santé. Dans l'objectif opérationnel d'aide à l'adaptation de l'offre de soins aux besoins de santé de la population

personnes décédées. Le recueil systématique couvre l'ensemble des hospitalisations en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), en soins de suite et réadaptation (SSR), en psychiatrie (RIM-P) et les hospitalisations à domicile (HAD). (<https://www.snds.gouv.fr>)

régionale, il était convenu de faire la lumière sur les ressources et les obstacles structurels au déploiement territorial de l'activité d'orthogénie en Bourgogne Franche-Comté. La prise en compte de la diversité régionale, des enjeux et des logiques locales devait permettre de contextualiser des pratiques hétérogènes en orthogénie et de montrer, au travers des traductions de la loi dans l'organisation des services, des parcours et des réseaux locaux de prise en charge de l'IVG, la marge d'autonomie et les contraintes pesant sur le groupe professionnel des sages-femmes.

Cette région présente en effet des contextes de peuplement et des caractéristiques géographiques et économiques très disparates, comme le montre le diagnostic régional de santé établi dans le cadre de la préparation du Projet Régional de Santé 2018-2022⁵ : l'analyse multivariée de différentes variables (socio-démographie, santé, environnement, offre sanitaire et médicosociale) a en effet permis de dresser des « profils de territoires » soulignant de très forts contrastes⁶ relatifs aux densités de professionnels de santé et comme à l'accessibilité spatiale aux soins (calculée à partir des distances et temps d'accès aux services de santé). Ces contrastes offraient un terrain d'enquête intéressant pour analyser les logiques d'engagement des professionnel.le.s de santé dans l'activité d'IVG en tenant compte de la diversité des contextes d'exercice.

Le territoire régional était dans un premier temps pensé comme le lieu de la vérification de l'hypothèse selon laquelle les sages-femmes allaient s'emparer massivement de ce nouveau droit de prescription du dispositif abortif médicamenteux qui leur était accordé. Mais le périmètre spatial et scientifique du terrain a évolué au fur et à mesure des opportunités qui nous étaient offertes et des difficultés qui se présentaient lors de notre itération empirique. Lorsque nous avons commencé les investigations en 2017, le projet d'observer les pratiques professionnelles des sages-femmes autour de l'activité d'orthogénie, et plus particulièrement celles en exercice libéral qui venaient de voir leur champ de compétence élargi, s'est heurté à un obstacle numérique et temporel : le décret de loi de modernisation de notre système de santé venant tout juste d'être publié, seul un petit nombre de sages-

⁵ Tel que défini dans la loi de modernisation de notre système de santé 2016.

⁶ Le diagnostic régional de santé a montré l'hétérogénéité de peuplement en définissant 5 classes de territoires appelées « profils de territoire ». La classe 1 regroupe 28 territoires périurbains socialement favorisés, composés d'établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) caractérisés par une population jeune et en âge d'activité, qualifiée, par une surreprésentation de professions intermédiaires et cadres, une situation de sous-mortalité pour les cancers, les traumatismes, la mortalité liée à l'alcool et au tabac, la mortalité prématurée et générale. La région comprend un nombre important d'EPCI en situation bien moins favorisée : ainsi la classe 4 distingue des territoires ruraux socialement défavorisés, faiblement peuplés avec une surreprésentation d'ouvriers, en surmortalité générale pour les maladies cardiovasculaires et traumatiques, avec des taux d'hospitalisation supérieurs à la moyenne régionale et une part élevée de ménages en situation de précarité énergétique (41 EPCI au total). Enfin, les 20 EPCI de la classe 5 sont définis comme « territoires ruraux âgés et défavorisés » avec une forte proportion de jeunes peu diplômés, un chômage important, et une part de bénéficiaires de minimas sociaux importante. Ces EPCI connaissent une surmortalité générale, prématurée et prématurée évitable, comme pour les principales causes de décès (cancers, appareil respiratoire et cardio-vasculaire, liées au tabac et à l'alcool). Ils présentent un taux d'hospitalisation pour cancer et maladies de l'appareil digestif supérieur à la moyenne nationale, et des taux d'affections de longue durée, de diabète et troubles mentaux également supérieurs. Ces territoires présentent des densités de professionnel.le.s de santé les plus faibles de la région. Cf. Diagnostic Projet Régional de Santé 2, ARS BFC- ORS BFC 2017, p.10.

femmes libérales avaient entamé des procédures de conventionnement avec l'ARS pour réaliser des IVG médicamenteuses.

La contrainte de diversifier les modalités d'approche sur le terrain, due aux difficultés rencontrées au début de l'investigation, nous a aussi offert des réponses sur les orientations à privilégier. Les premiers mois de l'enquête ont été consacrés à la recherche des lieux où observer selon quelles modalités les sages-femmes s'inscrivent dans la division du travail abortif. Cette première phase a été vécue d'abord comme une dispersion. Mais bientôt une évidence nous est apparue : partout, en libéral comme en établissement hospitalier, dans les territoires ruraux comme dans des grandes villes, nous avons perçu combien la prise en charge de la santé sexuelle et reproductive était sous-tendue par des enjeux de concurrence et d'alliances entre groupes professionnels pour transformer cette sphère de travail en « juridiction professionnelle », pour reprendre les termes d'Andrew Abbott. La construction de notre terrain d'enquête a progressivement induit une évolution du cadre de la problématique de recherche : l'approche spatiale n'était pas la seule pertinente. Il fallait également prendre en compte la dimension processuelle de l'institutionnalisation de la prise en charge de l'IVG par les différents segments du groupe professionnel des sages-femmes. La partie qui suit retrace donc les étapes de la démarche empirique qui nous a mise sur la voie de l'analyse des recompositions d'une politique de santé au prisme de la sociologie des professions.

II. Négocier l'entrée sur un terrain controversé

Le récit des chaînes de négociations qu'il nous a fallu entreprendre pour obtenir l'autorisation d'enquêter sur ce terrain controversé est utile pour rendre compte de ce que nous avons pu comprendre du fonctionnement de l'institution hospitalière (DERBEZ, 2010), et des enjeux qui participent de la construction de l'orthogénie comme objet de luttes définitionnelles entre groupes professionnels concurrents.

1. Le souhait d'observer l'activité d'orthogénie au bloc opératoire

Nous sommes d'abord partie d'un questionnement sur les méthodes abortives. Nourrie de travaux de sociohistoire de l'avortement qui ont montré que celles-ci ne relevaient pas « que » de la technique, et que celles-ci participaient de la construction du problème public de l'IVG (RUAULT, 2017 ; PAVARD, 2012) nous avons souhaité comprendre ce qui se jouait de nos jours autour des usages des techniques abortives (chirurgicales et médicamenteuse). Nous voulions étudier les façons

dont les discours des professionnel.le.s en orthogénie s’actualisent dans des comportements concrets, susceptibles de permettre d’appréhender les rapports symboliques qui se construisent dans les univers mêmes où se déroule cette activité médicale (GENEST, 1990). Nous souhaitons observer l’imbrication des dimensions techniques, sociales, affectives et symboliques des gestes abortifs, et voir comment les représentations de l’avortement dans la société globale influencent ce qui se passe pendant les consultations d’orthogénie.

Nos premiers entretiens exploratoires nous ont fait entrevoir le tabou qui entoure encore de nos jours l’acte abortif dans les représentations des professionnel.le.s de santé, du fait que l’avortement a trait à la mort (BOLTANSKI, 2004) ainsi qu’à la souillure (DOUGLAS, 1966). Tous.les professionnel.le.s rencontré.e.s décrivent un « *acte pas anodin* » en évoquant à loisir les risques induits pour la santé reproductive et psychologique des femmes, tout en s’efforçant de NE PAS décrire avec précision les gestes auxquels iels procèdent, comme si ceux-ci conservaient une charge agressive très intense sur laquelle iels ne souhaitaient pas s’apesantir. D’une manière générale, leurs discours tendent à s’aligner sur « les bonnes pratiques professionnelles » quand nous espérons recueillir leurs questionnements, voire leurs émotions (BURNAY, 2022 ; HOCHSCHILD, 2017 [1983]). Ces réticences à dire ce qui se passait plus particulièrement pendant les interruptions chirurgicales de grossesse ont fait naître la curiosité de voir ce qui se jouait précisément au bloc opératoire, car nous présumons que c’était là que ce rapport à la mort était le plus aigu.

D’une part, l’IVG chirurgicale ne passe pas par la médiation d’un médicament : par définition, elle suppose de la part des professionnel.le.s une intrusion perpétrée sur le corps de la femme⁷, un geste opératoire ayant une portée symbolique tout autre que l’administration d’un médicament. Les études épidémiologiques montrent d’autre part qu’avec l’essor du dispositif médicamenteux en contexte de crise hospitalière, la voie instrumentale est généralement réservée aux IVG entre 10 et 14 SA, bien qu’elle soit en théorie proposée à toutes les femmes en demande d’avortement. Le geste instrumental comprendrait une charge symbolique d’autant plus agressive qu’il combine une intrusion dans un utérus au fait qu’il se produit sur des grossesses plus tardives. En effet, dans les représentations de sens commun façonnant les valeurs des règles de la bioéthique, la légitimation des agressions faites au vivant est fonction « de la taille du petit d’homme qu’elles touchent, et de la gravité de l’ouverture du corps humain qu’elles supposent » (MEMMI, 2005 :143). Nous partions de l’hypothèse que le geste instrumental place les professionnel.les dans un rapport plus complexe à la souillure que l’IVG médicamenteuse, et face à un risque de « contagion » symbolique (VEGA, 1999) qui nous incitait à adopter une approche ethnographique de ce qui se passe sur la scène même du

⁷ Par le truchement des canules qui vont progressivement permettre la dilatation du col de l’utérus puis de l’aspiration du produit de l’interruption.

« théâtre des opérations » (POUCHELLE, 2008). De quelles manières les professionnel.les entrent-ils en contact avec les patientes, ou au contraire se blindent-ils contre la charge agressive du geste opératoire ? Quels gestes font-ils avant, pendant, après l'opération ? Quelles parties du corps de l'avortante sont-elles l'objet d'attentions ? De quels traitements particuliers le produit de l'aspiration est-il l'objet ? De quelles façons les professionnel.le.s désignent-ils les instruments utiles à l'aspiration de la grossesse ? Quels rapports au temps l'intervention chirurgicale induit-elle ? Quels rapports à l'espace ? Quels sont les choix architecturaux et organisationnels du bloc qui structurent les gestes abortifs ? Comment la parole circule-t-elle entre les soignant.e.s et les avortantes dans les chambres, dans les couloirs, au bloc, puis en salle de réveil ? Le regard entre-t-il dans ce jeu ? Le contact relationnel est-il (inversement) proportionnel à l'intimité du geste abortif ?

Nous avons l'intuition que la gestion de la charge agressive du geste chirurgical est une activité particulièrement propice à la construction de rituels, nécessaires pour assurer le succès des procédures médicales, canaliser les affects, cimenter la communauté des initié.e.s (les professionnel.le.s) ou assurer la distance avec les profanes. De ce fait, nous imaginions qu'il se jouait là, au bloc opératoire pensé comme « lieu anthropologique » au sens de lieu clos, aux frontières bien précises, quelque chose qui participait de la définition des frontières de la juridiction des sages-femmes, puisqu'alors que nous commençons notre enquête de terrain, la profession n'avait pas encore obtenu la compétence instrumentale en matière d'orthogénie. Enquêter dans et autour de cet espace nous semblait une manière pertinente de pouvoir lire l'organisation du social (AUGE, 1992), autrement dit, d'observer les rapports de pouvoir entre groupes professionnels et les enjeux des luttes menées par les sages-femmes pour défendre les frontières de leur juridiction. L'attachement à des manières de faire et de parler spécifiques, fortement hiérarchisées et localisées, renforçaient notre curiosité intellectuelle à l'égard du bloc opératoire. Aussi, l'idée selon laquelle la technologie médicale sert « as a mask for non-technical functions » guidait notre envie d'étudier la manière dont le symbolique pénètre les usages des instruments chirurgicaux (POWLES, 1973 : 21).

Au-delà, nous souhaitons analyser ce que l'évolution des modalités organisationnelles de division du travail abortif induisait sur les interactions entre membres de groupes professionnels concurrents, qui se déroulent au bloc opératoire lors d'une IVG chirurgicale. Comment les sages-femmes se comportaient-elles vis-à-vis des médecins ou des gynécologues, qui avaient alors la mainmise sur les instruments chirurgicaux, sur cette scène particulière du travail – la prise en charge d'une activité médicale controversée ? Les sages-femmes, travaillant sous délégation médicale au bloc opératoire et dans les services d'orthogénie avant la loi de 2016, avaient-elles des manières spécifiques d'entrer en interaction avec les avortantes dans ce « théâtre des opérations », notamment lors des IVG instrumentales sous anesthésie locale durant lesquelles, par principe, elles demeurent

conscientes ? Les actrices avaient-elles par exemple des rites propitiatoires spécifiques selon leur groupe professionnel d'appartenance ? Le travail de gestion de la douleur était-il l'objet d'une construction partagée entre les soignants et les avortantes, plus particulièrement dans le cadre des IVG sous anesthésie locale ?

2. L'impossibilité d'accéder au bloc opératoire

Mais ces questions sont restées sans réponse, la possibilité ne nous ayant été laissée nulle part d'accéder au bloc opératoire. Tout le temps de l'enquête, ce dernier restera ce « lieu paroxystique », cet « espace fermé sur sa propre dynamique » qui, depuis le dix-neuvième siècle, se présente comme « le territoire privilégié de l'identité médicale » (POUCHELLE, 2008). Autrement dit, le bloc opératoire restera cette boîte noire que nous aurions souhaité ouvrir pour observer des pratiques qui font communément « l'objet de discours pré-construits visant au contrôle de la représentation de soi », chez les professionnel.le.s de santé (ARBORIO, 2007).

Plusieurs raisons à cette impossibilité nous sont apparues au fil de notre itération sur le terrain. Tout d'abord, l'observation des gestes abortifs au bloc opératoire se heurte à une contrainte organisationnelle et temporelle : la littérature a montré que l'obtention de créneaux de bloc pour des IVG faisait l'objet d'âpres négociations entre les services (COLLET, 2011). Il faut, d'après Émilie, médecin généraliste vacataire en centre d'orthogénie, « *se battre* », « *bagarrer* » pour conserver un temps dédié à cette activité dévaluée, peu rentable : le maintien de l'activité d'orthogénie demande l'investissement de personnels soucieux.ses de préserver l'accès à cette offre de soins sur leur territoire. En pratique, cela aurait supposé des observations très circonscrites dans le temps⁸, obligeant à la planification en amont des demandes auprès des chefs de service ou des cadres de santé. Cette organisation est bien souvent apparue comme trop complexe pour rendre possible notre accès au bloc opératoire.

Un autre motif de refus a été formulé, d'ordre sanitaire et procédural cette fois : partout, nos interlocutrices invoquaient l'indispensable respect des normes médico-légales. Aussi avons-nous très vite intégré cet interdit, n'osant bientôt plus formuler cette demande. Tout se passait comme si l'idée de permettre l'observation de tels gestes chirurgicaux à une personne extérieure au monde médical était incongrue – même chez ceux qui témoignaient d'un certain empressement dans leur volonté de soutenir notre démarche de recherche. Cet interdit avait une dimension fortement symbolique : en termes anthropologiques, nous avons ressenti l'inaccessibilité de ce lieu comme

⁸ Tous.tes nos enquêt.e.s effectuant des IVG chirurgicales ont souligné dans les entretiens combien les interventions sont « *très rapides* ».

participant du maintien de la situation d'ignorance des « non-initiés qui risqueraient de ne pas percevoir la légitimité des usages échappant aux lois communes (POUCHELLE, 2008). Le franchissement de son seuil s'est présenté à nous comme un impensable. Il semblait souligner la sacralité de l'interruption volontaire de grossesse chirurgicale : la fermeture des portes du bloc opératoire à l'œil du sociologue relevait du travail social de fabrication de cette dimension « non anodine » du geste chirurgical abortif. Ce maintien d'une séparation spatiale, sinon cette propension au secret relève d'une nouvelle forme de partage entre le domaine du profane et celui du sacré, partage propre aux procédures d'administration du vivant (MEMMI, 2005 :143). L'argument qui nous était opposé était que nul n'entre au bloc en tant que profane : il faut être formé aux règles d'asepsie, autrement dit « assujettis aux rituels destinés à assurer [cette figure d'absolu] » (*Ibid.*, 2008); il faut maîtriser les gestes opératoires, connaître son rang et savoir garder sa place pour ne pas perturber l'ordre des opérations. Le bloc se présentait comme une chose sacrée, « par excellence, celle que le profane ne doit pas, ne peut pas impunément toucher » (DURKHEIM, 1985 [1912]; 55). Pourtant, la sociologie est riche d'enquêtes par observations (non participantes) sur le travail chirurgical (ZOLESIO, 2015, 2013 ; POUCHELLE, 2010, GOFFMAN, 2002). Nous avons donc interprété le maintien de cette opacité comme l'expression du caractère politiquement très sensible, de CE geste chirurgical, si « peu anodin » qu'il en devient soustrait aux regards de la sociologue.

La suite de l'enquête a donné du poids à cette interprétation. Ce refus, à lui seul, s'est mué en véritable matériau de la recherche : le bloc opératoire, ayant conservé son opacité de « boîte noire », était bel et bien un « lieu anthropologique ». La rencontre ultérieure des sages-femmes militantes de l'ANSFO, si opiniâtres dans leur lutte pour obtenir la compétence chirurgicale qui leur était jusqu'alors déniée, nous a permis de comprendre la dimension symbolique du droit d'accès au bloc opératoire, et surtout à la maîtrise des instruments, pour les sages-femmes.

3. Le difficile accès aux services d'orthogénie

N'ayant pu procéder à l'observation des pratiques d'orthogénie et des interactions entre actrices au bloc opératoire, nous avons dû recentrer la focale de notre démarche d'enquête. Puisque le cadrage institutionnel de la recherche incitait à analyser les évolutions de l'offre de soins en lien avec l'essor du dispositif médicamenteux, il était tout aussi important d'accéder aux pratiques et aux représentations des professionnel.le.s de santé qui le prescrivaient.

a) Un projet de description dense des pratiques orthogéniques

L'idée qui présidait à cette démarche empirique est que la division du travail abortif, bien que réglementée par la loi qui détermine les champs de compétence des professionnel.le.s impliqué.es, possède une dynamique propre qui se joue dans les interactions entre des personnels (selon le sexe, selon le contexte d'urgence ou de routine, selon le type de malades, en fonction des savoir-faire ou de compétences informels (ARBORIO, 2007). Dans cette perspective, l'observation directe des pratiques professionnelles permet de voir, dans le temps long de l'enquête, la manière dont les actrices se positionnent face aux espaces d'autorité et comment iels se saisissent des marges de manœuvres qui leur sont laissées. L'objectif est « de rencontrer [les gens] là où ils se trouvent, de rester en leur compagnie en jouant un rôle qui, acceptable pour eux, permette d'observer de près certains de leurs comportements et d'en donner une description qui soit utile pour les sciences sociales, tout en ne faisant pas de tort à ceux que l'on observe » (HUGHES, 1996 : 267). L'idée germe déjà que, puisque l'orthogénie est une activité médicale controversée et dévalorisée dans le champ de la santé reproductive, la division du travail abortif entre services, entre corporations, entre professionnel.le.s donne lieu, en contexte de crise hospitalière, à des jeux de concurrence, des alliances et des réflexes identitaires que nous souhaitons observer.

Le choix des sites obéissait à des critères de pertinence sociale : il fallait tenir compte, à l'échelle territoriale, de la subordination de l'activité d'orthogénie aux restructurations des maternités et regroupement des activités hospitalières (COLLET, 2011), comme de la forte dynamique de développement de l'offre médicamenteuse, en établissements de santé comme en médecine de ville. Idéalement, nous avons souhaité adopter une démarche comparative des interactions professionnelles et des modalités de coopération entre actrices, dans des territoires aux réalités spatiales, économiques, démographiques et organisationnelles contrastées. La démarche était guidée par l'hypothèse que le travail de construction d'un « ordre négocié » (STRAUSS, 1992) autour de l'activité d'IVG diffère selon qu'il s'opère dans des zones surdotées en professionnel.le.s de santé ou dans des zones présentant une densité d'actrices médicales moins importante.

b) Le maintien d'une distance dans les centres hospitaliers

Dans une logique de description dense des pratiques professionnelles, nous avons souhaité rencontrer les membres de l'équipe pluridisciplinaire du CHU régional en charge des interruptions médicales de grossesse (IMG) pour comprendre comment entrait la notion de « détresse psychosociale » dans le processus de requalification des demandes d'IVG après 14 SA. Mais nos sollicitations n'ont pas abouti sur ce terrain également, comme si, là aussi, l'institution souhaitait

préservé un certain degré de confidentialité, sinon de secret, sur les pratiques décisionnelles concernant un objet du travail aussi sujet à controverses et aux questionnements éthiques. Une plaisanterie nous fera ultérieurement envisager le maintien de cette distance comme l'affirmation d'une volonté. Lors de notre entretien avec Audrey, conseillère conjugale employée de l'unique antenne départementale du Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) en région⁹, nous l'interrogeons sur son rôle dans l'accompagnement des femmes pour des IVG hors délais.

Nous évoquons les procédures à suivre pour avoir accès à un IVG hors délais en région. Audrey, pourtant régulièrement en lien avec les membres de la commission IMG au CHU1-s'interroge sur les critères employés par les expert.e.s pour définir la « grande détresse » psychologique et sociale qui légitime le recours à cette procédure. Voulant savoir si elle connaît la qualification même de ces professionnel.le.s, nous lui demandons de quel.le.s expert.e.s il s'agit. Elle hausse les épaules en riant : « *Ben, les experts à Miami !* »¹⁰.

Extrait de notre journal de terrain, février 2018.

Par cette comparaison au travail des agent.e.s de la police scientifique et de la médecine légale aux USA, Audrey laisse entendre que le travail de qualification des situations susceptibles d'accéder à une IVG au-delà de 14 SA est aux mains de spécialistes dont l'expertise demeure hors de son champ de compétence. Sa référence donne, sous la forme d'une plaisanterie, accès à des représentations professionnelles de ce type d'IVG intéressantes : en grossissant le trait, elle souligne à la fois leur caractère d'exceptionnalité ainsi que la mise en scène de la procédure de prise en charge, spectaculaire par sa dimension hyper-technicisée qui réifie le corps des femmes en les dépossédant de leur capacité de décider pour elles-mêmes. En outre, l'évocation de la ville de « Miami » pour faire référence à une commission d'expert.e.s située à soixante-dix kilomètres de la ville où Audrey exerce, donne un aperçu de la distance symbolique perçue par cette actrice non médicale de la prise en charge de l'IVG en région. Et cette distance symbolique, nous allions aussi la ressentir lors des démarches effectuées pour mener des observations au sein d'établissements hospitaliers.

⁹ En 2020, une autre association départementale s'est ouverte en région.

¹⁰ Audrey fait référence aux personnages de la série américaine éponyme mandaté.e.s pour résoudre des enquêtes menées au sujet de crimes abominables.

Encadré 3. Une mise en scène de la domination

Dans l'objectif de procéder à des observations directes des consultations menées au centre d'orthogénie du CHU1, nous avons selon les règles, demandé d'abord à rencontrer le Professeur V., chef de pôle « gynécologie-obstétrique, médecine fœtale et stérilité » afin de présenter notre projet de recherche. Après un échange de courriels et l'envoi d'une demande manuscrite officiellement cosignée par notre employeur à l'ORS BFC, sa secrétaire nous a donné rendez-vous. Le jour fixé, elle nous prie de patienter un instant dans la salle d'attente dédiée aux couples sollicitant une aide médicale à la procréation (AMP). Sur un mur, une affichette destinée à rappeler le caractère légal de ce contrôle social lors des étapes de la procédure d'AMP, en même temps qu'elle en illustre l'horizon hétéronormatif :

En application de l'arrêté du 03 août 2010 :

- *Lors de la constitution de votre dossier administratif, une photo d'identité des deux membres du couple sera réalisée*
- *A chaque étape de la prise en charge, vos identités seront vérifiées systématiquement par tout document officiel comportant une photographie*
- *La présence des deux membres du couple est obligatoire pour la réalisation d'un acte d'AMP*

Comme dans bon nombre de salles d'attente de cabinets médicaux, une autre affichette publiée par le CHU1, France Assos Santé et la Commission des Usagers du CHU1 rappelle les devoirs des patient.e.s : « *Être soigné, c'est aussi participer !* ». Loin d'indiquer une co-construction dans le travail reproductif, qui s'inscrirait dans les valeurs de démocratie sanitaire affirmées dans les textes officiels des politiques de santé, la participation des patient.e.s se résume à l'adoption d'une posture de soumission à l'ordre médical : invités à se montrer « *polis* », « *courtois* », à « *attendre [leur] tour avec calme* », les individus sont tenus de fournir « *des informations complètes et sincères* » aux soignants, et de « *faire confiance à la compétence du personnel médical et paramédical* ». L'affiche leur rappelle que ces soins de santé ont « *un coût* » qui les place dans l'obligation morale de s'en remettre à l'institution, à savoir de « *respecter les prescriptions, les traitements et les examens demandés* » faute de quoi la « *rupture de confiance soignant-soigné* » pourrait s'avérer « *dangereuse* » pour leur santé. Il s'opère sur cette petite affichette un glissement sémantique entre les registres de la morale, du risque médical et bientôt, de la déviance, par le truchement d'un rappel des possibles « *poursuites pénales pour incivilité* ».

Sur le mur d'en face, une autre affiche fait cette fois étalage de l'excellence des résultats du centre hospitalier en matière d'AMP : sous le rappel du taux moyen de réussite à l'échelle nationale de 20,9 %, la photocopie du classement des centres d'AMP en France indique la supériorité du CHU1 (32,6 % de réussite des procédures en 2013, 27,5 % en 2014 et 2015).

Le Pr V. nous a ensuite reçue, en s'employant à garder la maîtrise du cadre de l'échange. D'abord au plan formel : l'entretien a duré le temps d'une consultation (15 minutes), dans un bureau dont la décoration rendait compte du prestige social des « *agents dominants et professionnalisés* » (CHAMBOREDON et al., 1994 : 115) : lumières douces, matières nobles des meubles, qui

contrastaient avec la froideur des couleurs dans les couloirs. Nous n'avons pas eu l'occasion de nous présenter, ni de formuler une seule question. Assise sur l'une des chaises habituellement réservée aux patient.e.s, nous écoutions ce qu'il avait à dire sur la question de l'avortement, sur le ton de la dictée, en éprouvant un sentiment de malaise durant tout l'entretien, face à cette forme d'infantilisation. Le maintien de sa posture d'autorité, manifesté par son ton froid, expéditif et ferme, ainsi que par sa tenue très droite, nous assignait à la position de demandeuse d'un service :

Sur le fond, également : tout son discours a contribué à démontrer qu'il était (l'unique) détenteur des savoirs experts sur l'orthogénie. En préambule, il est revenu sur son parcours professionnel, en insistant sur son rôle dans la revalorisation de la maternité à l'échelle régionale depuis les années 1990 : c'est sous son impulsion que l'efficacité des soins dans le suivi des grossesses pathologiques s'est améliorée, que le diagnostic prénatal s'est développé, et que l'organisation de l'offre en matière d'IVG a été repensée en centralisant l'activité d'orthogénie au centre de planification de l'établissement hospitalier. Il affirmait que dorénavant, en région, « *les besoins sont couverts* », fermant par-là la possibilité d'une réflexion sur les modalités de prise en charge¹¹. Enfin, il a terminé l'entretien avec la formulation de plusieurs questions, comme pour déterminer l'orientation programmatique de notre recherche. Il posait comme « *problématiques* » la stabilité du taux de recours à l'IVG, la difficile diffusion des connaissances sur la contraception parmi les jeunes, et la réitération des IVG dans la vie des femmes.

L'entretien s'est terminé avec un signe de la main : le temps qui nous était imparti était écoulé. Il nous a reconduite à la porte de son bureau en nous demandant de lui formuler notre « *demande de stage* » par courrier, à laquelle il donnait un accord de principe en confiant les modalités de mon accueil à sa subordonnée : « *Vous verrez avec Thérèse* ».

Rencontre avec le Pr. V., CHU1, janvier 2018. Extrait de notre journal de terrain

Cet entretien, dans ses modalités de passation comme dans son contenu, nous est apparu comme une véritable mise en scène de la domination de l'ordre médical dans l'espace social de l'avortement. Il soulignait les enjeux concurrentiels dans le champ de la médecine reproductive, et témoignait de l'importance sociale accordée à la compétence comme fondement de l'autorité normative dans l'administration du vivant (MEMMI, 2005). Il donnait également à (entre)voir combien le travail reproductif se présente comme terrain privilégié d'exercice d'un contrôle social sur les corps et les consciences (HERVIEU-LEGER, 2007 : 243), au travers de mises en scène aptes « à maintenir les intéressés dans l'illusion qui confère à leur présence la force de l'évidence » (MEMMI, 1989 : 83).

¹¹ Son seul motif d'inquiétude était la question des « *violences obstétricales* », au sujet desquelles il opérait un étonnant renversement symbolique : il qualifiait de violences faites aux femmes les dispositions entérinées récemment par la loi pour faciliter l'accès à l'IVG, à savoir la disparition du délai de réflexion et celle de l'entretien pré-IVG. Les récentes mobilisations pour la suppression de la clause de conscience entraient dans cette catégorie des violences obstétricales, entendues cette fois comme violence faite aux obstétriciens.

4. Le travail de verrouillage de la parole des professionnel.le.s de l'orthogénie

Pour analyser les représentations et les pratiques des professionnel.le.s et des actrices institutionnel.le.s impliqué.e.s dans l'organisation de l'activité d'orthogénie, nous avons entrepris une campagne d'entretiens semi-directifs menés auprès d'intervenant.e.s dans l'espace de la prise en charge de l'IVG sur le territoire régional. Lors des prises de contact avec elleux, nous avons été confrontée à quelques réactions de méfiance. Avant d'accepter l'entretien, certain.e.s professionnel.le.s de santé ont cherché à identifier les contacts que nous avons eus auparavant, à connaître par qui nous en étions arrivées à les solliciter. Ces réactions, depuis l'expression d'une simple prudence jusqu'à celle d'une réelle méfiance, ont souligné la nécessité de « désensibiliser les questions » (BUE, 2010) relatives à la prise en charge de l'IVG, montrant par-là combien cette dernière demeurait symboliquement, politiquement et socialement chargée. L'un des premiers résultats de notre enquête est que tous.les les professionnel.le.s que nous avons pu rencontrer¹² ont tenu, en effet, à souligner leur engagement actif dans le maintien de cette offre de soins sur le territoire, en soulignant son caractère précaire, sur les plans économique, organisationnel et politique. Pour justifier leur réticence à nous consacrer un moment pour un entretien, certain.e.s évoquent les violences ou les prises de parole des « anti-choix » dans l'espace public, parfois à demi-mots, avec cette qualification euphémisée et consensuelle de l'IVG comme acte « *pas anodin* ».

Aussi la présentation de cette recherche comme une étude sur l'évolution des modalités de coopération des professionnel.le.s dans l'offre de soins en matière d'IVG, induite par la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, gagnait-elle plus facilement leur confiance. L'entrée en matière, tout à la fois diachronique et synchronique, se tenait volontairement à distance de toute prise de position polémique. La proposition d'une réflexion centrée sur la division du travail dans la territorialisation des politiques publiques en matière de périnatalité leur ouvrait un espace susceptible de valoriser leur légitimité professionnelle dans la conduite de l'action publique en matière d'IVG. Bien entendu, cela supposait de nous montrer vigilante pour décoder ce qui, dans leurs propos, relevait de la rhétorique professionnelle. Nous y reviendrons plus longuement dans la suite de ce manuscrit.

Outre ces premières résistances, certain.es professionnel.le.s, à l'instar de ce chef de pôle qui occupe une position dominante dans le champ de la santé sexuelle et reproductive sur le territoire de notre enquête (Cf. Encadré 1), ont fermé l'entretien par l'affirmation selon laquelle « il n'y a plus tellement de problèmes d'organisation des soins sur le territoire ». Cette réaction a été le plus souvent

¹² A l'exception de Cornélia, sage-femme hospitalière, connue dans son service pour son exercice de la clause de conscience. Encore faut-il préciser que nous avons pu obtenir un entretien avec elle sur les recommandations d'une de ses collègues, sage-femme de notre entourage amical.

celle de professionnel.le.s ou d'acteurs institutionnel.le.s en charge de l'organisation de l'activité d'orthogénie à l'échelle de leur service ou d'un territoire, comme Nicole, « référente médicale périnatalité » au sein de l'ARS BFC. Cette attitude de fermeture, analysée comme autre stratégie de mise à distance de la polarisation du débat, montrait en creux une volonté de se prémunir d'éventuelles critiques, témoin du caractère sensible des alliances et des enjeux idéologiques, politiques et économiques. Cette volonté n'était pas exprimée formellement ; iels pouvaient manifester leurs craintes ou leur réprobation devant certaines questions reçues comme illégitimes, lorsque nous les questionnions par exemple sur l'exercice de la clause de conscience par certain.es de leurs collègues ou confrères/consœurs. Nous étions alors sanctionnée d'un haussement de sourcils, marquant un silence gêné ou un mouvement de recul. Pour libérer leur parole des contraintes de rôle imposées, nous avons vite senti qu'il fallait donner aux professionnel.le.s de santé enquêtés des signes d'acquiescement ou de compréhension, lorsque nous sentions que leurs discours tenaient de la justification. Nous avons dû feindre parfois une certaine naïveté, pour les amener à développer certains aspects, quand leurs propos se faisaient trop évasifs. Mais le plus souvent, nous avons ressenti la nécessité de donner aux enquêté.e.s des gages de notre attachement à la neutralité scientifique.

Une autre stratégie, très fréquente, consistait à recentrer l'entretien sur l'affirmation de la conformité des protocoles de prise en charge de l'IVG aux recommandations de la Haute Autorité de la Santé et à la réglementation médico-légale en vigueur. La rhétorique de la bienveillance à l'égard des femmes en demande d'IVG dominait également tous les discours. Même si elle avait pour effet de biaiser les entretiens, cette insistance partagée a permis de comprendre que la prise en charge de l'IVG faisait l'objet d'un discours public traversé de consensus chez les professionnel.le.s de santé, et que derrière ces consensus, il y avait un enjeu fort de professionnalité (MATHEY-PIERRE, 1995).

L'inquiétude de perdre la main dans la situation d'entretien pouvait également se traduire par un discours confus, qui traduisait une gêne, sinon des incertitudes. Nous avons pu ressentir cette gêne chaque fois que les discussions portaient sur des aspects organisationnels, techniques, politiques, économiques ou éthiques de la prise en charge, susceptibles de prêter à polémique. Les professionnel.le.s de santé cherchaient alors à éviter ces glissements dans leurs discours. Nous avons éprouvé ce fait social que la sociologie a montré depuis longtemps, à savoir que certaines pratiques médicales font, de la part des professionnel.le.s de santé, « l'objet de discours pré-construits visant au contrôle de la présentation de soi » (ARBORIO, 2007). Ainsi s'exprime laborieusement Thérèse, lorsque nous l'interrogeons sur les conditions de mise en œuvre d'une prise en charge de l'IVG médicamenteuse en centre de planification. L'enregistrement de l'entretien semble la mettre en difficulté :

« Il y a, voilà, cet effet de... Cette programmation des rendez-vous, cette prise médicamenteuse... Et en même temps, on le sait, des fois... Pour l'après... Des difficultés... La représentation des... Des saignements... On est encore... (Sourires ; elle désigne l'enregistreur : « Faudra faire attention, hein ! ».)

Thérèse, responsable départementale des centres de planification, juillet 2017.

Lorsque nous sollicitons son autorisation – accordée en principe par le Pr. V. - pour mener des observations au sein d'un centre d'orthogénie départemental, Thérèse n'a cessé de nous répondre par un énigmatique « *Il faudra qu'on en reparle* ». Une analyse réflexive nous a permis de comprendre que, si elle ne voyait pas d'inconvénient à notre venue dans son service, elle se sentait contrainte par l'imbrication de ses rôles et de ses statuts professionnels. Au moment de notre enquête, Thérèse, pédiatre de formation, fonctionnaire territoriale, est médecin de la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Mais elle exerce également en tant que vacataire la mission de responsable du centre d'orthogénie au CHU1. Ses hésitations, la confusion même de ses réponses indiquaient que notre requête la plaçait en porte à faux vis-à-vis de ses deux institutions employeuses : le conseil départemental (pour la PMI) et le CHU1. Or ces deux juridictions ont des légitimités concurrentes : au titre de fonctionnaire territoriale, elle se disait prête à accéder à notre demande, mais elle ne donnait jamais d'indications claires pour fixer les modalités de notre venue. Puisque le Pr V. avait donné un accord de principe, nous avons interprété ses louvoiements comme la traduction de son inconfort à l'idée d'être observée dans des rôles différents, potentiellement contradictoires, prenant ici une position qu'elle battrait en brèche là. Devant notre possible accès à d'éventuelles dissonances dans les représentations de soi, Thérèse a, par ses refus, exercé peut-être malgré elle une fonction de « gatekeeper » de l'institution hospitalière (DERBEZ, 2010).

B. APPROCHE EMPIRIQUE PAR HYBRIDATION DES METHODES DE RECUEIL DU MATERIEL DE L'ENQUETE

Face à ces différentes difficultés, il est apparu qu'un couplage d'entretiens et d'observations pouvaient permettre d'appréhender les représentations et les pratiques des professionnel.le.s de santé en matière d'orthogénie. Nous souhaitons en effet procéder à une description dense des processus d'engagement individuel des actrices dans les espaces professionnels de l'orthogénie et comprendre leur « libido sociale »¹³ dans ce champ (BOURDIEU, 1994) .

Ces premières difficultés rencontrées pour accéder à des services d'orthogénie dans d'importants établissements hospitaliers, nous avons senti que notre démarche devait être réorientée,

¹³ La libido sociale est, selon Bourdieu, l'ensemble des intérêts socialement constitués des agents, dans un champ défini.

en assumant que l'induction comprenne une certaine dose d'« impureté » liée à un « empirisme tâtonnant » (SCHWARTZ, 2011).

I. L'approche par entretiens semi-directifs

1. Des modes d'accès aux enquêté.es significatifs des enjeux de recomposition des politiques de santé en matière d'orthogénie

L'analyse des modes d'accès auxquels nous avons recouru pour rencontrer nos enquêté.e.s renseigne sur la portée des enjeux de territorialisation de l'offre de santé (ROLLAND, PIERRU, 2013), en particulier lorsqu'il s'agit d'une offre de soins aussi controversée que l'IVG. Une rapide exploration des sites Internet des deux réseaux régionaux de périnatalité met en lumière des fonctionnements institutionnels différents : un annuaire de tous les établissements de santé, centres de planification et professionnel.le.s de santé libéraux.ales impliqué.e.s dans l'activité d'orthogénie est en libre accès sur le site bourguignon, tandis qu'aucune information de ce type ne figure nulle part pour la Franche-Comté. Nous étant tournée vers Nicole, responsable du parcours périnatalité du Projet Régional de Santé à l'ARS, nous avons cherché à obtenir par son entremise les contacts des professionnel.le.s libéraux.ales, puisque l'agence les connaît, du fait des procédures de conventionnement avec elleux¹⁴. Mais nous nous sommes heurtée à un refus catégorique de sa part, au motif que les professionnel.le.s de Franche-Comté auraient fait valoir leur droit à la confidentialité. Nicole a évoqué le risque induit par la publicisation de cette activité, face au renouveau des prises de position hostiles contre l'IVG. Mais dans ce cas, comment comprendre la publicisation de l'identité des professionnel.le.s de Bourgogne, alors ? Elle a confusément mentionné la revendication d'autonomie du réseau périnatalité franc-comtois, et réaffirmé son « *devoir de protéger les professionnel.le.s qui font du bon boulot* »¹⁵. Nous avons pressenti que, tant son refus que sa difficulté à le motiver, étaient les témoins des frictions résultant des luttes définitionnelles du « territoire » dans le déploiement des politiques de santé, entendu selon les actrices comme cadre d'une projection institutionnelle, comme expression d'un pouvoir administratif, ou comme espace vécu, approprié, expression de dynamiques environnementales, historiques, économiques, culturelles et sociales (AMAT-ROZE, 2011).

Notre acculturation progressive aux problèmes soulevés par les politiques d'organisation des soins nous permettra ultérieurement de mieux appréhender sa réaction. La justification de son refus

¹⁴ L'Agence publie une cartographie des ressources disponibles sur son territoire, mais sans mentionner les noms ni les coordonnées des professionnel.le.s libéraux.ales. Cf https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2020-05/ProfRessourcesIVG_BFCmai20.pdf

¹⁵ Extrait de notre journal de terrain, 2018.

par un « devoir de protection » masquait les résistances de certain.e.s acteurices professionnel.le.s à la reconnaissance de l'échelon régional comme niveau pertinent de l'élaboration des politiques de périnatalité, notamment en termes d'allocation des ressources. La confusion de sa réponse traduisait le difficile positionnement institutionnel de l'ARS dans un espace régional en recomposition en particulier depuis la phase III de la décentralisation. Nicole semblait dire -en creux- la volonté des professionnel.le.s francs-comtois d'affirmer, contre la logique technique et centralisatrice d'un Etat planificateur, l'importance des territoires comme espaces de décision dans la conduite de l'action publique (PIERRU, 2020) ici en matière d'orthogénie. Nous avons vite senti que ces réticences étaient l'effet des hiérarchies symboliques qui s'opèrent dans le champ, et qu'elles nous donnaient un accès à la diversité des rationalités professionnelles et administratives.

Ces réactions ambivalentes de la part d'acteurices professionnel.le.s et institutionnel.le.s nous ont invitée à questionner la place et les marges de manœuvre des professionnel.les dans la conduite de l'action publique, en particulier lorsqu'ils appartiennent à divers sous-espaces aux légitimités concurrentes. Leurs résistances doivent alors être intégrées à l'ensemble du matériel recueilli pour appréhender les formes et les enjeux de la division du travail abortif sur le territoire de la grande région, notamment pour appréhender les possibilités de jeu, de résistance et de stratégie des sages-femmes, et apprécier ainsi leur degré d'autonomie par rapport aux structures. Le temps de familiarisation nécessaire pour repérer les différentes situations pertinentes pour cette appréhension (OLIVIER DE SARDAN, 2008) a été long, car pour contourner ces résistances, nous avons eu recours à la méthode du recrutement en « boule de neige », en jouant sur l'interconnaissance. Nous avons choisi de poursuivre les investigations sur « plusieurs espaces sociaux, à la fois imbriqués, interdépendants et concurrents » (BUE, 2010). Avec chacun.e des enquêt.e.s, il a fallu établir un lien de confiance et chercher à trouver la bonne distance, variable selon les lieux et les moments, ce qui impliquait d'ajuster la présentation de notre objet d'étude en des termes parfois contradictoires. Ainsi, nous y reviendrons, il a été parfois aidant de faire valoir notre engagement féministe pour rencontrer certaines actrices elles-mêmes engagées dans les mobilisations pour qui ont eu lieu sur la scène nationale durant le temps d'investigation de notre recherche. Parfois, au contraire, il nous a fallu le taire (cf infra).

2. Contenu de la grille d'entretien

Les entretiens semi-directifs auprès des professionnel.le.s de santé ont permis d'accéder à leurs représentations du champ de l'orthogénie, à la façon dont iels s'y situaient, aux rapports de force qu'iels y voyaient. La description de leurs pratiques professionnelles servait de trame pour recueillir

les jugements de valeur préférés comme les indices donnés sur les logiques sociales sous-jacentes aux positionnements dans le champ. Le recours systématique au carnet de terrain a permis de ne pas négliger les contextes d'énonciation des discours (lieux de travail, domicile, cafés), indispensables pour accéder aux cadres interprétatifs à travers lesquels les individus lisent leur expérience.

L'entretien, dont la grille comportait plusieurs items, commençait par une sollicitation à faire le récit de leur parcours professionnel, avec une attention particulière pour le moment où ils s'étaient orienté.e.s vers l'activité d'IVG (motifs invoqués, contexte de travail, démarches opérées et titres obtenus, changement de poste éventuel). Une attention était portée aux dimensions diachronique et synchronique de l'activité abortive dans leur parcours : nous leur demandions de revenir sur les évolutions de cette pratique, avant la loi de modernisation de 2016, comme de décrire l'organisation du travail dans leur contexte actuel d'exercice (rôles au sein de l'équipe, actes et gestes effectués, moments de leur intervention dans les parcours des avortantes). Nous les interrogeons également sur les modalités de coopération avec leurs collègues dans les services et avec les autres établissements de santé et professionnel.le.s impliqué.e.s alentour. Nous cherchions à recueillir leurs points de vue sur les leviers et les points de rupture qu'ils identifiaient dans l'organisation des soins d'orthogénie à différentes échelles : celle, locale, de leur contexte d'exercice, celle du département et de la région, puis à l'échelle nationale. Ces questions étaient destinées à rendre compte, dans l'analyse, des configurations d'acteurs qui se cristallisent autour de l'organisation de l'activité d'orthogénie, notamment entre la médecine de ville et les établissements de santé.

Puisque l'activité d'orthogénie s'opérationnalise par des techniques médicales, il semblait important de questionner nos enquêté.e.s sur les choix organisationnels opérés dans les protocoles suivis pour l'accompagnement des femmes en demande d'IVG. Nous leur demandions ainsi de décrire l'usage qu'ils avaient des outils (DESJEUX, GARABUAU-MOUSSAOUI, 2000 ; KAUFMANN, 1992) tels que le matériel médical, bien sûr (échographe, fauteuil gynécologique, écrans d'ordinateur, spéculum, canules, médicaments, etc.) mais aussi des différents supports de communication tel que le dossier guide publié par le ministère de la santé¹⁶ et pièces administratives des dossiers de prise en charge. Nous leur demandions également de décrire, voire de nous faire visiter (lorsque c'était possible) les espaces où les femmes étaient reçues. Chaque fois, les conditions de réalisation des entretiens ont renseigné sur le degré d'importance accordée et le sens donné à l'activité d'orthogénie dans les services ; ou sur les modalités de coopération des acteurs :

¹⁶ <https://ivg.gouv.fr/le-guide-ivg.html>

Encadré 4. Lorsque les conditions de passation des entretiens font sens

Toutes les visites des espaces de prise en charge des femmes qui nous ont été permises prennent sens dans l'analyse du matériel de terrain récolté : cette visite pouvait être le support d'un discours visant, par la démonstration faite dans le geste même de nous ouvrir les portes, à légitimer un rôle professionnel, articulé alors à une rhétorique de « *l'accueil bienveillant* ». Cela a été le cas pour toutes les conseillères conjugales qui nous ont reçue (D1, P1, M2). Ce sont ces professionnelles qui ont le plus décrit la décoration des pièces destinées à recevoir les femmes lors de leur parcours d'IVG : elles insistaient sur l'importance de la lumière, des couleurs et des matières dans la création d'une atmosphère « *paisible* », « *chaleureuse* », nécessaire pour « *bien* » recueillir (comme elles l'entendaient) une parole « *difficile* » sur un acte « *pas anodin* ».

La visite pouvait également avoir pour fonction de visibiliser une pratique de l'orthogénie particulière : cela a été le cas lorsque nous avons été invitée à entrer dans la « *salle blanche* » du service orthogénie de M1, où s'effectuent les IVG sous anesthésie locale, partout possible en principe dans les établissements de santé, mais sous-utilisée dans les faits. Là encore, la visite avait un rôle de légitimation, cette fois de l'engagement d'une équipe dans la défense d'un droit, d'une méthode et d'une posture professionnelle vis à vis de l'IVG : là, les deux médecins ont décrit préférentiellement des objets destinés à la pratique même d'une anesthésie qui n'a pas le même caractère d'invasivité que l'anesthésie générale : le poste de radio, utilisé pour passer des morceaux de musique pendant l'intervention, le dispositif d'administration du « *gaz hilarant* » et la chaise sur laquelle s'assied la personne (aide-soignante, conseillère conjugale, infirmière), à la tête de la femme, pour lui parler et lui tenir la main pendant l'intervention.

Une autre fois, c'est le nombre même des professionnel.le.s vu.es en entretien qui a fait sens : cela a été le cas lorsque nous avons été reçue dans le bureau de Pierre, à l'hôpital de T1. L'obstétricien qui avait accepté de nous rencontrer a invité deux de ses collègues dans son bureau : une médecin généraliste, et une sage-femme, allant et venant au gré de leur volonté et de leurs obligations de service. L'enregistrement de l'entretien, mené collectivement, n'est pas de bonne qualité, car les voix se chevauchent souvent, et il y a eu beaucoup de plaisanteries échangées. Il et elles entrent et sortent de la pièce, se disputent pour rire « *le fauteuil du chef* » : les échanges se sont produits dans une atmosphère de détente et d'ouverture. (Ainsi de la sage-femme qui, partant, a dit : « *Je suis désolée, je dois partir, là, mais je peux demander à Claire – une collègue- si elle veut venir parler elle aussi ?* »). Ce qui a créé la confusion de la bande sonore était en même temps le signe de l'esprit de collégialité instauré par le chef de service dans son équipe : le contexte de passation de l'entretien renseigne sur la volonté de ce dernier de rendre visible la dynamique coopérative qu'il cherche à susciter autour de la pratique de l'orthogénie.

Extrait de notre journal de terrain, 2018

L'approche descriptive des objets utilisés, ainsi que des écarts, des singularisations et des reclassements subis par ces objets lors de leur passage de main en main dans l'activité d'orthogénie, était basée sur l'hypothèse que les objets structurent les rapports au travail et que leurs usages socialement situés, renforcent aux yeux des acteurices professionnel.le.s les représentations qu'iels ont de l'avortement. Nous avons également l'idée que la technologie médicale sert des fins qui ne lui sont pas intrinsèques : notre hypothèse était que les recompositions des territoires de juridiction des différents groupes professionnels sont liées à l'introduction de nouveaux outils et dispositifs dans le travail abortif. Demander aux enquêté.e.s de décrire leur lieu de travail, ainsi que les objets utilisés

a permis de mettre au jour la manière dont les accords sur les finalités de l'activité masquent en réalité des concurrences entre les groupes professionnels impliqués.

3. Le corpus des enquêt.e.s

Départements Professions	21	58	71	25	39	90	Autres	Total
Sages-femmes hospitalières	8	3	4	-	-	1	4	20
Sages-femmes libérales	3	1	1	-	-	-	2	7
Sages-femmes territoriales PMI	-	1	-	-	-	-	3	4
Médecins généralistes libéraux.ales	4	3	1	-	-	1	-	9
Médecins territoriaux.ales (PMI)	2	-	-	-	-	-	-	2
Gynécologues-Obstétricien.ne.s	3	1	1	1	1	1	1	9
Autres, dont :	-	2	3	-	2	-	-	7
- Secrétaires	1	-	3	-	-	-	-	4
- Conseillères conjugales et familiales	-	-	1	-	-	-	-	1
- Pharmacien.ne.s	1	-	-	-	-	-	-	1
Total	22	11	13	1	3	3	10	64

Au total, nous avons donc rencontré 31 sages-femmes, soit près de la moitié du corpus d'entretiens. Au sein de ce groupe professionnel, qui occupait préférentiellement notre horizon de réflexion, nous avons exclusivement rencontré des femmes, ce qui n'est guère surprenant puisqu'elles constituent la quasi-totalité du groupe professionnel (CHARRIER, 2011). Mais la lecture des travaux d'Andrew Abbott nous avait sensibilisée à la nécessité de prendre en compte l'interdépendance des évolutions des groupes professionnels impliqués autour d'un même « lieu », dans le « système des écologies liées » pour comprendre les dynamiques processuelles au sein des uns et des autres. Nous avons donc tenu à rencontrer des médecins généralistes (9), des médecins territoriaux.ales (2), des gynécologues-obstétricien.ne.s (9) et 12 autres professionnel.le.s de spécialités différentes (7 secrétaires, conseillères conjugales et familiales, 1 infirmière et 1 pharmacien d'hôpital). Ces entretiens menés auprès de personnes représentant différents types de professions des champ sanitaire et médico-social ont permis d'approcher la diversité des représentations et des pratiques dans les parcours de prise en charge de l'avortement.

L'enquête qualitative était sous-tendue également par le souhait de contextualiser géographiquement les informations recueillies, les inégalités territoriales d'accès à l'offre de soins étant régulièrement au cœur du débat public contemporain sur l'IVG. L'amélioration de l'accessibilité à l'offre de soins, en particulier dans les zones sous-dotées en professionnel.le.s de santé, était en effet le moteur de la décision politique d'élargissement du champ de compétences des sages-femmes à la prescription du dispositif abortif médicamenteux. Le projet d'analyser, dans leurs dimensions territoriale et spatiale, les modalités de mise en œuvre des politiques publiques en matière

d'orthogénie (telles que définies par la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016) a supposé une revue des outils cartographiques et statistiques mis à disposition sur le site de l'ARS BFC pour commencer à appréhender les dynamiques territoriales d'implémentation de l'activité d'orthogénie sur le territoire. Très vite, deux départements sont apparus comme offrant des situations contrastées au regard de « l'accessibilité potentielle localisée »¹⁷ entendue indicateur de densité répartie développé pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premiers recours à un échelon géographique fin. Nous avons donc choisi un premier département correspondant à une zone très dense, avec des espaces très urbanisés et par contraste un département d'une zone rurale, sous-dense, qualifié de « désert médical » (VERGIER, CHAPUT, 2017). Nos investigations empiriques (entretiens et observations, Cf. infra) ont été centrées principalement sur ces deux territoires¹⁸, sans chercher une quelconque représentativité statistique dans notre corpus d'entretiens (OLIVIER DE SARDAN, 2008). Très peu d'entretiens ont pu être menés en Franche-Comté, du fait des difficultés rencontrées au préalable dans notre démarche d'entrée sur le terrain (cf supra).

II. L'approche par observations de différentes arènes de l'orthogénie

La temporalité de la thèse a été très particulière : cela a joué dans l'infléchissement de la réflexion. Nous avons commencé nos recherches alors que le décret d'application de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 venait tout juste d'être publié. La publication du décret a eu une incidence très sensible sur l'effectif de sages-femmes impliquées dans l'activité d'orthogénie : les données statistiques de santé publique en ont attesté. Début 2020, la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid 19 a rendu plus visible sur la scène publique les inégalités territoriales et sociales d'accès à l'IVG. Cette crise a été un moment de requalification de la manière d'établir les pouvoirs, les compétences respectives des groupes professionnels concurrents et de repenser leur légitimité. Dans cette perspective, en août 2020, la députée Albane Gaillot a déposé sa proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement¹⁹. La question de la compétence instrumentale des sages-femmes a alors été posée à nouveau dans les arènes institutionnelles, politiques et professionnelles, puis intégrée dans la loi votée le 2 mars 2022. Les débats autour de la fabrique de cette compétence feront l'objet de la sixième partie de ce manuscrit.

¹⁷ Cet indicateur vise à améliorer les indicateurs usuels d'accessibilité aux soins (distance d'accès au plus proche, densité par bassin de vie ou département...). Il mobilise pour cela les données de l'assurance-maladie (SNIIR-AM) ainsi que les données de population de l'Insee. Cf. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/lindicateur-daccessibilite-potentielle-localisee-apl>

¹⁸ Nous consacrerons une partie de notre analyse à la description de ces dynamiques territoriales, en appui sur des statistiques récentes, dans la cinquième partie de ce manuscrit.

¹⁹ Proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement n°3292, déposé(e) le mardi 25 août 2020 par Mme Albane Gaillot. Cf. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/renforcement_du_droit_a_lavortement?etape=15-AN1-DEPOT

Cette recherche a donc été encadrée dans une succession d'événements sanitaires et politiques à l'échelle nationale et internationale, qui ont participé de l'évolution des représentations sociales de l'IVG. C'est pourquoi il nous a semblé nécessaire d'intégrer notre appréhension des luttes définitionnelles de la juridiction des sages-femmes dans un cadre d'analyse qui combinerait plusieurs approches méthodologiques et scientifiques.

1. Observer les interactions et pratiques professionnelles dans un désert médical : le Centre Périnatal de proximité de D2

La seule opportunité de mener des observations in situ nous a été offerte par Florence, sage-femme exerçant au centre périnatal de proximité (CPP) du centre hospitalier de D2. Nous avons rencontré Florence lors d'une réunion de la commission IVG du réseau périnatal régional, à laquelle elle participait en tant que responsable du réseau périnatal décliné dans son département, où nous avons été invitée grâce à l'entremise de l'ARS BFC. Florence, très investie dans les arènes professionnelles régionales où se discutent les questions relatives à la périnatalité, a donné immédiatement son accord lorsque nous lui avons demandé la permission de conduire des observations dans son service.

Ce CPP, assurant des consultations de suivi de grossesse, gynécologie, prévention, se situe au quatrième étage du centre hospitalier de la ville D2. Là, nous avons été accueillie pour des incursions d'une durée variable (quinze jours ouvrables au total, durant les mois d'été, lorsque l'activité d'orthogénie était, selon Florence, « *la plus soutenue* »). Si la durée de l'immersion peut sembler courte, la qualité de l'accueil qui nous été fait sur place a, en revanche, facilité l'accès à des observations très intéressantes, grâce auxquelles il nous a été donné de comprendre selon quelles modalités, dans un territoire sous-doté, les sages-femmes peuvent être (ou non) impliquées dans l'organisation de l'activité d'orthogénie à une échelle locale. Plus particulièrement, ces observations nous ont permis d'appréhender la variabilité des usages des professionnel.le.s par rapport aux protocoles de soins recommandés, lorsque la pénurie des ressources contraint les actrices à développer des stratégies particulières pour ajuster l'offre à la demande d'IVG. Nous reviendrons sur ce que ces observations nous ont appris dans la cinquième partie de ce manuscrit.

Florence n'a demandé qu'un accord de principe à ses supérieurs hiérarchiques, laissant voir par là qu'elle disposait d'une autonomie décisionnelle qui contrastait d'emblée avec les autres organisations de travail où nous avons souhaité mener des observations. Notre posture d'observatrice a été aussitôt acceptée : elle nous a présentée à toute l'équipe du CPP (y compris au personnel du réfectoire de l'établissement hospitalier où il est intégré) en soulignant notre qualité de sociologue et en dévoilant clairement l'objet de notre recherche. Du fait de cette grande proximité, comme de la petite taille du service, il nous était impossible de demeurer incognito (PENEFF, 2005 [1992]). Nous

avons dans un premier temps redouté que notre présence – rendue si visible- modifie les comportements des personnels. Mais cette crainte s’est très vite envolée, car nous avons très vite été happée par la dimension informelle des interactions entre professionnel.le.s et avec les patientes.

Encadré 5. Une situation d’observation contrastant avec les difficultés d’entrée sur le terrain

« Florence m’invite à poser mes affaires dans son bureau. Il apparaît que celui-ci est une vraie plaque tournante. La première raison des fréquents va-et-vient dans cette pièce est la présence du photocopieur du service. Mais c’est surtout pour discuter avec Florence que tout le personnel du service gynécologie entre, dans la journée. Monsieur T., le gynécologue, vient par exemple très régulièrement pour débattre d’un élément du dossier d’une patiente. Le soir, en partant, il dépose sa blouse au porte-manteaux de ce bureau.

Florence attrape une blouse blanche à ce porte-manteaux : « *Tiens, quand tu viendras avec moi en consultation, tu enfileras ça.* ». La blouse blanche qu’elle me tend est dédiée aux stagiaires sages-femmes en formation qui se succèdent toute l’année dans le service. Un badge signale le statut de stagiaire, ce qui suffira pour être légitimée aux yeux des patientes pour assister à toutes les consultations de suivi de grossesse comme d’orthogénie dans les cabinets de Florence et de Monsieur T. Elle m’introduit à toutes ses patientes par mon prénom, sans préciser davantage la raison de ma présence à ses côtés.

Un après-midi où Monsieur T. était absent, j’ai enfilé par erreur sa blouse, et circulé jusqu’à la fin des consultations en affichant un badge qui portait son nom, sans que personne ne s’en émeuve. Une seule patiente a remarqué cette transgression : Amandine, qu’on m’avait décrite comme « *schizophrène et très fragile* ». En voyant le badge, Amandine m’a regardée droit dans les yeux, sévère, comme si j’avais commis un impair très grave : « *Vous n’êtes pas Monsieur T., vous !* ». Florence s’est retournée vers moi, et a dit d’un ton rieur destiné à calmer la visible inquiétude d’Amandine, comme la mienne : « *Ah, oui, tiens ! Il a bien changé, Monsieur T., pas vrai ? Bah, elle s’est juste trompée, c’est pas grave, il n’est rien arrivé à Monsieur T, rassurez-vous, et il n’a pas besoin de sa blouse puisqu’il n’est pas là aujourd’hui. On y va ?* ».

Extrait de notre journal de terrain, CPP de D2, juillet 2018.

Cette anecdote illustre le degré de confiance qui nous a été accordé sur place très vite (nous en aurons d’autres gages tout au long de ce temps d’observation). Elle illustre surtout cette manière de détente avec laquelle toutes les règles formelles sont observées au sein de ce service, dans le respect pourtant très strict des obligations médico-légales. C’est, entre mille autres petits détails relevés dans notre carnet de terrain, l’un des indices qui nous a été donné à voir du possible jeu des actrices vis à vis des « attentes de rôles »²⁰ habituellement fixées par les conventions au sein d’un établissement hospitalier (ARBORIO, 2007). Mais il est nécessaire de rappeler le contexte de désertification médicale où se sont déroulées ces observations. Florence nous a rappelé à plusieurs reprises que la

²⁰ Nous reviendrons, dans la cinquième partie de ce manuscrit, sur la manière dont la petite dimension de ce service, articulée à l’importance numérique, stratégique et symbolique de la part prise par Florence et Monsieur T. dans l’activité d’IVG à l’échelle de tout le département, bouleverse la hiérarchisation des gestes opérés au sein du faisceau de tâches dans le travail abortif.

présence d'une sociologue lui permettait de « *rendre visibles* » les difficultés organisationnelles qui se font jour dans son département marqué par la précarité et la ruralité.

Jouant ce rôle périphérique de stagiaire, sans exercer aucun rôle médical, nous avons pu mener des observations directes des temps de consultation de gynécologie et d'échographie. D'abord, avec Florence, pendant une semaine ; il a fallu ce premier temps de familiarisation pour être observée en retour par Monsieur T., gagner progressivement sa confiance et être invitée à assister à ses consultations. Ces observations ont permis de mettre au jour les enchaînements d'actions de ces actrices au travail dans la multitude de leurs activités : nous avons par exemple observé comment Florence passait rapidement du rôle de sage-femme échographe à celui de responsable du réseau périnatalité, endossant et ôtant successivement sa blouse plusieurs fois par jour. Ce changement se traduisait également par son déplacement d'un bureau à l'autre. Cette alternance des rôles est rendue possible par la centration de ses deux espaces de travail éloignés de deux pièces dans un même couloir, dans ce CPP situé en zone rurale, et comprenant 1 gynécologue médical, trois sages-femmes et deux secrétaires. C'est précisément l'arrangement spatial et temporel de ce cadre de travail qui nous ont permis d'appréhender les différentes acceptions de la notion d'« accessibilité à l'offre de soins » mais encore de mieux percevoir les tensions locales auxquelles sont confrontées en pratique les patientes dans un contexte géographique et territorial qualifié de « désert médical ». L'observation du travail de ces actrices, dans leur sérieux comme dans leurs moments de décontraction, a été riche d'enseignements sur le « monde social » de la gynécologie et plus précisément de l'orthogénie avec ses opérations de négociations, d'ajustements dans la répartition des tâches et des processus d'attributions des rôles professionnels. Notamment, nous avons eu le loisir d'observer l'élaboration de stratégies de recours pour pallier le manque de moyens et les difficultés d'accès aux aménités de santé, en s'appuyant sur des ressources locales. Ce repérage des catégories de la pratique professionnelle nous a également permis d'appréhender la manière dont ces stratégies participent des processus d'identification ou de prise de distance vis à vis des rôles professionnels, dans le régime des contraintes qu'ils subissent et qu'ils perçoivent (ARBORIO, 2007, GOFFMAN, 2002).

Nous avons mis à profit les moments où Florence n'était pas en consultation pour passer aussi du temps avec les secrétaires, observer leurs manières d'accueillir et d'orienter les patientes au bureau comme au téléphone, et analyser les informations enregistrées dans les dossiers constitués puis archivés. Dans la petite salle de pause, au milieu du couloir du service, nous avons assisté à des échanges formels et informels entre les membres de l'équipe, lors du café du matin ou après le repas du déjeuner (dans le réfectoire commun à tout l'établissement hospitalier, au cinquième étage). Florence, à plusieurs reprises, nous a invitée à assister à des temps de travail avec d'autres professionnel.le.s du réseau départemental périnatalité, lui aussi une particularité de l'organisation

territoriale de l'offre de soins. Grâce à son entremise, nous avons rencontré à l'hôpital de N. certain.e.s responsables de service, et assisté à une réunion annuelle du staff IVG du réseau²¹, où nous avons rencontré tous.les actrices de l'orthogénie du département, qu'il s'agisse d'institutionnel.le.s, de professionnel.le.s de santé en exercice hospitalier, libéral et territorial.

Tous ces moments de travail partagés, comme les brèves incursions dans les espaces privés des actrices liées aux conditions logistiques de notre accueil sur place²², ont permis de recueillir des données importantes sur les ressources mobilisées par les actrices dans les pratiques, tant verbales (dans les négociations avec les patients et entre professionnel.le.s), que biographiques (donnant des indices sur les espaces et les modalités de leurs socialisations respectives). Les échanges informels qui n'ont pas fait l'objet d'une prise de notes ni d'un entretien spécifique ont donné des renseignements précieux sur leurs expériences collectives passées (en lien, notamment, aux fermetures successives des maternités de D2 et de C4). Nous avons pu, grâce à ces observations, mieux appréhender leurs liens et leurs formes de solidarité, ce à quoi les entretiens donnent moins facilement accès.

L'espace de travail a été aussi observé en tant qu'espace habité et vécu par les salarié.e.s (MONTJARET, 2002) entendu comme espace où ne s'exercent pas uniquement des activités professionnelles (NIPPERT-ENG, 1996). L'attention s'est portée sur les différents modes d'appropriation (institutionnelle comme individuelle) des objets dans ces espaces de travail, au regard des normes d'usages. Ces observations ont permis de rendre compte de l'organisation sociale de cet établissement professionnel. Nous avons considéré ces objets (instruments médicaux, mais aussi téléphone, photocopieur, tables, fauteuils, linge, tiroirs, etc.) comme étant inscrits aussi dans des rapports d'ensemble, (OLIVIER DE SARDAN, 2008), ainsi que l'a montré l'anecdote de la blouse du docteur enfilée par erreur (cf. supra). Dans cette perspective ethnographique, ce qui est observé (des objets comme des registres lexicaux dans les interactions entre actrices) est considéré comme présentant des propriétés qui relèvent de leur enchâssement dans les mécanismes de l'ordre social. Ainsi, toutes ces observations ont permis d'appréhender la culture matérielle et symbolique qui structure les lieux et les instruments de l'activité d'orthogénie, et plus particulièrement, ce qui se joue

²¹ Ce soir-là, la réunion s'étant terminée très tard, Florence nous a même invitée à dormir chez elle, dans la chambre de l'un de ses enfants. Nous avons eu l'occasion de prendre un petit-déjeuner avec sa famille et de découvrir – rapidement- leur exploitation agricole.

²² Nous aurions pu dormir dans le petit studio réservé aux internes de l'hôpital. Mais lors de notre première immersion sur le terrain, à D2, ignorant cette possibilité, nous avons prévu de loger à l'hôtel, situé à quelques kilomètres de l'hôpital. Venue à D2 en co-voiturage avec Florence après une réunion de la commission IVG du réseau périnatalité au CHU1, nous ne disposions pas de véhicule personnel. Toute la semaine, matin et soir, il a fallu qu'on vienne nous chercher et qu'on nous raccompagne à l'hôtel. Florence s'en est chargée, ou l'une des secrétaires qui habitait dans le village voisin. Ces trajets en voiture ont, chaque fois, été l'occasion d'échanges informels riches d'enseignements sur les conditions de vie dans un département comptant une importante population socialement défavorisée. Nous apprendrons notamment beaucoup sur les stratégies développées par les patients et co-construites avec le personnel médical pour « faire avec » la précarité et le manque d'accessibilité à l'offre de soins dans le territoire.

autour des objets dans les arrangements opérés à l'échelle locale pour essayer de résoudre les problèmes de mise en œuvre de l'activité d'IVG.

2. Observer des arènes professionnelles

L'investigation, ponctuelle ou durable, dans d'autres arènes professionnelles de l'orthogénie, a affiné notre compréhension des enjeux des clivages internes au champ étudié. Ce dernier est en effet composé d'une pluralité de positions auxquelles sont associées des représentations et des pratiques professionnelles.

Bien que limitées dans le temps, les observations menées à D2 ont été fondamentales pour la construction de notre objet de recherche comme de nos investigations empiriques ultérieures. Les stratégies de recours employées par les professionnel.le.s pour tenter de faire face à la pénurie d'offre de soins, la multi-positionnalité de Florence dans l'espace de la prise en charge de l'IVG comme les différents registres de justification de son engagement dans l'activité d'orthogénie ont permis d'appréhender combien celle-ci était sous-tendue d'enjeux concurrentiels sur de multiples plans. Tout, dans le travail de cette sage-femme, dans un CPP d'un département rural, faisait écho aux controverses portant, dans le débat public, sur les dispositifs techniques de la prise en charge (méthode médicamenteuse versus instrumentale), sur les compétences médicales et les luttes définitionnelles des juridictions professionnelles des sages-femmes, comme sur les modalités réglementaires de la prise en charge. C'est à D2 qu'il est apparu nécessaire de penser la médicalisation de l'IVG comme dynamique processuelle, jamais linéaire (RUAULT, 2017).

Sensibilisée à ces aspects concurrentiels, nous avons souhaité diversifier davantage les contextes d'observation et combiner plusieurs types de données. Au fur et à mesure de notre itération sur le terrain, nous avons saisi toutes les occasions qui permettraient d'observer ce qui se jouait dans les arènes professionnelles, entendues comme « institutions au sein desquelles les problèmes sociaux sont discutés, sélectionnés, définis, cadrés, dramatisés, conditionnés et présentés au public » (HILGARDNER et BOSK, 1988). Nous avons privilégié celles qui étaient fréquentées par les sages-femmes, puisque c'était sur ce groupe professionnel que nous avons focalisé notre analyse. Les arènes professionnelles ont l'avantage de fournir un « format relativement stabilisé de production des prises de position » du fait de l'homogénéité sociologique des actrices qui les composent, et de l'ensemble de contraintes et d'opportunités relativement similaires qui pèsent sur leurs membres (DODIER, 2003). L'analyse des débats au sein de ces arènes est un matériel important pour comprendre le « travail politique » qui se déroule en leur sein et qui porte, de manière réflexive, sur la nature de ces arènes et les rapports que les sages-femmes entretiennent entre elles. Ces observations nous ont

permis d'appréhender la manière dont sont traduits les problèmes relatifs à la prise en charge de l'IVG au sein des différentes arènes professionnelles, et plus largement, d'apprécier la manière dont ces traductions pesaient dans les mobilisations au sein de l'espace de la cause des femmes (BERENI, 2012).

Plus précisément, dans ces arènes, nous avons centré notre intérêt sur les différentes formes de connaissance mobilisées au sein de chacune d'entre elles, ainsi que sur les rapports établis entre ces différents savoirs mobilisés. L'analyse du contenu des débats a permis de faire la lumière sur les lignes de fracture d'ordre épistémique entre différentes spécialités médicales, concernant certaines dimensions de l'orthogénie, sur les questions de la justice sociale notamment, et dans les désaccords sur la façon juste d'évaluer l'apport des différentes techniques abortives. L'objectif de ces observations était l'appréhension des différents modes de saisie des controverses par les sages-femmes au sein de ces différentes arènes, mais aussi dans leurs interactions avec les groupes professionnels concurrents dans le champ de la santé sexuelle et reproductive. Nous avons aussi été attentive, lorsque c'était possible, aux dispositions politiques des actrices au sein de ces arènes professionnelles, ainsi qu'aux pouvoirs conférés aux différentes instances analysées, (dépendant, selon Nicolas Dodier, des savoirs dont on les crédite). Tout ce matériel recueilli a permis d'enrichir la réflexion sur la construction de la légitimité professionnelle des sages-femmes, dans la conduite de l'action publique en matière d'accès à l'IVG.

a) Le congrès des sages-femmes libérales : Auxerre 2018, Versailles 2021

En vue d'observer plus particulièrement les débats autour de l'obtention des compétences abortives et des définitions du mandat autour de cette licence pour les sages-femmes libérales, pour reprendre les termes d'Everett C. Hughes, nous nous sommes rendue à deux congrès nationaux des sages-femmes libérales. Le premier, à Auxerre, en novembre 2018, et le second à Versailles en novembre 2021.

Lors du congrès d'Auxerre en 2018, nous avons pu assister aux délibérations de professionnelles libérales autour de controverses et des incertitudes inhérentes au travail dans les champs de la gynécologie et de l'obstétrique. Des séances plénières étaient dédiées à la présentation d'outils numériques (pour la gestion comptable de l'activité en cabinet, du secrétariat en ligne), à des recommandations de bonnes pratiques (concernant « l'accouchement normal ») ou à des rappels théoriques (le traitement de « cas difficiles » lors d'une suspicion de pathologie). D'autres thématiques, abordées en conférences ou sur les stands, questionnaient l'identité professionnelle et l'adaptation de la profession face aux nouvelles controverses ou nouvelles demandes sociales (l'IVG

médicamenteuse, le suivi gynécologique des femmes lesbiennes, les violences obstétricales, le deuil périnatal)²³. Les échanges nous ont beaucoup renseignée sur les ressorts argumentaires de la profession pour définir les frontières de son territoire d'exercice. C'est notamment lors de ce congrès que nous avons rencontré Marjorie Agen au cours d'un atelier sur les modalités pratiques, juridiques et organisationnelles de la prise en charge médicamenteuse de l'IVG en cabinet libéral. Sage-femme hospitalière, militante féministe, Marjorie Agen a fondé l'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO) en 2009²⁴. Ces échanges ont permis de prendre aussi la mesure de la teneur de la conflictualité qui règne dans le champ médical entre professionnel·les de santé et, plus largement, en même temps qu'ils ont montré la diversité de positions des membres du groupe professionnel des sages-femmes sur les controverses dans le champ de la santé sexuelle et reproductive.

En novembre 2021, nous sommes allée une nouvelle fois au congrès des sages-femmes libérales, mais dans une position sensiblement différente, puisque nous y étions cette fois en tant qu'observatrice participante. Nous avons proposé notre aide à l'ANSFO et avons accepté de prêter main forte à l'une de ses représentantes, Domitille, qui tenait le stand d'information dédié aux mobilisations de l'ANSFO. Là, à ses côtés, nous avons pu toute la journée participer aux échanges qu'elle avait avec des sages-femmes libérales venant se renseigner sur les pratiques de l'orthogénie. Leurs questions, l'expression de leur intérêt comme de leur désarroi, tout comme les réponses apportées par Domitille ont mis en lumière le fait que les élargissements successifs du champ de compétence place les professionnelles dans des situations d'incertitude très importante, qui rejaillissent très fortement sur leurs définitions du mandat de ce segment de la profession. Tous ces échanges nous ont conduite à intégrer dans notre réflexion les apports théoriques de Florent Champy (2009) sur le contenu du travail et la « pratique prudentielle » dans la sociologie des professions. Il nous a semblé important de prendre en considération les « conjectures » et « délibérations » des sages-femmes s'agissant du traitement des « cas singuliers » dans l'orthogénie.

b) L'approche de la socialisation professionnelle : l'école de maïeutique de D1

Par l'entremise de la directrice de l'école de maïeutique de D1 rencontrée à l'occasion d'un entretien, nous avons été invitée à participer aux enseignements dispensés à différentes promotions d'étudiantes²⁵ sur des questions de santé publique (plus précisément, sur la conduite d'actions de prévention en santé sexuelle et sur la promotion de la santé). En outre, nous avons durant cinq années

²³<https://www.profession-sage-femme.com/wp-content/uploads/2018/04/CNSFL-2018-programme.pdf>

²⁴ Nous évoquerons plus loin combien sa rencontre a contribué à infléchir notre dimensionnement de la problématique de recherche.

²⁵ Au regard de la très faible proportion d'hommes qui s'engagent dans les études de maïeutique, nous garderons le féminin pluriel.

consécutives donné des cours sur la méthodologie de recherche qualitative en santé (à raison de 4 h chaque année). Pendant leur cursus, les étudiantes suivent en effet une initiation à la recherche aboutissant à la formalisation d'un document écrit ainsi qu'à un oral de soutenance, pour l'obtention de leur diplôme d'État reconnu au grade de master. Ce mémoire d'exercice à la profession de sage-femme répond à des exigences d'objectivation et de conceptualisation de questions relatives à un thème de leur choix en lien avec la pratique. Dans ce mémoire, selon leur perspective adoptée, les étudiantes abordent les aspects médicaux, sociaux, anthropologiques, psychologiques, juridiques, éthiques, déontologiques ou historiques de ce thème. Sa réalisation répond à une attente de professionnalisation, entendue comme l'ensemble des processus institutionnels de formation et d'évaluation par lesquels on devient professionnel (CRINON et GUIGUE, 2006). La procédure est la suivante : les étudiantes choisissent un sujet, dressent un état de la littérature scientifique sur celui-ci, rédigent un court document destiné à justifier de la méthodologie choisie pour l'explorer ainsi que de son intérêt heuristique. Ce document est évalué par un comité constitué d'universitaires issu.e.s de diverses disciplines dans le champ de la santé, ainsi qu'en sciences sociales. Une fois le sujet validé, les étudiantes prennent rendez-vous avec la personne qui a été désignée, au vu de son domaine d'expertise, pour l'accompagner durant toute l'année dans sa démarche de recherche.

Dans ce cadre, nous avons ainsi accompagné 13 étudiantes dans les différentes étapes de réalisation de leur mémoire professionnel. Nous avons été parties prenante de ce jeu social, puisque nous nous sommes engagée chaque fois à ce que les étudiantes puissent correctement soutenir leur mémoire et obtenir par là leur titre de sage-femme. Ce rôle endossé nous a permis d'entretenir des relations de proximité avec le personnel encadrant, via la participation aux comités annuels d'évaluation des projets de recherche conduits, et avec les étudiantes, dans le cadre des cours comme durant les interactions plus individuelles de l'accompagnement du mémoire. Les échanges et les observations ont permis de nourrir les réflexions formulées au gré de l'itération théorique et empirique. Les séances du comité de sélection renseignaient sur les enjeux de l'accroissement des savoirs experts dans les sciences maïeutiques, dans la perspective plus large de l'universitarisation de la profession de sage-femme (FREGONESE, 2016). Mais ces questions relatives à la professionnalisation ont nourri également les échanges avec les étudiantes qui, de visu ou par mail, nous ont souvent fait part de leurs doutes et de leurs inquiétudes sur leurs rôles, la définition de leurs compétences et leurs frontières avec celles des autres professionnel.le.s avec lesquelles elles sont amenées à coopérer. Aussi, certaines plus particulièrement ont évoqué les difficultés auxquelles elles étaient confrontées dans le cadre de leurs stages.

Les échanges portant sur les modalités d'élaboration de leur mémoire tant au plan des contenus que sur le processus de leur « fabrication » ont constitué un matériel empirique très important pour cette

recherche. D'abord, parce que certains des mémoires que nous avons eu l'occasion d'encadrer portait très directement sur des thématiques proches de notre propre objet de recherche. Ceux-là avaient trait aux modalités d'engagement des sages-femmes dans la pratique de l'IVG (4), à la contraception (2), aux représentations de la sexualité (1), au suivi de grossesse (3)²⁶. Les autres, moins directement ciblé sur la santé reproductive, abordaient d'autres réflexions en santé sexuelle, qui questionnaient l'identité professionnelle des sages-femmes tout autant que les premiers. La méthodologie qu'elles adoptaient a toujours reposé sur des approches qualitatives. Aussi, avec l'accord des étudiantes, nous avons pu enrichir notre corpus en empruntant à leur propre matériel empirique (entretiens, observations directes), lorsqu'il concernait un sujet proche du nôtre. Grâce à leurs travaux, nous avons pu recueillir des données de seconde main sur l'organisation de l'activité d'orthogénie dans des services hospitaliers hors de la région ; nous avons aussi eu accès à des paroles d'avortantes, ainsi qu'à des représentations professionnelles sur des compétences corrélées à la prise en charge de l'IVG.

Mais cet accompagnement a également enrichi notre appréhension des processus de socialisation professionnelle des sages-femmes pendant leur formation initiale. L'observation des échanges et des interactions entre les étudiantes et l'équipe d'encadrement durant la démarche de recherche a nourri une réflexion sur la reconduction ou au contraire les tentatives de questionnement des rhétoriques professionnelles dans les mémoires²⁷. Au titre d'encadrante, nous avons participé aux jurys de soutenance de ces derniers, où nous avons recueilli un matériel précieux, consigné dans notre journal de terrain, sur la manière dont les étudiantes et les représentantes du corps professionnel dans le jury (professionnelles libérales, enseignantes et membres des instances ordinales de la profession) se positionnaient durant ce qui nous apparaissait comme de véritables « rites d'agrégation » (VAN GENNEP, 1981 [1909]) au corps professionnel. L'accompagnement des travaux de recherche des étudiantes comme l'observation participante des moments de soutenance ont constitué un matériel empirique important pour appréhender les règles qui gouvernent les jugements du groupe professionnel sur son identité comme sur la redéfinition des contours du « mandat » des sages-femmes dans le contexte récent des élargissements successifs de leur champ de compétence. Censés permettre une analyse réflexive de la pratique et questionner les contours de leur autonomie professionnelle, les mémoires sont aussi le lieu d'un apprentissage des normes et des postures d'un

²⁶ Les mémoires que nous avons encadrés ont porté ainsi sur le vécu post-IVG médicamenteuse, sur le rôle des sages-femmes libérales dans la prise en charge de l'IVG, la participation des sages-femmes à l'organisation de la prise en charge de l'IVG dans un service d'orthogénie hospitalier, sur la prise en compte des violences conjugales dans le suivi de grossesse, sur le choix des méthodes contraceptives dites « naturelles », sur la participation des sages-femmes à l'IVG instrumentale, sur le rôle des sages-femmes dans l'éducation à la vie affective et sexuelle dans le cadre scolaire, sur les représentations de la sexualité chez les sages-femmes, sur l'entretien prénatal précoce, sur la contraception en post-partum, sur le vécu des troubles du périnée et du sphincter chez les femmes ménopausées, et sur la place du père dans les séances de préparation à la naissance.

²⁷ L'une des recherches, parmi les premières que nous avons encadrées, menée sur le vécu post-IVG médicamenteuse, a occasionné un conflit entre une étudiante (nommée ici Amélie) et la direction de l'école. Ce conflit a donné un éclairage précieux sur les résistances normatives à l'œuvre dans les enseignements théoriques et pratiques dispensés aux étudiantes sur l'activité d'orthogénie. Cf. Cinquième partie du manuscrit.

groupe professionnel subordonné dans la hiérarchie médicale, dont les soutenances rappellent les processus d'incorporation.

Notre rôle au sein de l'école de maïeutique n'a été que « périphérique » puisque nous n'intervenons chaque année que quelques heures dans le cursus universitaire (durant les deux dernières années de la formation des étudiantes). Mais la durée de notre présence sur le terrain, et le fait même que les insertions soient ponctuelles, ont émoussé la perception de ce caractère périphérique, au profit de celle du rôle effectif que nous avons auprès des étudiantes. Celui-ci consistait à aider les étudiantes à produire un manuscrit jugé recevable par l'institution : il s'agissait donc de les aider d'abord à recueillir un matériel conforme aux normes de la validité scientifique ; à adopter ensuite une réflexion critique par rapport aux représentations qui façonnent leur rhétorique professionnelle. Ce faisant, nous avons contribué à modifier parfois leurs attitudes et leurs représentations, en les poussant à considérer comme une norme socialement et historiquement construite ce qu'elles avaient parfois tendance à traiter sur le ton de l'évidence (ainsi de leur rôle dans la prise en charge de l'IVG, pour choisir l'un des exemples les plus saisissants). Il s'agissait là de soutenir leur travail d'objectivation des objets empiriques choisis comme sujets de recherche. Notre présence avait aussi des effets souhaités par l'institution, auxquels nous avons dû apporter une attention très précise dans le recueil de ce matériel qui donnait accès aux représentations « indigènes » du groupe professionnel. Il s'agissait cette fois, en tant qu'enseignante, à repérer les stratégies attendues pour se conformer aux attentes normatives de la profession en vue de l'obtention du titre qui validait leur formation. Cette place nous a parfois obligée à endosser un rôle compliqué, foncièrement ambivalent, qui n'est pas sans poser des questions éthiques, puisque nous étions à la fois « juge et partie ». Notre usage des productions écrites par les étudiantes en tant que « littérature grise » n'est pas sans poser question, également. Nous n'avons pu exercer qu'un contrôle relatif sur la véracité et la scientificité des méthodologies de recueil des données de terrain dans les recherches des étudiantes. Leurs enquêtes n'ont jamais qu'une dimension exploratoire : bénéficiant seulement d'une initiation à la recherche en santé dans le cadre de leur formation, elles ne peuvent prétendre produire que des résultats approximatifs. Aussi, nous ne considérons pas leurs productions comme des productions scientifiques véritables. Cependant, elles représentent, en tant que produit d'une construction, un matériel discursif très instructif (cf. cinquième partie de ce manuscrit). Le matériel empirique recueilli est à même, en effet, de renseigner sur les tensions relatives aux transformations contemporaines des représentations et pratiques professionnelles des sages-femmes. Les mémoires, dans leur forme finale comme dans la dynamique même de leur écriture, se présentent comme lieu de formalisation de l'expérience professionnelle de sages-femmes : ils donnent accès à des processus de socialisation professionnelle à l'avortement, en même temps qu'ils répondent, plus largement, aux enjeux de légitimation de la profession dans les champs concurrentiels de l'obstétrique et de la santé

sexuelle. Ces observations ont été précieuses pour appréhender le travail mené par les sages-femmes pour réinterpréter la spécificité de leur mission et la particularité de leur savoir-faire, notamment lorsque des innovations viennent bousculer la division du travail (CARRICABURU, 1994 ; JACQUES 2007). Grâce à tous les échanges formels et informels que nous avons pu avoir avec les étudiantes et les enseignantes, nous avons pu recueillir des informations sur le travail de négociation des marges de manœuvre que la profession s’octroie pour donner du sens à son activité, lorsque celle-ci évolue, au fil des contextes sanitaires et des infléchissements de l’action publique en matière d’IVG.

c) La participation aux travaux de la commission IVG du réseau périnatalité de Bourgogne

Nous avons déjà évoqué le rôle de Thérèse dans notre itération empirique. En tant que médecin coordinatrice des centres de planification du département, elle siège à la commission IVG du réseau périnatalité de Bourgogne. Lorsque nous l’avons rencontrée, elle s’occupait de planifier les recrutements nécessaires pour faire face aux départs en retraite des professionnel.le.s en charge de l’activité d’orthogénie sur l’ensemble du territoire institutionnel du réseau. Consciente de l’intérêt d’un regard sociologique sur l’organisation de l’activité d’orthogénie, Thérèse nous a invitée, en tant que salariée de l’ORS BFC²⁸, à établir une pyramide des âges des professionnel.le.s de santé impliqué.e.s dans l’activité d’orthogénie en Bourgogne. Grâce à l’annuaire fourni, et grâce à la légitimité qu’elle nous donnait pour les contacter, nous avons pu recueillir quelques informations permettant d’établir les profils sociaux des opératrice.s effectif.ve.s des gestes abortifs (leur âge, leur sexe, leur profession, et parfois, leur statut). Cette première démarche d’analyse macrosociologique a permis de commencer à appréhender l’économie des collaborations professionnelles autour de la prise en charge de l’IVG, en montrant notamment l’importance croissante des sages-femmes impliquées dans cette activité en Bourgogne. Nous avons présenté le résultat de cette analyse quantitative aux membres du staff de la Commission IVG du réseau périnatalité lors de la réunion annuelle en décembre 2018²⁹. Cette présentation a objectivé l’urgence de la réorganisation de la division du travail abortif, en faisant la lumière sur le vieillissement démographique des acteurs de la prise en charge chirurgicale de l’IVG³⁰. D’autres interventions ont été à ce titre congruentes : l’une était destinée à rendre compte d’une évaluation de l’expérimentation

²⁸ Thérèse entretient depuis des années des relations de coopération avec la directrice de l’Observatoire Régional de Santé qui manifeste régulièrement son intérêt pour les questions de santé génésique des femmes.

²⁹ Ils seront présentés dans ce manuscrit (partie 5).

³⁰ Nous employons ici le masculin pluriel, car, comme nous le verrons dans la cinquième partie de ce manuscrit, les plus âgés sont très majoritairement des gynécologues-obstétriciens.

de la prise en charge médicamenteuse de l'IVG jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée exclusivement par les sages-femmes dans un centre hospitalier du groupement hospitalier de territoire (GHT) ; l'autre était un retour d'expérience d'une médecin généraliste employée comme vacataire dans un centre hospitalier de la région, au sein duquel tous les gynécologues du service d'obstétrique³¹ exercent leur clause de conscience. Son intervention tenait de l'appel à l'aide : elle témoignait des dysfonctionnements organisationnels du service, des combats qu'elle devait mener pour maintenir l'activité chirurgicale d'IVG au bloc opératoire, et de la difficulté d'avoir à mener de front cette lutte pour le maintien d'un service public en orthogénie avec son exercice en libéral.

d) Le Réseau Entre la Ville et l'Hôpital (REVHO) : colloque sur l'IVG médicamenteuse, mai 2019, Paris.

Créé en novembre 2004 (JO du 1^{er} décembre 2004), le REVHO³² (association loi 1901) a été le premier réseau intervenant dans le domaine de l'IVG médicamenteuse. Son objectif initial était de faciliter l'accès à l'IVG médicamenteuse en ville, et à la contraception. Une partie de l'activité est consacrée à la formation des équipes hospitalières et professionnel.le.s de santé (gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes) à l'accueil et à l'accompagnement des patientes durant tout le parcours IVG. Aujourd'hui, ce réseau a pour objectif d'améliorer l'accès à l'IVG en favorisant notamment l'implantation de l'IVG sous anesthésie locale en Centre de santé (en région francilienne). Il rassemble des responsables de centres d'IVG et des médecins de ville bénévoles, qui aident les centres d'orthogénie dans leur organisation interne.

En mai 2019, le REVHO a organisé à Paris un colloque sur le thème « IVG : progrès et perspectives » auquel nous nous sommes rendue. Différents sujets relatifs à la prise en charge médicale de l'IVG ont été présentés. Nathalie Bajos a posé le cadre en soulignant, dans une approche sociologique, le retour d'une panique morale sur la scène publique internationale à l'égard de l'avortement. Elle a rappelé que dans les années 1990, à l'époque de la diffusion de l'avortement médicamenteux (RU 486), les critiques portaient sur les conditions d'accès à l'IVG dans la crainte de sa banalisation ; et que, de nos jours, l'avortement est à nouveau dénoncé comme un crime sur la scène mondiale par des personnalités de premier plan (Bolsonaro, Trump, le Pape François), des mouvements politiques d'extrême droite ou d'une majorité de mouvements protestants évangéliques, dans des contextes de crise économique. L'intérêt de cette ouverture était sa portée réflexive : la sociologue-démographe invitait les professionnel.le.s présent.e.s dans la salle à entendre les « *logiques réactionnaires corporatistes* » qui sous-tendent ces rhétoriques de dénonciation de

³¹ Idem

³² <http://revho.fr>

l'avortement, contribuant à la construction d'une particularité du droit à l'IVG. Ensuite, divers.es intervenant.e.s ont proposé des réflexions sur des aspects controversés de la prise en charge : des retours d'expériences ont été présentés sur l'anesthésie myométriale, sur l'IVG sur grossesses de localisation indéterminée³³. Des questionnements techniques, éthiques et juridiques sur la démedicalisation de l'activité ont émergé à la suite d'exposés sur le suivi de l'efficacité de l'IVG médicamenteuse par la femme uniquement et sur l'auto-avortement médicamenteux (lorsqu'aux USA, des femmes contournent les réglementations de leur État en se procurant les médicaments par Internet, ou en télémédecine avec des professionnel·es d'autres États). D'autres dimensions politiques et sociales controversées de la pratique ont été abordées, comme la contraception et l'IVG dans les parcours de migrations, pour les femmes en situation de grande précarité ; les maltraitances lors des consultations d'IVG et les voyages transfrontaliers pour avorter à l'étranger en cas de délais dépassés³⁴.

Nous nous étions rendue à ce colloque en comptant y puiser des informations cliniques précises comme lors d'un recensement de la littérature grise sur un sujet donné. Mais la teneur réflexive des débats, dans le ton comme dans les contenus développés, nous a conduite à interroger les cloisonnements structurels et professionnels qui contraignent l'émergence et le déploiement des innovations en santé³⁵. Différent.es représentant.e.s de divers groupes professionnels présents dans l'assemblée évoquaient avec le ton de l'évidence le travail à effectuer pour lever les freins³⁶ au développement de l'anesthésie locale dans les établissements de santé, ou pour mieux prendre en considération les violences psychologiques et sociales induites par un personnel non dédié à l'activité d'orthogénie. Les modalités de la pensée réflexive autour de la prise en charge de l'avortement nous sont apparues dans l'évidence de son inégale distribution sociale et territoriale : à Paris, dans cette arène professionnelle, on débattait posément entre professionnel.le.s de santé des possibilités de la démedicalisation de l'activité d'IVG (en évoquant, bien avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid, les bienfaits de la consultation de télémédecine, par exemple), tandis que, dans le périmètre de notre premier terrain d'enquête, ces possibilités n'avaient été évoquées par mes enquêté.es que sous le prisme des risques sanitaires et psychologiques qu'elles faisaient encourir aux femmes.

Aussi, ces débats rendaient nécessaires la contextualisation et l'élucidation des stratégies déployées par les professionnel.le.s de santé dans le travail de problématisation technique pour résoudre les dysfonctionnements qui se font jour dans la prise en charge des avortantes. Le calcul des

³³ Avant 5 semaines d'aménorrhée, la localisation de la grossesse est complexe, et les professionnel·e.s s'inquiètent du risque induit par le recours au dispositif médicamenteux sur des grossesses extra-utérines.

³⁴ <http://revho.fr/videos-colloque-revho-2019-ivg-progres-perspectives/>

³⁵ « La santé. Innovations de modernisation », *Innovations* 2019/3 (n°60), De Boeck Supérieur.

³⁶ Entre autres : les coûts induits par le travail des personnels, la mobilisation d'un espace spécifique, la nécessité de la compétence relationnelle (nous y reviendrons).

risques induits par l'une ou l'autre des techniques abortives, le fait de légitimer une décision « rationnelle » par la « compétence » ou d'asseoir l'expertise d'un groupe professionnel sur son « désir d'innovation » sont apparues aussi comme des stratégies discursives dans les luttes définitionnelles des groupes professionnels dans le système des écologies liées dans le champ. Le recours à une nouvelle technique réactualise les conflits sur l'étendue du monopole détenu par les groupes professionnels sur des savoirs experts : les notes prises durant ce colloque constituent un matériel qui a permis d'enrichir l'analyse des enjeux et des modalités du déploiement dans les techniques abortives au sein du groupe professionnel des sages-femmes.

Un détail très significatif a retenu également notre attention ; les participant.e.s du colloque étaient ce jour-là accueilli.e.s en se voyant offrir un totebag à la mémoire de la loi Veil : au-dessus du portrait graphique de la ministre, ces deux mots « Merci Simone » disaient à eux seuls l'effacement des mobilisations féministes qui avaient contribué à la construction du problème public de l'IVG dans les années 1970. L'individuation du remerciement laissait entrevoir les rapports de force à l'œuvre dans la transformation des modes de prise en charge de l'avortement comme dans l'espace des mouvements sociaux autour de l'IVG (PAVARD et al., 2012, chapitre 9). C'est donc aussi au cours de ce colloque que notre questionnement sur l'articulation des mobilisations féministes et catégorielles dans l'espace de la cause des femmes s'est consolidé.

III. L'observation des arènes militantes féministes dans l'espace de la cause de l'IVG

Ayant en tête ce questionnement sur les usages différenciés des techniques abortives au sein des groupes professionnels, et des enjeux de luttes définitionnelles des juridictions qu'ils recourent, nous avons jugé opportun de rendre compte du travail de « politisation » -entendu comme processus de requalification- des activités médicales d'orthogénie. Nous voulions connaître les prises de position des agents sociaux enclins à transgresser ou à remettre en cause la différenciation des espaces d'activité dans la lignée des travaux sur les frontières entre l'expertise médicale et l'expertise militante sur la question de la prise en charge de l'avortement (GARCIA, 2005 ; PAVARD 2012 ; RUAULT, 2017). Rendre compte de la spécificité de la contestation sociale sur les dispositifs et le cadre réglementaire de prise en charge de l'IVG dans « l'espace des mouvements sociaux » (MATHIEU, 2012) et plus précisément dans celui de la cause des femmes (BERENI, 2012) nous paraissait pouvoir contribuer à l'éclairage des enjeux relatifs à la légitimation de la « licence » (HUGHES, 1996) du groupe professionnel des sages-femmes à intervenir dans le champ de l'orthogénie. Au cours de notre itération empirique, nous avons eu l'occasion d'entrer en lien avec des associations militantes féministes qui revendiquent de faire évoluer le cadre réglementaire de la

prise en charge de l'IVG. Nous avons donc pu porter notre attention sur les logiques, les modes de fonctionnement de ces organisations, leurs positions contrastées au sein de l'espace de la cause des femmes, ainsi que sur les liens ambivalents et complexes que les militant.e.s de ces associations avaient avec les instances professionnelles.

1. L'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO)

Nous avons rencontré deux fois Marjorie Agen, la fondatrice de l'ANSFO. La première fois, au congrès des sages-femmes libérales à Auxerre (novembre 2018) sur le stand de l'association, comme nous l'avons déjà souligné. Nous avons assisté à l'atelier de formation qu'elle animait sur le thème de l'IVG médicamenteuse. La deuxième fois, c'était à son invitation, à l'assemblée générale du mois de mai 2019, durant laquelle nous avons pu discuter avec plusieurs membres du bureau, dont Adèle, alors présidente de l'association. Pour travailler à l'élaboration et à la traduction d'un document de présentation de l'activité de l'ANSFO, Adèle nous a invitée chez elle, l'été suivant. Elle devait faire une intervention au mois de septembre suivant au 6ème congrès international des sages-femmes sur la santé génésique des femmes, à Baltimore (USA)³⁷. Cette rencontre a été l'occasion d'échanges informels sur sa difficulté d'assurer une posture militante féministe dans le cadre de son exercice professionnel de sage-femme, notamment parce que cette dernière suscite de violents conflits avec des membres d'autres groupes professionnels concurrents, en particulier des gynécologues-obstétriciens proches de l'âge de la retraite.

Nous développerons plus loin l'incidence des liens d'affinités affectives et militantes sur la construction de l'objet de recherche. Pour l'heure, nous soulignerons seulement que ces deux jeunes sages-femmes, avec leur propension quasi immédiate à nous inclure dans leur réseau de partenaires possibles dans le champ de l'orthogénie, qu'elles décrivaient toutes deux comme polarisé et très conflictuel, ont aiguisé chez nous bien plus qu'une simple curiosité intellectuelle : leur investissement passionné a rencontré nos propres dispositions militantes, et nous avons adhéré à l'association en tant que sympathisante féministe. Bien que n'étant pas professionnelle, nous avons profité de ce statut d'adhérente pour figurer dans la mailing list de l'association : cela a constitué une voie d'accès à un matériel empirique très important pour appréhender le travail de définition des frontières de la juridiction des sages-femmes en orthogénie menée par les membres de cette association. Nous avons procédé à un travail d'archivage des mails échangés sur la plateforme. Cette plateforme d'interactions a constitué une source documentaire importante pour l'exploration plus fine de la diversité des pratiques professionnelles des sages-femmes en orthogénie. Nous avons accédé au travers de cette

³⁷ <https://midwiferyconference.euroscicon.com/2019>.

messagerie à des informations médicales d'une grande précision, ainsi qu'à des débats relatifs aux arrangements organisationnels et/ou individuels dans l'application des recommandations de la HAS.

En octobre 2020, nous avons assisté à nouveau, par visioconférence cette fois, à l'assemblée générale de l'association, très perturbée depuis la récente démission de Marjorie Agen au poste de trésorière, et d'Adèle au poste de présidente. L'enjeu de cette AG était de constituer un nouveau bureau de l'association. Dans ce contexte de crise sanitaire et de crise de la représentation au sein de l'association, la présence d'une sociologue a été perçue comme d'autant plus importante que les sages-femmes exprimaient leur besoin de rendre visible et de légitimer l'activité de l'association : n'étant pas sage-femme, nous n'avions pas, selon les statuts de l'association, le droit de siéger au bureau. Cependant, les co-présidentes ont voté pour que nous soyons admise à assister aux échanges de chaque conseil d'administration (8 au total durant la période 2020-2022). Cela nous a donné un accès privilégié à cette arène professionnelle et revendiquée pour son appartenance aux mouvements féministes. Les observations menées lors des échanges des séances de CA étaient le plus souvent directes, mais nous avons aussi eu l'occasion de participer aussi aux réunions consacrées à la rédaction de textes destinés à soutenir leurs mobilisations catégorielles, notamment dans l'entreprise de lutte menée pour obtenir la compétence chirurgicale. Nous avons également pu procéder à une analyse de contenu des compte-rendu de CA, et des différents supports de communication employés dans le cadre de leur mobilisation collective.

La temporalité de notre incursion ethnographique au sein de cette association professionnelle et militante a été congruente avec plusieurs séquences politiques en lien avec l'épidémie de Covid 19 qui ont représenté autant de « fenêtres d'opportunité » pour œuvrer à la reconnaissance puis à la mise sur agenda politique des revendications des sages-femmes de l'ANSFO³⁸. Il s'est agi du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 et de la proposition de loi n°3292 déposée par la députée Albane Gaillot pour améliorer la loi sur l'IVG. Plusieurs mesures concernaient l'évolution du champ de compétences des sages-femmes. Il nous a fallu procéder à un travail d'analyse des débats parlementaires ainsi que des articles qui paraissaient à ce sujet dans la presse nationale, que nous détaillerons plus bas. Ce suivi régulier a permis de repérer les différentes options épistémiques et des lignes de fracture dans les prises de positions des membres du Parlement, dans les arènes professionnelles et dans les médias.

Tout ce matériel récolté a permis de mieux comprendre la sociogenèse de la participation des sages-femmes à l'activité d'orthogénie, les tensions qui se font jour dans les coopérations inter-professionnelles dans le champ de la santé sexuelle et reproductive, la diversité des motifs et des

³⁸ Les pouvoirs publics ont reconnu que le confinement avait aggravé les difficultés d'accès à l'IVG et a adopté, en conséquence, un certain nombre de mesures destinées à pallier ces problèmes. Nous reviendrons dans la dernière partie de ce manuscrit sur la manière dont l'ANSFO s'est saisi de cette fenêtre d'opportunité.

modalités d'engagement dans des organisations professionnelles. Ce matériel est devenu un support de notre analyse de la dimension épistémique du travail politique des sages-femmes de l'ANSFO, ainsi que de leur réception des politiques publiques sectorielles. Notamment, l'analyse de contenu des échanges et des supports de communication de l'association a permis de mettre en lumière un rapport ambivalent à la question de la (dé)médicalisation de l'avortement, que nous analyserons dans la cinquième partie de ce manuscrit.

2. L'engagement au Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPPF)

Nous avons mené au printemps 2018 un entretien avec Audrey, conseillère conjugale salariée de l'association départementale du Planning Familial en Bourgogne, unique en région à l'heure où nous avons mené cette investigation. Il nous avait semblé nécessaire de pouvoir accéder aux représentations et aux pratiques d'un acteur historique de l'espace de la cause des femmes, dans l'organisation de la prise en charge de l'IVG à l'échelle locale. Notre intention première était de recueillir des informations utiles à des fins de cadrage de notre objet de recherche. Nous nous interrogeons en effet sur les modalités de coopération actuelles du Planning avec les actrices institutionnel.le.s et professionnel.le.s dans le champ de l'orthogénie.

Cette rencontre a été très importante pour la démarche de recherche. Sur un plan cognitif, d'abord : un contraste nous est apparu entre les registres de discours des professionnel.le.s de santé sur l'IVG et ceux d'Audrey, nourris par sa trajectoire militante et professionnelle d'une dizaine d'années au sein de l'association. Les formes de rhétorique comme le chaînage argumentatif de son propos différaient, mettant en opposition l'expertise médicale et l'expertise militante (GARCIA, 2005) dans la qualification du problème public de l'IVG (GUSFIELD, 2009 [1981]). En tant que représentante du Planning Familial, et dans le regard critique qu'elle portait sur les modalités de l'organisation de l'offre en matière d'orthogénie à l'échelle régionale, Audrey faisait siens les schèmes d'une grille de lecture féministe qui invite à la « déconstruction outillée des structures oppressives » (MATHIEU, MOZZICONACCI, RUAULT, 2020) parmi lesquelles le champ médical est perçu comme système d'idées jouant dans le maintien du pouvoir patriarcal. Nous avons appréhendé ainsi les rapports de force et les systèmes de valeurs qui pouvaient se lire dans les débats autour de la question de la (dé)médicalisation de l'avortement, déjà centrale au moment de sa dépénalisation dans la loi de 1975 (SANSEIGNE, 2009), et toujours clivante au cours de notre enquête de terrain, dans les différentes arènes investiguées. La teneur de ce rapport de forces nous a été donnée à entendre de manière diamétralement opposée dans les propos de ce chef de pôle gynécologie-obstétrique qui occupe une position dominante dans les choix organisationnels de l'offre

de soins en région. Il s'exprimait en des termes violents sur le rôle du MFPP dans les mobilisations en faveur de l'accès à l'IVG en France :

« Ce sont des lobbyistes qui véhiculent de fausses informations auprès de nos ministres et du Haut Comité à l'Égalité entre les Hommes et les Femmes, ce sont de mauvaises personnes, ce sont d'ailleurs des gens qui n'existent pas pour moi ! »

Professeur V, octobre 2018, extrait de notre journal de terrain.

Ce clivage fort a nourri notre volonté de rendre compte des interactions entre les différentes instances qui participent à la carrière du problème public de l'IVG, pour mieux comprendre la place et le rôle du groupe professionnel des sages-femmes dans la conduite de l'action publique en matière d'accès à l'orthogénie. Un questionnement de type épistémologique s'en est issu, sur l'incidence du lieu depuis lequel sont construits les savoirs sur leur construction elle-même : cette curiosité, qui rencontrait une disposition féministe personnelle, nous a incitée à poursuivre notre itération ethnologique au sein du MFPP.

Une fois adhérente à l'association départementale du Mouvement, nous avons participé à différentes actions du Planning Familial en région : accueil collectif du public dans les locaux de l'association³⁹, animation de séances d'éducation à la vie affective et sexuelle dans deux collèges du département, animation de différents stands d'information lors de manifestations publiques et festives⁴⁰, participation à une journée d'études sur le thème « Violences et genre » organisée par le Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF) de Côte d'Or. Mais c'est surtout une fois devenue membre du Conseil d'administration (lors de l'assemblée générale du printemps 2019) que nous avons pu d'appréhender « de l'intérieur » les efforts déployés par l'association à différentes échelles territoriales pour mener son action en faveur de la lutte pour l'accès à l'IVG⁴¹. Cette part active prise à la recherche de financements a permis d'appréhender le travail politique de l'action du MFPP. La lutte menée pour obtenir des fonds de l'Agence Régionale de Santé

³⁹ L'accueil collectif des femmes en demande d'IVG a été défendu, dans l'histoire du MFPP, par sa présidente Simone IFF après son élection au Congrès de 1973. A cette date, une rupture se produit avec la réorganisation du MFPP autour d'objectifs clairement féministes : le mouvement entend lutter pour « *la libéralisation de l'avortement et contre toutes les formes d'oppression sexuelle et en particulier contre l'instauration d'un nouvel ordre sexuel : contre l'information sexuelle par des spécialistes, contre la médicalisation* » (citation de Danièle Hassoun dans son article sur l'histoire de l'avortement, sur le site de l'ANCIC : <http://www.avortementancic.net/spip.php?article3>). Pour Simone Iff, l'accueil collectif était destiné à permettre la destigmatisation de l'IVG, ainsi que l'élaboration d'une pensée politique autour de cet événement de la vie génésique des femmes comme effet structurel de l'oppression patriarcale.

⁴⁰ En 2019, nous avons participé au festival *Oui Madame* à Dijon, et au festival *Parties de campagnes* (courts-métrages) d'Ouroux-en-Morvan dans la Nièvre. Nous avons animé un débat qui a suivi la projection du film documentaire *Quand je veux, si je veux !* de Susana Arbizu et Henri Belin au cinéma de Luzy dans la Nièvre.

⁴¹ Jusqu'en 2020, l'association était la seule association départementale du Planning Familial en région Bourgogne Franche-Comté. Les statuts d'une nouvelle AD pour la Côte d'Or ont été rédigés, puis déposés à l'automne 2020. Son action commence à se développer, notamment grâce à la formation des bénévoles impliqués, dispensée par la Confédération, en vue de leurs prochaines interventions en milieu scolaire et de l'accueil des publics. (Journal de terrain, 2022).

BFC nécessaires à l'opérationnalisation de la plateforme téléphonique régionale du numéro vert national mis en place par le Mouvement a été une illustration de la non-neutralité des instruments de l'action publique (LASCOURMES, SIMARD 2011). Nous avons eu l'occasion de voir, « de l'intérieur », comment les actrices en concurrence dans le champ se saisissait de ce dispositif pour faire valoir des légitimités différentes, que nous évoquerons dans la partie de ce manuscrit consacré à la culture du problème public de l'IVG. Sur un plan pratique, nous avons observé aussi comment les modes de gouvernance au sein d'une association locale de petite taille, souffrant d'un manque de visibilité institutionnelle et publique peuvent, au même titre que le désengagement militant (FILLEULE, OFFERLE, 2005)⁴², affecter la conduite de l'activité de l'association⁴³. Un autre temps fort de cette socialisation militante a été notre participation, en tant que membre du CA confédéral, au congrès d'octobre 2019 à Niort, durant lequel ont été votées les orientations stratégiques du MFPP pour 2019-2022. Les débats ont porté sur les grandes questions éthiques, politiques, sociales et idéologiques qui traversent les différents courants féministes à l'heure actuelle⁴⁴ : cela a été une occasion de recueillir un matériel très précieux sur la manière dont la lutte pour l'accès à l'IVG prend place au sein de l'espace de la cause des femmes. Et c'est au cours d'interactions observées à l'échelle locale avec des partenaires institutionnels que nous avons pu voir comment la teneur provocatrice des propos et des postures des militant.es du Planning, articulée à leur volonté revendiquée de subversion de l'ordre hétéronormatif, pouvait expliquer que son action en arrive à être décrédibilisée⁴⁵.

⁴² La coexistence entre salarié.es et bénévoles est une question conflictuelle au sein du MFPP depuis sa fondation. (ROMERIO, 2019). Cette problématique de gouvernance a eu une incidence très importante dans l'association départementale où nous nous sommes engagée : les deux salariées présentes à notre arrivée au sein de l'AD ont été licenciées suite à une série de conflits qui les opposaient entre elles ainsi qu'aux membres du conseil d'administration. Ces événements ont démotivé plusieurs bénévoles qui ont cessé leur activité au sein de l'association.

⁴³ En 2020, le manque de bénévoles et de ressources matérielles a rendu difficile l'exercice du mandat de l'association départementale, qui s'est retrouvée dans l'obligation d'annuler des séances d'animation en milieu scolaire qui avaient été fixées. Cette invisibilisation renforcée de l'activité du Planning au niveau territorial a remis en cause des financements publics au titre d'Espace Vie Affective Relationnelle et Sexuelle (EVARS), amputant du même coup la possibilité d'assurer l'une des missions importantes du Planning dans la prise en charge de l'IVG, à savoir l'orientation des femmes en délais dépassés vers les structures d'orthogénie à l'étranger (Pays-Bas, Angleterre, Espagne). (Notes extraites de notre journal de terrain).

⁴⁴ Soit : l'intégration des luttes des personnes trans pour la reconnaissance de leurs droits sexuels et reproductifs dans le plaidoyer des luttes féministes, la reconnaissance des droits du travail du sexe ou l'abolition de la prostitution, l'approche intersectionnelle ou universaliste des problèmes sociaux et le respect de la laïcité, la procréation médicalement assistée (PMA) et la gestation pour autrui (GPA), la stérilisation et la contraception testiculaire, la gouvernance des associations militantes féministes, les plaidoyers internationaux, etc. (Notes extraites de notre journal de terrain).

⁴⁵ Une plateforme téléphonique existait bien au préalable, gérée par le CHU1 qui percevait à cette fin des fonds publics. Un testing anonyme avait été réalisé par l'association, avec l'appui de la Fédération de la région Rhône-Alpes, pour évaluer ce dispositif. Il était ressorti de cette évaluation (clandestine) que les réponses données aux appels occultaient toutes les questions relatives aux sexualités et à l'orientation sexuelle, et que le CHU1 ne remplissait pas le rôle de plateforme nationale envisagé pour le numéro vert. Munie de cet argument, l'association a signalé ce dysfonctionnement auprès de l'ARS BFC en le qualifiant d'obstacle dans le parcours des femmes en demande d'IVG. Mais l'ARS BFC était dans une relation d'obligation vis-à-vis du Pr V., au CHU1, qui rendait compliquée la réallocation de la subvention dédiée au NVN. C'est ce travail de lobbying que le Pr V. disqualifie en évoquant les « mensonges » du MFPP dans l'entretien que nous avons mené auprès de lui. (Extrait de notre journal de terrain).

IV. Analyse d'un corpus de débats parlementaires

Lors de ces différentes approches du terrain, il nous est progressivement apparu que les luttes menées par les sages-femmes pour définir leur juridiction étaient encadrées dans d'autres mobilisations émanant de différent.e.s actrices (professionnel.le.s, politiques et institutionnel.le.s) pour améliorer l'accès à l'IVG sur le territoire. Aussi nous a-t-il semblé important, pour restituer cette imbrication, de tenir compte des positions antagonistes et des jeux d'alliance qui se font jour entre ces actrices, dans la « fabrique » de la loi encadrant les pratiques professionnelles en matière d'orthogénie. Ainsi, nous avons pris le parti de retracer les étapes principales de cette dernière depuis 1975 pour rendre compte de la production de l'ordre symbolique autour du problème public de l'IVG (IIème et 6ème parties de ce manuscrit). Notre objectif était plus particulièrement d'analyser les dynamiques discursives dans les prises de parole des parlementaires lors des débats qui ont eu lieu sur les questions relatives aux modalités de prise en charge de l'IVG, durant ces cinq dernières décennies.

Comme la tâche promettait d'être immense, et qu'elle n'était pas, en elle-même, l'objet central de notre recherche (que nous aurions adoptée dans une perspective d'analyse en sociologie du droit), nous avons choisi de nous concentrer sur les étapes que la littérature sociologique sur le sujet (cf. introduction générale de ce manuscrit) nous a permis de repérer comme étant les plus importantes, pour leur contribution au renforcement du droit à l'IVG :

- **1983** : loi n°83-1172 du 31 décembre 1982 relative à la couverture des frais afférents à l'IVG non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure dite loi ROUDY pour l'IVG⁴⁶
- **1993** : loi n°93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social dite loi NEIERTZ⁴⁷
- **2001** : loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception⁴⁸
- **2012** : loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement pour la Sécurité Sociale pour 2013⁴⁹
- **2014** : loi n°2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes⁵⁰

⁴⁶ L'ensemble des étapes de la procédure législative est consultable sur <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/a82831273.html>. L'on pourra se référer aux compte-rendu intégraux des séances consacrées à l'Assemblée Nationale : pour le vendredi 3 décembre 1982, le vendredi 10 décembre 1982, le samedi 18 décembre 1982 (dernière séance, à l'issue de laquelle le texte a été voté). L'on pourra également consulter les débats parlementaires ayant eu lieu au Sénat le 17 décembre 1982.

⁴⁷ L'ensemble des étapes de la procédure législative est consultable sur <https://www.senat.fr/dossier-legislatif/a92932978.html>. Et dans les archives de l'Assemblée nationale: 3ème séance du 4 décembre 1992 ; séance du 21 décembre 1992, voir : au Sénat, la séance du 18 décembre 1992 ; séance du 22 décembre 1992)

⁴⁸ Le dossier législatif est consultable sur <https://www.assemblee-nationale.fr/11/dossiers/ivg.asp#ivg> : Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (*J.O.* du 7 juillet 2001.)

⁴⁹ Le dossier législatif est consultable sur https://www.assemblee-nationale.fr/14/dossiers/plfss_2013.asp. Et les textes des rapports sont accessibles sur le site du Sénat : <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/plfss2013.html>. Nous nous sommes plus particulièrement intéressée aux débats portant sur l'article 43 relatif à la prise en charge à 100 % de l'IVG par l'assurance maladie pour en appréhender leur place relative (par rapport aux autres mesures proposées dans le projet de loi) et pour procéder à un repérage des contenus des débats lors des discussions en séances publiques à l'assemblée nationale ainsi qu'au Sénat.

⁵⁰ <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pjl12-717.html>

- **2016** : loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé⁵¹
- **2017** : loi n°2017-347 du 20 mars 2017 relative à l'extension du délit d'entrave à l'IVG⁵²
- **2021** : loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021⁵³
- **2022** : loi n°2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement⁵⁴

Pour chaque texte de loi, nous avons porté notre attention sur l'exposé des motifs, et, sur l'ensemble des étapes de la navette parlementaire. Lorsque nous avons pu y avoir accès en ligne, nous avons aussi consulté les compte-rendus des auditions des personnalités entendues par les parlementaires sur un aspect du problème soulevé par le projet ou la proposition de loi. Cette analyse a permis de nous fournir des éléments pour appréhender les évolutions de la culture du problème public de l'IVG. Nous avons procédé à une analyse des contenus des productions formelles (les rapports parlementaires) et des échanges entre parlementaires en nous reportant aux compte-rendus des débats en séance publique à l'Assemblée Nationale et au Sénat. Nous l'avons fait de manière systématique lorsqu'il s'agissait de lois portant sur l'IVG (en 2001 et en 2022), et transversale lorsqu'il s'agissait de textes de loi ayant une portée plus générale, dans lesquels seules une ou deux mesures portaient sur certains aspects des parcours d'IVG. Dans ces cas-là, nous avons ciblé pour notre analyse les discours produits autour des articles relatifs à la prise en charge de l'IVG uniquement (ainsi, par exemple, de l'article 43 du texte portant le projet de loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement pour la Sécurité Sociale pour 2013).

L'analyse des dossiers législatifs a permis de mettre en lumière les points sur lesquels portaient les amendements proposés pour chacun des textes de loi au cours de la navette parlementaire. Nous avons été attentive aux motifs exposés pour proposer ces amendements, au traitement qui leur était réservé durant cette navette parlementaire (refus, ou acceptation), ainsi qu'à la réception de ces derniers dans les rangs des parlementaires. Nous avons été également attentive aux productions écrites connexes à l'élaboration des textes de loi : travaux et avis des commissions (plus particulièrement celle des affaires sociales) lorsqu'il y avait lieu, rapports de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes le cas échéant

⁵¹ <https://www.assemblee-nationale.fr/14/dossiers/sante.asp>

⁵² Pour consulter le dossier législatif relatif à cette proposition de loi, l'on pourra consulter le récapitulatif des étapes préparatoires sur https://www.assemblee-nationale.fr/14/dossiers/extension_delit_entrave_ivg.asp.

⁵³ Nous nous sommes intéressée plus précisément aux débats portant sur l'article 70 de la loi, portant sur l'expérimentation de la pratique instrumentale des IVG par les sages-femmes pour une durée de trois ans. L'ensemble du dossier législatif est consultable sur https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/plfss_2021 pour l'Assemblée Nationale, et pour le Sénat sur <https://www.senat.fr/dossier-legislatif/plfss2021.html>

⁵⁴ L'ensemble du dossier législatif est consultable sur https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/alt/renforcement_du_droit_a_l'avortement pour l'Assemblée nationale et pour le Sénat, sur <http://www.senat.fr/tableau-historique/ppl20-023.html>

C. ENJEUX EPISTEMIQUES DE LA DEMARCHE D'ENQUETE

Nous nous attacherons maintenant à définir l'intérêt que ce tâtonnement méthodologique dans l'espace de la cause de l'IVG a revêtu pour la construction de notre objet de recherche et pour l'élaboration scientifique des résultats produits.

La dynamique d'enquête a permis d'appréhender la polarisation du champ de l'orthogénie plus de 45 ans après la loi Veil. L'approche compréhensive de cette polarisation à différentes échelles spatiales et temporelles renseigne sur les représentations actuelles des actrices en situation de coopération, souvent contrainte par l'organisation territoriale de l'offre de soins. L'appréhension progressive des jeux de concurrence entre professionnel.le.s, institutionnel.le.s et militant.e.s nous a conduite à mobiliser la notion de « champ » de l'orthogénie, entendu comme produit historique d'un ensemble de débats, de luttes, de compromis à travers lesquels les agents sociaux font valoir une vision autonome de ce qu'ils font et de ce qu'ils sont (BOURDIEU, 1992).

I. La gestion de la pluralité des relations d'enquête dans un espace polarisé

Au fur et à mesure de notre cheminement, nous nous sommes retrouvée à l'intersection de clivages, prise dans des relations d'interdépendances et de concurrences avec les différent.e.s actrices du champ de l'orthogénie. La nécessité de composer avec des projections et des objectifs divergents des actrices, la gestion de la pluralité des relations d'enquête, à l'interconnexion de différents espaces, ont été parfois problématique, au fur et à mesure que nous découvriions les codes et normes en vigueur dans le champ.

Sur un plan matériel, d'abord, nous avons dû faire face à la variation des règles et des usages selon les lieux où se déroulait notre enquête. Selon la place et le rôle que nous occupions, selon que nous étions dans une posture d'observation directe ou participante, nous avions plus ou moins la possibilité de prendre des notes. Au CPP de D2, cela n'était possible que le soir, en comptant sur notre mémoire, puisque nos journées se passaient à suivre Florence ou Monsieur T. dans leurs consultations, en face à face avec les patientes, alors que notre investigation de temps long au sein de l'école de sages-femmes nous a davantage laissé le prendre le temps de consigner nos observations dans notre journal de terrain. Invitée à soutenir l'activité militante des sages-femmes de l'ANSFO en assistant aux conseils d'administration de l'association, nous étions légitime pour prendre toutes les notes nécessaires, puisque nous avons proposé de les aider dans la rédaction des comptes-rendus. Il nous suffisait, après-coup, de distinguer parmi le matériel récolté ce qui était pertinent pour la bonne marche de leur action de ce qui l'était pour nourrir notre réflexion scientifique.

Sur le plan des interactions, il nous a fallu adapter notre posture aux différentes situations d'enquête, selon le rôle qu'on nous assignait : ici, celui de simple observatrice (à D2), là, prenant au contraire une part active (au sein du réseau périnatalité régional, au Planning ou à l'école des sages-femmes), provoquant parfois des perturbations révélatrices de logiques sociales endogènes (comme cela a été le cas à l'école de sages-femmes, où notre adaptation aux contraintes pédagogiques nous a conduite vers l'appréhension des propriétés caractéristiques de la socialisation professionnelle, par exemple). La multiplication des situations de paroles nous imposait d'être fiable et de nouer des rapports de confiance avec chaque actrice. Mais nous devions demeurer suffisamment distante d'elleux pour ne pas paraître avoir pris parti, et trouver la « bonne distance » à *chaque* enquêté.e.

La variation des registres de la communication dans le temps long de la fréquentation de nos enquêté.e.s à l'intersection de plusieurs sous-champs ont eu pour effet de faire émerger les logiques antagonistes liées à la polarisation du champ comme à l'étrécissement du réseau d'interconnaissance dans l'espace local entre les actrices. Nos contacts privilégiés ou nos affinités étaient rendus visibles au travers de différents signes (prêt d'un document, un salut, etc.) Cela nous a parfois mise dans des situations compliquées, puisqu'il était difficile d'être familière avec les représentantes d'une association militante féministe, dans le cadre d'un conseil d'administration, puis distante avec elles lors de réunions inter-institutionnelles, dans lesquelles nous sentions que cette connivence entretenue pouvait empêcher qu'on nous fasse confiance. Cela a été le cas lors de la réunion du staff de la commission régionale IVG du réseau périnatalité de Bourgogne en décembre 2018 :

« A l'époque, lorsque Thérèse avait émis le souhait de récolter les informations nécessaires à l'établissement d'une pyramide des âges des professionnel.les de l'orthogénie sur le territoire, j'avais déjà commencé à m'investir au sein de l'association départementale du Planning Familial. Audrey, la salariée, était invitée à cette réunion de staff, au titre de représentante d'un acteur reconnu comme incontournable dans la prise en charge de l'IVG, en particulier pour l'accompagnement à l'étranger des avortements hors délais en France. Mais, connaissant l'hostilité du supérieur hiérarchique de Thérèse à l'égard du MFPP, qui avait surgi dans l'entretien que j'ai mené avec lui, j'avais choisi, de connivence avec Audrey, de ne pas afficher notre lien de proximité. Audrey comprenait par ailleurs très bien que mon implication dans l'organisation de la journée m'oblige à afficher une « bonne distance » avec toutes les professionnel.le.s réuni.e.s.

Au cours des échanges, des blocages occasionnés dans les parcours des femmes ont été rendus publics par des professionnel.le.s de santé, témoins de l'incidence de l'exercice de la clause de conscience par des gynécologues d'un établissement hospitalier dans l'accès aux IVG chirurgicales. Le caractère de gravité de ces dysfonctionnements ayant été reconnu collectivement, il a été décidé de « faire remonter cette information » à l'Agence Régionale de Santé. Thérèse a affirmé qu'elle se chargerait de ce courrier. Audrey a manifesté sa volonté de signer ce courrier, considérant qu'il était du rôle du Planning de se placer comme instrument de veille des entraves au droit à l'IVG sur le territoire. En réponse, Thérèse a formulé un remerciement poli, mais sans conviction, évacuant très vite sa proposition par un « Oui, oui, on verra » évasif. En coulisses, je l'interrogeais sur les motifs de sa réponse. Thérèse a répondu simplement « *Surtout, ne pas inclure le Planning !* ». J'ai perçu dans cette réplique laconique et néanmoins parlante la teneur de l'antagonisme entre ces deux actrices institutionnelles. Par la suite, différentes observations ont permis de comprendre que les prises de position résolument critiques du MFPP en faveur de la démedicalisation de l'IVG et d'une approche

intersectionnelle des discriminations sociales, redoublées sur le terrain par l'attitude souvent publiquement provocatrice d'Audrey, nourrissaient la réserve, sinon l'hostilité, des actrices institutionnelles à l'égard du Planning Familial.

Extrait de notre journal de terrain

II. L'influence des lignes de partage de l'espace de la cause de l'IVG sur la construction de l'objet de recherche

1. Les porteurs du projet et attentes relatives à la commande institutionnelle

Le cadre institutionnel de notre recherche n'a pas été sans effet sur la manière dont nous avons orienté notre récolte du matériel de terrain et sur les choix épistémologiques opérés dans la construction de notre objet. Dans le cadre du contrat doctoral CIFRE, l'Observatoire Régional de Santé Bourgogne Franche-Comté⁵⁵ était l'organisme porteur et financeur de cette recherche. Et, dans le cadre de leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pour les années 2017-2020 avec l'Agence Régionale de Santé régionale (ARS BFC), L'ORS BFC avait négocié que cette recherche entre dans la liste des études budgétisées. Nous avons donc été soutenue par deux instances importantes de la territorialisation des politiques de santé : l'ARS, établissement public administratif, est en charge du pilotage régional du système national de santé, et l'ORS, instance associative engagée par contrat auprès de cette agence, a pour mission d'établir des diagnostics sur certaines problématiques de santé, dans une optique d'aide à la décision politique visant le déploiement d'actions de santé en région, et /ou de procéder à l'évaluation de ces dernières ou des dispositifs qui les portent.

Accueillie dans les locaux de l'ORS durant le temps de notre recherche, invitée en tant que salariée à participer aux réunions d'équipe, nous avons eu l'occasion d'observer « par le bas » les difficultés posées aux salarié.es de l'association dans la conduite de leurs enquêtes, du fait des jeux des actrices impliquées dans différentes séquences de la conduite de l'action publique en matière de santé. La recherche qualitative en santé peut en effet se heurter aux contradictions dans lesquelles sont prises les directions des établissements publics administratifs en charge de la territorialisation des politiques de santé. Ces agents, autonomes par principe, sont dans les faits souvent « *pris dans une nasse de régulations et de contraintes qui les rapprochent du modèle traditionnel de*

⁵⁵ Cette entité résulte de la fusion en 2015 de deux associations : L'Observatoire Régional de Santé de Bourgogne (association loi 1901 fondée en 1984) et l'Observatoire Régional en Santé Publique (ORSP) de Franche-Comté fondé en 1982. L'ORS BFC a pour missions de collecter des données de santé sur l'ensemble de son territoire sur des problématiques relatives au déploiement de l'offre de soins ainsi qu'aux inégalités sociales et territoriales qui se font jour dans l'accès des populations à cette offre. Les analyses produites grâce au traitement statistique des données comme à la mobilisation des outils théoriques en économie et sociologie de la santé contribuent à l'amélioration des connaissances sur l'état de santé de la population régionale : elles peuvent constituer une aide à la décision pour tous les acteurs du secteur sanitaire et social dans la déclinaison opérationnelle des politiques de santé en région. L'ORS procède également à l'évaluation d'actions de prévention des programmes de santé.

l'administration déconcentrée » (ROLLAND, PIERRU, 2013). Ils se confrontent par ailleurs aux objectifs des élu.es locaux.les animé.es par des logiques concurrentes. Cette acculturation aux contraintes de la déclinaison opérationnelle de politiques de santé publique et de la recherche en santé nous a permis de prendre conscience des luttes menées par les acteur.ices institutionnel.les et professionnel.les pour défendre leur juridiction comme pour disposer des ressources nécessaires à l'exercice de leurs mandats.

Ainsi, les instances qui encadraient notre travail avaient des attentes et des regards différents sur notre recherche. L'ARS BFC s'était engagée à la financer à la date anniversaire de la promulgation de la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016. La responsable du parcours périnatalité-maternité du Schéma Régional de Santé 2018-2023⁵⁶ rencontrée lors du montage du dossier de candidature pour le dispositif de thèse CIFRE avait jugé opportun qu'une recherche en sciences humaines et sociales permette d'évaluer l'opérationnalisation de l'élargissement du champ de compétence des sages-femmes à la possibilité de prescrire l'IVG médicamenteuse. L'approche compréhensive des cultures professionnelles des opérateur.rices du champ de l'orthogénie aiderait, selon ses dires, à élaborer des outils pertinents, dans le cadre de partenariats institutionnels⁵⁷, pour « accélérer l'innovation en santé à l'appui des transformations »⁵⁸ à l'œuvre dans la déclinaison territoriale des dispositifs d'amélioration de l'offre de soins en orthogénie sur le territoire. L'objectif de ce financeur était donc affiché comme normatif : l'amélioration des connaissances sur les pratiques professionnelles devait permettre de soutenir son effort de mise en œuvre des réseaux ville-hôpital dans la prise en charge de l'IVG. Cet objectif de contribution des sciences sociales à l'élaboration des instruments pour atteindre les cibles des politiques de santé (BERGERON, CASTEL, 2015) pouvait être lu comme une volonté d'articuler savoir et décision, dans une logique de rationalisation portée par les *policy sciences* (HASSENTEUFEL, 2011) Il nous est arrivé de craindre, au début de notre recherche, que celle-ci se trouve reléguée à une position « ancillaire » (BALARD *et al.*, 2016) lorsque nous nous retrouvions bloquée dans notre progression sur le terrain⁵⁹.

Les attentes de l'ORS étaient d'un autre ordre : mandatés depuis leur création pour recueillir et exploiter des données objectives sur les déterminants de la santé, les observatoires de santé développent une rhétorique centrée sur l'attachement aux valeurs de l'autonomie critique de la

⁵⁶ Schéma régional de santé - SRS - juillet 2018 - juin 2023 Volume 1 - parties 1 à 5, pp.188-195

⁵⁷ Lors de notre première rencontre, Nicole avait évoqué l'organisation de formations destinées aux sages-femmes, par exemple, ou les restructurations hospitalières et la constitution des Groupements Hospitaliers de territoire (GHT).

⁵⁸ <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-prs-2018-2028>

⁵⁹ Telle que l'interdiction de solliciter le réseau périnatalité de Franche-Comté pour effectuer, pour le compte de celui de Bourgogne, pour établir une pyramide des âges des personnels d'orthogénie. Cette interdiction ne reflétait pas tant le pouvoir discrétionnaire de l'agent de l'ARS que la limitation de sa juridiction sur l'ensemble du territoire régional, du fait des luttes définitionnelles des marges d'autonomie des professionnel.le.s de santé sexuelle et reproductive.

recherche⁶⁰. Cette recherche s'inscrivait dans la droite ligne d'une curiosité de sa directrice Cynthia Morgny à l'égard des aspects psychiques (la « maternologie ») et sociaux de la maternité, de la naissance et de la parentalité, qu'elle avait mentionnés lors de notre rencontre préalable au montage du projet de thèse CIFRE. Mais cette recherche avait aussi un intérêt plus stratégique qu'opérationnel. Le financement d'une thèse de doctorat en sociologie relevait d'une volonté d'affirmer une nouvelle montée en compétence de l'ORS BFC, et par là, de réaffirmer la légitimité scientifique de l'association par la valorisation de son expertise en SHS dans le champ concurrentiel de l'évaluation des politiques publiques. La directrice de l'association décrivait souvent un champ pensé comme « marché de disciplines », (COCHOY, 1999) traduite en pratique par une « situation d'éparpillement d'acteurs insuffisamment dotés en moyens ou compétences pour remplir pleinement la mission » (GREGOIR, 2014).

Dans les faits, nous avons bénéficié d'une réelle autonomie dans la conduite de notre enquête de terrain. D'une part, cette autonomie a été due au calendrier lui-même de la recherche, qui a débuté quasiment lorsque s'achevait l'élaboration du parcours maternité-périnatalité dans le Schéma Régional de santé (SRS). Par ailleurs, l'intérêt pour les résultats de cette recherche était consensuel en principe, et très relatif en pratique : le degré de participation de l'ARS à la définition des objectifs déterminés pour celle-ci était d'ailleurs minimal (un seul agent – Nicole- au sein de la structure a véritablement demandé à en connaître les contours), de même que la communication était lâche. Au cours des trois années du contrat CIFRE, une seule réunion destinée à faire un point d'étape de la recherche a été organisée, et finalement, aucun rapport ne nous a été demandé à l'issue du contrat. Certain.es actrices de terrain ont demandé à connaître les résultats de cette thèse, mais de manière informelle, sans qu'aucune véritable restitution ne soit exigée ni aucun contrôle exercé.

2. Taire son engagement féministe

La revendication des femmes à disposer librement de leur corps a structuré le mouvement féministe des années 1970 dans l'ensemble des pays occidentaux. Ces revendications se sont traduites notamment par la création de groupes de self-help conçus pour que les femmes se réapproprient,

⁶⁰ Le rapport du Sénat sur l'évaluation des politiques publiques envisage différents types d'autonomie : une « autonomie-indépendance », qui correspond à l'ambition de formuler un jugement objectif, ou, au moins, non suspect de complaisance ; une « autonomie-spécificité » qui accole à chaque projet d'évaluation un objet ou un objectif propre ; une « autonomie-participation », qui doit permettre à l'ensemble des intéressés de participer au processus. Ces trois composantes de l'évaluation militent pour la consécration d'une évaluation pluraliste et indépendante. Cela ne suppose pas seulement que chaque acteur de l'évaluation réunisse ces propriétés. Il faut aussi que la chaîne de l'évaluation soit organisée de sorte que le pluralisme et l'indépendance soient garantis. Cette dernière préoccupation implique de tourner le dos à des architectures de l'évaluation tombant dans le piège du technocratisme pour promouvoir une évaluation plus dynamique, car répondant mieux à la demande naturelle d'évaluation, tout en demeurant respectueuse de la nécessaire déontologie de l'évaluation. / *Rapport d'information fait au nom de la délégation du Sénat pour la planification sur l'évaluation des politiques publiques en France*, par MM. BOURDIN Joël, ANDRÉ Pierre et PLACADE Jean-Pierre, sénateurs.

produisent et diffusent des savoirs sur leur propre corps en « court-circuitant » le savoir médical dominant – masculin. Les travaux d'histoire, de science politique et de sociologie se sont emparés des objets d'étude concernant la médicalisation des questions relatives à la sexualité, en adoptant une perspective critique se réclamant de la tradition foucauldienne. Dans cette perspective, le langage scientifique est analysé comme permettant à l'idéologie professionnelle de masquer sa fonction disciplinaire (FOUCAULT, 2004). L'analyse de l'encadrement médical de la santé génésique des femmes montre souvent que les pratiques professionnelles sont orientées vers un horizon de contrôle social, comme nous le soulignerons dans la partie suivante du manuscrit.

Dès le début de notre entrée sur le terrain, nous avons senti dans les propos des enquêté.e.s combien ce clivage demeurait autour de l'expertise médicale et militante. Certaines crispations s'entendaient dans les tons de voix et se lisaient dans les postures des corps voire dans les conduites d'évitement que nous avons mentionnées (cf. supra) : les questions sur les modalités de démedicalisation de l'avortement, issues des évolutions des techniques abortives rejouent d'anciens antagonismes entre le pouvoir médical et les mouvements féministes. Il nous est donc vite apparu que nous ne pouvions pas ne pas intégrer ce clivage à l'analyse de la carrière du problème public de l'IVG, puisque nous abordons cette question au prisme de la légitimité des groupes professionnels à se saisir de cette activité médicale comme « lieu » de la définition de leur juridiction.

La lecture des travaux sur l'histoire de l'avortement nous a sensibilisée à la question du contrôle social exercé sur les sexualités féminines. C'est poussée par la curiosité intellectuelle que nous nous sommes rendue dans l'antenne départementale du MFPF, association reconnue comme acteur clé de la mise en œuvre des politiques publiques en matière de santé sexuelle et de l'égalité homme/femme à l'échelon local, avec l'envie d'observer ce que la posture militante de contestation et de revendication « fait » à la prise en charge de l'avortement, comment elle participe de la construction du professionnalisme et de l'expertise en orthogénie. Mais nous n'étions pas, à l'époque, membre active du MFPF. Nous le sommes devenue : l'intérêt empirique n'était pas le seul moteur de notre engagement. Nous ne nions pas que le point de vue de certaines enquêtées rencontrait nos attentes et nos dispositions critiques ; l'intérêt intellectuel s'est mêlé à l'aspiration militante. Ainsi, la démarche d'enquête et notre engagement féministe ont été largement co-construits.

La dynamique d'enquête de terrain est indissociable de questionnements épistémiques qu'il convient d'éclairer. Face à la méfiance déclarée par les professionnel.le.s rencontré.e.s sur le terrain (« *on ne fait pas dans le féminisme* », « *ici on s'engage auprès des femmes, mais on n'est pas féministe* »), nous avons senti que notre présence dans plusieurs sous-champs de l'orthogénie (parfois concurrents) et plus particulièrement notre engagement féministe risquaient d'occasionner la fermeture de certains terrains (comme à l'école de sages-femmes, ou au sein de la commission IVG

du réseau périnatal). Nous ne souhaitons pas qu'on nous identifie comme étant instrumentalisée par une faction locale. Tout laissait à penser qu'aux yeux de nombre des professionnel.le.s rencontré.e.s, la connivence entretenue avec les mobilisations féministes et les affinités avec certaines fractions du groupe professionnel étudié ou encore avec certaines personnes rencontrées au sein du MFPP rendaient susceptibles de dissoudre nos capacités de recul critique, ou « retiraient à l'analyse déployée sa puissance heuristique » (RUAULT : 2017 ; 61).

Il nous paraît nécessaire de clarifier notre position de chercheuse dans le processus d'enquête et l'incidence de cet engagement militant sur la construction de notre objet d'étude. Une certaine homologie sociale ainsi qu'une proximité cognitive et subjective expliquent les liens que nous avons pu tisser avec les sages-femmes de l'ANSFO ou avec certaines militantes du MFPP. Au cours de l'enquête, nous nous sommes souvent débattue avec l'idée qu'être une femme militante fausserait l'exigence de scientificité du recueil des matériaux, interférerait avec l'élaboration scientifique et colorerait les savoirs produits. (BIZEUL, 1998). Nous avons intégré qu'il fallait tendre au contraire vers une forme de « neutralité axiologique » pour mettre à distance le risque d'« encliquage » entendu comme assimilation à une faction locale (OLIVIER DE SARDAN, 2008).

Sur un plan méthodologique, nous nous sommes ainsi efforcée de ne pas faire des valeurs féministes le curseur d'analyse des représentations et des pratiques des professionnel.les rencontré.e.s. Nous avons à cœur de nous défaire d'une posture idéologique qui orienterait nos observations vers la mesure des écarts par rapport à un idéal d'égalité ou qui nous pousserait à catégoriser la réalité en fonction des grilles militantes. Il nous semblait que, pour avoir une bonne compréhension des luttes définitionnelles de la juridiction des sages-femmes, il fallait désencastrer notre regard du prisme d'un engagement féministe qui énoncerait des jugements normatifs sur les pratiques professionnelles, autour d'un axe unique de questionnement sur les « meilleures » voies d'accès des femmes à l'exercice de leurs droits sexuels et reproductifs. Nous nous sommes débattue aussi avec la tentation de déceler derrière les discours bienveillants prédominants, la réalité de pratiques inégalitaires de contrôle social. C'était un véritable tiraillement intellectuel, car nous connaissions les textes prévenant contre l'illusion de pureté épistémologique (BOURDIEU, 2004) et invitant à admettre l'enracinement social de toute production savante (CLAIR, 2012).

Au risque de la dispersion empirique, nous nous sommes donc prémunie contre ces biais et ce que nous redoutions comme des chausse-trappes. Nous avons souhaité multiplier les points de vue, diversifier les groupes sociaux où mener des investigations, de façon à contrer la « glorification des groupes militants » (RUAULT, 2017). Pour éviter ce qui nous paraissait être un écueil épistémologique, nous avons souhaité rendre compte des raisons d'agir d'acteurices appartenant à différents groupes professionnels concernés par la prise en charge de l'IVG. Conserver une analyse

purement descriptive des faits sociaux nous paraissait le meilleur moyen de mettre à distance les formes voilées de dénonciation des logiques d'actions de certain.e.s acteurices (BORELLE, 2017). Triangler les informations en interrogeant des représentant.es des groupes professionnels concurrents et alliés dans le système des écologies liées en orthogénie nous paraissait fondamental pour appréhender scientifiquement leurs logiques de défense de leur juridiction. C'est cette vigilance empirique qui nous a permis de voir, dans l'activité même du MFPP à l'échelle locale, les contradictions des militantes et des professionnelles entre leur attachement à l'indépendance politique et leur dépendance aux subventions publiques, comme les tensions entre dévouement, logique de contestation et logique de service lié au partenariat avec l'État (ROMERIO, 2019).

C'est aussi en décentrant notre analyse de la focale territoriale que ce tiraillement intellectuel a cessé. En fin d'année 2019, nous avons rencontré une sage-femme du centre de planification Colliard, à Paris. En nous présentant son équipe, cette professionnelle a longuement insisté sur le fait que l'accueil des publics et les interventions étaient exclusivement menés par un personnel féminin qui se revendiquait comme féministe. Nous envisagions de mener une campagne d'observations au sein de cette équipe. La crise sanitaire est venue bouleverser ce plan, nous avons dû abandonner ce projet. Cette rencontre, même courte, nous a cependant aidée à abandonner la crainte d'encliquage avec laquelle nous nous débattions depuis le début de notre entrée sur le terrain : soudain, nous avons ressenti qu'il ne s'agissait pas de nous défaire des prismes de lectures féministes (d'autant qu'ils sont pluriels dans le temps et l'espace⁶¹) mais au contraire d'intégrer les mobilisations féministes dans notre cadre d'analyse⁶². La prise en compte des représentations et des craintes générées par la situation d'alliance avec les partenaires et/ou concurrents prenait sens : elle permettait d'affiner notre connaissance des jeux et des enjeux politiques entre les différents groupes sociaux et professionnels dans le système des écologies liées en orthogénie. Et c'est bien sûr ce cumul des matériaux qui a montré l'intérêt de placer un instant la focale d'analyse sur les rhétoriques développées par les sages-femmes de l'ANSFO, pour le couplage exercé entre leurs mobilisations catégorielles et leurs revendications féministes.

⁶¹ La question de l'insaisissabilité « du » féminisme nous est pleinement apparue lors du Congrès de Niort du MFPP en Octobre 2019, notamment lorsqu'il s'est agi de voter une motion essayant de trouver, dans le plan stratégique du mouvement, un consensus entre « féminisme intersectionnel » et « universalisme ». Les débats sur les enjeux des définitions des « féminisme décolonial », « féminisme matérialiste », « féminisme radical », « féminisme pro-sexe », « écoféminisme », « afroféminisme », « féminisme juif » ou « féminisme d'État » dans les questionnements sur le consentement, la transidentité ou la laïcité (dans le contexte du projet de loi sur le renforcement des principes républicains) ont permis une acculturation progressive aux divergences animant l'espace de la cause des femmes.

⁶² Et ce, d'autant plus que les arguments des droits des femmes reprenaient une place centrale dans les rhétoriques des acteur.ices qui se mobilisaient pendant les épisodes de confinement de l'année 2020 pour mettre au jour les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'IVG pendant la pandémie de Covid 19.

3. La réception de l'enquête sociologique chez les enquêtés.es : des attentes socialement situées

Les réactions à l'enquête ont souvent correspondu à l'espace des diverses positions occupées dans le champ de l'orthogénie, même si d'autres facteurs ont influé sur la volonté ou la possibilité de collaborer à l'enquête. Ainsi, chacune des inflexions de notre démarche empirique a pris un sens spécifique, depuis les obstacles jusqu'aux « heureux hasards » de l'itération (SCHWARTZ, 2011).

Tous les refus essayés (l'observation des interactions au bloc opératoire, la transmission du répertoire des professionnel.le.s de Franche Comté impliqué.e.s en orthogénie, les longues délibérations de Thérèse pour nous permettre de mener des observations en centre d'orthogénie au CHU1) ont infléchi la construction de notre objet de recherche, en nous obligeant à contourner les difficultés ou en changeant de focale d'analyse. Une analyse des points communs entre les motifs de refus comme des invitations à entrer sur le terrain a permis de comprendre les rapports différenciés et socialement situés à la discipline sociologique dans le champ polarisé de l'orthogénie. Il nous est apparu que la construction sociologique de l'objet « IVG » fait apparaître l'avortement comme une donnée structurelle de la santé gésique des femmes. Le questionnement sociologique oblige les professionnel.le.s de santé à ouvrir un instant, le temps de l'entretien, la boîte noire de cet acte médical « pas anodin ». Derrière cette formule si consensuelle se cache une tendance rencontrée chez tous.tes les enquêtés.es : préférer, à l'ouverture de cette boîte noire, une lecture psychologisante de l'IVG par laquelle le recours à l'acte s'explique par la « *détresse des femmes* », qui elle-même appelle « *la bienveillance* » et oblige à repenser avec les patientes « *la meilleure contraception* » de manière à éviter un nouvel « *échec* ». Dans ces termes, nous entendons ce que Muriel Darmon analysait sur la réception de la sociologie chez les personnels médicaux (2005) : le social est accepté, du moment qu'il « reste à sa place », celle du contexte expliquant la survenue d'une grossesse « *non désirée* ». Le retournement de la focale d'analyse sur les pratiques professionnelles relève, lui, d'une démarche compliquée pour les professionnel.le.s de santé.

Comme dans l'analyse de Muriel Darmon, l'analyse des invitations à mener des observations et des entretiens est à mettre en rapport avec les positions occupées dans l'espace des discours sur l'orthogénie. Ainsi, le capital social, symbolique et culturel des enquêtés.es et le sentiment de maîtriser l'interaction (lié notamment à un savoir-faire incorporé du métier ou à un sentiment de compétence sociale), ont pu jouer sur la représentation qu'iels se faisaient de cette recherche. Tous.tes ceux qui ont accepté de nous recevoir avaient un intérêt à ouvrir la boîte noire de la prise en charge de l'IVG : soit qu'iels occupaient une position de dominé.e.s dans le champ de l'orthogénie, soit qu'iels entrevoyaient que le « regard sociologique » (HUGHES, 1996) pouvait venir légitimer l'approche

critique des rapports de domination qu'ils essayaient d'insuffler dans l'élaboration de leurs pratiques.

Il n'est donc « pas anodin » que ce soit le plus souvent des sages-femmes, en position de dominées dans la hiérarchie hospitalière, des femmes, des étudiantes, des secrétaires, ou des médecins généralistes occupant des postes de vacataires (donc relativement précaires) qui, en établissement de santé, aient accepté de nous accorder un entretien. Idem, pour les professionnel.le.s en médecine de ville ou en milieu rural, qui voyaient dans l'entretien le moyen de légitimer leur place dans la construction d'un réseau encore fragile à l'échelle locale.

Il n'est donc « pas anodin », non plus, que les professionnel.le.s qui nous ont offert des opportunités d'observation revendiquent leur engagement dans une pratique de l'exercice médical dominée dans la hiérarchie des valeurs dans le champ : la médecine sociale, (en PMI, en centres de planification, auprès de publics en grande précarité), la défense de la santé communautaire, les tâches ayant trait à la mort. Ou, s'il s'agissait de personnels occupant une position dominante dans le champ, leur accueil favorable est à comprendre dans leur intention de valoriser une innovation territoriale ou organisationnelle qui intègre la prise en charge de l'IVG dans une approche globale, holistique, de la santé génésique (ainsi, à l'hôpital de T1.).

C'est avec cette lecture réflexive que nous analysons la facilité avec laquelle Florence nous a accueillie sur son territoire à D2 : la construction sociologique de l'objet IVG est reçue au sein d'espaces sociaux du champ dans lesquels les luttes entre agents revêtent une dimension symbolique de légitimation spécifique. C'était parce que Florence voyait un intérêt politique à l'enquête ethnographique qu'elle a spontanément accédé à notre demande, sans même l'autorisation officielle d'un.e supérieur.e hiérarchique. Notre recherche devait servir selon elle à documenter les dysfonctionnements organisationnels et territoriaux de l'offre de soins en matière d'IVG : la ruralité du département, la précarité de sa population, la situation excentrée de son établissement hospitalier par rapport à la localisation des arènes institutionnelles et décisionnelles régionales méritaient d'être investigués pour « *faire remonter les informations* » à l'ARS, par qui elle savait que notre thèse était pour partie financée. Elle comptait sur la production d'une expertise en sociologie pour contribuer à l'évaluation – et à l'amélioration- des politiques publiques en matière de santé périnatale.

Et dans le même ordre d'idée, il n'est donc « pas anodin » que ce soit dans les arènes militantes féministes ou dans des sphères professionnelles ayant une proximité relationnelle avec des organisations se revendiquant féministes que nous ayons rencontré un accueil plus que favorable : là encore, leur position de dominées dans le champ les plaçait en situation de percevoir l'intérêt d'une approche compréhensive et critique des logiques sociales d'engagement dans la pratique de l'orthogénie.

2^{ème} PARTIE : LA CULTURE DU PROBLEME PUBLIC DE L'IVG

Cette thèse se propose de montrer le sens que revêt le processus de construction de la prise en charge de l'IVG comme véritable « objet du travail médical » (HARDY, 2015) pour le groupe professionnel des sages-femmes. Ce processus sera replacé dans le temps long de l'Histoire, depuis l'émergence de la profession au tournant du 19^{ème} siècle, qui a gagné sa légitimité en acceptant la sommation des pouvoirs publics de ne pas pratiquer de gestes abortifs. Puis nous montrerons comment cette pratique reprend sens pour la profession, au moment où, cette fois au tournant du 21^{ème} siècle, un changement de paradigme tend à s'opérer dans l'ordre symbolique produit autour du problème public de l'IVG. L'orthogénie, bien que toujours enserrée dans un cadre réglementaire et législatif qui cherche à maintenir le compromis établi par la loi Veil en 1975, devient une activité médicale où la dimension physiologique prend progressivement le pas sur les représentations négatives qui lui sont malgré tout attachées. Et c'est dans ce contexte de « dépathologisation » de l'IVG que la profession de sage-femme se voit investie par les pouvoirs publics de nouveaux mandats. Son rôle d'agent de santé publique s'étoffe : son champ de compétence est progressivement élargi afin de pallier aux problèmes (notamment démographiques) qui se font jour dans l'accès à l'offre de soins en matière d'orthogénie et dans d'autres champs de la gynécologie. Ce mouvement d'élargissement occasionne de nouveaux processus de segmentation au sein du groupe professionnel, organique et agonistique (CHAMPY, 2013) : non seulement le déploiement de l'activité d'orthogénie dans le territoire reste très dépendant des cultures hospitalières locales, mais l'engagement individuel dans l'activité d'orthogénie est aussi le produit d'une trajectoire professionnelle et de socialisations successives.

La thèse se propose donc de montrer le sens nouveau que prend l'activité d'orthogénie dans l'entreprise menée par le groupe professionnel pour faire reconnaître sa légitimité et défendre le territoire de sa juridiction face à d'autres groupes professionnels traditionnellement concurrents. La construction de ce sens nouveau sera étudiée dans une perspective sociohistorique d'abord, pour montrer le renversement symbolique qui s'opère dans les représentations professionnelles sur cet objet du travail médical, et comment la profession s'est mobilisée, dans l'espace institutionnel comme dans celui de la cause des femmes (BERENI, 2015) pour obtenir de nouvelles compétences. Puis, au plan des pratiques, nous montrerons les différentes places effectives que prennent les sages-femmes dans la division actuelle du travail abortif en France, et comment ces activités donnent lieu à de

nouvelles modalités de coopération avec les autres actrices de la santé sexuelle et reproductive, aussi bien qu'à de nouveaux conflits.

Il convient, pour poser le contexte des dynamiques professionnelles qui se font jour pour les sages-femmes, de retracer d'abord l'évolution du recours à l'IVG en France depuis sa légalisation en 1975, et de décrire l'état actuel de l'offre de soins en orthogénie. Les dysfonctionnements de cette dernière, régulièrement documentés dans des rapports publics, obèrent l'effectivité du droit d'accès à l'IVG : cette question est, depuis plus de 45 ans, régulièrement remise à l'agenda des politiques publiques de santé. Ce fait invite à considérer la « trajectoire » du problème public de l'IVG, entendue comme Anselm Strauss le fait de la maladie (1992), c'est-à-dire à envisager l'évolution du problème lui-même, et l'ensemble des actions entreprises dans la durée pour en gérer le déroulement, le traiter et le mettre en forme. Ainsi, nous soutenons que, si l'ordre cognitif et symbolique qui sous-tend la gestion et le traitement de ce problème public (GUSFIELD, 2009) conserve la perspective sanitaire adoptée dans la loi de 1975, un changement paradigmatique s'opère néanmoins dans les termes mêmes du compromis établi. Nous analysons en effet les aménagements du cadre réglementaire de la prise en charge médicalisée de l'IVG comme un mouvement de « dépathologisation de l'IVG ». Certes, ce renversement symbolique est fragile, car il fait l'objet de controverses, mais il est sensible, et il est au fondement du renforcement de la place et le rôle du groupe professionnel dans la conduite de l'action publique en matière d'orthogénie.

Nous présenterons ainsi l'état actuel de la prise en charge de l'IVG en France en mobilisant le cadre conceptuel de Joseph Gusfield (2009) pour étudier la culture du problème public de l'IVG. Suivant cette perspective, nous montrerons l'ordre symbolique qui sous-tend celui-ci tel qu'il a été construit, et tel qu'il évolue de nos jours, dans ses dimensions cognitives, morales, pratiques et légales. La présentation de cet ordre symbolique permettra de mieux comprendre les changements qui s'opèrent dans l'ordre des représentations et des pratiques des sages-femmes en orthogénie, comme de replacer le processus de renforcement de leur rôle dans la division du travail abortif.

En premier lieu, nous détaillerons les sources des données socio-épidémiologiques recueillies par les institutions médicales, en considérant les catégories choisies par les agences publiques de service statistique aux fins de la production de la connaissance sur l'IVG. Ces catégories, qui servent de support à l'élaboration de la rhétorique sur l'avortement en tant que problème de santé publique, participent d'une forme de « dramatisation » dont les femmes sont l'« agent causal » principal. La récurrence de données sur le rang des IVG ou sur les âges gestationnels avancés (au-delà de 10 SA) convoque dans le récit (comme dans l'imaginaire des auditoires) un « répertoire » de « personnages » du drame. Gusfield défend que l'organisation sociale et culturelle d'un problème public a une action instrumentale : le « récit » construit ce problème comme étant soumis au contrôle humain, susceptible

d'être transformé par l'action publique. Dans la rhétorique sur l'IVG, les statistiques produites servent à convaincre de la nécessité d'orienter les politiques publiques vers le renforcement de la prévention des grossesses non désirées. C'est ce qui explique la place centrale qu'occupe le schème de l'échec contraceptif dans la « forme de rhétorique » du discours public sur l'IVG.

Dans cette narratologie, d'autres données sont écartées de la construction de la connaissance sur l'IVG : un cadre d'explication au phénomène social de l'IVG est privilégié, occultant des cadres alternatifs d'analyse. Or, ce sont ceux-là qui sont pourtant mobilisés, par toute une frange de professionnel.le.s de santé, (parmi lesquel.les l'on compte un nombre croissant de sages-femmes), pour faire reconnaître un mode de prise en charge de l'IVG tendant vers une moindre médicalisation des procédures abortives, et qui accorderait une part plus importante à l'autonomie décisionnelle des femmes.

Le deuxième chapitre de cette partie portera sur les catégories à l'œuvre dans les productions institutionnelles régulièrement publiées sur le déploiement de l'offre de soins en matière d'orthogénie. Dans ce qu'elles choisissent de mettre en lumière ou au contraire d'occulter, ces catégories entrent elles aussi dans la narratologie qui construit la culture du problème public de l'IVG : c'est dans ce récit que, pas à pas, le paradigme de la pathologie (jusqu'alors dominant dans les représentations professionnelles) s'estompe, pour laisser place à l'émergence d'une nouvelle définition du segment de la médecine orthogénique dans le champ médical, centrée sur la dimension « physiologique » de l'IVG¹. La présentation des évolutions de cette offre de soins s'imposait, pour rendre compte des contextes économique, démographique et social où s'inscrivent les dynamiques et les luttes définitionnelles de la profession de la sage-femme à l'heure actuelle.

Enfin, le troisième chapitre poursuivra la perspective d'analyse de Joseph Gusfield, en s'attachant cette fois à montrer comment l'évolution des énoncés juridiques encadrant l'activité d'orthogénie participe de ce changement dans l'ordre symbolique qui sous-tend la culture du problème public de l'IVG. Là, nous montrerons que dans la loi, les formes de rhétorique contribuent à l'élaboration d'un nouvel ordre moral et cognitif, lui aussi orienté vers la « physiologisation de l'IVG ». Ce détour par les évolutions du cadre réglementaire et légal de l'IVG était quant à lui nécessaire pour comprendre dans quel contexte et comment les pouvoirs publics ont pu investir la profession de sages-femmes de nouveaux mandats en matière de santé sexuelle et reproductive.

¹ Leur articulation aux mobilisations féministes dans l'espace de la cause des femmes fera l'objet de la sixième partie de ce manuscrit.

CHAPITRE I. L'état des savoirs sur l'IVG

Dans ce chapitre, nous prêterons donc attention à la manière dont les données socio-épidémiologiques sur l'IVG en France sont recueillies et traitées par les institutions sanitaires, les agences administratives et les bureaux de statistiques, pour être ensuite présentées dans les médias et accréditées auprès de différents auditoires dans l'arène publique. Nous nous appuyerons sur les travaux de Joseph Gusfield qui analysait la culture des problèmes publics d'abord sous l'angle de leur construction. À partir d'un corpus de savoirs sur les « faits », des « formes de rhétorique » construisent ces faits dans une narratologie qui donne à lire des présomptions opérantes pour les « policy makers », aux fins de l'invention des politiques publiques destinées à résoudre ces problèmes. Gusfield étudiait ainsi les processus de production d'un ordre symbolique à la fois cognitif et moral, apparaissant comme extérieur aux actrices dans la mise en œuvre de l'action publique.

Selon cette perspective, la production scientifique des savoirs sur les faits sociaux est pensée comme une « dramaturgie », un « art littéraire » : l'auteur soutient que les catégories logiques et linguistiques utilisées pour construire un problème public à partir de réalités sociales ne sont pas neutres. Elles relèvent d'un mode de persuasion stylisé, révélateur des conflits moraux à l'œuvre dans la société. Ces catégories ont une implication importante sur les types de responsabilités causale et politique qui sont au cœur des dispositifs des politiques publiques.

Pour ce qui concerne les réponses publiques apportées au problème public de l'IVG, ce prisme d'analyse est pertinent. L'analyse de la production et de la diffusion des connaissances sur l'avortement dans le monde, et en France plus particulièrement, a permis de comprendre comment le groupe professionnel des sages-femmes parvient, au sein de cet ordre cognitif et moral produit autour de la prise en charge de l'IVG, à trouver une place propre dans la division du travail abortif. Plus précisément, le groupe professionnel intervient à un moment précis de l'évolution de la réponse publique au problème de l'IVG. Celle-ci ne se départit pas d'une forme de rhétorique dominante depuis 1975, destinée à susciter l'adhésion des auditoires à l'inscription de l'IVG dans la juridiction des institutions médicales comme instrument du contrôle social dans la régulation des naissances. Cette « dramaturgie », pour reprendre les termes de Gusfield, pose le postulat de l'entreprise (médicale) de prévention des grossesses non désirées, connectée au concept de sécurité dominant dans le champ de la naissance et de la périnatalité, en insistant sur l'importance de l'accès à la contraception et à l'offre de soins en matière d'orthogénie pour réduire le nombre des IVG. Pourtant, cette dramaturgie évolue bel et bien, s'efforçant de (re)penser le problème public de l'IVG au travers d'autres cadres, laissant une place de plus en plus importante aux sages-femmes.

Pour comprendre ces infléchissements et leurs implications sur les types de responsabilité causale et politique dans les dispositifs des politiques publiques en matière de contraception et d'avortement, il faut, à la manière de Gusfield, analyser la dramaturgie à l'œuvre dans la production des savoirs sur l'IVG. Cela servira à rendre compte des schèmes qui dominent dans la construction de l'ordre cognitif par lequel la légitimité médicale de l'institution médicale est posée, et, par-là, à mieux appréhender les enjeux de la construction de celle de la participation du groupe professionnel des sages-femmes dans la division du travail abortif.

A. ORGANISATION SOCIALE DE LA CONNAISSANCE SUR L'IVG

I. Les sources des données sur l'IVG

Nous considérerons les sources des données dont disposent les administrations publiques pour construire cet ordre cognitif qui oriente l'action publique en matière de grossesses non désirées et d'avortement. Comprendre quels faits sont recueillis, par qui, comment et par qui ils sont ensuite traités, donne des informations sur la manière dont le phénomène de l'avortement est placé dans un cadre spécifique d'explication causale, où la femme est perçue comme l'agent causal principal, et sur l'imputation de la responsabilité politique qui l'accompagne.

Ces différentes sources de données, dans leur traitement statistique, construisent les grossesses non désirées et l'avortement comme des phénomènes explicables. Elles ne sont pas, pour reprendre l'argumentation de Joseph Gusfield, pensées comme « accidents » au sens étymologique du verbe latin « accidere » (« advenir »), soit « quelque chose qui se produit » : il ne s'agit pas d'une occurrence due au hasard dans la vie génésique des femmes et des individus. En d'autres termes, elles ne sont pas entendues comme une donnée aléatoire. Dans les statistiques publiques, l'avortement est posé comme un objet de compréhension scientifique. Les explications qui lui sont apportées sont applicables à des groupes d'individus, la femme étant, donc, l'agent causal crucial. Les IVG sont expliquées comme des événements déterminés dans des agrégats. Ces processus d'attribution visent à expliquer le nombre et la fréquence des IVG, avec l'objectif qui les sous-tend, résolument sanitaire, de les réduire.

Le travail de collecte des données, d'enregistrement, d'analyse et de diffusion de celles-ci est selon Gusfield un processus d'organisation sociale de cette « réalité publique » : à chaque étape de ce processus, des choix sont opérés, qui commandent l'interprétation du phénomène de l'avortement. C'est pourquoi il importe de s'attarder un instant sur les opérateurs de cette agrégation et de sa communication publique.

1. La production primaire des données sur l'IVG : un rôle de l'institution médicale

La loi de 1975 a ordonné que la pratique médicale de l'IVG fasse l'objet d'une obligation d'enregistrement systématique².

a) Les Bulletins d'interruption de grossesse (BIG)

La déclaration des actes d'IVG, faite sur un bulletin d'interruption de grossesse (BIG)³ anonyme permettait de recueillir des données sociodémographiques et médicales, renseignées par le médecin réalisant l'acte (âge de la patiente, département de domicile, âge gestationnel, méthode et lieu de réalisation de l'interruption de grossesse, statut d'emploi, statut marital, pays de naissance, nombre éventuel d'IVG et de naissances antérieures). Le bulletin a été régulièrement modifié, notamment en 2011⁴ pour tenir compte des IVG réalisables en cabinet de ville, en centre de planification ou d'éducation familiale et en centre de santé. Quelques variables ont été ajoutées (vie en couple, année de la précédente IVG, date de naissance de la femme⁵). Et depuis 2006, les données concernant Mayotte sont aussi recueillies.

Mais ce système de recueil est connu pour ses limites, la lourdeur du dispositif entraînant un manque d'exhaustivité important. Chantal Blayo (1985, 1995, 1997) avait déjà souligné la sous-estimation du nombre réel des IVG dans l'enregistrement des bulletins par les établissements hospitaliers. Cette sous-estimation, due au fait que ces derniers n'étaient pas systématiquement remplis, en particulier dans le secteur privé, s'élevait jusqu'à 14%. Elle s'expliquait par des oublis, par la désorganisation des services et le manque de certaines informations à renseigner. Les données, bien que redressées par l'INED au niveau national, ne permettent pas une analyse infra nationale du fait du manque d'exhaustivité, cependant variable selon le lieu de réalisation de l'IVG, les

² L'article L 2212-10 du Code de la santé publique stipule que « toute interruption de grossesse doit faire l'objet d'une déclaration établie par le médecin et adressée par l'établissement où elle est pratiquée au médecin inspecteur régional de la santé ; cette déclaration ne fait aucune mention de l'identité de la femme ». L'article R 2222-2 du Code de la santé publique souligne quant à lui que le fait pour un médecin de ne pas établir la déclaration prévue par l'article L 2212-10 est sanctionné par une amende, tout comme le fait pour le directeur d'un établissement de santé de ne pas adresser cette déclaration au médecin inspecteur régional de santé publique. L'article 16 de la loi 75-17 établissait que « l'Institut national d'études démographiques sera chargé d'analyser et de publier, en liaison avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, les statistiques établies à partir des déclarations ».

³ Les bulletins d'IVG prévus à l'article L.2212-10 du code de la santé publique sont routés chaque année par la DREES dans les agences régionales de santé (ARS). Répartis une première fois par les ARS au sein des établissements de santé prenant en charge les IVG, les bulletins vierges sont ensuite répartis par établissements de santé auprès de leurs services, des médecins de ville et des centres ayant passé des conventions avec eux pour effectuer des IVG par voie médicamenteuse en application des dispositions des articles L. 2212-2, R. 2212-9 du code de la santé publique (CSP). Les bulletins remplis sont transmis chaque année à l'ARS qui les renvoie après validation à la DREES. Celle-ci se charge de leur saisie et de leur mise à disposition de l'INED qui publie et analyse les résultats. La modification de la loi sur l'IVG en 2001 a confirmé ce dispositif. Cf. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/les-bulletins-statistiques-dinterruptions-volontaires-de-grossesse-ivg>

⁴ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/les-bulletins-statistiques-dinterruptions-volontaires-de-grossesse-ivg>

⁵ Au lieu de son âge.

professionnel.le.s. impliqué.es : les bulletins sont en effet moins bien remplis par les médecins de ville et certains établissements de santé. En 2014, 40 % des IVG n'avaient pas donné lieu à la transmission d'un bulletin au niveau national. Par ailleurs, une baisse du remplissage des BIG a été observée : le rapport entre le nombre d'IVG d'après les BIG et d'après les bases médico-administratives varie de 86 % en 2008 à 60 % en 2014. Pour les IVG réalisées en cabinets de ville ou en centres de santé et CPEF, les bulletins en comptent deux fois moins que les forfaits remboursés par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleur.euse.s Salarié.e.s (CNAMTS) en 2012.

Compte tenu des problèmes d'exhaustivité des BIG et de la tendance générale à la montée en charge des bases de données médico-administratives dans le système d'information en santé, (notamment sur les IVG), comme de la nécessité de réduire la charge des professionnels de santé dans le cadre des mesures de simplification administrative, la suppression des bulletins spécifiques au profit du PMSI et du DCIR a été envisagée en 2013. La DREES a cessé en 2016 d'assurer la centralisation de ces bulletins transmis aux agences régionales de santé.

b) La Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE)

La SAE est une enquête à caractère obligatoire auprès de l'ensemble des établissements de santé. Elle repose sur un dispositif annuel de recueil de données⁶ sur la base du fichier des admissions. Pour ce qui concerne les IVG, des informations agrégées sont recueillies sur leur nombre total, avec le détail des interruptions par technique (médicale ou chirurgicale), avec anesthésie, et le nombre réalisé entre 12 et 14 SA, ainsi que sur le nombre d'IMG et le nombre d'interruptions subies par des mineures⁷. Les données issues de la SAE constituent la série la plus longue depuis 1990 pour les IVG hospitalières. A partir de 2001, la SAE a servi d'unique référence, jusqu'en 2013. Depuis, un certain nombre de données de la SAE sont renseignées directement à partir des bases du PMSI (voir infra), plus spécifiquement depuis 2014 pour les IVG⁸.

⁶ Ces données fournissent des informations sur la structure de l'offre de soins hospitaliers par unité géographique, sur différents types d'hospitalisation (court, moyen, long séjour), certaines activités (interruptions de grossesse, urgences, activités du secteur opératoire), le personnel, les équipements lourds, etc.

⁷ Selon la DREES, les chiffres issus de la SAE étaient considérés comme les plus fiables pour l'estimation du nombre des IVG : seuls 2 % des établissements SAE ne remplissaient pas toutes les parties du questionnaire relatif à l'IVG. Par rapport aux bulletins, ils présentent toutefois l'inconvénient de ne fournir que des informations en nombre limité et agrégées par établissement. La DREES n'effectue pas de comparaison systématique du nombre d'IVG répertoriées par établissement selon les données de la SAE et du PMSI mais effectue un redressement global par strates d'établissement, et réciproque, entre les deux sources de données, sur la base des unités géographiques. Jusqu'en 1998, elle estimait le nombre total d'IVG en comparant établissement par établissement les données issues des bulletins et celles de la SAE (IGAS, 2009).

⁸ Les données sont exhaustives mais leur qualité dépend dorénavant de la qualité du remplissage du PMSI. En 2014, le nombre d'IVG médicamenteuses est inférieur à celui des années précédentes, recueilli par déclaration. L'hypothèse pour l'expliquer était la non exhaustivité du codage de l'acte en cas d'IVG médicamenteuse.

c) Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le PMSI, produit par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hôpital (ATIH), permet d'avoir des informations pour chaque séjour hospitalier. Les données sont renseignées par chaque service puis transmises au département d'information médicale (DIM) de l'établissement⁹.

Toutes les IVG en établissement de santé sont recueillies au travers du PMSI. Après une procédure de cryptage du numéro de patient, les fichiers de séjour sont transmis à l'ATIH qui produit un fichier annuel, après une nouvelle procédure de cryptage de l'identifiant. Les informations disponibles dans ce fichier sont, pour chaque IVG, le mois de prise en charge, l'âge de la femme, le code géographique de résidence, l'établissement de prise en charge, la date des dernières règles, l'âge gestationnel, les codes de la classification internationale des maladies (CIM 10) permettant de repérer l'IVG et de les différencier des IMG, les codes des actes selon la classification commune des actes médicaux (CCAM) permettant de distinguer les IVG instrumentales des IVG médicamenteuses. Le numéro de patient crypté permet également de chaîner les informations pour une même patiente et donc de connaître certains éléments de son parcours, par exemple un précédent séjour hospitalier pour accouchement ou IVG. L'exhaustivité de ce recueil est reconnue comme très bonne¹⁰, permettant de comptabiliser les IVG hospitalières au niveau national et local. Le bémol est que les IVG médicamenteuses réalisées au cours d'une seule consultation (avec prise médicamenteuse au domicile) sont comptabilisées comme des séjours ambulatoires. Il n'est donc pas possible de les isoler de celles qui sont effectuées avec hospitalisation ambulatoire.

Ces données sont utilisées depuis 2009 au niveau national, en complément des données de la SAE jusqu'en 2013, et depuis 2014, en tant que source de référence pour le suivi annuel des IVG en établissement de santé. Et, afin d'obtenir une information sur les IVG itératives, l'INED a demandé l'introduction de trois nouvelles variables dans le PMSI, classées par ordre de priorité décroissante : le nombre d'IVG antérieures, l'année de la dernière IVG et le nombre de naissances antérieures. En réponse à cette demande, ces variables ont été introduites dans le PMSI en mars 2015. L'INED avait également demandé l'inclusion de variables socio-démographiques (statut d'activité, situation conjugale, lieu de naissance) mais elles ne pouvaient être renseignées dans le PMSI. C'est pourquoi

⁹ La base de données nationale est constituée chaque année au cours du 2ème trimestre pour les données de l'année précédente.

¹⁰ D'après le rapport de la Commission IVG datant de juillet 2016 (p.12), le nombre total de séjours d'IVG apparaît désormais correct, au regard des comparaisons avec la SAE de 2010 à 2013. Les rares cas de non prise en compte de certains séjours seraient dus à un mauvais codage n'indiquant pas le code spécifique permettant de différencier les IVG des IMG (alors que les IMG bénéficient d'un tarif plus élevé). Au sein des séjours d'IVG, les erreurs peuvent porter sur les codes diagnostic permettant de différencier les premières interventions des deuxièmes interventions suite à un échec. Le problème le plus fréquent est l'absence de code d'acte, plus probablement dans le cadre d'IVG médicamenteuses, ne permettant pas de différencier les IVG médicamenteuses des IVG instrumentales mais concernant moins de 2% des IVG. Un signalement a été ajouté en 2016 dans le PMSI permettant aux établissements de repérer ces séjours

l'appariement des bases médico-administratives a été souhaité avec celles de l'échantillon démographique permanent (EDP), « pour les enrichir d'informations sociales »¹¹.

d) Les données de consommation inter régimes (DCIR)

Les données de consommation inter régimes (DCIR) permettent d'avoir des informations pour les IVG hors établissement de santé à partir des forfaits remboursés individuellement aux professionnel.le.s par l'assurance-maladie, intégrés au système national d'information inter-régimes de l'assurance-maladie (SNIIRAM), base gérée par la CNAMTS. Lorsqu'un médecin réalise une IVG, un forfait lui est remboursé par l'assurance-maladie, rendant les IVG identifiables dans le DCIR.

Les données disponibles à partir de cette source sont l'âge de la femme et sa commune de résidence. Pour les femmes mineures qui le demandent, cependant, les informations sont rendues anonymes par le médecin qui pratique l'IVG avant l'envoi à la caisse d'assurance-maladie par l'utilisation d'un faux Numéro d'Inscription au Répertoire (NIR). Ce faux NIR, qui attribue un âge fictif à la patiente (l'année de naissance indiquée dans ce « faux NIR » étant 1955) ne permet ni de chaîner les informations pour cette femme, ni de son département de domicile. D'après la DREES, la part de données manquantes pour l'âge reste cependant faible (3 % en 2015).

2. La production secondaire des données sur l'IVG

a) Autres sources institutionnelles à l'échelle nationale

D'autres sources d'informations permettent de mieux connaître les parcours personnels et les modes de recours à la contraception (VILAIN, FRESSON et REY, 2021). Une enquête¹² a par exemple été réalisée en 2007 par la DREES auprès des établissements de santé, des femmes ayant réalisé une IVG et de leur praticien. Elle a permis de disposer d'informations sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes et sur leur parcours de soins, à savoir les antécédents de grossesse et d'IVG, leur utilisation d'une contraception, les conditions d'accès et les filières de prise en charge, les caractéristiques de l'intervention, les structures et praticien.ne.s impliqués¹³, la prescription de contraception après l'IVG. S'intégrant à une autre enquête prévue pour mesurer le développement

¹¹ Commission sur les données et la connaissance de l'IVG, « IVG : État des lieux et perspectives d'évolution du système d'information », 2016.

¹² Cette enquête répondait à une demande conjointe de plusieurs directions du ministère chargé de la santé : la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction de la sécurité sociale (DSS).

¹³ Elle a concerné un échantillon de 206 établissements de santé, ainsi que tous les praticiens conventionnés avec ces derniers. Un sur-échantillonnage auprès des femmes mineures et des praticiens libéraux a permis de disposer de données exploitables spécifiquement pour les femmes jeunes et les IVG médicamenteuses en ville. 1200 praticiens et plus de 11 000 femmes ont été enquêtées. (In : Rapport de la Commission sur les données et la connaissance de l'IVG, 2016, op.Cit. p.13)

des IVG pratiquées hors établissements hospitaliers autorisées par les décrets de 2005, élaborée par l'INED et l'INSERM, l'enquête de 2007 a permis d'établir une comparaison des pratiques en ville et à l'hôpital en croisant les regards sur les perceptions et les pratiques, sur la base d'un recoupement d'informations. Des données régionales ont ainsi pu être récoltées pour l'Île-de-France, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, la Réunion, la Guadeloupe, le Nord-Pas-de-Calais et le Rhône. Le *testing*¹⁴ peut aussi être utilisé pour évaluer les délais et les difficultés d'accès à l'IVG dans les établissements de santé, les informations délivrées aux femmes au moment de la prise de rendez-vous et l'accueil qui leur est réservé. Le Baromètre Santé de l'Institut National de la Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), réalisé tous les cinq ans, offre d'autres données, tel que le nombre d'IVG déclaré pour chaque femme interrogée (RAHIB, LE GUEN, LYDIE, 2017)¹⁵. Les enquêtes INED-INSERM sur la fécondité et la contraception (COCON¹⁶, FECOND¹⁷) recueillent également des informations sur les IVG parmi d'autres sujets relatifs au parcours des femmes en matière de maternité et de contraception. L'enquête FECOND interroge par exemple les femmes sur chacune de leur IVG en précisant le type d'IVG, leur âge, leur situation financière et relationnelle et les facteurs de la prise de décision en particulier avec le partenaire de la grossesse.

Cependant, dans ces enquêtes, les tailles d'échantillon ne permettent pas de disposer de données à un niveau infranational. Et le dispositif même de recueil des données rencontre des limites propres aux enquêtes déclaratives en matière de santé, lorsque le choix de déclarer (ou d'omettre) certaines informations est libre (et plus spécifiquement lorsqu'il s'agit d'interruption de grossesse¹⁸). La sous-déclaration en matière d'IVG se traduit par une sous-estimation générale de son recours dans les enquêtes populationnelles, quels que soient les pays ou les méthodes d'enquête utilisées. Cette sous-estimation est évaluée de 40 à 65% selon les études (MOREAU, 2004).

¹⁴ L'enquête menée en 2014 par la DGOS a concerné les 574 établissements hospitaliers ayant une activité d'IVG, ainsi que les 28 permanences téléphoniques régionales ; chacun a été contacté 4 fois par téléphone par une enquêtrice se faisant passer pour une femme désireuse d'obtenir une IVG, répondant à 4 profils différents : une femme « témoin » pour tester l'accès de façon générale, une femme mineure, une femme en situation irrégulière et une femme avec un terme avancé. L'étude ne concernait que l'offre hospitalière.

¹⁵ Les questionnaires des Baromètres comportent des questions visant à évaluer sur une base déclarative l'incidence du recours à l'avortement au sein de la population générale. Par-delà ces indicateurs globaux, des enquêtes périodiques doivent permettre de mieux connaître le parcours des femmes ayant recours à l'IVG, et d'analyser leur situation personnelle et sociale. La première d'entre elles réalisée en 2007 a porté sur un échantillon représentatif de 11 400 femmes ayant eu recours à une IVG.

¹⁶ LELONG Nathalie, MOREAU Caroline, KAMINSKI Monique et l'équipe COCON, 2005, « Prise en charge de l'IVG en France : résultats de l'enquête COCON », Vol 34 - N° 1-C1 pp. 53-61, février*.

¹⁷ BAJOS Nathalie, BOHET Aline, LE GUEN Mireille *et al.*, 2012, « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? », *Population & Sociétés*, 8, n° 492, pp. 1-4.

¹⁸ Ainsi selon le Baromètre santé 2005, 17% des femmes sexuellement actives déclaraient avoir déjà eu recours à une IVG dans leur vie. Le taux de recours cumulé en fin de vie reproductive (femmes de 45 à 54 ans) s'élevait à plus de 20% ce qui reste largement en dessous du taux estimé à partir des déclarations obligatoires fournies par les praticien.ne.s.

b) Les enquêtes régionales

En 2004, en Bourgogne, l'Observatoire Régional de Santé (ORS) a mené à la demande de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) une étude sur les IVG répétées à partir d'une série d'entretiens auprès de femmes ayant vécu cette situation (MORGNY et al., 2005-2006). L'étude met l'accent sur les situations de violences vécues par les femmes ayant eu recours plusieurs fois à l'IVG au cours de leur vie. En Île-de-France, le projet régional Favoriser la Réduction des Inégalités d'Accès à l'Avortement (FRIDA) a été mis en place par l'ARS en 2014 pour améliorer l'information, l'accès et la qualité de la prise en charge de l'IVG. L'objectif était de dresser un état des lieux détaillé pour l'Île-de-France¹⁹, suivi d'un programme pluriannuel d'actions et d'un cahier des charges régional de l'organisation de l'activité IVG en établissement de santé. Dans le cadre de ce projet, l'ORS Île-de-France a réalisé en 2012 un état des lieux régional avec une analyse des flux selon le lieu de résidence et le lieu de réalisation de l'IVG à partir des données du PMSI et des données agrégées du DCIR (ORS IDF, 2019). L'ARS d'Aquitaine a également mené des travaux sur les caractéristiques et parcours des femmes ayant recours à une IVG, selon leur vulnérabilité socio-économique mesurée, via un questionnaire, à partir du score EPICES (Évaluation de la précarité dans les centres d'examen de santé) (ARNAUD, 2014). Et à partir des données 2017-2019, une étude menée par un groupe de travail inter-ORS (ORS Bretagne, 2021) sur l'offre disponible et les recours à l'IVG en Bretagne, a couplé les données du PMSI avec les données du SNDS en prenant en compte les IVG hors établissements hospitaliers à partir de la prestation de référence²⁰ qui permet ensuite de distinguer les IVG selon le lieu de réalisation, hors cabinet libéral, c'est-à-dire les IVG réalisées en centres de santé, centres de PMI et CPEF. Pour les IVG effectuées en cabinet libéral, la nature de l'activité des professionnel.le.s a permis d'identifier celles qui ont été réalisées par des sages-femmes, des médecins généralistes ou des gynécologues. À ce jour, c'est la seule étude qui soit entrée dans ce degré de détail pour documenter les parcours des femmes dans la filière orthogénique.

c) Les données des associations

Le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) recense, à partir de ses permanences régionales, les femmes au-delà du terme légal ayant recours à une IVG à l'étranger, et qui ont pris contact avec lui. En 2014 et 2015, le MFPF a effectué une enquête à partir des témoignages de femmes ou de professionnel.le.s en charge des IVG, sur un site dédié « ivg-planning-familial.org ». Elle décrivait les dysfonctionnements dans les parcours des femmes pour une IVG ou une IMG.

¹⁹ Projet régional pour favoriser la réduction des inégalités d'accès à l'avortement (FRIDA) en Ile-de-France (2014-2017), Cf. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/1459/download?inline>

²⁰ Cette prestation est codée « 3329 : forfait médicament IVG ville ».

L'association Médecins du monde dispose aussi d'informations sur les recours à l'IVG des femmes en situation de grande précarité qui consultent les centres d'accueil de soins et d'orientation. Pour l'heure, nous mentionnons seulement l'existence de ces sources de données ; nous soulignerons, dans la suite de ce chapitre, comment elles sont (le plus souvent) écartées de la rhétorique institutionnelle sur l'IVG.

B. ORGANISATION CULTURELLE DE LA CONNAISSANCE SUR L'IVG

Selon Joseph Gusfield, l'organisation de la connaissance d'un problème public exerce une action symbolique, le choix des paradigmes adoptés à cette fin de connaissance n'étant pas neutre, mais culturel. Il produit une dramaturgie qui invite à la considération de certains aspects du problème, au détriment d'autres aspects. Nous montrerons ainsi la manière dont le décompte des IVG est organisé, et comment celui-ci devient un enjeu paradigmatique de l'organisation culturelle de la connaissance sur l'avortement et dans la production d'un « ordre symbolique » dans l'action publique comme dans les médias. Cet ordre infléchit notamment le type de responsabilité causale et politique induit par cette connaissance.

I. La grammaire de l'ordre cognitif dans la production des savoirs sur l'IVG

Dans la perspective d'analyse de Joseph Gusfield, nous considérons (dans les publications de la DREES) comment le traitement et la publicisation des données sur l'IVG participe d'une « mise en récit » de ce problème public auprès de différents auditoires (les professionnel.les de santé, mais aussi les médias, et bien entendu, les législateurices.) Pour le sociologue, les savoirs prétendent objectifs et impartiaux sur un problème social ont une dimension cognitive. Celle-ci est fondée sur une grammaire qui renvoie aux cadrages du langage qui organisent l'expérience du phénomène construit comme problème public, aussi bien qu'elle renvoie aux modalités de sélection de la « réalité » de ce problème. Notre objectif est d'analyser les schèmes et les procédés de catégorisation opérés dans cette grammaire du discours sur l'orthogénie pour comprendre comment elle constitue des matrices de sens au cœur de la « culture » des groupes professionnels impliqués dans le monde social de l'orthogénie. Ces matrices de sens, incorporées au point souvent de ne plus être interrogées par les acteurices, ont une dimension instrumentale et normative, en tant qu'elles entrent dans l'élaboration des pratiques et des systèmes de règles à appliquer, ensuite, dans les dispositifs médicaux et institutionnels dans la mise en œuvre des politiques publiques. Elles se profilent en outre dans la configuration des situations et les « arènes de positions » (CEFAÏ, 2009 [1981]) où le problème public de l'IVG est redéfini et contesté. Ce sont ces différentes matrices de sens qui nous

intéresseront, plus loin, lorsque nous montrerons la manière dont les sages-femmes se saisissent du problème de l'IVG pour défendre leur légitimité professionnelle, et dont elles sont investies par les autorités dans l'engendrement des nouvelles formes d'action publique en matière de santé sexuelle et reproductive.

1. Les catégories usitées dans la rhétorique autour de l'IVG

Joseph Gusfield analyse les processus de dramatisation des phénomènes et leurs effets sur la nature des connaissances transmises sur ces derniers, à chaque étape depuis le recueil des données, leur traitement statistique, et jusqu'aux explications qui y sont apportées dans leur diffusion auprès de différents auditoires. Cette dramatisation est, selon le sociologue, nécessaire pour convaincre de la nécessité d'une action publique ; le discours scientifique n'est autre qu'une « forme de rhétorique » dont il considère la dimension opérative, en tant que celui-ci cherche à convaincre ses auditoires d'adopter des stratégies spécifiques pour transformer les conduites. En l'occurrence, puisque les connaissances produites sur l'IVG sont depuis la loi de 1975 destinées à susciter l'adhésion au postulat de la prévention des grossesses non désirées, nous montrerons que ces catégories discursives sont toutes orientées vers la nécessité réduire le nombre et la fréquence des IVG, en visant l'amélioration de la couverture contraceptive, le soutien aux programmes de prévention en matière de vie affective et sexuelle, ainsi que le renforcement de la législation encadrant la prise en charge médicale de l'IVG.

Nous présenterons donc les différentes catégories qui entrent dans la production scientifique des savoirs sur l'IVG. Ces catégories sont ensuite intégrées dans la grammaire du discours public sur l'orthogénie : elles contribuent à la fabrique de cet ordre cognitif qui participe de la construction de ce problème public. En même temps, nous donnerons quelques-unes des tendances du recours et de l'organisation de la pratique de l'IVG qu'elles portent ainsi à la connaissance dans les publications officielles de la DREES.

Puis, pour chacune de ces catégories, nous soulignerons la manière dont elles prennent place dans la rhétorique institutionnelle. Selon l'usage qui en est fait, ces catégories peuvent infléchir l'ordre symbolique produit autour de l'IVG en France : l'usage dominant, depuis la légalisation de la pratique en 1975, vise à renforcer la construction de celle-ci comme problème de santé publique, légitimant la médicalisation de sa prise en charge. Dans cet ordre cognitif dominant, (ré)émerge une rhétorique qui l'envisage sous un angle davantage « physiologique » afin de le débarrasser de sa dimension de « déviance légale » (DIVAY, 2004) et de renforcer son intégration dans une offre de soins normalisée. C'est sur cet infléchissement de la rhétorique institutionnelle que repose le

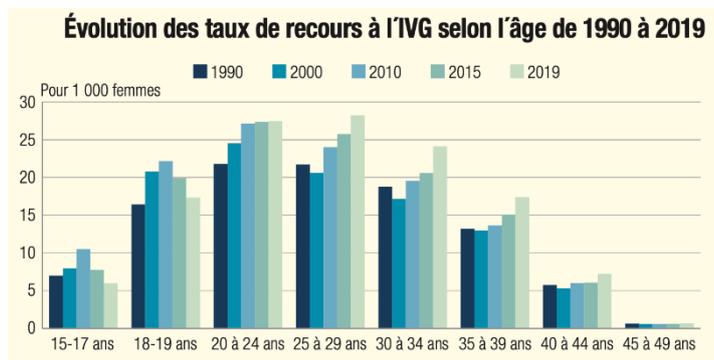
mouvement d'émergence du segment de la médecine orthogénique, et, partant, celui de la reconnaissance de la légitimité professionnelle des sages-femmes dans la conduite de l'action publique en matière d'orthogénie.

a) Typologie des femmes avortantes

Dans le traitement statistique des données recueillies par les institutions médicales, les femmes sont présentées comme l'agent causal principal du problème public de l'IVG, construit dans cette rhétorique comme la « mauvaise » méthode de contrôle des naissances, par opposition aux différents moyens de contraception dont l'usage est dominant (BAJOS *et al.*, 2014)²¹.

- **La catégorie d'âge**

Dans l'analyse de l'ensemble des éléments qui concourent à la décision d'avorter, le profil des femmes est la catégorie principale qui soutient la compréhension du phénomène du recours à l'IVG, avec un questionnement qui lui est articulé, sur la possibilité et la pertinence d'associer un type d'IVG à un profil social particulier de femmes. La catégorie de l'âge permet d'observer des différences de recours à l'IVG à différentes étapes de la vie génésique des femmes :



Source : DREES Etudes et résultats n°1163, 24 septembre 2020

D'après ce schéma présentant l'évolution des taux de recours à l'IVG par tranche d'âge entre 1990 et 2019, le premier constat qui s'impose est que l'avortement concerne toutes les femmes durant leur période fertile, et toujours avec des recours plus élevés aux âges les plus féconds. En étudiant de plus près les variations du taux de recours selon les groupes d'âge durant les trois dernières décennies, on constate que, d'une manière générale, ce sont les femmes de 20 à 34 ans qui sont toujours les plus concernées par l'IVG. Comme les naissances, les IVG sont plus fréquentes aux âges moyens (MAZUY, 2015). Cependant, l'analyse dans le détail montre une augmentation notable du taux de recours chez les femmes trentenaires depuis les années 2010, avec la hausse la plus marquée chez les

²¹ En 2013, seules 3 % des femmes sexuellement actives et exposées au risque de grossesse n'utilisaient aucune méthode contraceptive (BAJOS *et al.*, 2014).

30-34ans (+ 3,9 points entre 2010 et 2019). À l'inverse, sur la même période, le taux de recours diminue chez les femmes de moins de 20 ans : chez les 15-17 ans, il est passé de 10,5 pour 1000 jeunes filles en 2010 à 5,7 en 2019, chez les 18-19 ans, de 22,2 à 16,7 IVG, alors que ces taux de recours avaient augmenté de façon constante entre 1990 et les années 2010.

Le faisceau de l'analyse, dirigé sur l'âge des femmes qui avortent, resserre la perception de l'agent causal. Avec la diminution observée du taux de recours chez les mineures, s'opère un déplacement de la responsabilité politique du problème public de l'IVG, dans la dynamique de définition et d'imposition des standards de la pratique orthogénique, concernant les prescriptions contraceptives, mais aussi des modalités de l'accès à l'information, à l'éducation à la vie affective et sexuelle et aux soins. Lors de notre enquête de terrain, Thérèse, médecin coordinatrice des centres de planification du département de C., commente ainsi un tableau présentant les statistiques nationales et locales du recours à l'IVG :

« On observe dans les statistiques qu'on a moins de moins de 18, moins de 20 ans. Bon mes collègues sont pas toutes d'accord avec cette façon de penser, mais je pense que le niveau d'éducation des femmes, des jeunes femmes d'aujourd'hui est meilleur que ce qu'il était... Et pis si vous faites des recherches, on voit bien que l'éducation, la mixité dans l'enseignement secondaire, toutes les femmes ont cette connaissance-là, toutes les femmes aspirent à avoir un métier, ce qui n'était pas le cas il y a encore une génération... Les femmes, maintenant, travaillent... Elles ont accès à l'information, à la connaissance de leur corps... Les séances d'éducation à la santé et à la sexualité et vie affective sont quand même globalement, réalisées... Voilà, donc, on a moins de moins de 18 ans et moins de 15 ans ... Je pense qu'il y a un maillage qui est meilleur... Peut-être que les médecins, maintenant, du fait qu'il y a plus de femmes jeunes médecins généralistes installées, le discours passe mieux... C'est peut-être plus en amont, dès l'arrivée des règles, enfin bref ! Par contre, on a beaucoup d'étudiantes. »

Les propos de Thérèse montrent comment l'âge des femmes avortantes est saisi par les professionnel.le.s de santé pour penser l'inflexion des comportements en matière de choix reproductifs sur 30 ans ; ceux-ci rendent compte de la modification des modèles sexuels et familiaux dominants, dans lesquels premier rapport, mise en couple, entrée en parentalité voient leurs calendriers se transformer profondément (BOZON, 2009). Ces évolutions ont été analysées comme le témoin de la rigidification du modèle de la maternité, celle-ci correspondant à une série de conditions devant être remplies avant de concevoir un enfant (trouver un partenaire envisagé comme un père « acceptable », s'entendre avec lui sur la décision d'avoir un enfant, poursuivre des études jusqu'à s'assurer d'un minimum de stabilité professionnelle, disposer de ressources suffisantes et d'un logement indépendant, etc.).

- **Les modalités de contraception**

En lien avec le postulat de l'importance de la prévention des grossesses non désirées dans la production des connaissances pour réduire le recours à l'IVG, dans les statistiques publiques figurent

régulièrement des données sur les évolutions du taux de couverture contraceptive et les usages contraceptifs. Dans cette « narratologie »²², et bien que les statistiques montrent qu'une part importante de grossesses surviennent sous contraception²³, « l'échec contraceptif » est posé comme un élément central du récit avancé pour expliquer le recours à l'IVG. C'est, plus particulièrement, la baisse du recours à la pilule chez les femmes de 20 à 24 ans, observée au cours des dix dernières années²⁴, qui focalise l'attention et suscite l'inquiétude, et ce d'autant plus qu'elle n'a pas été compensée par l'utilisation d'autres méthodes. L'évolution des usages des dispositifs peut être due aux innovations médicales, ou à un contexte particulier, tel celui de la controverse liée aux pilules de 3ème et 4ème générations²⁵, qui a provoqué une désaffection à l'égard de la méthode elle-même²⁶, et qui a abouti à l'arrêt de leur remboursement.

Cet « échec contraceptif » est principalement attribué aux femmes, dont on a vu qu'elles étaient identifiées comme l'agent causal principal du problème public de l'avortement. Cet « échec », figure nodale de la dramaturgie qui nous occupe, obsède littéralement les professionnel.le.s : il est mentionné avec inquiétude dans tous les entretiens que nous avons menés auprès d'elleux, articulé au schème de l'imprudence des femmes dans l'observance contraceptive. Comme la thèse du conducteur imprudent chez Gusfield, qui sert à chercher dans l'action publique des solutions tout en minimisant la dimension collective des accidents de la route, nous posons l'hypothèse que la thèse de la femme inobservante est constitutive de l'enjeu de la rhétorique qui vise à perfectionner le suivi contraceptif : elle contribue au travail de persuasion mené par les actrices institutionnel.le.s et professionnel.le.s pour en montrer la nécessité. Le topos de l'« échec » ne viendrait pas, selon nous, mettre en péril la dialectique des fins et des moyens dans cette rhétorique qui construit l'IVG comme événement foncièrement évitable. Au contraire, la connotation morale du terme ajoute foi à cette stratégie

²² Joseph Gusfield, 2009, op. Cit., chapitre 3.

²³ Une étude de l'OMS menée en 2019 sur les grossesses non désirées a montré que 56 % des femmes tombées enceintes sans le vouloir n'avaient pas utilisé de méthode contraceptive au cours des 5 années précédant leur grossesse. 9,9 % des femmes interrogées ont indiqué avoir utilisé une méthode traditionnelle (par exemple, méthode du retrait ou celle basée sur le calendrier), 31,2 % une méthode moderne à action brève (pilule ou préservatifs) et 2,6 % une méthode réversible à action prolongée (dispositif intra-utérin (DIU) ou implant). In: OMS, « Selon une nouvelle étude de l'OMS, le nombre élevé de grossesses non désirées est lié au manque de services de planification familiale » disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>. Et, dans un document de synthèse datant de 2013, la Haute Autorité de Santé a montré que près de 2/3 des femmes françaises qui sont tombées enceintes sans le vouloir avaient recours à une méthode contraceptive (mais de manière « ambivalente » (c'est moi qui souligne). In HAS, « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée », document de synthèse, Avril 2013.

²⁴ La baisse du recours à la pilule constatée chez les femmes de 15-49 ans en 2013 suite à la « crise de la pilule » s'est poursuivie en 2016, avec une diminution significative de 3,1 points entre 2013 et 2016 (cf. Santé Publique France, Baromètre Santé 2016, santé sexuelle : « CONTRACEPTION : Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent », p. 4.)

²⁵ En décembre 2012, une plainte a été déposée contre un laboratoire pharmaceutique par une jeune femme victime d'un accident vasculaire cérébral. Elle imputait la responsabilité de son handicap à l'usage de sa pilule de troisième génération. Ce dépôt de plainte a suscité un long débat médiatique au sujet du risque de thrombose veineuse profonde associé aux pilules œstrogéniques de troisième et quatrième génération, mis en évidence dès 1995.

²⁶ Les études ont montré que près d'une femme sur cinq déclarait avoir changé de méthode depuis le débat médiatique de 2012-2013 sur les pilules. En l'espace de dix ans, le recours à la contraception orale a reculé de 14 points en France. Cf. Nathalie Bajos, Mylène Rouzaud-Cornabas, Henri Panjo, Aline Bohet, Caroline Moreau et l'équipe Fécond, « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? », *Population et sociétés*, mai 2014, n° 511.

explicative. Nous évoquerons plus loin ce qui, dans cette rhétorique, est écarté, empêchant d'envisager le recours à l'IVG, non comme un seul échec de la contraception, mais comme un choix révélant au contraire l'adhésion massive aux normes contraceptives et reproductives qui sous-tendent les comportements sexuels des hommes et des femmes.

- **Le niveau de diplôme, le statut familial et la catégorie socio-professionnelle**

Longtemps, le système statistique sanitaire français n'a pas permis pas d'objectiver les inégalités sociales concernant le recours à l'IVG. Une première enquête en 2007 menée à partir des données de l'enquête de la DREES (VILAIN, 2011) sur les types de prise en charge²⁷ et auprès des femmes ayant eu recours à une IVG en 2007, a donné un aperçu des caractéristiques sociodémographiques particulières des femmes avortantes. Quatre types de recours ont été mis en avant, caractérisant quatre types de femmes différant par leur âge, leur configuration familiale, leurs antécédents en termes d'IVG et leur mode de contraception. Il est globalement ressorti de cette enquête que les IVG chirurgicales tardives concernent une forte part de femmes jeunes et en cours d'études, mais les femmes actives ayant eu plusieurs grossesses, souvent étrangères et bénéficiant de la CMU sont elles aussi concernées. Les IVG médicamenteuses, quant à elles, se concentrent auprès des femmes en couple avec enfants mais sans IVG précédentes, mais aussi auprès de femmes jeunes et diplômées.

Plus récemment, grâce à l'EDP-Santé²⁸, un appariement des données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent au Système National des Données de Santé (SNDS), la DREES a permis pour la première fois d'analyser de manière précise le recours à l'IVG selon la situation sociale. Un modèle de régression logistique a montré une corrélation inverse entre niveau de vie et probabilité d'avoir eu une IVG dans l'année. Chez les femmes ayant réalisé une IVG en 2016, cette analyse a en effet fait apparaître que les 10 % des femmes ayant les niveaux de vie les plus élevés ont un taux de recours à l'IVG pour 1 000 femmes inférieur de 11 points pour 1 000 à celui des 10 % des femmes ayant les niveaux de vie les plus faibles²⁹. L'analyse a permis d'affiner la compréhension des recours à l'IVG : il est apparu que les différences d'âge ou de statut matrimonial de ces groupes de femmes n'expliquent pas, seules, les écarts entre les taux de recours. En effet, pour

²⁷ L'enquête portait notamment sur la méthode utilisée pour l'intervention, l'âge gestationnel au moment de l'interruption, le cheminement de la femme pour accéder à l'IVG et le délai d'accès à l'IVG, op. Cit.

²⁸ L'appariement de l'échantillon démographique permanent de l'Insee (EDP) au Système national des données de santé (SNDS) représente un apport intéressant pour mieux comprendre les inégalités sociales de santé. La base de données EDP-Santé permet de réaliser des études longitudinales sur les parcours de soins depuis 2008. Cet échantillon d'un peu plus de 3 millions de personnes contient également des données socio-économiques issues de l'état civil, des enquêtes de recensement, des fichiers fiscaux, des déclarations annuelles de données sociales, et du fichier électoral. (2020, décembre). Voir Claire-Lise Dubost, et Aude Leduc, « L'EDP-Santé, un appariement des données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent au Système national des données de santé » DREES, *Les dossiers de la DREES* n°66, Septembre 2020.

²⁹ « 232 200 interruptions volontaires de grossesse en 2019, un taux de recours qui atteint son plus haut niveau depuis 30 ans », *Etudes et Résultats*, n° 1163, DREES, septembre 2020, op. Cit.

un même groupe d'âge et pour une même situation conjugale, les femmes dont le niveau de vie est classé parmi les 10 % les moins élevés ont une probabilité de recourir à l'IVG dans l'année supérieure de 40 % à celle des femmes ayant un niveau de vie médian³⁰.

Ces analyses entrent en contradiction avec les résultats d'autres enquêtes, plus anciennes, sur les inégalités sociales et le recours à l'IVG, montrant que parmi les plus jeunes, celles qui n'ont pas de perspective de réussite sociale *via* la poursuite de leurs études décidaient plus souvent de poursuivre une grossesse non prévue. L'explication avancée pour cette option était qu'elle permettrait à certaines d'entre elles d'acquiescer un statut, voire une identité sociale. À l'inverse, les jeunes filles en capacité de se projeter dans un avenir professionnel plus assuré par l'acquisition de capitaux scolaires avaient majoritairement recours à l'interruption volontaire de grossesse (LE VAN, 1998 ; DONATI *et al.*, 2002). Ces résultats étaient confirmés par l'enquête COCON en 2000, montrant que les femmes de moins de 25 ans ayant un niveau d'études supérieur au baccalauréat étaient 75 % à recourir à l'avortement en cas de grossesse non prévue, tandis que ce chiffre était de 41 % pour celles ayant un diplôme inférieur au baccalauréat et de 19 % pour celles n'ayant aucun diplôme (SIHVO *et al.*, 2003). L'objet de cette thèse n'est pas de discuter ces résultats ; il importe, en revanche, de souligner ce qui réunit ces deux interprétations de l'évolution des taux de recours à l'IVG. Toutes ces enquêtes montrent un respect de la norme procréative chez les femmes qui décident d'avorter : les critères d'âge, la situation économique (notamment le chômage féminin) mais surtout l'absence de couple parental stable apparaissent, d'après ces enquêtes sur les situations sociales et les représentations des avortantes, comme les éléments les plus déterminants dans leur décision.

Cette mise au jour des inégalités sociales en matière d'avortement rejoint les travaux ayant déjà souligné la persistance d'inégalités sociales en matière de choix contraceptifs (BAJOS *et al.*, 2004), rendant les femmes inégalement exposées au risque d'une grossesse non prévue (BAJOS, FERRAND, 2001).

- **Le lieu d'habitation et les disparités régionales du recours à l'IVG en France**

Les disparités territoriales dans les taux de recours à l'IVG (pouvant aller du simple au triple selon les régions) sont régulièrement documentées dans les statistiques de la DREES. En 2020, le

³⁰ Une étude menée aux Etats-Unis par Diana Green Foster (et al.), intitulée « the Turnaway study », a montré que le non-recours à l'IVG était lui aussi facteur d'inégalités sociales. L'étude, prospective et longitudinale (2007-2017), menée auprès de 1000 femmes ayant cherché à interrompre une grossesse non désirée dans plus de 30 centres de santé sur le territoire nord américain, a comparé les conséquences sur la santé physique et mentale ainsi que sur les conditions de vie socio-économiques d'un échantillon de femmes qui n'ont pu avoir accès à un avortement et qui ont dû mener à terme leur grossesse, par rapport au devenir d'un autre échantillon de femmes qui ont avorté. L'étude montre que les femmes qui n'ont pas pu trouver de réponses à leur demande d'avortement ont été plus nombreuses que les autres à connaître des épisodes de chômage, des baisses de revenus, des problèmes pour se loger et se nourrir. Elles sont également plus nombreuses à être victimes de violences conjugales et à déclarer des problèmes de santé. (Ma traduction). Pour plus de détails, voir : <https://www.ansirh.org/research/ongoing/turnaway-study> (The Turnaway Study, Bixby Center for Global Reproductive Health, Université de San Francisco, Californie).

taux moyen de recours à l'IVG s'élève à 14,9 %³¹ pour la France métropolitaine, et à 15,4% pour la France entière. Mais il atteignait par exemple 11,4 IVG pour 1 000 femmes en Pays de la Loire contre 21,7 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), le taux de recours, qui a toujours été plus élevé que sur le territoire métropolitain, était de 28,4 % en 2020. Ces écarts importants s'expliquent en partie par la structure sociodémographique de la population, le poids des groupes les plus exposés au risque d'une grossesse non prévue étant variable d'une région à l'autre. Pour la Bourgogne Franche-Comté, les taux sont légèrement inférieurs à ceux de la moyenne nationale : en 2020, le taux standardisé³² était de 12,9 %. En 2017, il était de 11 % en Côte d'Or, 10,8% en Saône-et-Loire, 11,2% dans le Jura, 11,8% en Haute-Saône et dans le Doubs. Mais un écart est observé avec les taux sensiblement plus élevés de la Nièvre (13,3%), de l'Yonne (14,9%), et sur le territoire de Belfort (13,6%).

L'hypothèse de la prégnance des croyances religieuses dans certaines régions et dans les DROM est souvent avancée dans le débat public pour expliquer la persistance des tabous en matière de sexualité. Mais les réalités sont contrastées : il existe bien plus souvent une distance entre les représentations, les valeurs morales et les pratiques effectives des croyant.es dans certains domaines tels que la contraception et l'avortement³³, comme en Irlande (CORISH-ARNAL, 1998). La pauvreté et la précarité sont les facteurs structurels les plus à même d'expliquer ces inégalités : un taux de recours élevé à l'IVG peut être le révélateur d'une situation régionale spécifique en termes de problématiques d'accès à la contraception ainsi qu'à l'information et l'éducation en matière de vie affective et sexuelle.

2. Typologie des IVG

Outre les catégories destinées à avancer des profils sociaux des femmes identifiées comme principal agent causal, d'autres catégories sont utilisées pour porter à la connaissance des auditoires le problème public de l'IVG. Elles concernent certaines dimensions de l'acte abortif lui-même, utiles, là encore, pour renforcer la stratégie préventive centrale dans la rhétorique du discours public sur l'IVG.

³¹ Ce taux, brut, est calculé en rapportant l'ensemble des IVG aux femmes de 15-49 ans.

³² Les taux standardisés permettent de neutraliser les différences dues à des variables influençant le phénomène étudié (facteur de confusion), telles l'âge, le sexe, le niveau socio-économique, afin d'autoriser la comparaison de ces taux entre eux. Ici, cette méthode consiste à appliquer les taux de recours à l'IVG (par classe d'âge) de chacune des populations comparées à une population de référence commune (population "type"), éliminant ainsi l'effet de la structure d'âge sur les taux de recours à l'IVG.

³³ A l'échelle mondiale, c'est plus souvent le lien avec le degré de développement d'un pays qui est avancé pour expliquer l'assouplissement des législations (Guillaume et Rossier, 2018).

a) L'âge gestationnel

L'âge gestationnel est central dans les statistiques exploitées à l'échelle nationale. Cette catégorie peut rendre compte d'un certain nombre d'inégalités sociales qui expliquent les difficultés rencontrées par les femmes dans la maîtrise de leur fertilité et de leur vie reproductive. Nous reviendrons sur ces facteurs structurels qui expliquent les âges gestationnels « tardifs » d'une partie des IVG réalisées en France. Pour l'heure, nous soulignerons simplement que, dans la rhétorique institutionnelle qui entend convaincre de la stratégie préventive en matière d'IVG, la mention de l'âge gestationnel au moment de l'effectuation des IVG a une place considérable : ces facteurs sont le plus souvent écartés des documents institutionnels portés à la connaissance du public, au profit de l'induction d'un type de responsabilité causale qui souligne l'insuffisance de l'offre ou la méconnaissance du système de santé par les femmes qui souhaitent avorter.

La mention des âges gestationnels a en effet un rôle clé dans la dramatisation nécessaire pour convaincre de l'importance du déploiement d'une offre de soins en orthogénie plus efficace et plus efficiente. L'objectif sous-tendu est, d'une part, d'éviter l'attente pénible pour les femmes dont la décision d'avorter est certaine. D'autre part, puisque c'est la légitimité de l'institution médicale qui est posée pour exercer un contrôle social en matière de régulation des naissances, il revient aux législateurices de ménager le compromis instauré par la loi Veil, et d'éviter (tant que faire se peut) aux professionnel.le.s de santé d'avoir à accomplir un geste médical qui les met plus en difficulté sur un plan moral, lorsqu'il est accompli « tardivement », comme nous le verrons dans un chapitre ultérieur. Cette catégorie, centrale dans la production des savoirs sur l'IVG, continue de peser dans la production de l'ordre symbolique lorsqu'il s'agit de remettre à l'agenda politique la question des délais légaux pour avorter, comme cela a été le cas pour la loi votée en 2022.

L'âge gestationnel n'est, pour l'heure, disponible que pour les IVG pratiquées en milieu hospitalier. D'après la DREES, en 2019, la moitié de l'ensemble des IVG réalisées en établissement hospitalier concerne des grossesses de moins de 8 SA (moins de 7 SA pour les médicamenteuses, et moins de 10 SA pour les IVG instrumentales). En 2020, les IVG réalisées entre 12 et 14 SA ont représenté seulement 5,3 % du total des IVG (soit environ 12 000).

Des variations apparaissent très nettement selon les départements lorsque la donnée de l'âge gestationnel est prise en compte. En 2019, la part d'IVG dites tardives a varié de 0,5 % (en Lozère ou dans le Bas-Rhin) à 8,5 % (Gironde). Adossé à l'âge gestationnel, les études présentent souvent, également, le délai moyen de prise en charge mesuré entre « la date de la demande et la date de réalisation de l'IVG »³⁴, qui contribue à augmenter l'âge gestationnel au moment de celle-ci. La Haute

³⁴ Depuis 2002, le délai moyen de prise en charge, c'est-à-dire le délai moyen est disponible grâce aux déclarations des établissements pour la SAE. Ces estimations demeurent non précises car la définition exacte du terme « demande » n'est pas explicitée : il peut s'agir

Autorité de Santé fixe à 5 jours le délai maximum entre la demande d'IVG et sa réalisation³⁵. Or, en 2019, les agences régionales de santé ont réalisé une étude montrant que le délai moyen d'accès à une IVG était de 7 jours en France. Cependant là encore des disparités importantes se font jour d'un territoire à l'autre : cela peut aller de 3 à 11 jours en fonction des départements³⁶. En 2009, il était supérieur à 15 jours dans un établissement sur vingt (IGAS, 2009a : 4). Le délai de prise en charge augmente en effet avec l'activité moyenne de l'établissement : les établissements réalisant plus de 1000 IVG dans l'année indiquent un délai médian de 9 jours, contre 7 jours pour ceux qui en réalisent moins de 250 dans l'année. En Île-de-France, les délais moyens sont les mêmes que pour l'ensemble du territoire national, mais la dispersion est particulièrement forte (plus de 10 fois la valeur de la moyenne), signe de goulots d'étranglements dans certains établissements³⁷. Ces variabilités dans les délais de réponse peuvent s'expliquer par la saturation des services d'orthogénie, confrontés à une demande d'IVG qui dépasse leurs capacités de prise en charge. Cette saturation se conjugue aussi au fait que, pour des raisons idéologiques et organisationnelles, tous les établissements ne prennent pas en charge les IVG jusqu'au délai légal maximal de 14 SA. Thérèse évoque les répercussions des choix des services dans les centres hospitaliers des départements voisins sur l'organisation de la prise en charge dans le centre d'orthogénie du CHU où elle exerce.

« Les femmes qui nous téléphonent, on les prend en charge. On les prend en charge aussi quand elles viennent de M., quand elles viennent de C., quand elles viennent de D., quand elles viennent de Ch... (...) C'est compliqué. C'est historique... Depuis le changement de la loi de 2001, le CHU s'est positionné pour prendre d'emblée les 12-14, et du coup, les centres périphériques ne les prenant pas, effectivement, dans un premier temps, ça a été comme ça... Bon, après, voilà, on a redispaché, tout ce qui venait de [la grande région voisine], on a dit « Non, là, on prend pas en charge ! » Donc on est un peu positionné « centre référent ». Donc oui, on fait des 12-14 un peu tardives, quoi... »

de l'expression de la demande d'avortement, de la date de la prise de rendez-vous ou de la première consultation médicale. Ces estimations sont corroborées par l'enquête sur les IVG réalisée par la DREES en 2007.

³⁵ Il est stipulé que « toute femme demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous de consultation dans les 5 jours suivant son appel. Plus l'IVG intervient précocement pendant la grossesse et plus le risque de complications est faible. La précocité de réalisation permet également un choix plus large de techniques utilisables. L'accès à l'IVG doit donc être simple et rapide. » Ces recommandations ont été publiées en mars 2001 par l'ANAES (ex-HAS), et mises à jour en décembre 2010 avec l'intégration de la pratique des IVG médicamenteuses.

³⁶ Ministère des Solidarités et de la Santé, *Accès à l'IVG. Principaux enseignements de l'enquête qualitative et territoriale auprès des agences régionales de santé*, septembre 2019.

³⁷ D'une façon générale, en Ile de France, une réduction du nombre d'établissement pratiquant des IVG a été observée depuis quelques années. D'après le rapport produit par l'ORS IDF, le nombre total d'établissements réalisant les IVG a été réduit de 7 en 4 ans (101 établissements en 2014 et 94 en 2017) Cette diminution est encore plus marquée si l'on considère le volume d'activités dans les établissements (moins 11 établissements en 4 ans). Cette diminution du nombre de site réalisant au moins 50 IVG touche particulièrement la Seine-et-Marne, les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis (moins 3 établissements respectivement) et également le Val-de-Marne et le Val-d'Oise (moins 1 établissement respectivement). Et le volume moyen d'activités par établissement est plutôt situé autour de 100 à 500 IVG annuelles (45 établissements sur les 94 ont un volume d'activité situé entre 100 et 500 IVG annuels). Vingt-six établissements franciliens ont réalisé 500 IVG ou plus au cours de l'année 2017, parmi lesquels huit ont réalisé plus de 1000 IVG. Les établissements ayant réalisé 1 000 IVG et plus sont principalement localisés à Paris pour quatre d'entre eux et dans la proche couronne (deux dans les Hauts-de-Seine et deux autres en Seine-Saint-Denis). Les autres départements ne comptent pas d'établissements avec un tel volume d'activité. In : Observatoire Régional de Santé Ile-de-France, « Les interruptions volontaires de grossesses en Île-de-France, Données 2015-2017 », janvier 2019, p.17.

L'usage de l'adverbe modalisateur « un peu » dans l'expression de Thérèse est intéressant : il témoigne de sa gêne à évoquer, face à la sociologue qui enquête sur les modalités de prise en charge de l'IVG sur le territoire couvert par sa juridiction, la part d'arbitraire dans l'organisation des services qui participe de la construction des parcours d'IVG.

b) Les IVG hors délais

La catégorie des IVG hors délais pèse également dans la rhétorique qui vise à renforcer les stratégies de prévention des grossesses non désirées et à renforcer l'efficacité des dispositifs médicaux de prise en charge.

Les femmes ayant eu tardivement connaissance de leur grossesse ou qui manifestent le désir d'interrompre leur grossesse hors du délai légal se trouvent le plus souvent confrontées à un refus médical³⁸. Pour interrompre malgré tout leur grossesse, lorsque les femmes se retrouvent dans cette situation, l'une des stratégies adoptées est de se déplacer vers des pays proches, dans lesquels le contexte légal est plus favorable, soit parce que les lois sont plus permissives, soit parce que les délais autorisés sont plus longs. En Europe, les déplacements sont fréquents vers l'Angleterre, les Pays-Bas et l'Espagne, où les durées légales de grossesse sont plus longues. Une autre forme de mobilité existe, pour accéder à l'avortement : l'ONG Women on Waves³⁹ réalise des avortements dans des bateaux-cliniques amarrés hors des eaux territoriales des pays où l'avortement est illégal (GOMPERS, 2002 ; VIAL, 2017).

Il est très difficile de chiffrer ces migrations pour IVG, comme d'en connaître les motifs. En effet, les IVG hors délais en France ne sont pas comptabilisées dans les statistiques de l'IVG. Selon les estimations du MFPF, elles seraient entre 3000 et 5.000 femmes obligées de se rendre chaque année dans les pays voisins pour avorter. Mais ces chiffres ne rendent pas compte de la réalité : il faut également considérer le nombre des femmes, certainement important aussi, qui procèdent à des recherches sur Internet et qui, pour les plus dotées socialement, prennent directement contact avec les cliniques à l'étranger sans nécessairement passer par des structures françaises (CARAËS, 2019)

Il est donc également difficile de connaître les profils sociaux de ces femmes. Seule une extrapolation est possible à partir des travaux sur la précarité financière, qui impacte négativement

³⁸ Sauf à pouvoir recourir au dispositif d'IVG pour « détresse psychosociale », que nous traiterons plus loin.

³⁹ Women on Waves est une association néerlandaise créée en 1999 par le docteur Rebecca Gomperts avec l'objectif d'apporter des services de santé autour de la procréation, en particulier des services d'avortement non chirurgicaux, aux femmes originaires de pays possédant des lois restrictives de l'avortement. L'association a réalisé des voyages en Irlande (2001), en Pologne (2003), au Portugal (2004), en Espagne (2008), et au Maroc (2012). À la suite des difficultés d'embarquement dans certains pays, l'association change de stratégie. Les femmes désirant avorter entrent en relation grâce à la plateforme internet Women on Web avec un médecin de l'association qui leur fait envoyer des médicaments abortifs et leur fournit toutes les explications nécessaires au bon déroulement de l'opération. L'association est citée par Philippe Faucher dans son ouvrage *Une sur trois*, (op.cit. , p. 243)

l'accès aux soins, mais aussi le recours aux soins (DESPRES, 2013), comme l'avait mis au jour l'enquête FECOND en matière de santé sexuelle et reproductive (2013). Pour comprendre le phénomène de contournement de la loi française en matière d'avortement, et le fait de se trouver contrainte de se rendre à l'étranger en cas de dépassement du délai légal sur le territoire, certains travaux mobilisent la notion d'« insécurité cumulative » proposée par Olivier Schwartz dans son enquête sur le monde privé des ouvriers (SCHWARTZ, 1990). C'est ce qu'avance particulièrement Julie Ancian dans ses recherches sur les trajectoires biographiques de femmes condamnées pour meurtre de leur nouveau-né (ANCIAN, 2021, 2022) Elle retrace en effet des parcours semés de difficultés conjugales et matérielles, de violences, marqués par des situations de chômage et d'endettement, mais aussi par le manque d'appuis familiaux et un isolement social. Cette insécurité cumulative serait à l'origine d'un rapport au temps très spécifique chez ces femmes : l'absence de pérennité des revenus réduit les possibilités de planification réaliste de l'avenir, donc l'idée même de mettre en place des stratégies temporelles (MILLET, 2005), ce qui expliquerait le moindre recours à l'aide institutionnelle (PERETTI-WATEL, 2006). Et le fait de n'avoir pu se plier à la temporalité légale du parcours de prise en charge de l'IVG est alors renvoyé à ces femmes comme une incapacité personnelle, voire comme une faute, même si les circonstances qui ont induit les difficultés de prise en charge sont indépendantes de leur volonté. Cette incapacité se traduit alors par une « sanction sociale, matérielle et morale » (CEBE, PHILIPPE, 2002 : 210).

c) Les IVG réitérées

L'autre catégorie d'analyse à l'œuvre dans la production des savoirs sur l'IVG est le nombre des IVG réalisées par une même femme dans sa trajectoire génésique. Dans le décompte national des IVG, c'est, lorsqu'il est connu, le « rang » des IVG qui est pris en compte. Depuis quelques années, les statistiques montrent une augmentation significative du phénomène social de réitération des IVG (BAJOS, 2013). Dans les années 1970, les IVG répétées représentaient moins d'une IVG sur dix⁴⁰. Après 1980, la part des IVG répétées a progressé, et les IVG de rang 3 (précédées de 2 IVG) deviennent plus fréquentes, jusqu'à représenter 29 % des IVG répétées en 2011 (MAZUY, TOULEMON et BARIL, 2014 : 378-379). Et la probabilité (évaluée) d'une nouvelle IVG après un premier avortement est passée de 28 % en 2002 à 41 % en 2011 (*Ibid.*, 2014 : 379). En 2011, également, on estimait que quatre femmes sur dix ayant eu une IVG auraient une deuxième IVG au cours de leur vie (MAZUY *et al.*, 2015).

⁴⁰ Mais les IVG pouvaient avoir été précédées d'un ou plusieurs avortements réalisés hors du cadre de la loi, avant sa promulgation en 1975, et non déclarés dans les bulletins.

Les IVG réitérées, nous le verrons, suscitent un profond désarroi, sinon de l'effroi, chez les professionnel.le.s de santé et les autres personnels qui prennent en charge les IVG. La prise en compte de cette catégorie dans la rhétorique scientifique sur ce problème public renforce, là encore, l'imputation de la responsabilité causale du phénomène aux femmes. L'inobservance de la norme contraceptive est d'autant plus socialement inacceptée qu'une planification familiale rationnelle est en effet jugée toujours possible, grâce à l'existence des diverses méthodes de contraception accessibles et efficaces. La réitération des IVG est souvent interprétée comme pathologique ou déviante, pour les avortantes souvent dites « *récidivistes* » (MATHIEU et RUAULT, 2014). Il n'est pas rare que les professionnel.le.s rencontré.es interprètent la réitération des IVG comme l'expression d'une « banalisation » de l'acte médical, si redoutée parmi ceux qui profèrent combien l'avortement n'est « pas anodin ». Ainsi, pour Vanessa, conseillère conjugale et familiale, lorsqu'elle est effectuée (trop) rapidement, la prise en charge obère le temps de réflexion sur l'intervention :

« C'est un petit bout d'humanité qui fiche le camp, ça devient de plus en plus une prise en charge rapide, efficace... Alors oui, ça peut sembler satisfaisant dans un premier temps, mais... Vouloir aller vite, c'est un peu une fuite, pour pas penser à ce qui pourrait faire du mal, ou faire remonter de la culpabilité... (...) On se rend bien compte que des fois, c'est mis au placard... Sur le coup, c'est vécu comme « J'ai bien fait d'aller vite ». Mais... ça revient ! (...) Et j'ai quand même observé, pendant dix ans, des répétitions d'IVG, où plein de fois, je me suis dit : « Mais finalement, cette femme, il y a une répétition d'IVG... Enfin j'avais régulièrement l'impression que ça leur permettait de reparler de cette première interruption de grossesse qui avait été vite, et qui n'avait pas pu être pensée ».

Dans la rhétorique soignante mobilisant les schèmes de la psychanalyse, la réitération des IVG serait un « langage » utilisé par la femme pour exprimer une problématique qu'une prise en charge trop rapide n'aurait pas permis de résoudre, sinon la « *conséquence d'une personnalité mal structurée, immature sur le plan affectif et sexuel, faisant preuve d'impulsivité et d'instabilité émotionnelle, et n'étant pas parvenues à l'acquisition d'une identité stable leur permettant de vivre leur sexualité sans conflit majeur et d'assumer leur fécondité* » (TAMIAN-KUNÉGEL, 2002). On voit là combien l'explication se centre sur le schème de l'irresponsabilité des femmes, dans la dramaturgie du discours public sur l'IVG. Autrement dit, la réitération exprimerait l'existence d'un « trauma » (BOKANOWSKI, 2010) organisant des « zones psychiques mortes » ou des « cryptes » (ABRAHAM et TOROK, 1978) du fait de l'absence de représentation, de figuration et de symbolisation. Ce trauma vécu, mais qui n'aurait pas pu être « éprouvé » renvoie selon ce prisme à une histoire personnelle des femmes traversée de « *perversité, coups et atteintes physiques, violence sexuelle, violence psychologique, violence subie actuelle ou passée* » (ORS BFC, 2005). Notre enquête de terrain a montré qu'une part très importante de professionnel.le.s de santé adhèrent à ce type de responsabilité causale présentée dans la rhétorique scientifique sur la réitération de l'IVG,

comme à d'autres des cadres explicatifs dominants, avancés dans cette dramaturgie qui sous-tend la construction de l'ordre cognitif autour du problème public de l'IVG.

C'est en effet dans ces mêmes termes que l'évolution du recours à l'IVG, appréhendé comme phénomène social identifié comme une « déviance légale » (DIVAY, 2004), est scrutée dans l'espace médiatique. Le traitement de ces chiffres semble en capacité de réactualiser le débat public sur la définition de la frontière entre un recours « normal » et des pratiques « déviantes », comme s'il existait un taux de recours « seuil », dont le franchissement serait susceptible à lui seul de remettre la question de l'avortement à l'agenda politique, ce seuil faisant toujours l'objet de luttes définitionnelles entre différent.e.s acteurices (GUSFIELD, 2009).

Ainsi, les variations du taux de recours présentées dans les statistiques officielles ne sont pas sans effet dans l'espace médiatique (et professionnel, dans le champ de la médecine) : dès qu'une hausse se produit en France, les titres dans la presse nationale et locale se font alarmistes. Le 24 septembre 2020, par exemple, la DREES publie son numéro 1163 d'*Études et résultats*, annonçant, pour l'année 2019, 232 200 interruptions volontaires de grossesse enregistrées en France et un taux de recours « à son niveau le plus élevé depuis 1990 ». Sarah Rocher, co-présidente nationale du MFPPF, lors du conseil d'administration du Mouvement suivant la parution de ces chiffres en septembre 2020, évoque l'onde de choc provoquée par la parution de ces chiffres : les membres du bureau confédéral ont été submergées d'appels de journalistes pour le compte de différents médias, les pressant de commenter cette hausse⁴¹. En effet, le jour même de la parution des chiffres de la DREES, *Libération* (THOMAS, 2020), *Le Monde* (Tribune, 2020), *France Inter* (Messenger, Baldacchino, 2020) *France Info TV*⁴² reprennent les items clé de cette annonce, à savoir un nombre d'IVG ayant atteint son « plus haut niveau (...) depuis trente ans ». Pour *Ouest France* (PRETAGUT, 2020), avec « 7 900 IVG de plus qu'en 2018 », le recours en France atteint « un niveau record ». Les formulations appartiennent au registre sémantique de l'épidémie, à l'instar du site *Vie Publique* qui annonce un « pic »⁴³. En mobilisant la littérature en sociologie de l'action publique consacrée à la construction et à la carrière des problèmes publics, nous analysons ce traitement médiatique comme un phénomène de « naming », entendu comme phase d'arrêt dans la caractérisation de la situation comme problématique (PADIOLEAU, 1982). Ces manières d'évoquer l'évolution du recours à l'IVG traduisent l'émotion débordante qu'elle suscite : les superlatifs employés laissent entendre que ces taux sont perçus comme disproportionnés. L'exagération du traitement sert à la disqualifier en indiquant ce qu'elle recèle de disproportion (ERICH et NACHMAN, 2009 ; RUWEN, 2004). Le ton est celui de l'angoisse : l'augmentation du recours à l'IVG est présentée dans un discours sous-tendu

⁴¹ Extrait de notre journal de terrain, conseil d'administration confédéral, 19 septembre 2020.

⁴² « Avortement : le taux d'IVG a atteint en 2019 son plus haut niveau en France depuis 30 ans », *France Info TV*

⁴³ <https://www.vie-publique.fr/en-bref/276411-interruptions-volontaires-de-grossesse-en-france-un-pic-en-2019>

par une volonté de pousser à l'action sociale, sous-tendue par une double logique de réduction du nombre de grossesses non désirées et de stigmatisation d'une pratique considérée comme déviante. C'est, pour reprendre les termes de Stanley Cohen dans *Folk devils and moral panics* (COHEN, 2002), un épisode de « panique morale » : les chiffres donnés laissent penser que cette évolution traduit une « banalisation » horrifique du recours à l'IVG⁴⁴, pratique stigmatisée qui entre dans le processus de « symbolisation » d'après Stanley Cohen, selon lequel les pratiques sont condensées en stéréotypes sociaux. Ceux-là réactivent une mémoire collective du « fléau social » (CAHEN, 2016) qui figure toujours dans l'horizon de pensée des politicien.ne.s, des professionnel.le.s de santé et des médias. Stanley Cohen analysait ce trait des épisodes de panique morale en termes de « prédiction d'affliction », les promoteurs de morale érigeant l'« aggravation des pratiques » en malédiction sociale, voulant par là pousser à une action préventive et/ou répressive à l'endroit, notamment, des avortantes « récidivistes ». Rares sont ainsi les quotidiens qui s'interrogent sur la nature même du problème porté dans l'espace public⁴⁵. Par ailleurs, l'augmentation du recours à l'IVG est exploitée en tant que conséquence d'un autre fait social alarmant, celui de la pauvreté. Le journal *La Croix*⁴⁶ énonce ainsi, parmi les motifs invoqués par les femmes pour justifier leur avortement, la peur de la précarité. Si le ton de l'article est mesuré, et qu'il transmet l'information sur le mode du « *blaming* » en cherchant des causes au phénomène observé, on peut lire dans ce traitement des faits une « amplification par corrélation » dans les termes de Cohen.

Nous nous sommes intéressée aux modalités d'exploitation de ces données sur l'IVG dans la construction de l'avortement en tant que problème public, entendue comme le processus par lequel une situation ou une condition objective touchant certaines catégories de personnes est constituée comme problématique (GILBERT, 2009). Avant d'analyser plus loin⁴⁷ l'usage des catégories retenues dans cette « forme de rhétorique » dans la production et le renforcement des cadres ou des référentiels de l'action publique (JOBERT et MULLER, 1987) en matière d'orthogénie, nous allons maintenant montrer que la domination du prisme de la déviance interdit toute prise de conscience des

⁴⁴ L'année suivante, la DREES explique que cette hausse de 2019 était, pour partie, due à un changement de codage des données dans les sources mobilisées pour le suivi annuel du nombre des IVG : jusqu'en février 2019, les consignes de codages pour les IVG consistaient à prendre en compte les séjours classés dans le groupe homogène de malades (GHM) 14Z08Z, correspondant aux IVG avec un séjour inférieur à trois jours. À partir de mars 2019, elles ont été modifiées pour mieux distinguer les séjours pour IVG et les séjours pour complication d'une IVG déjà enregistrée par ailleurs. Les IVG avec hospitalisation de plus de trois jours, écartées du GHM jusque-là, ont été dès lors prises en compte. De mars 2019 à décembre 2019 c'est soit le GHM, soit le diagnostic principal avec un code d'extensions en O04- permettant d'inclure ces dernières. A partir de 2020, c'est uniquement ce diagnostic principal qui a servi pour déterminer le nombre des IVG. Ainsi, par construction, la comptabilisation du nombre d'IVG a été un peu surévaluée en 2019, tant par rapport à 2018 que par rapport à 2020, les mesures 2020 et 2018 ne sont pas totalement homogènes, suite au changement de consigne de codage intervenu en 2019. À méthodologie constante avec 2019, le nombre d'IVG estimé en 2020 serait supérieur de 1,7 % et la baisse serait de 8 600 au lieu de 11 200 IVG, soit 3,4 % au lieu de 4,6 %. (DREES, « Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020 », *Études et Résultats* n° 1207, Octobre 2021, p. 2).

⁴⁵ Comme Claude Gilbert et Emmanuel Henry (op. Cit.), p. 12), nous parlerons d'espace public dans l'acception courante de cette expression, en considérant qu'elle désigne des scènes de prises de position devant des publics plus ou moins larges, non limités aux seuls groupes concernés par les conséquences d'un problème.

⁴⁶ « IVG : pourquoi les femmes en situation de précarité y ont plus recours », *La Croix* du 25/09/202.

⁴⁷ Voir chapitre 3 de cette partie.

conceptions alternatives des processus et des événements qui contribuent au phénomène social des grossesses non désirées, et, par-là, des IVG.

3. La mise à l'écart de cadres alternatifs d'explication au problème public de l'IVG

Nous allons, dans la perspective de Gusfield, nous intéresser aux approches critiques des matrices de sens produites dans cette forme de rhétorique institutionnelle qui domine sur le problème public de l'IVG. Cette démonstration se doit d'en passer sur l'analyse des limites méthodologiques dans la production du décompte même des IVG. Puis, nous évoquerons les données qui demeurent manquantes dans la dramaturgie qui contribue à construire l'ordre symbolique dans la « culture du problème public » de l'IVG. Celle-ci minimise voire occulte les conflits et les décisions qui ont mené à la construction de la réalité de ce phénomène social en tant que problème de santé publique.

a) Les limites méthodologiques dans la production du décompte des IVG

Les imperfections méthodologiques de la couverture statistique de l'IVG comme les écarts existant entre les diverses sources ont fait l'objet de plusieurs études. Par exemple, Clémentine Rossier et Claudine Pirus (ROSSIER, PIRUS, 2017), dans leur analyse des usages des outils de décompte des interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002, ont souligné l'augmentation des chiffres des IVG dans les statistiques hospitalières à partir du milieu des années 1990. L'imperfection des recueils de données ne leur permet pas d'interpréter cette évolution ; celle-ci peut traduire une augmentation effective ou la disparition progressive des sources de sous-déclaration des IVG.

Plusieurs rapports publics ont conclu que le dispositif de décompte des IVG se caractérisait par sa lourdeur et qu'il n'éclairait pas suffisamment tous les aspects de la prise en charge (IGAS, 2009a et 2009b; CSIS, 2011). Pour l'ensemble des systèmes d'informations relatifs à l'IVG, une tendance à l'enregistrement des IVG sous la catégorie des avortements spontanés ou « fausses couches » a été également mise au jour. Dans le système de PSMI, au contraire, cette distinction apparaissait, mais aucune discrimination n'était opérée entre les IVG et les IMG avant l'année 2001. Ensuite, le développement de la méthode médicamenteuse, ayant occasionné un basculement des IVG vers des services extrahospitaliers ou en cabinet libéral (encore mal documenté), peut contribuer à expliquer l'augmentation du sous-enregistrement des IVG au cours des dernières décennies. Les outils d'enregistrement des IVG ne permettent pas de dénombrer celles qui sont réalisées par des mineures sans autorisation parentale, aujourd'hui enregistrées sous la catégorie « NIR fictifs » dans le SNDS⁴⁸.

⁴⁸ Les IVG réalisées dans un cadre anonyme sont codées avec un numéro fictif dans le SNDS, principalement chez les mineures et pour les adultes qui en font la demande. Ces données anonymes sont, de fait, exclues des analyses par âge ou lieu de domicile. En 2019,

Pour les centres de santé ou les CPEF, il arrive que les données issues des bases de remboursements des forfaits des caisses primaires de l'assurance-maladie (CPAM) ne soient pas exhaustives pour les femmes sans couverture sociale ou ne voulant pas utiliser leur numéro d'assurée sociale pour des raisons de confidentialité⁴⁹.

b) Les données manquantes de la dramaturgie

D'autres indications sont lacunaires, comme celles sur le statut matrimonial des femmes, leur parité et le rang de l'avortement qui permettrait de mieux documenter le phénomène de la réitération. Le niveau d'instruction ou la nationalité des femmes n'est que très peu connu. En 2002, le groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 soulignait les insuffisances de la procédure de recueil pour donner la mesure exacte des difficultés rencontrées par les femmes dans leur parcours d'IVG. Cette procédure était « *inadaptée* » selon ce groupe qui souhaitait que la collecte d'informations sur les IVG ne soit « *plus distincte de celle des autres actes médicaux, tout en apportant les informations nécessaires à la connaissance et à la prise de décision dans des délais raisonnables* » (IGAS, 2022). En 2009, l'IGAS concluait son rapport en avançant l'idée d'une suppression de cette procédure. Selon les rapporteuses, les préoccupations ayant conduit à la mise à place de cette procédure en 1975 n'étaient plus d'actualité. Coûteuse, matériellement lourde et induisant des contraintes administratives qu'elle induit pour les médecins, les services hospitaliers et l'administration de la santé, cette procédure de recueil toujours imparfaite ne répond pas à l'exhaustivité recherchée, sans compter que la déclaration obligatoire des IVG contribue à conserver une place à part, voire à stigmatiser l'IVG, tandis qu'il s'agirait de « *normaliser [sa] place dans le système de santé* »⁵⁰. Et dans son rapport datant de juillet 2016, la Commission sur les données et la connaissance de l'IVG⁵¹ émet une série de recommandations portant sur l'amélioration des connaissances de l'activité d'IVG, après avoir établi les limites de chacun des systèmes d'information et leur confidentialité et sur les attentes des acteurs de terrain en matière d'information.

près de 21000 IVG ont été réalisées de manière anonyme. Cf. Observatoire Régional de Bretagne « Les interruptions volontaires de grossesse en Bretagne. Analyse de l'offre disponible et des recours. », op. Cit., p.15.

⁴⁹ « 'Chez nous, pour protéger l'anonymat des femmes, leur assurer une prise en charge globale, il arrive que de « faux NIR » soient déclarés. Le CPP ne demande pas de remboursement à l'Assurance maladie'. Florence explique que, comme cette prise en charge n'a pas été prévue dans les textes, les pratiques d'un établissement de santé à l'autre peuvent être très différentes. » (Extrait de notre journal de terrain, juillet 2018).

⁵⁰ IGAS, 2009b, p.66.

⁵¹ Pilotée par la DREES, cette commission a été mise en place le 12 juin 2015 à la demande de Marisol Touraine, ministre de la santé. La commission regroupe les principaux producteurs de données, des représentants des professionnels de santé, des chercheurs et des institutions et associations concernées par l'IVG. Elle se fixe pour objectif d'améliorer les connaissances sur la pratique de l'IVG en France et le parcours des femmes, dans un horizon de partage des informations. Pour les actrices de terrain, ces analyses doivent permettre de tirer des enseignements sur la pratique de l'IVG. Cela permet de mieux identifier les besoins prioritaires en matière de connaissance, à partir de réflexion sur les conditions de production de certaines données sur le terrain. L'on peut identifier les informations pertinentes et celles qui demeurent manquantes, ainsi que formuler des pistes de réflexion pour la réalisation de travaux ponctuels ou l'élaboration de recueils spécifiques de données.

D'après le rapport de l'IGAS (2009b), des données qualitatives manquent aussi sur le vécu de l'IVG en fonction de la méthode utilisée. Les circonstances de l'invocation de la clause de conscience par les professionnel.le.s de santé sont mal documentées, également : l'on manque de connaissances sur ceux qui l'invoquent le plus (selon l'âge, la discipline et le contexte d'exercice des actrices) et pour quel type d'IVG (tardives, réitérées, demandées par des mineures, etc.). D'autres informations, cette fois relative aux choix organisationnels dans les établissements, au nombre des médecins qui pratiquent l'IVG, (en particulier entre 12 et 14 SA) sont également signalées comme manquantes.

Dans la perspective d'analyse de Gusfield, qui soulignait les données manquantes de la dramaturgie dans la construction du problème public de l'alcool au volant aux Etats-Unis, nous avons porté notre attention sur les publications officielles de la DREES en réfléchissant à ce qu'elles ne portent pas à la connaissance du public, et qu'au contraire certains travaux critiques (notamment féministes) ont mis en lumière, pour éclairer la « scène » des grossesses non désirées.

Les analyses statistiques portent sur les caractéristiques sociales des femmes qui avortent, ou sur les types d'IVG. Elles portent aussi sur le détail de l'offre en matière d'orthogénie⁵². Mais très peu d'éléments sont donnés sur le contexte relationnel et social dans lequel surviennent les grossesses non désirées et les demandes d'IVG. On ignore tout, par exemple, des caractéristiques sociales des géniteurs de ces grossesses non désirées (âge, niveau de diplôme, situation professionnelle et conjugale), ou encore de la qualité de la relation entretenue avec les femmes en demande d'IVG (durée, importance réciproque attribuée par les personnes concernées, degré d'intégration dans leur réseau relationnel, etc.) Plus spécifiquement, les données présentées dans la rhétorique institutionnelle sur la demande d'IVG ne rendent pas compte des rapports d'inégalités entre les hommes et les femmes qui structurent les comportements sociaux en matière de sexualité (BAJOS, FERRAND, 2001). L'asymétrie des rôles et des attentes sexuelles des deux partenaires de la relation sexuelle fécondante qui se traduisent pourtant dans les pratiques contraceptives⁵³, est peut-être entendue par les personnels qui reçoivent les femmes dans le cadre de l'entretien psychosocial : mais elle n'est pas mesurée, ni analysée dans les statistiques officielles. La question de la domination masculine et des violences s'en trouve par-là occultée. De même, si l'âge, le niveau de diplôme et la situation socio-professionnelle des femmes peut renseigner sur le contexte de survenue des grossesses non désirées, rien n'est porté à la connaissance du public sur leur contexte de travail (type d'emploi, durée de l'emploi, statut, niveau de revenus, correspondance avec le diplôme, contraintes horaires,

⁵² Voir chapitre deux de cette partie.

⁵³ Les autrices se réfèrent à au choix de la méthode contraceptive souvent fait en fonction des préférences du partenaire, que ce dernier ait exprimé ses réticences à l'égard d'une méthode en particulier ou que la femme ait anticipé ses réactions par intériorisation de sa propre responsabilité ou par manque de confiance dans celle de son partenaire (BAJOS et FERRAND, 2006)

tâches exercées, etc.), ni sur leur environnement familial et social (réseau de sociabilités, proximité géographique et qualité des relations avec la famille, etc.). Rien, non plus, véritablement sur leur trajectoire contraceptive (type de contraceptifs, durée d'usage des dispositifs adoptés, éventuelles difficultés d'observance, manière dont elles tolèrent leur contraception, prix consacré, modalités et teneur des négociations effectuées avec les partenaires sexuels concernant le choix du dispositif, etc.). Toutes ces données permettraient sans doute d'appréhender différemment la « scène » où surviennent les grossesses non désirées, et de mieux comprendre les logiques sociales de la décision d'avorter, loin du prisme du seul « échec contraceptif ».

Sans être exhaustive, nous souhaitons revenir brièvement sur quelques-unes de ces dimensions habituellement absentes de la rhétorique institutionnelle sur la pratique de l'IVG, à partir de quelques travaux scientifiques. Ces analyses, tirées pour l'essentiel d'enquêtes qualitatives, sont parfois reprises dans la rhétorique des actrices professionnelles impliquées dans le mouvement d'émergence du segment de la médecine orthogénique en France.

c) L'adhésion des femmes aux normes contraceptives et reproductives

Globalement, les statistiques produites et diffusées soulignent la dimension structurelle de la pratique de l'IVG dans la vie génésique des femmes, en considérant le recours à l'avortement à l'échelle mondiale, sous ses formes médicalisées et/ou clandestines. Il apparaît dès lors que la pratique de l'avortement n'a pas ce « caractère d'exception » que Simone Veil entendait lui prêter⁵⁴. Malgré une large diffusion de la contraception moderne dans les pays développés, on n'observe qu'une diminution relative du taux d'avortements. Ainsi, entre 2015 et 2019, le nombre de grossesses non planifiées chaque année a été estimé à 121 millions. 61 % de ces grossesses se sont terminées par un avortement, ce qui correspond à 73 millions de femmes ayant recours chaque année à l'avortement (BEARAK et al., 2020). Selon les chiffres de l'OMS en 2022, 25 millions de ces avortements sont pratiqués dans des conditions d'hygiène qui exposent les femmes à de graves complications pour leur santé. Au total, chaque année, 39 000 femmes décèdent des suites d'un avortement : 60 % de ces morts surviennent en Afrique, 30 % en Asie⁵⁵. Et ce sont des centaines de milliers de femmes qui souffrent d'infections génitales ou d'infertilité après avoir pratiqué un avortement dans des conditions d'hygiène précaires (WHO Division of Reproductive Health, 2004).

⁵⁴ Dans son discours du 26 novembre 1974 prononcé à l'Assemblée Nationale lors de la présentation de son projet de la loi du 17 janvier 1975, Simone Veil invoque ce « caractère d'exception » de l'avortement, avec l'objectif de le rendre tolérable pour les législateurs.

⁵⁵ <https://www.who.int/news/item/09-03-2022-access-to-safe-abortion-critical-for-health-of-women-and-girls>. Mais ces estimations représentent les fourchettes basses, en raison de l'absence de données statistiques fiables sur la survenue d'un événement reproductif dont l'accès est extrêmement restrictif dans la plupart des pays du monde.

Dans la lignée de cette stratégie argumentative, différents indicateurs sont choisis pour montrer la stabilité du recours à l'IVG en France. Ce pays présente un taux de natalité (1,83 enfants par femme en 2020⁵⁶) et un taux de diffusion de la contraception parmi les plus élevés en Europe, ainsi qu'un taux d'IVG stabilisé à un niveau relativement important (AUBIN *et al.*, 2009). D'un côté, grâce à la diffusion des divers moyens de contraception, le nombre de grossesses non prévues a largement diminué : dans les années 1975, une grossesse sur deux n'était pas prévue ; aujourd'hui, il ne s'agit plus que d'une grossesse sur trois. De l'autre, la probabilité du recours à l'avortement a augmenté en cas de grossesse non prévues : ces dernières sont désormais interrompues six fois sur dix. Cette compensation statistique de ces deux mouvements, qui rend compte de la relative stabilité des taux d'IVG en France, correspond à ce que Nathalie Bajos et Michèle Ferrand ont appelé le « paradoxe contraceptif français » (2002).

Les statistiques institutionnelles attestent du fait que la légalisation et la défense de ce droit dans les politiques publiques en matière de régulation des naissances n'ont pas entraîné la banalisation du recours à l'IVG, pas plus qu'elles n'ont conduit au relâchement de la contraception. Certains travaux montrent même, plus finement, une évolution du recours à l'IVG depuis sa légalisation en France en 1975. Celle-ci se décompose en deux périodes : tout d'abord, entre 1975 et 1995, l'indicateur conjoncturel d'IVG⁵⁷ a baissé, passant de 0,66 à 0,43 IVG par femme. Cette baisse a coïncidé avec la diffusion de méthodes efficaces de contraception, après la légalisation en 1967. Puis, à partir de 1995, le recours à l'IVG a augmenté légèrement, pour se stabiliser à environ 0,53 IVG par femme pendant dix ans. La courbe du nombre moyen d'IVG suit une tendance similaire à celle de l'indicateur conjoncturel de fécondité⁵⁸, mais à un niveau quatre fois moindre (MAZUY *et al.* 2016). D'après les statistiques de la DREES⁵⁹, le taux de recours à l'IVG oscille depuis 1975 autour de 14 avortements annuels pour 1000 femmes de 15-49 ans, soit un total annuel d'IVG qui s'est stabilisé, avec les quelques variations évoquées, autour de 200 000 par an, sans jamais descendre en-dessous de ce seuil.

Et, en considérant le ratio d'avortement⁶⁰, qui correspond au rapport entre le nombre d'IVG et le nombre de naissances vivantes d'une année, il est possible d'analyser plus avant la stabilité du

⁵⁶ « Bilan démographique 2021 : des naissances en hausse et une mortalité en baisse », <https://www.vie-publique.fr>

⁵⁷ Cet indice représente le nombre moyen théorique d'IVG que connaîtrait une femme tout au long de sa vie selon les taux de recours par âge de l'année considérée. Il permet de neutraliser l'effet de la déformation de la structure d'âge au fil des années, qui peut modifier le taux de recours global à l'IVG, même en l'absence de changement dans les pratiques de recours.

⁵⁸ L'indicateur conjoncturel de fécondité, ou somme des naissances réduites, mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés. Les taux utilisés dans le calcul sont ceux observés au cours d'une année donnée dans l'ensemble de la population féminine (composée de plusieurs générations) et ne représentent donc pas les taux d'une génération réelle de femmes. L'indicateur conjoncturel de fécondité sert uniquement à caractériser d'une façon synthétique la situation démographique au cours d'une année donnée. Cf. : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1963>

⁵⁹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sante-sexuelle-et-perinatale>

⁶⁰ Ce ratio est utilisé plutôt qu'un taux d'avortement, (soit le nombre d'IVG rapporté au nombre total de conceptions une année donnée), car le nombre de naissances vivantes utilisé pour le dénominateur du ratio d'avortement est une donnée fiable, toujours disponible,

phénomène de recours à l'IVG, en soulignant notamment son caractère incompressible⁶¹. Ce ratio s'est maintenu à un chiffre légèrement supérieur à 0,25 pendant 30 ans, ce qui correspondait à une IVG pour 4 naissances vivantes ; aujourd'hui, ce ratio avoisine les 0,30 soit 1 IVG pour 3 naissances vivantes environ. Cette récente augmentation du ratio d'avortement est à mettre en rapport avec le fait que, depuis 2014, le nombre de naissances diminue et depuis 2017 celui des IVG augmente.

Depuis les années 2000, le nombre annuel d'IVG avoisine effectivement les 220 000. Mais cette augmentation est à mettre en lien avec l'évolution du nombre des naissances : les analyses de la natalité et de la fécondité produites par l'INSEE montrent que l'indicateur conjoncturel de fécondité français est en léger recul. La baisse de la fécondité provient surtout des femmes de moins de 35 ans, celle des femmes plus âgées n'ayant pas varié. Depuis la fin des années 1970, deux tendances se dégagent : les femmes de moins de 30 ans ont un comportement de moins en moins fécond, à l'inverse de celles de plus de 30 ans. L'âge moyen à la maternité poursuit sa hausse : il atteignait 30,9 ans en 2021 contre 30,3 ans en 2014. Cette diminution de la fécondité des femmes de moins de 35 ans, qui va de pair avec l'augmentation de l'âge moyen des mères, ne signifie pas forcément une diminution du nombre total de naissances par femme, mesurable à la fin de leur vie féconde. Le report des naissances, lié notamment à l'entrée des femmes sur le marché du travail, ainsi qu'à l'allongement de la durée des études depuis plusieurs décennies, n'est pas inévitablement synonyme d'une baisse de la descendance finale des femmes⁶².

Les pratiques contraceptives changent en effet avec l'âge, comme elles suivent l'évolution de l'offre contraceptive (BAJOS *et al.*, 2014 ; LE GUEN, ROUZAUD-CORNABAS et VENTOLA, 2021, PAVARD, 2012 ; ROUX, VENTOLA, BAJOS, 2017). Ces travaux montrent plus particulièrement que le recours à la contraception en général peut être freiné par des contraintes économiques. Il existe des situations de grande difficulté sociale qui exposent tout particulièrement les femmes au risque d'absence totale de contraception. Ce sont les situations de grande précarité, notamment celles de l'absence de domicile fixe, les situations de dépendance affective sexuelle, matérielle ou psychologique par rapport à un partenaire rendant pratiquement impossible une démarche contraceptive, et enfin les situations de violence sexuelle y compris d'inceste. La baisse du

alors que le nombre exact de conceptions est inconnu en raison des fausses couches précoces. Ce ratio est resté plutôt stable jusqu'en 2016, mais il est en hausse depuis : 1 IVG pour 3 naissances en 2019.

⁶¹ Israël Nisand soutient que « le nombre des avortements de premier rang n'a cessé de diminuer, ce qui témoigne d'une meilleure maîtrise de la reproduction. Malgré une augmentation de l'accessibilité à certaines contraceptions encore peu utilisées (pilule du lendemain, contraception locale), il restera toujours un nombre incompressible de grossesses non désirées. Pour la très grande majorité des femmes (5/6), le recours à l'avortement est accidentel et unique. L'IVG en France n'est donc pas un moyen de contraception, même pour les femmes qui y ont recours plusieurs fois dans leur vie. » in Israël Nisand, « L'IVG en France. Quelques propositions pour l'avenir, » *Gynécologie et santé des Femmes*, Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France, http://www.engof.asso.fr/d_cohen/coB_13.htm.

⁶² <https://www.insee.fr>

recours à la pilule pourrait être attribuée à la dégradation concomitante de la situation économique dans cette tranche d'âge.

Ces différentes études ont, dans leur ensemble, permis de mettre en lumière un modèle contraceptif français, restreignant les usages contraceptifs dans une temporalité et une maturité relationnelle bien définies (préservatif masculin pour les relations ponctuelles ou en début de relation, pilule une fois celle-ci stabilisée, stérilet lorsque le nombre d'enfants désiré est atteint). L'augmentation du taux de recours chez les femmes trentenaires ces dernières années illustre la difficulté de l'articulation des choix reproductifs avec les activités dites productives. Alors que les femmes sont entrées largement dans le marché du travail et veulent s'y maintenir, la possibilité de refuser d'avoir un enfant leur permet de penser maternité et travail sur le plan du cumul, et non pas de l'alternance (MARUANI, 2000). Et la baisse du taux de recours à l'IVG chez les femmes les plus jeunes rend compte, pour partie, de l'amélioration de la couverture contraceptive dans ces âges jeunes⁶³, les jeunes filles endossant massivement les contraintes matérielles, financières et temporelles ainsi que la « charge mentale » du « travail contraceptif » (THOMÉ, 2015). Cette baisse pour ces groupes d'âges jeunes est à comprendre, comme le fait Thérèse dans l'extrait d'entretien donné plus haut, en lien avec l'allongement de la durée des études et aux plus grandes difficultés d'insertion des jeunes sur le marché du travail (VILAIN, 2011).

Ces évolutions montrent la dimension sociale de la maternité avec le renforcement des normes contraceptives et reproductives, déjà évoquées. L'usage des techniques modernes de contraception et le recours à l'avortement ne se sont pas accompagnés du refus du couple comme cadre relationnel privilégié d'une naissance (SHIVO *et al.*, 2003), au contraire : l'analyse des données sur l'IVG effectuée par la DREES (VILAIN *et al.*, 2020) a montré que les femmes en couple ont une probabilité de connaître une IVG inférieure de 37 % à celle des femmes qui ne vivent pas en couple.

d) Cadres alternatifs d'explication aux IVG dites tardives

La durée temporelle de la prise en charge d'une IVG a ainsi été étudiée par la sociologie, en tant que construction sociale faisant intervenir différents déterminants. Au cours de leur enquête menée dans le cadre de l'équipe GINE, Dominique Cèbe et Claudine Philippe (CÈBE, PHILIPPE,

⁶³ D'après les résultats de l'enquête Baromètre Santé 2016, seules 2,3 % des femmes n'utilisaient pas de moyen de contraception parmi les moins de 20 ans (contre une moyenne de 8 % pour toutes les classes d'âges féconds). L'enquête montre aussi que la pilule reste la méthode contraceptive la plus utilisée (36,5 %) avec une fréquence maximale d'utilisation enregistrée parmi les 15-19 ans (60,4 %) et les 20-24 ans (59,5 %). Son utilisation diminue ensuite : elle ne concerne plus que 47,8 % des 25-29 ans et un peu plus d'un tiers (35,4 %) des 30-34 ans. Le dispositif intra-utérin remplace progressivement la pilule : il apparaît chez les femmes de 20-24 ans (4,7 %), et son utilisation augmente avec l'âge, pour atteindre un niveau proche de celui de la pilule (31,6 %) chez les femmes de 30-34 ans. (Baromètre santé 2016 contraception, « Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent », Santé Publique France, Etudes et Enquêtes / santé sexuelle, p.2)

2002), ont identifié quatre raisons majeures à la prise de conscience tardive d'une grossesse chez certaines femmes, première étape d'une prise en charge tardive de l'IVG : l'inexpérience de ce qu'est une grossesse, un cycle menstruel irrégulier, la confusion avec la ménopause pour les femmes les plus âgées, ou encore la confiance dans le moyen de contraception utilisé. Leurs conclusions rejoignent celles que le MFPPF avait tirées d'une autre étude, quelques années plus tôt⁶⁴. Les autrices identifient par ailleurs plusieurs raisons à la durée que peut prendre la décision d'avorter : la crainte d'informer l'entourage, le manque de soutien affectif d'un partenaire fuyant ses responsabilités, un changement de situation personnelle dans la trajectoire biographique (notamment sur le plan professionnel).

Les logiques sociales qui structurent la vie quotidienne et sexuelle des individus, notamment la diversification croissante des trajectoires affectives et sexuelles des femmes au cours de ces dernières décennies (BAJOS et BOZON, 2008) expliquent les difficultés de répondre aux injonctions de la norme contraceptive comme à celle du nouveau modèle procréatif (BAJOS, FERRAND, 2011) : c'est ce qui est, souvent, à l'origine de la décision tardive d'avorter, et, par conséquent, des délais dépassés. Les difficultés sociales et interactionnelles que les femmes rencontrent pour mettre en œuvre une contraception efficace, à tout moment et tout au long d'une vie affective et sexuelle de plus en plus diversifiée, sont absentes des statistiques. On voit bien comment les points demeurés aveugles dans la rhétorique institutionnelle participent de la construction de ce que Gusfield nomme « fiction » dans la production d'un ordre symbolique et cognitif autour d'un problème public. L'absence de données sur ces difficultés contribue à l'imputation d'une responsabilité causale des seules femmes : dans les discours de nombre de professionnel.le.s de santé rendontré.es sur notre terrain, cette imputation de responsabilité est retraduite par le schème de l'« *imprudence* » ou de l'« *ambivalence* » des femmes.

Le nombre d'IVG prises en charge tardivement s'explique aussi par des facteurs relevant de l'organisation de l'offre de soins en matière d'orthogénie. Des travaux de sociologie ont ainsi montré la variabilité des parcours suivis par les femmes dans leur demande d'IVG, étroitement dépendante des ressources sociales et relationnelles dont elles disposent⁶⁵. D'autres ont montré que les prises en charge tardives étaient fonction des filières d'accès à l'IVG, les femmes pouvant rencontrer chez les professionnel.le.s de santé un degré d'implication variable et un soutien plus ou moins actif, non corrélé à la compétence du médecin contacté⁶⁶, pouvant entraîner un allongement des délais de prise en charge. Notre enquête a montré cette variabilité des attitudes professionnelles. Thérèse, responsable départementale des centres de planification et médecin intervenant au centre d'orthogénie

⁶⁴ Mouvement Français pour le Planning Familial, *Les avortements tardifs en Europe, causes, prises en charge, prévention*. Actes du colloque du 28 janvier 1989.

⁶⁵ BAJOS Nathalie et al., 2002, op. Cit., chapitre 5, pp. 163-204.

⁶⁶ *Ibid.* p. 178.

du CHU1, relate ainsi l'attachement du chef de service au respect des procédures réglementaires. Elle montre aussi qu'une attention est portée à la durée temporelle de la prise en charge pour permettre une prise en charge dans les délais légaux :

« Les pratiques en cours étaient très rigoureuses. On était vraiment très accrochés à notre texte de loi... Par exemple, la semaine de réflexion... Les deux consultations... Pour qu'une femme puisse entrer dans le processus, on demandait au téléphone la réalisation d'un test de grossesse, on lui disait d'aller chez le médecin généraliste, et d'avoir cette première attestation pour gagner du temps : à partir du moment où elle arrivait chez nous, on savait qu'on pouvait enclencher la procédure. »

e) Cadres alternatifs d'explication à « l'échec contraceptif »

La stabilité du taux de recours à l'IVG met en difficulté ceux qui souhaiteraient la disparition de cette pratique en misant sur l'efficacité théorique des moyens contraceptifs : mais c'est négliger le fait que, si un tiers de ces grossesses non prévues est dû à l'absence de contraception, les deux tiers surviennent en réalité sous contraception (HAS, 2013). Ce résultat s'explique notamment par l'écart qui existe entre l'efficacité théorique d'une méthode contraceptive et son efficacité pratique dans les conditions d'utilisation courante⁶⁷.

Mais l'accès à une contraception adaptée peut faire l'objet de freins divers. Dans un document de synthèse en date de 2013, la HAS souligne que certaines des recommandations pour la pratique clinique de l'ANAES publiées en 2004 ou les avis de la HAS parus depuis 2005 ne sont pas toujours suivis. A titre d'exemple, le dispositif intra-utérin (DIU) était utilisé par une femme sur cinq seulement, et, contrairement aux recommandations indiquant que le DIU pouvait être utilisé à tous les âges, que la femme ait déjà eu ou non des enfants, son taux d'utilisation demeurait corrélé à la parité : elles étaient 1 % à l'utiliser lorsqu'elles n'avaient pas d'enfant, 20 % lorsqu'elles avaient déjà un enfant et ce taux d'utilisation s'élevait à 40 % pour les femmes ayant deux enfants et plus. Par rapport à d'autres pays européens, la place de la stérilisation à visée contraceptive reste très marginale en France et qu'elle concerne en grande majorité la stérilisation féminine (3,9 % des femmes, contre 0,3 % des hommes). Les prescriptions en matière de contraception sont aussi très orientées socialement. Le document de synthèse de la HAS fait ainsi apparaître que les nouvelles méthodes hormonales – l'anneau, le patch, et surtout l'implant – étaient encore rarement prescrites, à l'époque, par les médecins généralistes (HAS, 2013). L'usage de l'implant a commencé à se diffuser, mais de manière différenciée : la prescription de cette méthode de contraception est, d'après les études, beaucoup plus contrainte et imposée aux femmes issues des classes populaires, quand elle est

⁶⁷ Ces écarts entre efficacité théorique et pratique sont particulièrement importants pour les méthodes qui nécessitent une utilisation à chaque rapport sexuel ou une observance rigoureuse.

davantage choisie par les femmes de milieux plus aisés⁶⁸. La HAS reconnaissait aussi que l'identification des besoins contraceptifs de leurs patient.es est souvent corrélée aux représentations sociales que les professionnel.les se font d'elleux, notamment le cas dans les situations où la grossesse n'est pas socialement envisageable et/ou lorsque les rapports sexuels sont supposés inexistant. Ces représentations sont généralement liées aux situations où la sexualité, en particulier féminine, n'est pas socialement acceptée (pour les adolescent.es, en particulier). Le document fait état de la prévalence de normes sociales sur le « temps fertile prescrit » (entre 25 à 40 ans environ), de préjugés sur la fréquence des rapports sexuels et la sexualité des femmes proches de la ménopause, ou sur l'absence de rapports sexuels dans le cadre d'un retour de couches. De même, l'attention portée aux problèmes médicaux chez les personnes atteintes de maladies chroniques ou d'obésité morbide est prédominante chez les professionnel.les qui peuvent être conduit.es à ne pas reconnaître leur sexualité, comme celle, aussi, des personnes en situation de handicap. Les représentations socioculturelles sur la sexualité des femmes peuvent être en décalage avec leurs besoins contraceptifs, lorsqu'iels préjugent de la régularité des rapports sexuels dans un contexte conjugal, ou qu'iels ne prennent pas en compte les sexualités extraconjugales⁶⁹. Le contrôle de la fécondité pour les classes populaires est également, chez les professionnel.le.s de santé, davantage centré sur l'efficacité du dispositif contraceptif proposé, plutôt que sur celle du choix des femmes.

Dans ce même document de synthèse, la HAS rapporte que des conceptions mécanistes du corps et l'hypermédicalisation de la contraception peuvent expliquer la standardisation des pratiques de prescription chez les professionnel.es de santé. Le risque de grossesse, lorsqu'il est seulement localisé au niveau de la physiologie, explique que ces dernier.es en arrivent à privilégier les moyens de contraception ayant l'efficacité théorique maximale, sans tenir compte des besoins effectifs des patient.es. La formation initiale et continue des médecins et sages-femmes, insuffisante, ainsi que l'obsolescence rapide des connaissances techniques dans un champ en évolution constante, se traduisent par la persistance d'idées reçues et de pratiques stéréotypées⁷⁰.

⁶⁸ L'étude des modalités de prescription montre que celles-ci varient selon les conditions dans lesquelles elles choisissent ou se voient au contraire imposer le « choix » de leur mode de contraception. La prescription médicale peut être orientée par d'éventuelles contre-indications, mais elle varie aussi en fonction de la proximité sociale entre les professionnel.les prescripteurices et les patientes. Le recours à la contraception fait en effet intervenir les principes et les valeurs au fondement des pratiques médicales et ce que les prescripteurs supposent ou savent de la situation sociale des patientes. Les choix contraceptifs sont aussi fonction des attentes et des demandes que les femmes sont ou non en capacité de formuler selon leur degré d'autonomie sociale, économique, affective, selon la confiance qu'elles accordent aux praticiens et bien sûr selon leur perception des « bonnes » méthodes contraceptives. La consultation met en présence des individus caractérisés par une proximité sociale relative, y compris sur le sens donné au contrôle de la fécondité et aux moyens de l'assurer. Cf Hélène Bretin, Laurence Kotobi, « Inégalités contraceptives au pays de la pilule », *Agone*, 2016/1 (n° 58), p. 123-134.

⁶⁹ État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée, HAS, op. Cit., p.8.

⁷⁰ HAS, op. Cit., p.11.

f) Cadres alternatifs d'explication aux IVG réitérées

Peu d'études ont été menées en sociologie sur la réitération des IVG (NOVAES, 1982 ; LACOURSE, 1991). La thèse de Marie Mathieu (2016) montre cependant que derrière les chiffres de ce phénomène social se cachent des réalités bien différentes. La sociologue rappelle tout d'abord que cette même catégorie réunit des avortements de rangs différents, séparés par des intervalles de temps plus ou moins longs. 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).

Ce premier retour sur les statistiques permet à la sociologue de souligner que, bien loin des représentations communément véhiculées autour des pluri-avortées, l'avortement n'est pas, dans la très grande majorité des cas, considéré comme la principale méthode de contrôle des naissances utilisée par les femmes. C'est la répétition « rapide » de plusieurs IVG qui laisse suspecter, chez les professionnel.le.s de santé, une attitude de moindre observance des exigences planificatrices telles qu'elles sont définies socialement, tandis qu'iels sont plus disposé.e.s à trouver une explication à deux avortements éloignés dans le temps, décidés pour des raisons différentes dans les événements de la biographie génésique, conjugale, amoureuse et sexuelle des femmes.

La thèse de Marie Mathieu montre bien la pluralité des circonstances conduisant à avoir recours plusieurs fois à l'avortement au cours de sa vie. Elle déconstruit l'idée que le recours répété à l'avortement serait propre à un seul groupe de femmes. La « fiction de l'imprudence » (GUSFIELD, 1981) est, par ailleurs, intériorisée par les femmes pluri-avortées qui considèrent ne pas avoir été assez rigoureuses dans leur « travail contraceptif ». Ces femmes effectuent une opposition entre modes légitimes de contrôle de leur fécondité et avortement. Souscrivant ainsi au modèle normatif en matière de contrôle des naissances, elles formulent à leur propre égard des critiques violentes concernant cette « imprudence ». Connaissant la « tare de caractère » (GOFFMAN, 2010 : 14) comme les stigmates de l'irrationalité et l'irresponsabilité, voire de la marginalité psycho-sociale ou de la maladie mentale dont elles savent qu'elles peuvent être frappées (MATHIEU et RUAULT, 2014 : 56), elles adoptent des stratégies discursives pour se comparer aux femmes avortées dites « normales » (qui avorteraient une seule fois, ou seulement du fait d'accidents de contraception). Elles ont intériorisé la nécessité d'effectuer un « travail de santé » (CRESSON, 1995) en matière de contrôle des naissances, contrairement aux représentations qu'en ont les professionnel.les de santé⁷¹.

⁷¹ 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. Marie Mathieu, 2016, op.cit.

L'analyse de l'effectuation de ce travail contraceptif tient compte des rapports sociaux au sein duquel il s'inscrit, comme des difficultés rencontrées par les femmes dans l'articulation de ce travail avec les autres activités de leur quotidien⁷². Plus particulièrement, l'attention de la sociologue est portée sur les conditions conduisant à l'omission de la prise de pilule⁷³. Cette analyse est un apport considérable dans la déconstruction de la « vision téléologique de l'histoire » de la contraception (PAVARD, 2012 :15), considérée comme source d'émancipation pour les femmes.

Sur notre terrain, la question de la « récurrence » des IVG a été plusieurs fois évoquée par les professionnel.le.s de santé. Certain.es s'efforcent, comme Thérèse, d'en comprendre les ressorts en plaçant la focale de l'analyse non pas sur les profils psychologiques des femmes, mais sur les possibles effets des méthodes employées pour interrompre les grossesses. Thérèse s'interroge notamment sur l'idée qu'une IVG médicamenteuse, effectuée à un âge gestationnel précoce (avant 8 SA), pourrait être vécue comme un acte médical si banal qu'il en viendrait à être effacé de la mémoire des femmes :

« Faudrait faire une étude là-dessus, sur les femmes qui auraient eu une première IVG médicamenteuse... A l'équipe de Strasbourg qui ne fait que de la médicamenteuse, je leur avais dit : 'Est-ce que vous savez si vous avez moins d'itératives, vous ?'. (...) Ce serait intéressant ! Puisque l'accompagnement en établissement de santé est pas le même (...), quelle est la mémoire que les femmes peuvent garder ? Est-ce que si on fait des IVG médicamenteuses plus tardivement dans la grossesse, on aura moins d'itératives ? (...) Tout ça, c'est des questions, on sait pas dans quoi on part. »

Cet extrait d'entretien a ceci d'intéressant qu'il contient en puissance les questionnements les plus ambivalents sur les conditions de la prise en charge de l'IVG dans les représentations des professionnel.le.s de santé. En effet, dans l'ensemble de son propos, Thérèse questionne la manière dont la douleur liée à l'interruption par voie médicamenteuse est prise en compte dans les parcours d'IVG. Rejoignant un questionnement professionnel assez répandu⁷⁴, elle s'interroge sur la façon

⁷² Notamment, la thèse analyse les conditions de mésusages du préservatif. Généralement employé seul lorsque les femmes ont une relation occasionnelle ou en début de relation, pour se protéger aussi des maladies sexuellement transmissibles, le préservatif permet de partager la responsabilité de la contraception ; il passe aussi pour être une alternative à la contraception hormonale, mais il est vécu par d'autres comme moyen de contraception par défaut. Ainsi, la question de revendication du plaisir dans l'acte sexuel est souvent présentée du point de vue masculin. Portée aussi par les femmes, elle conduit les couples à faire un usage pas toujours très « rigoureux » du condom. Bien que le préservatif soit un moyen de contraception *male-directed* selon la classification de Lawrence Diller et Wylie Hembree (1977), il peut faire l'objet d'une difficile négociation au sein d'une relation.

⁷³ Les femmes pluri-avortées témoignent de leur crainte des répercussions de ce contraceptif sur leur santé physique, et leur état psychologique. Elles rapportent leur méfiance vis-à-vis des effets secondaires, notamment lors d'une utilisation de la pilule, avec en combinaison avec le tabac, mais font également part de préoccupations écologiques et de leur crainte de l'infertilité. 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 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 symptôme-thermique) pour assurer leur autonomie sexuelle et procréative.

⁷⁴ Les études ont montré que l'expérience de la douleur suite à une IVG médicamenteuse varie selon les dosages de mifepristone prescrits, mais aussi l'âge des femmes : l'intensité des douleurs rapportées décroît avec l'âge. Le terme de la grossesse, les antécédents de grossesse et d'accouchement, le niveau d'anxiété ou de dépression dans le vécu de l'IVG (lui-même fonction du degré d'adhésion à la décision d'avorter et au choix libre et éclairé de la méthode abortive) ont en outre une influence sur l'expérience de la douleur. L'intensité de celle-ci est aussi associée au niveau habituel des douleurs menstruelles. La quantité perçue de saignements, elle-même

dont l'attitude des équipes et l'agencement des espaces dédiés à l'orthogénie ont des répercussions sur la manière dont les femmes vivent leur IVG, ainsi que sur les effets produits dans la suite de leur vie génésique. Ce questionnement rejoint l'hypothèse selon laquelle une IVG médicamenteuse à un âge gestationnel avancé pourrait être traumatisante pour les femmes, notamment lorsqu'elles sont amenées à visualiser les structures embryo-foetales ou le « produit de l'expulsion » dans les toilettes (BOLTANSKI, 2004 : 201). La formulation du questionnement de Thérèse est équivoque ; elle peut laisser entendre, en creux, que cet effet traumatique serait pensé, sinon souhaité, dans les choix organisationnels des services d'orthogénie, et que l'aménagement d'un temps d'attente pour l'intervention médicale dans le parcours des femmes contribuerait (via cet effet traumatique) à la baisse du nombre des IVG itératives. Cette équivoque rejoint l'ambivalence des propos du Professeur Nisand justifiant son choix de procéder aux IVG dans son service à Strasbourg, pour toutes les femmes, exclusivement par voie médicamenteuse, jusqu'à 14 SA, avec cet argument que l'anesthésie génère un « *blanc traumatisant* »⁷⁵ dans la mémoire des femmes. Il n'est pas question, ici, d'évaluer l'un ou l'autre de ces choix organisationnels et/ou idéologiques : nous soulignerons seulement que les professionnel.le.s de santé investissent de leurs propres représentations les instruments et les dispositifs de la prise en charge en leur prêtant certains effets, facilitant ou dissuasif. Ces représentations, différenciées selon les rôles dans la division du travail abortif et selon les trajectoires professionnelles, feront l'objet d'un chapitre dans la dernière partie de cette thèse.

CONCLUSION

Dans ce chapitre, une double perspective a été adoptée, croisant la présentation des données épidémiologiques régulièrement publiées dans les rapports officiels sur le recours à l'IVG en France, (DREES, INED), à une analyse plus réflexive des catégories qui dominent la structuration de ces dernières. Cela a servi à souligner la manière dont ces dernières contribuent à construire l'ordre symbolique de la « culture du problème public » de l'IVG dans la perspective des travaux de Joseph Gusfield. Dans le tableau qu'elles dressent de la pratique de l'IVG en France de nos jours, les femmes sont présentées comme l'agent causal principal du problème dans cette forme de « dramaturgie ». Celle-ci désigne plus particulièrement certains types d'IVG (celles qui sont réitérées, celles qui sont réalisées « tardivement », et, conjointement, certaines catégories d'individus comme personnages-clés de « l'action » (les mineures, les plus précaires, les femmes ayant recours plusieurs fois dans leur vie à l'IVG, les femmes qui avortent hors délais). Cette « forme de rhétorique » saisit le problème

très variable, influence le vécu du parcours d'IVG également. Cf. (SAUREL-CUBIZOLLES, *et al.* 2016 ; CHAUMETTE, 2014 ; LOPPION, 2006).

⁷⁵ « Droit des femmes. IVG médicamenteuse contre IVG chirurgicale ? », *L'Humanité*, 26 avril 2011.

comme étant intolérable, transformable par l'action humaine : elle appelle un certain nombre de mesures destinées à le résoudre. Plus spécifiquement, elle vise à convaincre de la nécessité de soutenir les politiques publiques destinées à prévenir les grossesses non désirées, en renforçant l'accès à l'information et à la contraception.

Nous avons souhaité montrer que cette forme de rhétorique était le produit d'un choix des autorités qui exigent des institutions médicales qu'elles recueillent ce type de données. Dans la perspective de Gusfield, s'alignant sur les travaux de Cicourel et Kitsuse (1963) et de Merton (1968), nous soutenons qu'au travers de la fabrication des statistiques, cette forme de rhétorique sous-tend le processus de catégorisation de la « déviance légale » construite par la loi de 1975.

Mais l'action peut aussi être lue dans une perspective différente, par d'autres actrices qui choisiront d'opérer une modulation alternative des ratios « actes/scène », « acte/intentions », « acteurs/agencement » (CÉFAÏ, in GUSFIELD, 2009 : 219-318). Nous avons envisagé quelques-unes des catégories proches de l'expérience des femmes qui pourraient rendre compte cette modulation alternative, ainsi que s'y sont attelés certains travaux scientifiques attestant qu'il n'existe pas de populations « à risque » d'IVG, et qu'au contraire 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). Ce sont ces modulations alternatives qui sont notamment opérées par les militant.es féministes et les professionnel.le.s de santé impliqué.e.s dans l'activité d'orthogénie, qui souhaitent que cette dernière se voit normalisée dans l'organisation de l'offre de soins en santé sexuelle et reproductive. Et c'est dans cette optique de « normalisation » de l'activité d'orthogénie, que nous entendons comme mouvement de « physiologisation » de l'IVG, que s'inscrivent les luttes des sages-femmes pour accroître leur légitimité à intervenir avec davantage d'autonomie dans l'offre de soins d'IVG. Dans le chapitre suivant, nous allons montrer qu'à l'heure actuelle, l'assise de l'activité d'orthogénie demeure faible dans le système de soins français.

CHAPITRE II. Evolution de l'offre de soins en matière d'orthogénie

Dans ce chapitre, nous dresserons l'état actuel de l'offre de soins en matière d'IVG ainsi que ses récentes évolutions, en continuant d'adopter la perspective d'analyse de la « culture des problèmes publics » proposée par Joseph Gusfield. Cette description vise à rendre compte du champ de forces, des ressources disponibles et des structures sociales de la prise en charge médicale de l'IVG de nos jours en France. Présenter les paramètres de « l'action », leur configuration actuelle, ainsi que les « agents » en présence et l'« agencement » de l'action est une étape incontournable de notre argumentation. En effet, cette étude des « clefs dramatiques »¹ de l'action est nécessaire pour comprendre ensuite les modes d'attribution des causes du problème public de l'IVG adoptés par les sages-femmes pour faire reconnaître leur légitimité professionnelle dans le monde social de l'orthogénie et, plus spécifiquement pour la frange la plus militante d'entre elles, dans l'espace de la cause de l'IVG. La connaissance du contexte social de la prise en charge de l'IVG en France aujourd'hui implique de retracer les choix organisationnels et institutionnels destinés à améliorer l'efficacité des politiques publiques de santé, en matière de périnatalité et de santé sexuelle et reproductive plus particulièrement. C'est dans ce contexte social que prennent sens ce que Gusfield nomme les « performances culturelles », ici, celles des sages-femmes, pour dénoncer, au travers de formes particulières de langage, leur position de domination dans le champ médical, et pour faire valoir, face aux groupes professionnels concurrents, leurs rôles, leurs statuts et leurs compétences dont le champ s'est progressivement élargi. Ce contexte social s'insère, il ne faut pas l'oublier, dans un horizon culturel façonné par l'histoire de la construction du groupe professionnel (SAGE PRANCHÈRE, 2017).

En France, donc, depuis 1975, le cadre législatif et réglementaire en matière d'IVG s'est progressivement adapté à l'évolution de la société. En parallèle, les conditions d'accès à l'avortement se sont assouplies, et les modalités de réalisation de l'IVG ont considérablement évolué. Pourtant, de nombreux rapports publics font régulièrement état des insuffisances et des dysfonctionnements de l'offre de soins. Ces rapports mentionnent le fait que, concernant l'offre médicale de cet acte considéré par (presque) tous les professionnels de santé comme n'étant « pas anodin », aucune réelle organisation des soins n'a été mise en place². Les inégalités d'accès et de réalisation de l'IVG,

¹ CEFAÏ Daniel, « La fabrique des problèmes publics. Boire ou conduire, il faut choisir ! », préface de Joseph Gusfield, *La Culture des problèmes publics. La production d'un ordre symbolique*, op. Cit. p. 255.

² L'organisation des soins est entendue comme l'approche, prégnante de nos jours dans l'élaboration des programmes régionaux de santé des ARS, qui entend cartographier les étapes du trajet des patient.es tout au long de leur parcours de santé, avec une optique d'optimiser un accès aux « bons soins », dispensés par « les bons professionnels », dans « les bonnes structures », « au bon moment » et « au meilleur coût » (« L'organisation des parcours de soins, de santé, de vie », www.ars.sante.fr, 2 octobre 2018). L'organisation

notamment en milieu rural, sont régulièrement pointées du doigt. L'activité s'étant concentrée dans les établissements les plus importants³, il existe de véritables goulots d'étranglement, dans certaines zones géographiques et en particulier dans les grandes villes où les délais d'attente pour les femmes restent trop élevés et d'autant plus selon certaines périodes de l'année.

Cet état de l'offre de soins en orthogénie sera replacé dans le contexte plus large de la politique globale de regroupement et de concentration de l'offre de soins relative au système hospitalier. C'est dans ce contexte que s'inscrivent le mouvement de restructuration des maternités et de l'offre en gynécologie obstétrique, et celui d'une concentration de l'activité d'IVG vers le secteur hospitalier public pour la méthode chirurgicale, et d'un essor du recours au dispositif médicamenteux d'une manière générale, dont nous verrons qu'elle s'impose progressivement en médecine de ville.

A. UNE POLITIQUE GLOBALE DE REGROUPEMENT ET DE CONCENTRATION RELATIVE AU SYSTEME HOSPITALIER

Depuis la seconde moitié des années 1980, des innovations technologiques médicales et médicamenteuses ont transformé les modes de prise en charge en faveur de l'hospitalisation partielle. Un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) sont dès lors effectuées en dehors du cadre traditionnel de l'hospitalisation complète. La loi hospitalière n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a consacré cette évolution en prévoyant explicitement la création de structures de soins alternatives à l'hospitalisation complète, qui comprennent les activités de soins dispensées par les structures d'hospitalisation partielle de jour ou de nuit, y compris en psychiatrie, et par les structures pratiquant l'anesthésie, la chirurgie ou la médecine ambulatoires.

en parcours permet notamment de répondre au développement croissant des maladies chroniques et aux situations de perte d'autonomie. Or, rien de tel n'a été structuré pour l'IVG. La création en 1993 d'un statut dérogatoire de praticien contractuel (pérennisant au-delà de deux ans les contrats prévus dans la plupart des autres activités médicales) afin d'augmenter et d'harmoniser la rémunération des médecins pratiquant les IVG, a constitué une première mesure d'organisation des soins. L'obligation, instaurée par la loi du 4 juillet 2001, d'organiser cette activité au sein du service de gynéco-obstétrique en supprimant les deux derniers alinéas de l'article L. 2212-8 CSP prévoyant la possibilité pour le conseil d'administration de créer une unité dotée de moyens lorsque le chef de service refusait d'assumer la responsabilité de l'activité IVG relève également d'une stratégie d'organisation des soins dans ce domaine. La suppression de ces deux alinéas instaure l'obligation d'organiser dans les services concernés l'activité relative aux IVG. L'article R 2212-4 du CSP précise les services (gynécologie obstétrique ou chirurgie) appelés à assurer cette obligation. Les responsables de ces services peuvent recourir à la clause de conscience s'ils ne veulent pas pratiquer personnellement les interruptions de grossesse. Toutefois, la pratique des IVG étant une mission de service public, le chef de service doit donc assumer l'organisation de cette activité au sein de son service dès lors que l'établissement lui en a confié la mission. En revanche, aucune mesure n'a été prise à ce jour pour la reconnaissance du statut des conseillers conjugaux et familiaux dans la fonction publique hospitalière malgré les demandes répétées des associations de professionnels et les institutions de formation au conseil conjugal et familial. (Rapport du groupe de travail n°2 portant sur l'organisation du système de soins en matière d'IVG, Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, janvier 2011, p.5.

³ Et la politique de regroupement et de concentration relative au système hospitalier est venue remettre en cause une activité maintenue dans une situation d'exception dans l'offre de soins.

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) promulguée le 21 juillet 2009 et publiée au Journal Officiel du 22 juillet a par la suite induit, dans un même souci de l'efficacité de l'organisation des soins à l'échelle nationale, d'importantes évolutions organisationnelles. Elle a défini une nouvelle organisation sanitaire et sociale, visant l'amélioration de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Elle affirmait une volonté politique de moderniser le fonctionnement, l'organisation, la qualité de la prise en charge ainsi que la sécurité des soins dans les établissements publics de santé en faisant de la coopération, de la performance, de la prévention et de la santé publique les axes principaux d'une organisation territoriale du système de santé elle-même totalement refondue⁴.

Dans cette même veine, les formes de prise en charge ont structurellement évolué vers des alternatives à l'hospitalisation complète. L'offre de soins a été contrainte de s'inscrire dans la logique du « virage ambulatoire » encouragé par la loi de modernisation de notre système de santé en 2016 pour recentrer l'hôpital sur les activités de soins, et non plus sur l'hébergement. La chirurgie ambulatoire oblige les acteurs de santé à « quitter une logique de silos » (PLANEL, VARNIER, VERAN, 2017) pour aller vers des modes d'organisation qui réduisent les risques d'infections nosocomiales associées aux soins, permettent un gain d'efficacité et d'optimisation des temps d'utilisation des infrastructures (blocs opératoires, lits, etc.) tout en réduisant les coûts. Le virage ambulatoire suppose donc l'intervention d'une pluralité d'acteurs et de lieux (établissements de santé, professionnels libéraux, établissements médico-sociaux) en imposant des efforts de coordination importants tout au long des étapes de la prise en charge des patients. Dès 2012, le développement de la chirurgie ambulatoire a été inscrit dans la contractualisation de l'État avec les ARS pour la période 2012-16, dans une perspective de réduction des écarts entre les régions.

I. Augmentation des hospitalisations partielles

La DREES a montré, dans un document en date de 2021⁵, que cette volonté de réorganiser l'offre, traduite en pratique par l'évolution des formes de prise en charge avec le virage ambulatoire, a eu pour conséquence un mouvement général d'augmentation des hospitalisations partielles⁶. Cependant, selon le mode de prise en charge, la répartition entre les grandes disciplines médicales varie fortement⁷. En parallèle, un mouvement global de fermeture de lits dans les établissements

⁴ Avec la création d'instruments de déclinaison des politiques de santé en région comme les agences régionales de santé, et les systèmes d'information.

⁵ Panoramas de la DREES santé, *Les établissements de santé*, 2021.

⁶ Soit 29 000 places de plus entre 2003 et 2019. Pour les services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO), la progression s'est élevée à + 6,0 % par an en moyenne entre 2003 et 2013, puis cette progression a ralenti pour atteindre un rythme plus modeste (+1,6 % en 2019, contre +2,1 % en 2018). (Panoramas de la DREES santé, *Les établissements de santé*, op. Cit., p.68.

⁷ En hospitalisation complète, 86 % des séjours concernent la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), 9 % les soins de suite et de réadaptation (SSR) et 5 % la psychiatrie. En 2019, l'hospitalisation partielle augmente ainsi de 2,6 %, les cliniques privées

hospitaliers s'est effectué à un rythme assez régulier, dans la quasi-totalité des disciplines médicales⁸, à l'exception des soins de suite et de réadaptation (SSR)⁹. Il faut noter aussi des disparités selon les secteurs : la diminution des capacités en hospitalisation complète s'est effectuée à des rythmes différents dans les établissements publics (-8 %), les cliniques privées (-19 %) et les établissements privés à but non lucratif (-5 %). Des disparités départementales sont à noter également, lorsque l'on observe les densités de lits et de places en hospitalisation complète (toutes disciplines confondues)¹⁰.

En 2019, l'hospitalisation partielle en court séjour continue de progresser à un rythme légèrement plus élevé qu'en 2018 (+3,7 %, contre +2,8 % en 2018). L'essor de la chirurgie ambulatoire (+4,0 % en 2019) est sensible dans tous les secteurs. Cela se traduit là encore par une baisse du nombre de lits : en court séjour de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)¹¹ où le développement de l'hospitalisation partielle est particulièrement important, le nombre de lits a fortement diminué en 16 ans (-34 000 lits)¹² pour atteindre le chiffre de 202 000 lits en 2019.

Sous l'effet de ces réorganisations et restructurations, le nombre d'entités géographiques de statut public ou privé a baissé dans l'ensemble de 3,7 % entre 2013 et 2019. Cette évolution est plus marquée pour les hôpitaux publics (-4,6 %)¹³ contre -3,6 % pour les d'entités géographiques de statut privé à but lucratif. Le nombre d'établissements privés à but non lucratif a également diminué depuis 2013, mais à un rythme plus modeste (-2,0 % durant la même période).

à but lucratif contribuant pour 75 % à cette progression, par opposition aux établissements publics, où elle ne progresse que très légèrement (+0,1 %). Tous statuts d'établissements confondus, la hausse de l'hospitalisation partielle atteint 5,6 % en moyen séjour (SSR) et 3,7 % en court séjour (MCO). Le nombre de journées d'hospitalisation complète continue de diminuer en 2019 (-1,1 %, après -1,0 % en 2018). En 2019, c'est en SSR que cette diminution est la plus marquée (-1,3 %), en particulier dans les hôpitaux publics (-3,0 %).

⁸ Entre 2003 et 2019, le nombre de lits d'hospitalisation complète installés, tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 468 000 à 393 000, service de santé des armées (SSA) et établissements de Mayotte compris.

⁹ Panoramas de la Drees santé, *Les établissements de santé*, op. Cit., p.24.

¹⁰ Les départements où la densité de lits en hospitalisation complète est la plus forte sont essentiellement situés dans le centre de la France (Allier, Cantal, Corrèze, Creuse, Haute-Vienne, Indre, Lozère, Nièvre, Puy-de-Dôme, Saône-et-Loire), Pyrénées Atlantiques, Hautes Pyrénées et Pyrénées Orientales, le Sud-Ouest, et dans les Alpes de Haute Provence, Alpes Maritimes, Hautes-Alpes, Bouches du Rhône, Hérault pour la région PACA (Ibid., p.26). A l'Ouest, c'est dans les départements du Finistère et de l'Orne que ces densités sont les plus fortes. A l'Est, c'est dans la Meurthe et Moselle et dans le Territoire de Belfort. Il faut avoir à l'esprit, cependant, que l'ampleur des disparités en nombre de lits et de places entre départements diffère selon la discipline : elle est plus faible en court séjour qu'en psychiatrie ou en moyen séjour. Ces différences notables dans la densité de lits en hospitalisation complète est l'une des illustrations de ce que les approches géographiques des questions de santé ont mis en lumière depuis longtemps (VIGNERON, 2011).

¹¹ En MCO, un séjour d'une durée inférieure à un jour est classé en hospitalisation de moins de un jour, également appelée hospitalisation partielle, quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge. Un séjour d'une durée supérieure à un jour est classé en hospitalisation de plus de un jour, encore appelée hospitalisation complète. Dans les autres disciplines, les séjours sont classés en fonction de l'autorisation rattachée à l'unité d'hospitalisation.

¹² Mais ce sont surtout les capacités d'accueil en long séjour qui ont subi une forte baisse, passant de 80 000 lits en 2003 à 31 000 lits en 2019, en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Cette baisse résulte de l'application de la circulaire de novembre 2008 relative à la partition des unités de soins de longue durée (USLD) d'après la circulaire DHOS/02/F2/DGAS/2C/CNSA n° 2008/340 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006, modifiée concernant les USLD.

¹³ Cette diminution a concerné principalement les unités de soins longue durée (USLD), ainsi que d'anciens hôpitaux locaux. Cf Panoramas de la Drees santé, *Les établissements de santé*, op. Cit., p. 8.

II. La restructuration des maternités

Cette politique globale de regroupement et de concentration relative au système hospitalier s'est déclinée dans le champ de la naissance et de la périnatalité¹⁴. Un mouvement de restructuration des maternités s'est inscrit dans cette orientation globale, qui a eu des incidences sur la déclinaison de l'offre d'IVG dans les services de gynécologie et d'obstétrique pour les établissements hospitaliers, et en médecine de ville.

1. Les plans périnatalité

La première étape de ce mouvement débute en mars 1972 avec la parution du décret Dienesch, applicable aux cliniques privées d'accouchement, qui impose des normes de sécurité très détaillées pour les locaux et le plateau technique¹⁵. Des normes identiques sont mises en œuvre dans le secteur public, la même année¹⁶. La seconde étape est amorcée avec la parution des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998, (désormais articles D. 6124-35 et suivants du CSP), qui définissent de manière réglementaire trois types de maternités pour la prise en charge les grossesses selon le niveau de risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né. L'objectif est d'orienter les femmes enceintes vers les structures adaptées en fonction de ces niveaux de risque, grâce à un suivi prénatal précoce. Ces dispositions ont été complétées par les plans Périnatalité 1995-2000 et 2005-2007¹⁷.

a) Un mouvement régulier de concentration et de spécialisation

Dans le secteur privé, la parution en 1972 du décret Dienesch a entraîné la disparition de nombreuses petites cliniques obstétricales souvent tenues par des sages-femmes. Dans le secteur public, ce sont les maternités des hôpitaux locaux, placées sous la responsabilité de médecins généralistes, qui ont été touchées. Avec l'application des décrets Périnatalité du 9 octobre 1998, la diminution du nombre de maternités de type 1 s'est poursuivie entre 1996 et 2019 au profit des

¹⁴ Pour approfondir la connaissance du champ de la naissance en France et son évolution récente, on pourra consulter (BAUBEAU *et al.* 1999 ; BLONDEL *et al.* (dir.), 2017 ; BUISSON, 2003 ; FRESSON *et al.* 2017 ; RUFFIÉ *et al.*, 1998 ; CHARRIER *et al.*, 2013 ; JACQUES, 2007.

¹⁵ Quinze lits minimum étaient alors requis pour obtenir l'autorisation d'exercice d'une maternité.

¹⁶ En raison de la baisse de la natalité, le nombre d'accouchements a diminué de 73 000 entre 2009 et 2019 pour la France entière. Au cours de cette période, la proportion d'accouchements réalisés dans les maternités publiques a progressé, passant de 65 % en 2009 à 71 % en 2019, avec une baisse conjointe de la proportion d'accouchements en clinique privée à but lucratif, de 27 % à 20 %. Panoramas de la Drees santé, *Les établissements de santé*, fiche n°23, « les maternités », op. Cit. pp.131-134.

¹⁷ Quatre types de maternité sont ainsi définis : un établissement est dit de type 1 s'il possède un service d'obstétrique, de type 2a s'il dispose aussi d'un service de néonatalogie, de type 2b s'il comprend en plus un service de soins intensifs néonataux et de type 3 s'il dispose d'un service de réanimation néonatale sur le même site que les trois services précédents (obstétrique, néonatalogie et soins intensifs néonataux). La taille des maternités augmente avec le type de spécialisation. Ainsi, en 2019, en France métropolitaine, hors SSA, une maternité de type 1 pratiquait en moyenne 784 accouchements par an, une maternité de type 2a, 1 423 accouchements, une maternité de type 2b, 2 007 accouchements, et une maternité de type 3, 3 240. Panoramas de la Drees santé, *Les établissements de santé*, fiche n°23, « les maternités », op. Cit. pp.131-134.

maternités de types 2 et 3. En France métropolitaine, le nombre de maternités est passé de 1 369 en 1975 à 814 en 1996¹⁸. Au 31 décembre 2019, 481 maternités sont recensées en France métropolitaine et dans les DROM (491 en 2018) : 184 maternités dites de type 1, 142 de type 2a, 88 de type 2b et 67 de type 3¹⁹.

Cette restructuration conduit donc à une concentration de l'offre de soins en obstétrique vers des maternités plus spécialisées et plus grandes²⁰. 38 % des maternités métropolitaines accueillent désormais au moins 1 500 accouchements dans l'année, contre 13 % en 1996. En parallèle, seulement 3 % d'entre elles prennent en charge moins de 300 accouchements dans l'année²¹, alors que cette proportion était de 12 % en 1996. Ces différentes maternités totalisent 15 100 lits d'obstétrique au 31 décembre 2019 et ont réalisé 740 000 accouchements²². Le taux d'utilisation des lits des maternités a donc fortement augmenté durant cette période²³, et, parallèlement, la durée moyenne de séjour a diminué : elle est passée de 8,0 jours en 1975 à 5,3 jours en 1996, puis à 4,6 jours en 2019. Ces restructurations se traduisent par la croissance de la part des accouchements effectués dans les maternités de types 2 et 3. Le tableau suivant montre clairement le mouvement de concentration des accouchements vers les plus grosses maternités de type 2 et 3. A titre de comparaison, il est intéressant de noter qu'en 1996, la part des accouchements réalisés dans les maternités métropolitaines de types 2 ou 3 (hors SSA) s'élevait à 43 %.

¹⁸ Dans les services d'obstétrique, le nombre de lits a quasiment été divisé par deux depuis trente ans. Au cours de la même période, le nombre de naissances a fortement évolué : après avoir culminé à 802 000 en 2010 pour la France métropolitaine, il diminue depuis de façon continue, pour atteindre 714 000 en 2019. (Panoramas de la Drees santé, *Les établissements de santé*, op. Cit., fiche n°23, « les maternités », pp.131-134).

¹⁹ Les maternités de type 2a, 2b ou 3 sont presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif : 71 % des maternités de type 2a, 91 % des maternités de type 2b et 100 % des maternités de type 3. Elles concentrent 76 % des lits et 81 % des accouchements, contre 43 % en 1996. Quant aux maternités de type 1, six sur dix sont publiques ou privées à but non lucratif en 2019, contre la moitié en 2009.

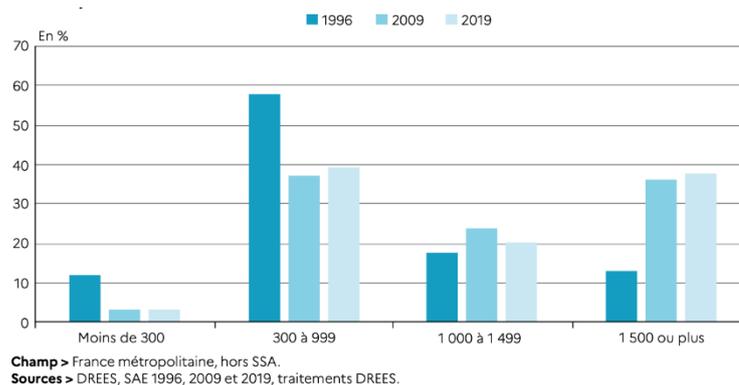
²⁰ Les maternités disposant d'un service de néonatalogie, de soins intensifs néonataux ou de réanimation néonatale (types 2a, 2b ou 3) représentent 62 % des 481 maternités de France métropolitaine et des DROM (y compris SSA) en 2019.

²¹ Ces maternités se situent majoritairement dans des départements montagneux (Savoie, Corse) ou ruraux (Ariège, Aveyron, Cantal, Corrèze, Dordogne)

²² Non compris les 4 500 accouchements hors établissements et transférés en service d'obstétrique et les 1 500 accouchements de maternités ayant fermé au cours de l'année 2019.

²³ Il est passé de 22 à 49 accouchements annuels par lit, en moyenne, entre 1975 et fin 2019.

Répartition des maternités selon leur nombre annuel d'accouchements en 1996, 2009 et 2019



Source : Panoramas de la Drees santé, *Les établissements de santé*, fiche n°23, « les maternités », 2021.

La généralisation des accouchements dans les plus grosses maternités est telle qu'elle est devenue une norme (CHARRIER, CLAVANDIER, 2013 : chapitre 4). Nous montrerons, dans la quatrième partie de ce manuscrit, comment ces changements, au sein d'une organisation fondée sur la sécurisation de la naissance, rejaillissent sur la division du travail entre professionnel.le.s qui interviennent auprès des femmes dans le champ de la santé sexuelle et reproductive. La technicisation des actes, pendant de la professionnalisation et de la médicalisation de la naissance, a en effet une incidence sur les dynamiques professionnelles au sein du groupe professionnel des sages-femmes, et sur la manière dont elles investissent le segment de l'orthogénie.

B. UN MOUVEMENT DE CONCENTRATION DE L'ACTIVITE D'IVG

Contrairement aux Pays-Bas qui ont prôné la mise en place de centres spécialisés et autonomes (initialement, pour des raisons essentiellement religieuses) ou au Québec qui a développé des maisons de santé en charge de la contraception et de l'avortement (MATHIEU, 2016), la prise en charge des IVG en France s'est construite par intégration aux services de gynécologie- obstétrique des maternités (COLLET, 2011 : 89). En 2007, l'enquête de la DREES sur les recours à l'IVG avait montré que 80 % des services IVG étaient intégrés à un service de gynécologie-obstétrique. Les services consacrés exclusivement à cette seule activité étaient minoritaires (2 % dans le secteur privé et 12,7 % dans le public) (VILAIN, 2009). Cette construction de la prise en charge induit une situation de subordination vis-à-vis des services des maternités : l'IVG n'est pas une activité autonome au sein du système de soins. Les structures de prise en charge de l'IVG occupent presque toutes des positions marginales, non prioritaires dans les établissements de santé. Notre enquête a montré qu'encore aujourd'hui, ces structures disposent rarement de moyens humains, financiers et matériels dédiés. (AUBIN *et al.*, 2009). Une sage-femme nous explique comment l'activité d'orthogénie a été intégrée

dans les locaux de l'établissement de santé de la ville moyenne (P.) où elle exerce, après un déménagement de la maternité :

« On avait l'ensemble de la prise en charge, mais dans des conditions... inacceptables ! On n'avait qu'un bureau au départ, au sein des grossesses pathologiques... On réalisait la deuxième consultation médicale pré-IVG dans une salle de soins, où il y avait la pharmacie générale de toute la maternité. (...) Y avait du passage tout le temps. Que ce soit pour l'IVG, l'interruption médicale de grossesse, ou la mort fœtale... Quand t'es en train de donner la Mifegyne, et que t'as la collègue qui est en train de venir préparer un produit à côté... C'était des conditions vraiment pas terribles du tout. On a gratté au fur et à mesure... La cadre avait bien compris qu'il nous fallait un bureau... Au bout d'un moment, elle a viré le bureau des internes... Ils se sont retrouvés dans un cagibi (elle rit)! Et on l'a récupéré pour faire salle d'attente, au milieu. Donc, pour cette deuxième consultation, on a au moins une salle d'attente spécifique... Et donc, on a un bureau d'entretiens... Mais il m'a fallu encore du temps, parce que c'est cet été que j'ai réussi à ENFIN avoir une table d'examen... C'était en février 2010, le déménagement, hein !!!! (rires) »

Entretien avec Xavière, SF (ANSFO), congrès des sages-femmes libérales, novembre 2018.

I. Diminution du nombre d'établissements pratiquant des IVG

L'évolution de l'offre de soins en orthogénie est donc liée à celle des maternités. Aussi, la réduction continue sur l'ensemble du territoire du nombre de maternités observée ces dernières années (ARNAULT et EXERTIER, 2010) est susceptible d'avoir eu un impact sur la prise en charge des IVG. En effet, l'offre d'IVG s'est progressivement concentrée sur un nombre réduit d'établissements de santé. Tout d'abord, du fait du peu d'attractivité de l'activité elle-même, et malgré le décret du 18 janvier 1988 qui oblige tout établissement disposant d'un service de chirurgie à se doter des moyens de pratiquer des IVG, le nombre des établissements qui pratiquent effectivement cette activité²⁴ a fortement diminué : ceux-ci n'étaient plus que 639 en 2006 contre 729 en 2000. 130 établissements pratiquant les IVG ont fermé en France²⁵ entre 2001 et 2011²⁶, et ce mouvement s'est poursuivi dans la décennie suivante, pour atteindre près de 8 % de fermetures en dix ans (COSTIL *et al.*, 2019). Ce sont principalement les petits établissements et les cliniques privées qui ont dû cesser ou réduire leur activité.

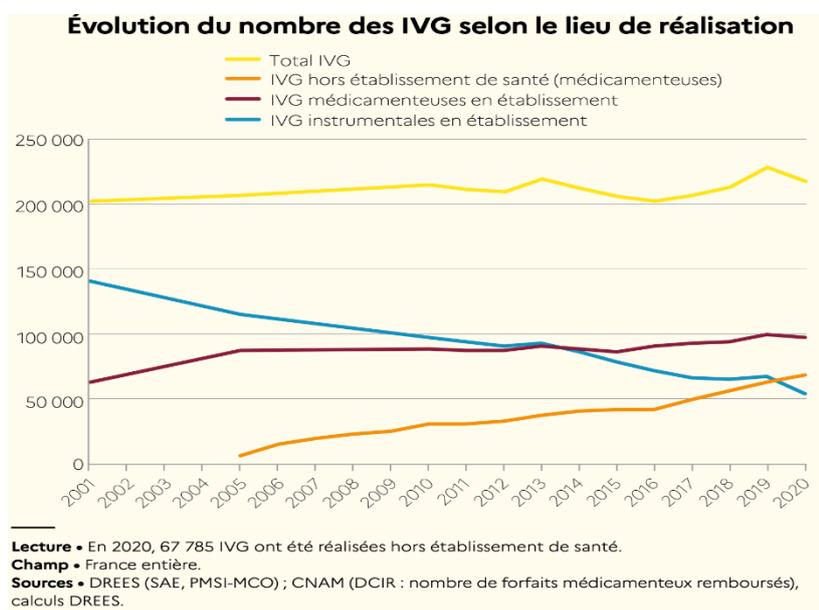
²⁴ Claire Aubin, Danièle Jourdain Menninger, Laurent Chambaud Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), *La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse*, 2009, p. 5 ; *Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001*, IGAS, RM2009-112P.

²⁵ Sur le territoire où s'est principalement située notre enquête de terrain, la Bourgogne, cette diminution a atteint 14 % entre 1996 et 2007 (COLLET, 2011 : 91).

²⁶ Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes, *Rapport relatif à l'accès à l'IVG, volet 2 : Accès à l'IVG dans les territoires*, rapport n° 2013-1104-SAN-009, 7 novembre 2013, p.50 (op. Cit?)

II. Désengagement du secteur privé dans l'activité d'IVG

Étant donné que la demande d'IVG reste stable, la diminution de l'offre de soins a conduit à une très forte concentration de la pratique de l'IVG sur les établissements de santé restants : en 2013, 5 % des établissements effectuent près d'un quart des IVG²⁷. Les restructurations hospitalières et le mouvement continu de fermetures des maternités, particulièrement ciblées sur les structures de petite taille et les cliniques privées (ARNAULT et EXERTIER, 2010), se sont indirectement traduites par un désengagement du secteur privé lucratif de la prise en charge des IVG. La loi du 4 août 2001 avait pourtant levé les restrictions à l'activité d'IVG dans les établissements privés à but lucratif²⁸, mais ceux-ci se désengagent de l'activité d'IVG par voie médicamenteuse comme instrumentale, comme le montre le tableau suivant (VILAIN *et al.*, 2020). Seuls une poignée d'établissements privés poursuivent aujourd'hui cette activité, encore par volonté militante. Le secteur public représente désormais les trois quarts de l'activité. D'après les statistiques de la DREES, en 2019, la prise en charge des IVG hospitalières a été assurée sur 548 sites géographiques, soit 492 entités juridiques, dont plus des deux tiers sont publiques. La part de ce secteur dans la prise en charge des IVG en établissements continue de croître. En 2019, 88 % d'entre elles sont pratiquées dans le secteur public, contre 60 % en 1990.



Les structures hospitalières n'offrent pas toutes l'éventail complet des techniques d'IVG (médicamenteuses, sous anesthésie locale et générale), et le taux d'utilisation des différentes

²⁷ DREES, les établissements et les professionnels réalisant les IVG, Etudes et résultats n°712, décembre 2009, p.2.

²⁸ La complémentarité entre les secteurs public et privé était perturbée, pour l'activité d'orthogénie, par la crainte du législateur de voir certaines structures privées se muer en cliniques d'avortement. Ainsi, jusqu'en 2001, le nombre d'IVG pratiquées par une clinique ne pouvait excéder le quart du total des actes chirurgicaux et obstétricaux sous peine de fermeture administrative pendant un an (article L. 178-1 de la loi no 75-17 du 17 janvier 1975). Nous avons vu que l'existence de ce quota a pu être à l'origine d'une sous-estimation des IVG, en incitant certains médecins à les déclarer comme des interruptions médicales de grossesse. (cf chapitre 1 de cette partie)

méthodes peut varier considérablement d'un établissement à l'autre, comme le soulignent différents rapports²⁹.

III. Le dispositif médicamenteux, vecteur des transformations de la division du travail abortif

Une description préalable des parcours d'IVG selon les méthodes abortives et dans ses dimensions socio-épidémiologiques, est nécessaire pour montrer ensuite que le dispositif médicamenteux (RU 486) a engagé un remaniement des rapports entre actrices professionnel.le.s, impliqué.e.s dans la conduite de l'action publique en matière de santé sexuelle et reproductive. Investi comme support de nouvelles modalités de partage des tâches dans la division du travail abortif entre les établissements de santé et la médecine de ville, il a joué un rôle non négligeable dans les dynamiques au sein des groupes professionnels et entre les différents segments professionnels de ces derniers, et que nous présenterons dans un chapitre ultérieur.

1. L'activité d'IVG hors établissement de santé

Le dispositif médicamenteux a permis la poursuite du mouvement d'inscription de l'activité d'orthogénie dans la logique du virage ambulatoire qui voit l'hôpital se recentrer sur les activités de soins, et non plus sur l'hébergement. Dans cette logique, les modes d'organisation choisis visent un gain d'efficacité et d'optimisation des temps d'utilisation des infrastructures (blocs opératoires, lits, etc.) tout en réduisant les coûts. Le virage ambulatoire suppose donc l'intervention d'une pluralité d'acteurs et de lieux (établissements de santé, professionnels libéraux, établissements médico-sociaux). Les protocoles de prise en charge de l'IVG instrumentale aussi ont évolué, notamment par l'usage de l'anesthésie locale qui allège la procédure en permettant une durée d'hospitalisation plus courte³⁰.

Le dispositif médicamenteux fait en outre converger les objectifs des agences régionales de santé chargées de décliner en région le programme national d'action de renforcement de l'accès à l'IVG mis en place en janvier 2015, mais aussi des conseils départementaux tenus par le décret du 6 mai 2009 à l'obligation de permettre le conventionnement des centres de planification ou d'éducation familiale, des centres de santé ou des praticiens pour l'accès à l'IVG médicamenteuse. Il rencontre

²⁹ IGAS, 2009c. Voir aussi Rapport de la Commission IVG du Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2016 : IVG : État des lieux et perspectives d'évolution du système d'information, juin 2016.

³⁰ « L'interruption volontaire de grossesse sous anesthésie locale », dossier de l'ANCIC, disponible sur http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/l_ivg_sous_anesthesie_locale_m_hatchuel_la_lettre_du_gynecologue_no301_2005.pdf.

également l'intérêt des professionnels de santé libéraux, les qui y voient le moyen de rendre service à leur clientèle.

Depuis son autorisation de mise sur le marché, le dispositif médicamenteux a occasionné un très net redéploiement de l'offre de soins d'IVG. En milieu hospitalier, le nombre d'IVG chirurgicales recule progressivement depuis l'autorisation de mise sur le marché français du RU 486, et de manière générale, le nombre d'IVG diminue régulièrement en milieu hospitalier en raison d'un report des IVG médicamenteuses vers les cabinets de ville, où elles sont autorisées depuis 2004 et, dans une moindre mesure, depuis leur autorisation en mai 2009 en centres de santé ou en CPEF. Les analyses régulières des données médico-administratives montrent cet essor croissant du recours à la voie médicamenteuse, en ville ou en établissements : 30% de l'ensemble des IVG étaient ainsi réalisées en 2001, contre 47 % en 2006 et 70 % des IVG en 2019³¹. L'année 2020 s'est distinguée par une baisse marquée du nombre des IVG réalisées, durant les mois de mai et juin, mais aussi dans une moindre mesure en juillet, uniquement pour celles réalisées en établissements de santé dans les établissements de santé (public ou privé), du fait de la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVI 19 (VILAIN et al., 2021) qui a impacté la fécondité en France³², tandis que les IVG médicamenteuses hors établissement ont augmenté au même rythme que les années précédentes (67 800 contre 62 000 en 2019), dans un contexte où le recours hors milieu hospitalier a été facilité par des mesures ponctuelles³³. Le report des IVG médicamenteuses vers le secteur libéral a été massif cette année-là : 72 % des IVG ont été réalisées de façon médicamenteuse, contre 68 % en 2019. La baisse du nombre d'IVG instrumentales a été particulièrement sensible dans les établissements de santé privés : elle est passée de 24 % de l'ensemble des IVG en 2001 à 3 % en 2020.

³¹ Panoramas de la DREES santé, *Les établissements de santé*, fiche n°26, « les interruptions volontaires de grossesse », op. Cit., pp.143-147.

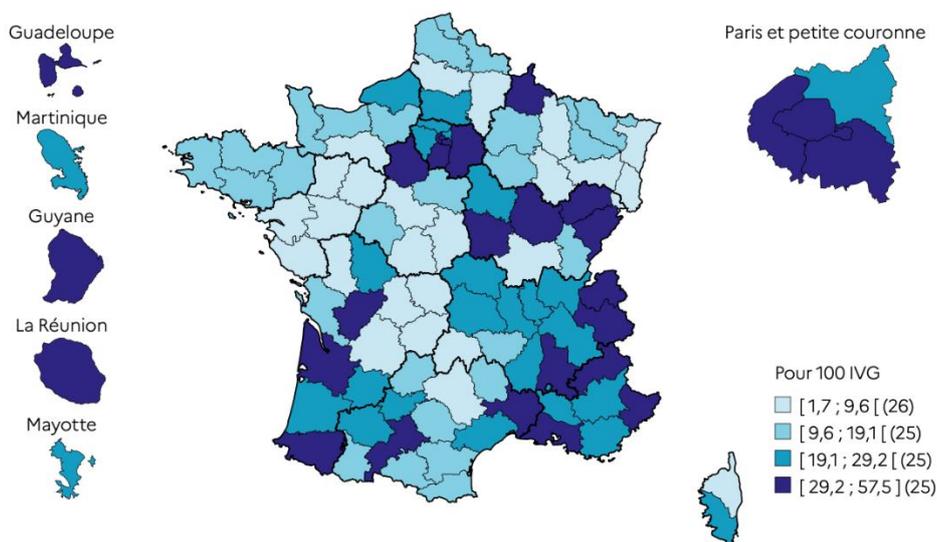
³² Selon les données de l'Insee, sur les naissances vivantes, le premier confinement a entraîné une baisse des conceptions dès mars 2020, entraînant une baisse des naissances dès novembre 2020. La baisse des IVG en mai est donc vraisemblablement aussi due à cette baisse des conceptions. En rapportant au mois de la conception (2 mois avant pour les IVG et 9 mois avant pour les naissances), on constate l'impact immédiat du premier confinement sur le nombre de conceptions, avec un impact relatif encore plus fort sur les IVG. Ainsi, le principal impact du confinement serait une baisse concomitante du nombre de grossesses, qu'elles soient désirées ou non, qui se traduit par une baisse des IVG particulièrement marquée en mai et juin (alors que leur nombre est stable en mars et avril pendant le début du confinement). Si cette interprétation est exacte, le fait que le nombre d'IVG hors établissement se soit néanmoins à peu près maintenu au moment où le nombre d'IVG en établissement chutait atteste d'un effet de report de l'hôpital vers le secteur libéral.

³³ Cf chapitre 3 de cette partie. Pendant l'épidémie de coronavirus, la crainte d'une saturation de l'offre hospitalière, essentiellement publique, a entraîné la mise en place de mesures dérogatoires spécifiques pour améliorer la disponibilité des anesthésistes ou des salles de réveil et orienter si possible davantage les femmes vers le secteur libéral pour leur IVG. En secteur libéral, des mesures dérogatoires ont été prises en avril 2020 et renouvelées en novembre ont autorisé la pratique des IVG médicamenteuses en ville jusqu'à la 9^e semaine d'aménorrhée (alors que la réglementation habituelle fixe ce délai maximal à 7 semaines) et favorisé la téléconsultation pour la prise en charge de l'IVG médicamenteuse.

2. Le déploiement de l'activité d'IVG médicamenteuse en libéral

En 2019, 55 500 IVG ont été ainsi pratiquées auprès de gynécologues médicaux, les, médecins généralistes et sages-femmes libérales. 1932 praticien.ne.s conventionné.e.s pratiquent à cette date des IVG dans leur cabinet. Les données de la CNAM répertorient 832 gynécologues, 662 omnipraticien.ne.s, quelques rares autres spécialistes et 420 sages-femmes ayant réalisé au moins une IVG dans leur cabinet de ville en 2019³⁴, sur un total d'environ 5 078 gynécologues, 67 400 généralistes et 7 251 sages-femmes en cabinet. Et, en 2019 (ARS Ile de France, 2019), les autorités comptabilisaient environ 1800 conventions établies entre des professionnels libéraux et des centres de santé référents ; 5 régions se détachaient avec plus de 150 conventions signées (PACA, Ile de France, Occitanie, Normandie et Auvergne Rhône-Alpes)³⁵. 168 centres de santé et centres de planification ont été remboursés d'au moins un forfait de prise en charge des frais relatifs à l'IVG. Ils comptabilisent 6 000 IVG pour l'année 2019. Ces IVG hors structure hospitalière, obligatoirement médicamenteuses, représentent 26,4 % du total des IVG. Cette part demeure cependant très inégale selon les régions, comme le montre la carte suivante. Les IVG en centres de santé sont encore très peu nombreuses, puisqu'elles ne représentent que 2,6 % du total des IVG en 2019. 45 % d'entre elles ont eu lieu en Île-de-France, alors que cette région totalise moins du quart de l'ensemble des IVG.

Part des IVG réalisées hors établissement de santé en 2019



Sources : ATIH, PMSI-MCO, traitements DREES ; CNAM, DCIR, traitement DREES³⁶.

³⁴ La CNAM, via le Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM), recueille le nombre de forfaits remboursés concernant des IVG réalisées en cabinets libéraux, en centres de santé et en centres de planification ou d'éducation familiale par méthode médicamenteuse, y compris pour la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI) depuis 2010.

³⁵ Nous reviendrons ultérieurement sur la part effective que prend la profession de sage-femme dans cette division du travail abortif par voie médicamenteuse, notamment.

³⁶ Panoramas de la DREES santé, *Les établissements de santé*, op. Cit., p 146.

En Bourgogne Franche-Comté, territoire où s'est majoritairement déroulée notre enquête de terrain, l'activité d'IVG est de nos jours assurée pour près d'un tiers par la médecine de ville (30,56 % des IVG)³⁷. Nous détaillerons dans la cinquième partie de ce manuscrit la part effectivement prise par les sages-femmes dans cette division du travail aborti à l'échelle régionale. La Bourgogne Franche-Comté est l'une des régions où le déploiement de l'offre de soins d'orthogénie en libéral est le plus important, derrière la région Auvergne Rhône-Alpes (31%), la Nouvelle Aquitaine (31,8%), l'Occitanie (32,85%), la région PACA (38%), et l'Île de France (38,14%). D'après la DREES (VILAIN, 2021), sur un total de 6881 IVG effectuées en 2020 dans la région, 4778 l'ont été en établissements hospitaliers, 2039 en cabinet libéral, 43 en centres de santé et CPEF, et 21 par téléconsultation.

IV. Un accès inégal aux soins en matière d'IVG

Si l'offre en orthogénie est assez bien répartie sur l'ensemble du territoire français, plusieurs rapports publics³⁸ pointent cependant régulièrement les insuffisances de l'organisation des soins en matière d'accès à l'IVG.

1. Des disparités régionales dans le déploiement de l'offre d'IVG

La désertification médicale³⁹ est l'une des premières sources de difficultés d'accès aux soins⁴⁰, en particulier dans les zones rurales. Au 1^{er} janvier 2021, 77 départements sur 101 ont une densité médicale inférieure à 2,6/100 000 s'agissant des médecins qualifiés en gynécologie médicale en

³⁷ C'est le cas pour la Côte-d'Or et la Nièvre en Bourgogne, et dans le Doubs, en Haute-Saône et dans le Territoire de Belfort pour la Franche-Comté. Nous en détaillerons les raisons dans un chapitre ultérieur.

³⁸ C. Aubin, D. Jourdain Menninger et L. Chambaud, Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001, pour l'Inspection Générale des Affaires sociales en 2009, ou le Rapport relatif à l'accès à l'IVG, volet 2 : l'accès à l'IVG dans les territoires, rapport n°2013-SAN-009 publié le 7 novembre 2013 pour le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes.

³⁹ L'expression de « désert médical », très largement usitée dans le débat public, manque pourtant de clarté dans sa définition. Elle suggère une différence de nature entre des territoires dans lesquels l'accès aux soins serait nul, comparativement à d'autres plus favorisés. Or, pour évaluer les problématiques d'accès aux soins, il ne suffit pas d'envisager la répartition territoriale des professionnels de santé. Certes, l'analyse spatiale de la répartition des professionnels (selon les spécialités et disciplines médicales) implique d'étudier en regard la localisation de l'offre et de la demande, pour rendre compte de l'éloignement des populations par rapport aux professionnels de santé, ainsi que des temps de trajet qui en découlent. Mais il faut surtout envisager le cumul des difficultés dans la question de l'accès aux soins : la dimension temporelle (délais d'attente) doit également être prise en compte, de même que les comportements de recours à l'offre et les pratiques de mobilité des patients, articulées à d'autres dimensions (financière, symbolique, culturelle...). Pour aller plus loin dans la compréhension de la « fabrique » du phénomène de désertification médicale, voir Noémie Vergier, Hélène Chaput, Ingrid Lefebvre-Hoang, « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? », Les Dossiers de la DREES n°17, mai 2017, 63 p.

⁴⁰ D'après Nicolas Chavance, président du conseil de la CPAM, 32.189 bénéficiaires étaient par exemple sans médecin traitant dans la Nièvre en 2021. Cf. « Pacte du pouvoir de vivre, Une douzaine d'associations se mobilisent à Nevers pour réfléchir à un meilleur accès aux soins dans le département », Le Journal du Centre, 10 janvier 2022. ; « Accès aux soins gynécologiques dans l'Yonne : "Dès qu'on est en campagne, c'est une galère sans nom" », L'Yonne Républicaine, 28 décembre 2021.

activité régulière, tous modes d'exercice confondus. Parmi cet ensemble, 13 départements en sont totalement dépourvus, dont précisément la Nièvre, l'Yonne et le Territoire de Belfort, aux côtés des Hautes-Alpes, du Cher, de la Corrèze, de la Creuse, du Loir-et-Cher, de la Haute-Marne, de la Meuse, du Haut-Rhin, des Deux-Sèvres et de Mayotte⁴¹. L'offre médicale se raréfie également en raison des départs en retraite des professionnel.le.s (notamment les pionnier.es qui avaient commencé leur activité dans les années 1970-1980) et des fermetures d'établissements de santé, comme nous aurons l'occasion de le souligner plus en détails lorsque nous reviendrons sur l'incidence de ces évolutions sur la participation du groupe professionnel des sages-femmes dans la division du travail abortif. Mais les difficultés d'accès aux soins sont aussi dues à l'exercice de la clause de conscience des personnels exerçant en médecine de ville et dans les services de gynécologie et d'obstétrique ; si cet exercice est difficile à évaluer en termes quantitatifs, les débats qui ont eu lieu dans l'arène médiatique et parlementaire à l'occasion des évolutions légales et réglementaires proposées par Albane Gaillot en 2020⁴² ont montré combien la profession médicale (dans son ensemble) était attachée à ce dispositif.

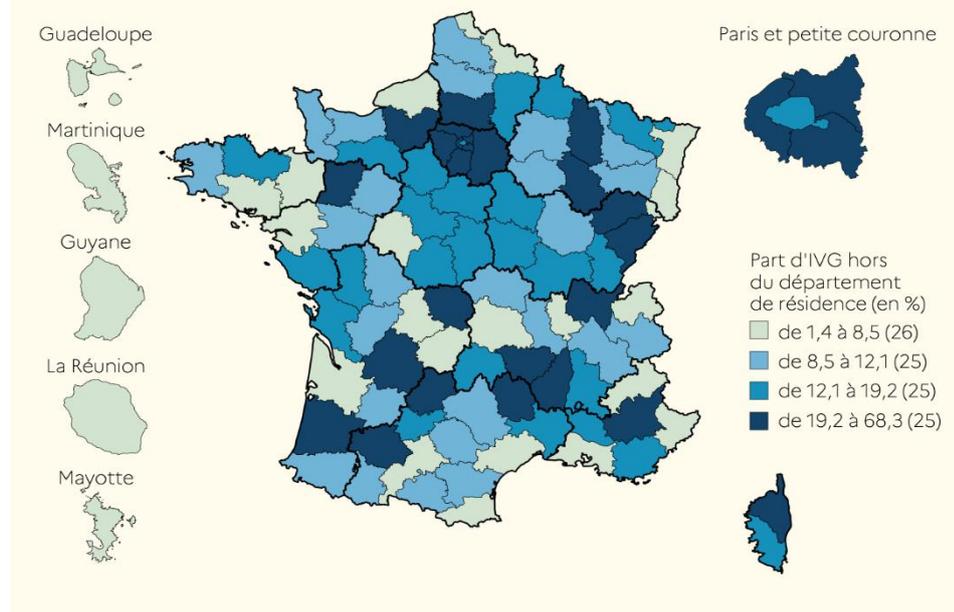
Toutes ces difficultés d'accès aux soins contraignent souvent les femmes à une certaine errance médicale pour trouver les bon.ne.s interlocuteurices dans leur parcours d'IVG. Elles doivent parfois se déplacer assez loin de leur domicile pour trouver une réponse à leur demande d'IVG dans les délais légaux. Ainsi, 17,8 % des femmes métropolitaines ont réalisé leur IVG hors de leur département de résidence en 2020⁴³. Au niveau départemental, c'est en Île-de-France que les femmes se déplacent le plus, pour réaliser leur IVG à Paris, tandis que dans les DROM, où il est plus contraignant d'aller consulter hors département, le taux est de 2,7 %.

⁴¹ Jean-Michel Arnaud et al., *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'Égalité des chances entre les hommes et les femmes (1) sur la situation des femmes dans les territoires ruraux*, pp. 140-141.

⁴² Il s'agit des débats préalables à l'adoption de la loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement.

⁴³ DREES, « Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020 », *Études et Résultats* n° 1207, octobre 2021, op. Cit., p. 7. Ce taux est resté constant avec la situation sanitaire de 2020.

IVG réalisées hors du département de résidence en 2020



Source : SNDS, calculs DREES

Cette mobilité répond parfois à un choix des femmes, pour des raisons de confidentialité : cependant, cet indicateur, et plus particulièrement ses variations, permet de rendre compte des difficultés d'accès à l'IVG, qu'il convient ensuite d'appréhender sous différentes dimensions (spatiale, temporelle, financière, organisationnelle et symbolique). Une enquêtée, sage-femme hospitalière, évoque ce problème sur son territoire avant la mise en place d'un réseau IVG qui a permis de réorganiser l'offre au moyen d'un travail efficace de coordination à l'échelle départementale.

« Déjà, y a eu un choix, qu'il y ait pas de centre d'orthogénie dans la Nièvre. On est une population qui est pas nombreuse, pis vieillissante, dans la Nièvre. Et y a le problème des délais, pour les rendez-vous... A se demander... C'est 14 semaines, ou c'est 11 semaines le jour du coup de téléphone ? Enfin, la pratique faisait que les gynécos du privé, en clinique, ils prenaient en charge à peu près jusqu'à 14 semaines pour leurs propres patientes... Mais si c'étaient des patientes extérieures, ils s'arrêtaient plus tôt. On avait ça, dans la Nièvre... Et y avait rien d'autre ! Que ça soit la chirurgicale, ou même médicamenteuse... Donc ça voulait dire qu'en 2016, si on bougeait pas, y avait rien. (...) Et puis (dans les hôpitaux) ils arrivaient pas à remplir leur poste d'anesthésiste 24/24... Donc si on n'a pas d'anesthésiste, on peut pas bien faire une IVG chirurgicale... On peut toujours faire en anesthésie locale, mais... C'est pas la majorité dans la Nièvre, y a très très peu de locales... Donc ça veut dire que le territoire de là-haut, à Cosne, avec une population qui se trouve à une demi-heure de Nevers... Et pour la population qui est un petit peu au-dessus de Cosne, ça va être $\frac{3}{4}$ d'heure... Autrement, faut partir hors département, Auxerre... Sinon y a Gien, Moulin, Bourges... Mais y a beaucoup d'établissements qui, de temps en temps, refusent les patients hors département ! Enfin ils acceptent pour l'accouchement, mais pas pour le non-accouchement ! Hein, voilà ! »

Florence, Juillet 2018.

2. Un accès inégal à l'IVG aux âges gestationnels précoces

Le redéploiement de l'offre d'IVG, notamment via le dispositif médicamenteux, a globalement permis un raccourcissement des délais d'attente ainsi qu'un développement des prises en charge à des âges gestationnels plus précoces. D'après les statistiques de la DREES, la moitié des IVG réalisées en établissement hospitalier en 2020 concerne des grossesses de moins de 8 semaines d'aménorrhée (SA)⁴⁴. Les IVG réalisées durant les deux dernières semaines du délai légal (de manière générale, peuvent en partie rendre compte de difficultés de parcours et d'accès, du fait d'une offre insuffisante ou d'une méconnaissance du système de santé par les femmes concernées. En 2020, la part des IVG instrumentales pratiquées durant les deux dernières semaines du délai légal s'est maintenue au niveau de 2019 (16 %), et ce niveau n'a pas non plus varié particulièrement en cours d'année. La crise sanitaire n'a donc pas allongé l'âge gestationnel des IVG pratiquées en milieu hospitalier, ce qui suggère que le recul du nombre d'IVG n'est pas lié à des difficultés d'accès augmentant la durée des parcours.

Actuellement, il n'existe pas de possibilité d'enregistrer de façon fiable le terme de la grossesse pour laquelle une IVG médicamenteuse est pratiquée en médecine de ville. En effet, le nouveau forfait de facturation des IVG entre 7 et 9 SA – introduit dans la nomenclature en avril 2020⁴⁵, d'un montant légèrement supérieur au forfait existant pour les IVG médicamenteuses en ville avant 7 SA – a très majoritairement été utilisé pour toutes les IVG en ville dès le mois de mai 2020. Ainsi, toujours d'après la DREES, 13 % des forfaits IVG étaient factures au montant le plus élevé en avril 2020, 85 % des forfaits en mai 2020, et 95% à 96% à partir de juin et jusqu'à la fin de l'année 2020. Cela peut être interprété comme une manière, pour les professionnels libéraux, de tenter de rentabiliser une activité qu'ils considèrent comme chronophage et coûteuse.

3. Le resserrement du choix de la technique d'avortement pour les femmes

Les politiques publiques de santé dans le champ de la naissance et de la santé sexuelle ont visé une amélioration effective de l'offre, avec une recherche d'efficience, portée notamment par le « virage ambulatoire » promu par la loi HSPT en 2009. Mais les réalités sont contrastées : l'intégration de l'activité relative aux IVG à celle de l'établissement de santé est bien effective, mais ses conditions de mise en œuvre demeurent encore clairement liées à la motivation des personnels

⁴⁴ Soit moins de 7 pour les médicamenteuses et moins de 10 pour les IVG instrumentales. La crise sanitaire n'a pas entraîné plus d'IVG tardives. Drees, *Etudes et Résultats* n°1207, op. Cit.

⁴⁵ Arrêté du 14 avril 2020, complétant l'arrêté du 23 mars 2020, prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, JORF n°0092 du 15 avril 2020.

des services concernés et notamment à celle du chef de service (CSIS, 2011 : 13). Par ailleurs, il ressort que l'augmentation de l'activité de gynécologie-obstétrique ces dernières années et son report sur les établissements publics de santé, ont un impact sur l'activité d'IVG en termes de disponibilité des chambres, de plages horaires du bloc opératoire obstétrical, du personnel, (praticiens et autres professionnels de santé). Les rapports attestent de l'existence d'une « concurrence » entre les besoins chirurgicaux, certaines IVG pouvant être déprogrammées pour laisser la place à des interventions jugées plus importantes⁴⁶.

Si l'essor du dispositif médicamenteux n'est pas officiellement érigé en objectif des politiques en matière d'IVG, le développement de la méthode médicamenteuse en est cependant apparu comme une orientation sous-jacente. (IGAS, 2009 : 61). Elle occupe aujourd'hui une place très largement prédominante dans l'offre de soins, au point de se substituer aux autres méthodes abortives. Cette évolution entre en résonance avec la demande sociale de démedicalisation de l'avortement (SCHNEGG, 2007) au motif que cette méthode abortive, qui est aussi associée à un parcours de soins plus rapide, garantit une autonomie des femmes, leur permettant d'être actrices de la procédure abortive (CLARKE et MONTINI, 1993). Elle se déploie en appui sur une tarification plus avantageuse pour les établissements et de moindres contraintes (elle ne nécessite pas de bloc opératoire). Lorsque son usage se concentre dans les zones de forte demande, se traduisant par des délais importants dans les services hospitaliers, elle constitue un appoint significatif à l'offre de soins, certes ; mais il est légitime de s'interroger sur la réalité du choix des femmes en matière de méthodes abortives.

En pratique, celui-ci est restreint. La méthode par aspiration sous anesthésie locale est moins proposée, d'après toutes les publications officielles sur l'IVG. Cette pratique présente pourtant des avantages tant en termes de coût que d'organisation et de sécurité sanitaire : elle ne nécessite pas de mobiliser du temps de bloc opératoire, car elle peut être réalisée dans une « salle blanche »⁴⁷ de l'établissement de santé, et permet des économies de personnel anesthésiste. La rapidité d'exécution du geste opératoire peut également être considérée par la patiente comme un élément de confort supplémentaire (IGAS, 2009 : 63)⁴⁸. Mais cette technique suppose de la part des équipes une certaine

⁴⁶ Rapport du groupe de travail n°2 portant sur « L'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG) » du Conseil supérieur de l'information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale », le SROS de l'Ile-de-France est l'un des plus abouti sur cette activité. (2011, p.11).

⁴⁷ Une salle blanche est un espace clos répondant aux mêmes normes d'hygiène et de sécurité que les blocs opératoires (avec une légère suppression de l'atmosphère qui permet d'évacuer les poussières, notamment), qui permettent de ne pas contaminer le matériel ni les produits utilisés. Les salles blanches, moins coûteuses en personnel et en équipement, sont dédiées aux petits actes de chirurgie ambulatoire.

⁴⁸ Un avortement par aspiration prend entre 3 et 10 minutes suivant l'âge de la grossesse. Il peut être pratiqué en ambulatoire et en utilisant des analgésiques et/ou une anesthésie locale. La plupart des femmes qui subissent un avortement au premier trimestre sous anesthésie locale se sentent suffisamment bien pour quitter le centre de santé après une période d'observation d'environ 30 minutes dans une salle de réveil. (Source : OMS, *Avortement médicalisé: Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, 2004.

habitude et des compétences relationnelles, telle qu'une capacité d'attention et d'accompagnement de la patiente pendant l'opération. Cette dernière reste en effet consciente durant toute l'intervention : elle est en mesure d'alerter le praticien en cas de douleur, et d'exprimer son ressenti. Lors de notre enquête de terrain, j'ai mené un entretien avec Monsieur T., 72 ans, gynécologue formé en Belgique, ayant exercé toute sa carrière dans la maternité de type 1 avant qu'elle ne fasse l'objet d'une fermeture en 2010 et que le service ne soit reconverti en centre périnatal de proximité où nous avons effectué nos observations. Dans ces locaux, il a pratiqué des IVG durant une grande partie de sa carrière selon les différentes méthodes. Il explique comment le manque de personnels et les orientations organisationnelles des services peuvent contribuer au choix du resserrement des méthodes abortives proposées, pour des motifs d'ordre relationnel :

La fermeture de la maternité a entraîné la disparition de la technique de l'aspiration sous anesthésie locale. Cette décision administrative a induit la suppression des postes dédiés à cette activité, notamment d'un certain nombre d'infirmières et d'aides-soignantes formées à l'accompagnement relationnel des avortantes pendant l'opération sous AL. Aujourd'hui, au bloc opératoire de l'hôpital (deux étages plus bas), où il pratique encore les IVG instrumentales le vendredi matin sur la plage horaire réservée à ces interventions, il ne travaille plus qu'en compagnie d'infirmières de bloc qui ne s'estiment pas formées pour effectuer ce travail. Il raconte avoir poursuivi quelque temps l'activité d'IVG sous AL. Mais, sous l'effet de la contrainte, ces infirmières adoptaient des comportements d'esquive, préférant nettoyer ou ranger le matériel plutôt que de parler aux femmes ou de leur tenir la main comme il le préférait, parce qu'il pouvait alors se concentrer sur la technicité du geste abortif. Il dit : *« J'étais là, avec mon instrument, à regarder tantôt la femme, tantôt ce que je faisais, j'avais l'air d'un con avec mon instrument, et ce sentiment de laisser les femmes seules, c'était insupportable. J'ai préféré arrêter. Et voilà, aujourd'hui ici, hélas, on ne propose plus que des anesthésies générales. »*

Extrait de notre journal de terrain, CPP de D., juillet 2018.

Essentiellement pratiquée dans les centres autonomes d'IVG par des équipes ayant du personnel spécifique, cette technique⁴⁹ consomme en effet du temps médical, comparativement à la pratique instrumentale sous anesthésie générale, pratiquée le plus souvent dans les services d'obstétrique où l'IVG est diluée dans l'activité générale (CSIS, 2011:15).

L'IVG chirurgicale sous anesthésie générale est considérée quant à elle comme un objet du travail médical paradoxal. Certes, elle nécessite un équipement et du personnel spécialisés (bloc opératoire et anesthésistes). Mais contrairement aux autres interventions chirurgicales qui peuvent être le support d'une expertise, et, comme telles, envisagées comme moyen de « captation » d'une patientèle spécifique, l'activité d'IVG ne fait pas l'objet d'aucune concurrence entre professionnel.les, car elle est dévalorisée sur le plan symbolique et technique. Cela peut expliquer le

⁴⁹ L'IVG instrumentale sous anesthésie locale consomme du temps médical (médecins généralistes, gynécologues, gynécologues-obstétricien.ne.s) ; l'IVG instrumentale sous anesthésie générale mobilise davantage le temps médical des anesthésistes.

choix opéré dans les services de privilégier la voie médicamenteuse pour tous les types d'IVG, comme c'est le cas à Strasbourg, dans le service du Pr Nisand.

4. Le lent déploiement de la téléconsultation en France

Dans le chapitre III de cette première partie de la thèse, nous montrerons les enjeux symboliques attachés au déploiement de l'offre de consultations en télémédecine dans les parcours d'IVG, les controverses que ce dispositif soulève et les débats auxquels son déploiement a donné lieu, notamment dans l'arène parlementaire. Pour l'heure, il suffit de rappeler que celui-ci s'inscrit, de manière générale, dans le contexte de la refonte organisationnelle des soins de santé, et qu'il est envisagé comme un moyen de pallier les faiblesses du système en cherchant à assurer l'accessibilité de soins de qualité à tous.tes (HABIB et al., 2019).

D'après les recommandations émises par l'OMS⁵⁰, les patientes sont à même de gérer leurs IVG sans supervision directe d'un professionnel de santé jusqu'à 12 semaines de grossesse (ou 14 SA). Plusieurs raisons pratiques sont invoquées par l'OMS pour légitimer le recours à ce type d'avortement : l'acte est plus facile à programmer ; le domicile peut représenter un cadre plus susceptible de procurer du réconfort ; la téléconsultation n'oblige plus les femmes à se déplacer et elle permettrait une gestion facilitée de la stigmatisation à laquelle font parfois face les personnes qui recourent à l'IVG. Pourtant, en dépit de ces recommandations, ainsi que d'un nombre croissant de preuves scientifiques (ENDLER *et al.*, 2019), jusqu'à la survenue de la pandémie de Covid-19, les pays ont été réticents à autoriser l'utilisation à domicile de la pilule abortive. Avant l'émergence du coronavirus, l'utilisation des pilules abortives était très réglementée : en France, par exemple, avant la pandémie, les pilules abortives n'étaient pas disponibles en pharmacie.

La pandémie de Covid 19 a modifié l'accès à l'avortement dans de nombreux pays du monde. Alors que les confinements et autres restrictions ont compliqué la prise de rendez-vous pour interrompre les grossesses non désirées, certains gouvernements ont choisi de faciliter l'accès à l'avortement médicamenteux à domicile⁵¹. En France, le cadre réglementaire de l'accès à l'IVG a été assoupli en avril 2020 : le délai légal de recours à l'IVG pratiquée par voie médicamenteuse par un médecin ou une sage-femme a été étendu à 9 SA. L'autorisation d'effectuer des IVG par voie médicamenteuse par téléconsultation à domicile, avec l'assistance téléphonique ou vidéo d'un professionnel de santé, a été prolongée, puis le décret n° 2022-212 du 19 février 2022 relatif aux

⁵⁰ WHO, recommendations on self-care interventions, Self-management of medical abortion, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332334/WHO-SRH-20.11-eng.pdf>.

⁵¹ En Angleterre, en Écosse, au Pays de Galle et en Irlande, ainsi que dans certains états des Etats-Unis, des mesures similaires à celles adoptées par la France ont été mises en place.

conditions de réalisation des IVG par voie médicamenteuse hors établissements de santé a fixé les conditions d'effectuation des consultations du parcours de soins en télémédecine (art.1). Des recommandations de bonne pratique ont été éditées par la HAS⁵². Ces pratiques ont fait l'objet d'évaluation. Une étude menée au Royaume-Uni (AIKEN *et al.*, 2021) a montré que les avortements par télémédecine pendant la pandémie ont permis de réduire les délais d'attente et de pratiquer des IVG à des âges gestationnels plus précoces. Une autre (REYNOLDS-WRIGHT, 2021), portant sur l'avortement à domicile en Écosse, a conclu que la télémédecine, très efficace, est très bien acceptée par les femmes. Une étude française (ATAY, 2021), menée à partir de l'analyse de questionnaires renseignés par des femmes après des téléconsultations d'IVG en France via l'association *Women on Web*, a révélé que les principales raisons pour lesquelles les personnes interrogées en France recouraient à l'avortement par télémédecine étaient le besoin de discrétion (46 %), la volonté de respecter leur vie privée (38 %) et la commodité (35 %). Seules 31 % des répondantes à l'enquête ont indiqué que leurs motivations étaient liées à la pandémie : ces participantes ont alors indiqué n'avoir pas pu accéder aux établissements de santé pratiquant l'IVG en raison des restrictions de déplacement et des confinements, du manque de disponibilité et des délais de rendez-vous, ainsi qu'en raison de la peur d'être contaminées par le virus. Les femmes entre 18 et 25 ans déclaraient deux fois plus que les autres ressentir une stigmatisation à l'égard de l'avortement, et rencontrer des difficultés financières lors de l'accès aux soins liés à l'avortement en France. Et, parmi les raisons de recourir à l'IVG « en ligne », les femmes interrogées ont également fait état de difficultés financières, de comportements abusifs de la part de leur partenaire ou de leur famille, d'expériences passées traumatisantes, de rendez-vous donnés trop tardivement, de prestataires portant des jugements sur leur situation, et d'une indisponibilité de soins médicaux.

Il s'avère que cette pratique de la téléconsultation est plus difficile à analyser d'un point de vue statistique, du fait que seule la remise du médicament peut faire l'objet d'une mesure, lorsque c'est le pharmacien qui remet à la femme la dose médicamenteuse habituellement prise au cabinet du médecin⁵³. En 2020, cette pratique a concerné 2,0 % des IVG réalisées hors établissement de santé

⁵² La consultation d'information, durant laquelle le consentement (oral ou écrit) pour la réalisation de la télémédecine, peut désormais être effectuée en téléconsultation. Le consentement et le compte rendu de la téléconsultation sont à tracer dans le dossier médical. La consultation de contrôle, effectuée entre le 15 et 21ème jour après la prise du 1er médicament abortif, peut se dérouler également par télémédecine. Et, si lors de la 1ère téléconsultation, les conditions ne semblent pas optimales pour le ou la professionnel.le rencontré.e, c'est-à-dire s'il estime que la patiente n'a pas une bonne compréhension de la procédure, que l'espace de confidentialité n'est pas suffisant pour elle, ou que les conditions de sécurité pour la femme ne sont pas respectées, une consultation en présentiel est recommandée. Cf. fiche HAS disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques). Voir également la notice d'information éditée par le réseau REVHO : (http://revho.fr/wp-content/uploads/2020/03/Notice-patientes-REVHO_2018-converti.pdf) et le formulaire de recueil du consentement : http://revho.fr/wp-content/uploads/2020/04/Formulaire-consentement_-Télémdecine-sans-écho-.pdf

⁵³ Dans ce cas, il s'agit d'une prestation de préparation magistrale et officinale remboursée (PMR), prescrite par le médecin ou la sage-femme. Il n'y a alors pas de forfait médicamenteux, qui puisse apparaître dans le SNDS.

(soit 129 IVG) en avril, puis 3,4 % en mai (174 cas). La pratique a légèrement repris à la fin de l'année 2020 : au total 728 préparations ont été distribuées en pharmacie d'officine.

5. L'assise encore fragile de l'activité d'IVG dans l'organisation du système de soins

Pour être traitée comme une composante à part entière de l'offre de soin, l'activité d'IVG doit s'inscrire en tant que telle dans la planification sanitaire au plan régional et dans les relations contractuelles entre les instances régionales et les établissements de santé. Or, différentes enquêtes et rapports publics (IGAS, 2009 ; CSIS, 2011 ; HCE/F, 2013, 2017 ; ORS Ile-de-France, 2017) soulignent que l'inscription dans les documents d'orientation de la politique régionale de santé publique, schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), plans régionaux de santé publique (PRSP) est très inégale.

a) Une déclinaison inégale des politiques de santé en matière d'IVG au plan territorial

Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, notre système sanitaire répond à un principe de planification fondé sur un schéma d'organisation sanitaire⁵⁴. La loi hôpital, patients, santé, territoire (HPST) de 2009 a modifié en profondeur le fonctionnement du service hospitalier. Elle substitue aux agences régionales d'hospitalisation les agences régionales de santé (ARS) à qui elle confère un champ de compétence et d'intervention plus important⁵⁵. Elles ont pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes d'actions concourant à la réalisation de nombreux objectifs. Dans un premier temps, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) doit être obligatoirement conclu entre l'Etat et les ARS⁵⁶. Les ARS, à partir de ce CPOM, rédigent ensuite un plan régional de santé (PRS)⁵⁷. Le PRS est constitué d'un plan stratégique régional de santé (PSRS), de trois schémas régionaux, dont le schéma régional d'organisation des soins (SROS) et de trois programmes spécifiques, dont le programme régional d'accès à la Prévention et aux soins (PRAPS). Les ARS signent ensuite des CPOM avec les établissements de santé⁵⁸ : le directeur de l'ARS est en charge, par le biais d'inspections, de veiller au suivi et au respect des engagements définis dans ces

⁵⁴ STRINGRE Didier, 2016, *Le service public hospitalier*, Paris, PUF, collection QSJ ?, p. 8. Avant cela, depuis la loi du 31 décembre 1970, le système sanitaire répondait à un principe de planification sanitaire et se trouve déterminé par une « carte sanitaire ». Cette carte est ensuite enrichie (par la loi du 31 juillet 1991) par un schéma régional d'organisation sanitaire et social (SROSS).

⁵⁵ Ibid., p. 95.

⁵⁶ Ibid., p. 100.

⁵⁷ Article L. 1434-1 à L. 1434-4 CSP.

⁵⁸ L6114-1 à L 6114-2 CSP.

contrats. Le conseil national de pilotage et les administrations centrales, telles que la direction générale de l'offre de soin, assurent la mise en œuvre des politiques de santé au niveau national⁵⁹.

Il s'avère, en réalité, que les objectifs en matière d'IVG sont imprécis (HCE F/H, 2013). Souvent absente, cette activité est inscrite sous différentes rubriques dans les SROS, le plus souvent sous l'angle de la périnatalité, (ainsi, en Alsace ou dans les Pays de Loire⁶⁰). Les documents qui ont réellement décliné l'objectif 97 de la loi du 4 août 2004 sont rares⁶¹. Aucun CPOM conclu entre les ARS et l'État ne mentionne directement l'IVG : alors que l'un des quatorze objectifs des missions de service public fixés par la loi HPST est la réalisation de l'égal accès à des soins de qualité, la santé sexuelle et reproductive des femmes en est exclue⁶². Ensuite, seule la moitié des PSRS aborde la question de l'IVG (soit par le biais de la prévention, de la promotion des IVG médicamenteuses, ou celle de la facilitation des démarches) et une seule région inscrit directement la thématique de la « santé sexuelle et affective » comme une priorité⁶³. Concernant les programmes compris dans le PRS, aucun PRAPS ne fait mention de l'IVG⁶⁴. Concernant les schémas, l'activité IVG est censée être intégrée au sein des SROS au chapitre périnatalité. Certaines régions y ajoutent des orientations spécifiques concernant l'IVG. Pourtant l'intégration de ces questions dans les SROS-PRS par les ARS reste souvent très hétérogène⁶⁵, et le traitement de la question succinct⁶⁶. Le Haut Conseil à

⁵⁹ En principe, les ARS doivent prendre en compte les six orientations nationales indiquées par la direction générale de l'offre de soin (DGOS) dans son guide pour l'élaboration des SROS-PRS (DGOS, Guide méthodologique pour l'élaboration du SROS PRS, version 2, 2011, p. 50-51.) Parmi elles, figurent le maintien systématique de l'IVG dans l'offre de soins de gynécologie-obstétrique et/ou de chirurgie, l'organisation de l'offre de manière à assurer les IVG entre dix et douze semaines (et dans les textes du SROS, entre 12 et 14 SA), la diversification des méthodes au sein de tous les établissements, le développement de l'IVG au sein des centres de santé, l'articulation des établissements de santé avec les CEPF au niveau de la prévention et de la contraception, le renforcement de la coordination entre les médecins libéraux et les établissements de santé. La DGOS fournit également des indicateurs à prendre en compte pour la prise en charge de l'IVG: les quotas d'établissements pratiquant des IVG et les quotas d'IVG médicamenteuses pratiquées en établissement de santé et en dehors.

⁶⁰ D'après le rapport du CSIS en 2011, le SROS de l'Île-de-France est l'un des plus abouti sur cette activité (p.13). Plusieurs engagements qualitatifs ont été pris, tels que l'organisation de la permanence de l'activité pendant la période estivale sur tout le territoire, le développement de la méthode médicamenteuse, tout en garantissant aux femmes le choix entre les différentes méthodes, l'aménagement d'un accueil adapté aux personnes nécessitant une attention et une prise en charge spécifiques (mineures, délais tardifs, personnes en situation de précarité), la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur, le développement de l'information sur la pratique de l'IVG médicamenteuse hors établissements de Santé, et l'amélioration du recueil d'information concernant les bulletins d'IVG. Malgré cela, l'AP-HP de Paris, seuls 7 centres possèdent des moyens dédiés en locaux, matériel et personnel médical et non médical avec lesquels ils réalisent 56% des IVG de l'institution, alors que les 11 structures intégrées se partagent les autres IVG. Toutes les structures hospitalières n'offrent pas l'éventail complet des techniques disponibles pour réaliser les IVG : seuls six centres sur dix-huit pratiquent toutes les techniques et tous les types d'anesthésies (Bichat, Lariboisière, Saint-Louis, Saint Vincent de Paul, Bicêtre, A. Bécclère). Le constat est établi que la politique actuelle de regroupement des unités au sein de l'AP-HP (pour les hôpitaux Jean Rostand, Saint Antoine, Tenon), ainsi que la concentration de l'activité d'IVG dans certains hôpitaux (Trousseau notamment) constitue une diminution de l'offre de soins en matière d'orthogénie. (CSIS, 2011 : 13).

⁶¹ Cet objectif était d'assurer l'accès à une contraception adaptée dans de bonnes conditions pour toutes catégories de la population. La population des mineures et celle des femmes dans les DOM sont celles pour qui la réalisation de l'objectif a été la moins effective (Haut Conseil de la santé publique, Objectifs de santé publique. Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004, avril 2010, p.59.)

⁶² Danièle Bousquet, Françoise Laurant, *L'accès à l'IVG, volet 2*, Rapport HCE F/H, *op.cit.*, p. 82.

⁶³ Ibid.

⁶⁴ Ibid., p. 83.

⁶⁵ A titre d'exemple : la question est abordée de manière moins développée dans le SROS d'Île de France (disponible sur <http://prs.santedefrance.fr/wp-content/uploads/2012/09/ars-idf-prs-schema-orga-soins-hospitalier.pdf>). Que dans celui de Bretagne (disponible sur http://ars.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Concertation_regionale/Projet_regional_sante/PRS_integral/Schema_Regional_Organisation_des_Soins.pdf).

⁶⁶ Danièle Bousquet, Françoise Laurant, *L'accès à l'IVG, volet 2*, *op.cit.*, p. 84.

l'Egalité entre les femmes et les hommes s'est étonné que des obligations légales⁶⁷ telles que la réalisation des IVG entre dix et douze semaines ou l'obligation pour tous les établissements autorisés à la gynécologie-obstétrique et/ou la chirurgie de pratiquer des IVG ne soient présentées que comme de simples objectifs⁶⁸. Le refus de certains établissements de santé de pratiquer des IVG n'est pas critiqué par les ARS : il est même parfois pris en compte dans le CPOM. Certaines ARS ont accepté d'abaisser le niveau d'exigence prévu et acté ainsi d'un service public qui ne satisfait pas aux obligations légales⁶⁹. En effet, les CPOM signés entre les établissements de santé et les ARS, bien qu'inspirés des SROS, ne sont pas soumis à l'obligation légale d'intégrer la question de l'IVG dans leur contrat⁷⁰. Dès lors, il est possible de constater qu'aucun ne comprend de contraintes fortes en la matière⁷¹.

Par ailleurs, les missions des collectivités locales en matière de planification familiale sont prévues depuis la loi du 28 décembre 1967 (loi Neuwirth), dans l'article L. 2212-14 du code de la santé publique du code de la santé publique. Et, en ce qui concerne l'IVG, les départements sont partie prenante dans la réalisation des entretiens pré-IVG par les conseillères conjugales et familiales, dans les établissements de santé ou dans les centres de planification familiale, en application de l'article L. 2212-4, et R. 2311-7 du code de la santé publique comme dans la réalisation des entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant suite à une IVG. Et, depuis la publication du décret n°2009-516 du 6 mai 2009, ils sont en charge de l'organisation de la réalisation de l'IVG médicamenteuse dans les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF), où peuvent exercer des sages-femmes territoriales⁷².

Sur le terrain, la réalité est complexe et contrastée. Une grande hétérogénéité règne dans l'approche des collectivités locales sur la question de la prise en charge des IVG et des missions relatives à la planification familiale. Celles-ci sont souvent peu définies, ou déléguées, parfois sans véritable suivi ou contrôle, à des associations. Des conventions sont théoriquement signées entre les conseils généraux et les établissements hospitaliers pour l'application de ces textes cette compétence décentralisée pouvant s'exercer soit dans les CPEF, soit dans les établissements de santé eux-mêmes.

⁶⁷ Articles L. 2212-1 et L. 2212-8 CSP.

⁶⁸ Voir par exemple le SROS de Bourgogne disponible sur http://www.ars.bourgogne.sante.fr/fileadmin/BOURGOGNE/publications/ARS/ACTUALITES/PRS_arrete_fevrier_2012/PRS_VF_mis_en_page/Cahier4-Perinatalite.pdf.

⁶⁹ HCE 2013b, p. 42.

⁷⁰ Guide des CPOM de la DGOS, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_CPOM_2012.pdf, p. 6.

⁷¹ HCE 2013b, p. 85.

⁷² Les sages-femmes territoriales relèvent de la filière médico-sociale. Elles exercent dans les collectivités territoriales et leurs établissements locaux : département, structure intercommunale commune, et plus particulièrement dans les services de protection maternelle et infantile (PMI). Elles assurent auprès de la femme enceinte des actes de prévention ainsi qu'un suivi de la grossesse et du postnatal. Elles participent également aux activités de planification et d'éducation familiale et assurent des actions de soutien à la parentalité et à la promotion de la santé. (« Les sages-femmes territoriales », www.ordre-sages-femmes.fr).

Or, sur ce point, les départements portent à cette question un intérêt très inégal (IGAS, 2009 : 65)⁷³ : la plupart des conventions, quand elles existent, sont rarement ou jamais révisées ni actualisées. Leur absence ne permet pas toujours de clarifier les imputations entre ce qui relève véritablement de l'activité d'IVG et ce qui relève de l'activité de planification (vacation des conseillers conjugaux et familiaux par exemple). Et les moyens consacrés aux actions de planification familiale sont généralement faibles. Peu de conseils généraux se donnent des objectifs comme la réduction des grossesses non désirées dans les différents schémas départementaux de PMI, ou de l'enfance.

En 2013, le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE 20123b) appelait à une coordination des actrice.s, notamment hors établissement de santé, par la constitution de réseaux. La circulaire du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité, dans un cadre régional, réaffirme leur rôle pour améliorer l'accès à l'IVG.

b) Le déploiement insuffisant des plateformes téléphoniques d'information

Les permanences régionales téléphoniques d'information, mises en place au niveau des DRASS après l'adoption de la loi du 4 juillet 2001, sont inégalement utilisées, souvent mal ou pas connues. Des rapports indiquent que les structures pratiquant des IVG sont encore peu nombreuses à travailler avec ces permanences (ARS Ile-de France, 2017 ; 10-15). Parfois, la proximité des structures entre elles rend la création de ces permanences peu utile. D'ailleurs, les deux tiers des établissements de santé du secteur privé et le tiers des établissements du secteur public déclarent ne travailler ni avec la permanence régionale, ni avec un centre de planification ou un autre organisme. Au cours de notre enquête de terrain, une conseillère conjugale et familiale salariée de l'unique association départementale du Planning Familial alors existante alors en région Bourgogne Franche-Comté⁷⁴, nous a fait part de l'enchevêtrement des territoires d'intervention des actrices (institutionnel.le.s et associatif.ve.s) de la prise en charge de l'IVG. Cet enchevêtrement, au plan géographique comme institutionnel, se surajoute aux difficultés qui se font jour dans la traduction de la loi, en pratique, du fait des rapports de forces à l'œuvre dans l'espace de la cause de l'IVG (entre institutions médicales et associations, notamment) :

« On voudrait développer la plateforme téléphonique IVG Contraception Sexualité sur la région... Y a trois ou quatre ans,, on avait rencontré l'ARS, pour porter la plateforme, et on s'est vu refuser même le dépôt du dossier ! On nous a dit qu'on n'avait pas les épaules

⁷³ Or, le niveau d'implication collective dans ce domaine qui relève de la prévention primaire a des répercussions importantes, en aval, sur la demande d'avortement.

⁷⁴ En 2020, une autre association s'est implantée dans la région, dans un département limitrophe de la première (Côte-d'Or), suivie d'une autre dans le Jura en 2022.

pour, qu'on était trop petites, et que c'était le début du lancement du numéro vert... Techniquement, ils avaient peu d'informations, et nous, on en avait plus, déjà, ça leur plaisait pas... Localement, on a un problème, pour l'articulation... Le dispositif de la plateforme régionale, il existe, et il doit se mettre en place depuis heu... 2001 ? avec la circulaire Aubry, c'est une obligation de chaque ARS. Avec notre réseau national du Planning, on tient déjà une bonne partie des plateformes. On voulait avoir une entrée plus simple dans le parcours, avec un numéro unique... Et il a été convenu avec la DGS que si les plateformes étaient tenues par les CHU, ou par d'autres partenaires, il y avait une convention possible pour faire réseau. L'idée, c'est d'avoir sur tout le territoire, Métropole et DOM-TOM, un accès à des conseillères formées sur ces questions. Avec un annuaire de terrain, pour donner des informations pratiques d'accès sur l'organisation des soins. Il s'est avéré que sur la région, la ligne du financement de cette plateforme était donnée au CHU, mais le numéro qui était inscrit sur des documents officiels, c'est le numéro du secrétariat du centre d'orthogénie du CHU ! Et ce qu'on nous a rétorqué, c'était qu'il y avait une bonne organisation des soins sur l'IVG dans notre région. (...) Enfin, c'est aussi la difficulté d'être le seul petit Planning en région, pour faire avancer ces questions de territoires. Il y avait pourtant eu un appel d'offres pour la plateforme téléphonique... En 2015, ou 2016 ? Et personne n'y a répondu ! Donc, ils ont redonné l'argent au CHU. Bon a espoir de faire avancer les choses, cette fois avec l'appui de la Confédération, avec la coordinatrice nationale du numéro vert. On est en train de signer une convention, entre la Confédé, nous-mêmes, et nos collègues de Rhône-Alpes, pour commencer une partie de l'écoute sur la plateforme 2018, et surtout mettre à jour l'annuaire téléphonique, en lien avec le réseau périnatal... Le travail, ça va être la communication, quoi ! ».

Audrey, conseillère conjugale et familiale de cette association départementale rapporte au printemps 2018 la volonté partagée par nombre d'acteurices déjà en 2013⁷⁵ de constituer un « guichet unique », bien référencé et visible, qui simplifierait significativement la recherche d'information sur l'IVG. Ce guichet unique était pensé comme devant permettre le choix réellement libre et éclairé d'une femme découvrant une grossesse non désirée, d'assurer qu'elle puisse choisir aussi librement la méthode de l'IVG qui lui convienne, et de réduire le risque d'être hors délai par un accès à l'avortement potentiellement plus rapide. Enfin, l'idée défendue était d'avoir accès à un droit fondamental sans supplément d'angoisse et/ou de culpabilisation. Audrey rapporte ainsi en 2018 ce dysfonctionnement que le Haut Conseil à l'Égalité entre les Hommes et les Femmes avait déjà relevé dans son rapport en 2013 : les plateformes régionales, obligatoires dans l'ensemble des régions depuis 1999, ne fonctionnent pas avec les mêmes moyens ni la même efficacité selon les territoires. Certaines renvoient en réalité au secrétariat du service IVG d'un hôpital, quand d'autres semblent saturées et sont impossibles à joindre. De plus, la visibilité des numéros est très variable, et la liste peu fiable :

⁷⁵ Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes, dans son Rapport relatif à l'accès à l'IVG, préconise que « Il faudra également veiller à ce que le numéro de téléphone soit gratuit pour toutes et tous, en particulier depuis les téléphones portables. Un numéro de téléphone à 4 chiffres doit être envisagé, à l'image du 3919 (numéro d'appel national en cas de violences conjugales), afin de le rendre facilement mémorisable et mobilisable. (HCE 2013a., p.27.)

ceux qui étaient référencés sur le site du Ministère de la Santé ne correspondent pas nécessairement aux numéros en ligne sur le site de l'INPES⁷⁶.

6. Une activité médicale qui demeure financièrement dévalorisée

La sous-valorisation financière de l'activité d'IVG est un facteur de fragilité dans un contexte où les contraintes de rentabilité pèsent fortement sur les établissements hospitaliers. Au-delà des indications médicales et du choix des femmes concernant les méthodes d'avortement, le déploiement de l'activité d'orthogénie sur le territoire se comprend à l'aune de l'hétérogénéité des tarifs de prise en charge des IVG et des modes de remboursement des patientes. La complexité du système de tarification, disparate et peu stabilisé, tend à amplifier le désengagement du secteur privé lucratif (AUBIN *et al.*, 2009). En dépit de revalorisations successives des forfaits IVG depuis 2004 (cf. infra), l'activité reste globalement déficitaire pour les établissements : à titre d'exemple, la comparaison des règles d'affectations des charges et des recettes pour une IVG ambulatoire de moins de 12 heures effectuée dans un établissement public de taille moyenne suivant les recommandations de la mission d'expertise et d'audit hospitalier, a montré qu'une IVG avait en 2008 un coût réel de 562 €, pour un forfait qui la valorisait 286,86 €, contrairement à une fausse couche spontanée ambulatoire, valorisée pour sa part 645 € (BETALA BELINGA *et al.*, 2010). Ces résultats soulignent la moins bonne valorisation de l'IVG, en termes de consommation de ressources, en comparaison d'une activité gynécologique similaire. Cette moindre valorisation de l'acte contribue au désengagement des établissements de santé privés à l'activité d'orthogénie, documenté dans un grand nombre de rapports sur la question de la prise en charge de l'IVG en France (rapports IGAS, 2009 ; CSIS, 2011 ; rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement, 2020).

⁷⁶ L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), sous la tutelle du ministère chargé de la Santé, a été créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, à partir de la transformation du Comité français d'éducation pour la santé (CFES), auquel il s'est substitué. En 2016, l'INPES est dissoute ; l'Agence nationale de santé publique (aussi connue sous le nom de Santé publique France) a repris ses missions de mise en œuvre des programmes de santé publique et de développement de l'éducation pour la santé.

Encadré 6. Revalorisations des forfaits afférents à l'IVG entre 2009 et 2016

Depuis le 1er janvier 2003, les dépenses afférentes à l'IVG ne relèvent plus du budget de l'État mais de celui de l'assurance maladie. Les pouvoirs publics ont opté pour que cette activité demeure en dehors de la tarification à l'activité (T2A) et conserver une logique de paiement à l'acte, afin d'assurer des tarifs homogènes, d'une part (pas de coefficient correcteur en fonction du statut ou de la localisation géographique des établissements), et d'éviter d'éventuels dépassements d'honoraires, d'autre part (Mission tarification à l'activité, 2003).

Les modalités de fixation du prix de l'IVG relèvent ainsi d'un régime spécifique qui repose sur un tarif forfaitaire, sous forme de prix plafond, fixé par arrêté du ministre de la Santé et différencié selon la technique (chirurgicale ou médicamenteuse), le mode d'intervention (anesthésie générale ou locale) et le lieu de réalisation de l'IVG (établissement ou médecine de ville). Cet acte n'est donc pas inscrit à la nomenclature des actes médicaux (CCAM). Fixé autour de 150 à 200 euros en 1991, le tarif de prise en charge a peu évolué jusqu'en 2004, où l'ensemble des forfaits IVG ont été revalorisés d'environ 30 %. Des revalorisations successives ont été fixées ensuite en 2009. Puis un arrêté du 26 mars 2013 modifiant l'arrêté du 23 juillet 2004 modifié, relatif aux forfaits afférents à l'IVG a revalorisé le forfait « accueil et hébergement, y compris les frais de salle d'opération » des IVG instrumentales à partir du 31 mars 2013. Une nouvelle revalorisation des forfaits a eu lieu en 2016 avec la loi de modernisation de notre système de santé.

L'amélioration forfaitaire prévue par la loi de modernisation de notre système de santé en 2016 visait à harmoniser le forfait de prise en charge de l'IVG médicamenteuse en ville et en établissement de santé afin que les femmes bénéficient, sur l'ensemble du territoire, de la même prise en charge. Des actes demandés aux femmes, qui n'étaient jusqu'alors pas pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale, sont désormais remboursés intégralement, qu'ils soient effectués en milieu hospitalier ou en ville (examens de biologie médicale, échographie de datation pré-IVG, la consultation de recueil de consentement, les examens de biologie de suivi et l'échographie de contrôle).

Tableau 1. Évolution de la tarification des forfaits IVG dans les établissements de santé et en médecine de ville selon le mode d'intervention⁷⁷

Méthodes d'IVG	1991 ⁷⁸	2004 ⁷⁹	2009 ⁸⁰	2016 ⁸¹
IVG avec anesthésie générale et hospitalisation de moins de douze heures	184,79 €	238,38 €	383 €	603,59 €
IVG avec anesthésie générale et hospitalisation de 12 à 24 heures	213,03 €	274,38 €	442 €	664,05€
IVG avec anesthésie locale et hospitalisation de moins de douze heures	137,53 €	190,38 €	306 ,14 €	463, 25 €
IVG avec anesthésie locale et hospitalisation de 12 à 24 heures	165,77 €	226,77 €	364,64 €	506,32 €
IVG médicamenteuse en établissement de santé ⁸²	199,93 €	257,91 €	Examens biologiques préalables : 2,95 € Consultation initiale (avec la prise de Mifegyne) : 85 € Consultation secondaire avec administration de prostaglandines et surveillance en établissement agréé : 122,61 € Consultation post IVG - contrôle biologique : 38,50 € et/ou contrôle par échographie : 30,24 €	Examens biologiques : 22,95 € ⁸³ Consultation de remise du consentement : 35,65 € Rémunération globale liée à la consultation de prise de médicaments -Mifegyne avec ou sans anticorps anti-D et prise des prostaglandines ⁸⁴ sans surveillance médicale : 95,65 € - Mifegyne avec ou sans anticorps anti-D, et prise des prostaglandines sous surveillance médicale : 182,61 € Consultation de contrôle : 25 € Examens biologiques de contrôle : 13,50 € Échographie de contrôle : 30,24€
Forfait IVG médicamenteuse en médecine de ville	-	191,74 €	4 consultations ⁸⁵⁺ médicaments : FHV-FMV 191,74 €	187,92 € ⁸⁶ : IC ou ICS pré :25 €, FHV : 50 € FMV :87,92€, ⁸⁷

77 A l'observation, il apparaît qu'un certain flou entoure la détermination des actes entrant dans les forfaits. Il est difficile de comprendre, par exemple, si en 2016 les établissements de santé facturent la consultation de contrôle ET les examens de contrôle alors que le prix de la consultation de contrôle était compris dans le forfait des contrôles biologiques et/ou échographiques en 2009.

78 Arrêté du 9 février 1991

79 Arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'IVG.

80 Arrêté du 4 août 2009 modifiant l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'IVG.

81 Arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'IVG.

82 Pour ce qui concerne le forfait d'IVG par voie médicamenteuse, on constate que c'est le prix de la consultation avec administration des prostaglandines et surveillance médicale qui a été revalorisé (+ 60 euros), et qu'entre 2009 et 2016, la prise des prostaglandines par la patiente est devenue possible à domicile, sans surveillance médicale, dans le parcours d'IVG effectué en établissement de santé. La consultation de délivrance de la Mifegyne® a été légèrement revalorisée.

83 J'ai noté ces deux tarifs d'après les textes des arrêtés de 2009 et 2016, sans parvenir à déterminer si cet écart est dû à une erreur, ou s'il s'agit d'une importante revalorisation.

84 Il s'agit alors du Gymiso®, du Misoone® ou encore Cervageme®

85 Soit C1, la consultation de confirmation de demande, C2 la consultation de délivrance de la mifépristone, C3 la troisième pour la délivrance du misoprostol, et C4 la consultation post-IVG (4 C à 25 euros : 100 euros composant la partie FHV : forfait honoraires - ville) et 91,74 pour les médicaments (FMV forfait médicaments -ville).

86 Le tarif du forfait pour les médecins n'a pas changé, seul le prix des médicaments a légèrement baissé (87,92 au lieu de 91,74 euros).

87 Forfait établi pour une boîte de 3 comprimés de mifépristone = une boîte de Mifégyne

				IC ou ICS post 25 € ^{88 +89} forfait pour le biologiste ⁹⁰ : Pré-IVG : FPB à 69,12 € (dosage d’HCG + Groupe sanguin facteur rhésus + RAI chez les femmes rhésus négatif) Post IVG : FUB 17, 28 € (dosage d’HCG pour vérification de l’efficacité de la méthode) + échographies : Pré-IVG : IPE 35,65€ (équivalent du code CCAM JNQM001 pour l’échographie non morphologique de la grossesse < à 11 SA) Post -IVG : IVE 30,64 € nouvelle nomenclature
--	--	--	--	---

CONCLUSION

Les nombreux rapports et études menées sur l’efficacité et l’effectivité de l’organisation de l’offre de soins en matière d’IVG rendent compte des évolutions de la prise en charge (selon les méthodes, la répartition géographique, etc.). Les analyses montrent un monde social en constante évolution. Ces données permettent de faire la lumière sur le contexte dans lequel émergent de nouvelles divisions du travail abortif (technique, morale et sexuelle) induites par les dispositifs techniques, par l’évolution du cadre réglementaire à l’échelle territoriale comme au sein des services des établissements hospitaliers, entre les différents acteurs impliqués dans l’activité d’orthogénie comme dans le champ de la santé sexuelle et reproductive.

Certaines données, là encore, sont rapportées comme manquantes (Ministère des affaires sociales et de la Santé, 2016). Toutes les étapes et toutes les modalités de la prise en charge des IVG ne sont pas identifiées. Il faudrait pouvoir connaître, par exemple, la proportion d’IVG instrumentales avec anesthésie générale par région et par région de domicile. Une comparaison du déroulement des étapes selon des caractéristiques d’âge, sociales, médicales, et des délais de réalisation de ces dernières, affinerait aussi cette connaissance. Pour mieux comprendre le phénomène de recours répété à l’IVG, il serait bon également de connaître la déclinaison locale des éléments qui les précèdent afin

⁸⁸ Le code IC ou ICS s’applique à la deuxième consultation du processus d’IVG, c’est celle où la femme confirme sa demande d’IVG. C’est la 1^{ère} consultation comprise dans le forfait IVG médicamenteuse en ville (équivalent au C1 du forfait antérieur). La cotation IC ou ICS vaut 25 euros. Le code IC ou ICS s’applique aussi à la consultation post IVG (C4 du forfait antérieur)

⁸⁹ Ces cotations (FPB, FUB, IPE, IVE) n’existaient pas auparavant et désormais les actes afférents à ces nouveaux codes sont remboursés à 100 %, comme les forfaits.

⁹⁰ Le bilan de coagulation ou la NFS ne sont pas nécessaires à titre systématique sauf si on suspecte une pathologie qui pourrait contre indiquer une des méthodes. Par exemple en cas de suspicion d’anémie la NFS ferritine est comprise dans le forfait FPB et donc prise en charge à 100%. D’après l’ANCIC, le ministère considère que nombre de femmes ont déjà une carte de groupe sanguin et donc que les biologistes ne seront pas lésés.

de mettre en évidence certaines spécificités ou difficultés régionales. Le dispositif d'information pourrait être complété par des données sur le délai entre le premier contact et le premier rendez-vous avec un.e professionnel.le délivrant l'attestation de grossesse, ou celui entre le premier rendez-vous médical où l'attestation a été délivrée, et la réalisation de l'IVG. Peu d'études rendent compte des distances entre le lieu où l'intervention est pratiquée et le domicile de la femme. Les événements indésirables liés à l'accès à l'IVG échappent également à la connaissance, tout comme le nombre d'IVG non prises en charge. Il faudrait pouvoir connaître le nombre de consultations réalisées pour chaque IVG : l'on pourrait montrer que certaines consultations sont répétées dans les cas de prise en charge hospitalière avec consultation de ville préalable⁹¹. L'analyse du parcours doit englober les pratiques en matière de prescription de la contraception, après l'IVG. Aucune information n'est disponible sur les femmes se procurant des médicaments par internet pour une IVG médicamenteuse. Quelques difficultés d'accès selon le profil de la femme au moment de la demande de réalisation de l'IVG ont été mises en évidence par enquête par *testing*. Mais il n'existe pas de source d'information nationale sur les attentes et la satisfaction qui serait directement renseignée par les femmes⁹². Les consultations réalisées par les conseillères conjugales ne sont pas repérées, non plus, dans aucun système d'information

⁹¹ Mais il peut aussi s'agir de pratiques imposées par des établissements (échographie avec activité cardiaque par exemple).

⁹² Les données des permanences régionales du MFPP permettent de disposer d'informations pour les femmes qui s'adressent à ces permanences.

CHAPITRE III.

Évolutions de la législation sur l'IVG et impact sur la culture du problème public

Nous allons maintenant retracer l'évolution des modalités d'encadrement des pratiques abortives, en tenant compte de la manière dont ces évolutions sont inscrites dans les textes juridiques. A cette fin, nous mobiliserons à nouveau la perspective adoptée par Joseph Gusfield, considérant la loi comme l'une des dimensions clé de la « culture publique »¹ de l'IVG. Gusfield envisage en effet la loi dans une perspective sémiotique, en tant que « système de communication »² dans son message manifeste, mais aussi comme la partie d'un système de signes (comprenant des symboles verbaux et non verbaux). La loi contribue pour l'auteur à la construction d'un ordre symbolique autour d'un problème public : elle symbolise, métaphoriquement, des significations latentes. La loi est ainsi examinée comme un mécanisme opérant dans la définition et dans la résolution des problèmes publics. Elle est envisagée comme « forme stylisée de drame public » : en tant que performance culturelle dans les registres de l'action formelle et routinière, la loi incorpore et renforce certaines significations, en bâtissant l'image d'un ordre social et naturel fondé sur un consensus moral. Elle a des effets instrumentaux, mais elle charrie également des manières de penser le problème public qu'elle entend résoudre. Dans les termes de Luc Boltanski, le droit joue un rôle déterminant dans les processus de stabilisation de la « réalité », entendue au sens d'une construction de la réalité par différence avec le « monde », qui est ce qui vient. Il appartient au droit de « *dire ce qu'il en est de ce qui est* » (BOLTANSKI, 2012).

La prise en considération de la demande d'IVG en tant que problème public comporte trois aspects : elle est un enjeu pour la loi, un problème d'application de cette loi par le corps médical, et aussi un objet de perception pour les citoyen.ne.s. Or, les perceptions dans la définition de ce problème évoluent, comme les réponses institutionnelles qui lui sont apportées. La carrière du problème public de l'IVG est tissée des contradictions et des décrochages entre, d'un côté, les intentions et les aspirations de la loi formelle, et, de l'autre, les usages de la loi dans les routines quotidiennes de la pratique de l'IVG. Dans cette perspective, nous envisageons la loi sur l'encadrement de l'IVG comme la présentation d'une version publique du caractère social et éthique de l'IVG, et de ses évolutions.

¹ Joseph Gusfield, « La loi comme culture publique », in *La Culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, op. cit. , chapitre 5, pp. 125-165.

² Ibid, p. 126.

Les métaphores à l'œuvre dans les énoncés du droit ne sont pas figées : elles évoluent, avec la considération que les initiatives prises notamment pour améliorer le taux de couverture contraceptive, optimiser la prévention des grossesses non désirées, et garantir l'accès à l'IVG dans les territoires, se sont révélées pour partie inefficaces. Nous posons que l'objectif d'amélioration de l'efficacité de ces initiatives conduit, dans une perspective qui continue d'être résolument sanitaire, à faire bouger les lignes du consensus moral sur l'IVG. Par-là, les métaphores des énoncés juridiques changent : l'accent, qui était délibérément mis sur la dimension de « dérogation légale » nécessaire pour recourir à l'IVG, se déplace vers une appréciation qui considère progressivement l'avortement comme une donnée structurelle de la vie génésique des femmes. Autrement dit, l'IVG commence à être pensée comme un événement physiologique, « normal » dans le champ de la santé sexuelle et reproductive.

La mise au jour de l'évolution des énoncés portant sur l'encadrement de la pratique de l'IVG dans le droit, sur le temps relativement long des cinq dernières décennies, montre comment se transforme cette « réalité » du droit, c'est-à-dire, pour reprendre les termes d'Arnaud Esquerre (2017), « comment et par qui est modifié l'énoncé disant ce qu'il en est de ce qui est ». Nous présenterons bien entendu la visée instrumentale de ces énoncés ; mais ce sont, comme Gusfield, essentiellement les attributs culturels de la loi qui nous intéressent. Notre analyse portera en effet sur la manière dont les lignes du compromis établi par la loi en 1975 ont bougé. Dit autrement, il s'agira de montrer comment la distinction entre le « normal » et le « déviant » des pratiques abortives a évolué depuis la promulgation de la loi Veil.

Cette frontière a toujours été brouillée et conflictuelle dans l'Histoire, depuis l'époque où l'avortement a été pensé comme « fléau social » (CAHEN, 2016) à la fin du XIX^{ème} siècle et au tournant du XX^{ème}, pensé comme un crime sous le régime de Vichy, puis celle où il a fait l'objet des luttes définitionnelles entre les militant.es féministes, notamment les membres du MLAC qui entendaient promouvoir la diffusion de la méthode Karman en population générale et défendre une « expertise profane » en matière d'avortement (RUAULT, 2017), les médecins du GIS qui ont œuvré pour professionnaliser cette pratique abortive et les membres des partis conservateurs qui souhaitaient, sinon l'interdire, du moins veiller à ce qu'un contrôle social, confié à l'institution médicale, s'exerce rigoureusement. Dans cette thèse, nous posons que nous sommes entré.es dans une autre étape de cette « carrière » du problème public de l'IVG, où convergent les efforts des législateurs et des mouvements sociaux féministes pour normaliser plus avant cette activité médicale pourtant toujours considérée comme « pas anodine ». Nous posons qu'en parallèle de divers mouvements sociaux visant à contester l'application de la métaphore de la déviance (avec ses implications de désaveu et d'immoralité) pour faire reconnaître des pratiques comme légitimes, parmi

d'autres conduites admissibles en matière de sexualité et de genre³, la « culture publique » de l'IVG tend à changer : si les catégories des statistiques publiques qui construisent la forme de rhétorique destinée à améliorer les politiques de prévention des grossesses non désirées évoluent peu, des appréciations divergentes des éléments de factualité du problème de l'avortement (ré)émergent cependant, et l'imputation de la responsabilité semble changer avec elles. De ce fait, la structure métaphorique du raisonnement juridique en matière d'IVG se charge de ces nouvelles implications sociales et politiques. Comme, d'après Gusfield, ce sont ces appréciations qui gouvernent l'imposition des sanctions dans une loi, nous posons que les modalités d'encadrement réglementaire des pratiques abortives sont conduites à évoluer en fonction de cette (nouvelle) appréciation de l'IVG en tant qu'événement physiologique, qui entre en tension avec les appréciations qui le pensent toujours comme une « déviance légale ».

Sans aller, comme cet auteur invite à le faire, jusqu'à proposer une stricte analyse sociologique du droit en matière de contraception et d'IVG⁴, nous nous sommes intéressée à la « fabrication »⁵ de l'encadrement juridique de l'avortement, en portant notre attention sur les parties qui orientent le processus législatif et sur les facteurs qui influencent l'action des législateurices, prise dans son instabilité. Cette analyse porte sur quelques-uns des changements significatifs dans la loi, plus particulièrement ceux concernant la question de l'expertise professionnelle dans le choix des orientations prises dans l'encadrement de la pratique de l'IVG, en écho aux débats menés dans les arènes professionnelles du champ. Car ces évolutions nous intéressent, en ce qu'elles sont le support des mobilisations du groupe professionnel des sages-femmes pour faire reconnaître sa légitimité d'intervention dans la conduite de l'action publique en matière d'IVG.

Cette remise régulière de la question de l'avortement à l'agenda des autorités publiques, en France, près de cinq décennies après la promulgation de la loi Veil, montre que l'accès à l'IVG est continuellement protégé par le droit et les institutions, et qu'il est reconnu comme un problème important, tant dans le champ *du* politique que *de la* politique. L'évolution du contenu des textes juridiques encadrant la pratique de l'IVG renseigne en effet sur ce que la société entend défendre, en termes d'éthique, et contre quoi elle est prête à lutter, en termes d'inégalités sociales, sexuelles et territoriales. Cette question est aussi objet d'un certain nombre d'entreprises de cause, au travers des arènes publiques, politiques, administratives et professionnelles. Elle fait, régulièrement, l'objet de controverses sociales, soulevées notamment par les mobilisations de groupes sociaux qui

³ Nous pensons notamment aux luttes contre l'homophobie et la transphobie.

⁴ Pour Arnaud Esquerre, procéder à une sociologie du droit suppose de déployer l'analyse des textes juridiques dans leur fabrique, avant et pendant le processus législatif, puis dans la manière dont les juges s'en saisissent (ou non), et enfin, dans sa diffusion dans la pratique que les textes visent et les contestations qu'ils provoquent éventuellement. In Arnaud Esquerre, « Comment la sociologie peut déplier le droit », *Tracés. Revue de Sciences humaines* [En ligne], 27, 2014.

⁵ Arnaud ESQUERRE, « Comment la sociologie peut déplier le droit », op. cit.

souhaiteraient réduire, ou encore interdire l'accès à l'avortement. La dimension incrémentale⁶ de ces reconfigurations régulières des politiques publiques en matière d'accès à l'IVG invite, en premier lieu, à considérer les dynamiques qui se font jour dans les prises de décision, à envisager la manière dont sont examinées les alternatives successivement proposées en vue d'améliorer l'accès à l'IVG, en fonction de quelles contraintes. Dans une même perspective, il importe de considérer le rôle et la hiérarchie des différents acteur.ice.s participant aux processus décisionnels dans les différents « cercles de la décision » (MULLER, 2018).

Les textes juridiques qui portent ces politiques publiques ne sont pas sociologiquement isolables : ils sont situés dans des contextes particuliers. Il importe donc d'analyser les liens qui peuvent se nouer, non seulement entre les textes juridiques en cours d'écriture et ceux qui les ont précédés, mais également entre ces textes et l'ensemble des faits sociaux auxquels ils se réfèrent (ESQUERRE, 2017). Plus spécifiquement pour notre objet de recherche, comprendre les enjeux et les motifs de l'élargissement progressif du champ de compétence du groupe professionnel des sages-femmes nécessite de connaître les débats qui se font jour dans les arènes professionnelles, politiques et institutionnelles autour de ce dernier. Certaines avancées dans le champ médical (telles que la mise sur le marché du dispositif médicamenteux, l'évolution des techniques biomédicales de contrôle de son efficacité ou encore la télémédecine) ont, à divers degrés, contribué à la réorganisation de l'offre de soins d'IVG. D'autres événements ont eu, aussi, une incidence sur la manière dont le groupe professionnel des sages-femmes s'est vu mandater pour assurer de nouvelles missions : l'émergence de nouveaux problèmes publics (comme celui des « violences obstétricales »), l'apparition sur la scène internationale de nouvelles controverses sociales autour de l'IVG sous l'impulsion des mouvements féministes ou conservateurs, la reconnaissance progressive des droits sexuels et reproductifs, avec des déclarations telles que celle de l'International Planned Parenthood Federation (2009⁷) ou encore des crises sanitaires, celle liée à l'épidémie de sida ou, plus récemment, à celle de la Covid-19.

Un corpus de différents textes juridiques principalement les lois, mais aussi des textes des saisines devant le Conseil Constitutionnel (le cas échéant), et ceux des décisions ensuite adoptées, a servi à cette analyse. Certains avis rendus par le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), et certains textes du Code de la santé publique et de la sécurité sociale ont été consultés, en repérant les

⁶ Thomas Ribémont, Thibault Bossy, Aurélien Evrard *et al.*, « Chapitre 9. Les pesanteurs de l'action publique », in *Introduction à la sociologie de l'action publique*, sous la direction de Thomas Ribémont, Thibault Bossy, Aurélien Evrard *et al.* Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, « Ouvertures politiques », 2018, p. 157-169.

⁷ Créé en 1952, l'International Planned Parenthood Federation (IPPF) est un réseau mondial d'associations dont le Planning Familial est membre depuis 1960. L'IPPF se mobilise pour que les droits en matière de sexualité et de reproduction soient considérés en tant que droits humains fondamentaux. Au travers cette Déclaration de 2009, l'IPPF œuvre pour la reconnaissance, le respect et l'exercice des droits sexuels et encourage l'amélioration des politiques et législations gouvernementales en ce sens. Si elle n'a pas de valeur juridique contraignante, cette Déclaration constitue une référence pour les professionnels agissant dans le domaine de la santé sexuelle et la défense des droits appliqués à la sexualité.

unités sémantiques du vocabulaire mobilisé. J'ai également analysé les débats dans les rangs du Parlement en étudiant les archives en ligne du Sénat et de l'Assemblée Nationale, ainsi que ce qui en était rapporté dans la presse nationale. Les débats nés au cours du processus de la fabrique des textes juridiques encadrant la pratique médicale de l'IVG sont analysés en regard des idées et discours portés aussi au sein des arènes professionnelles, institutionnelles et militantes de ce que nous nommerons l'espace de la cause de l'IVG (BERENI, 2007 ; MATHIEU 2012), sur différents aspects de la prise en charge en orthogénie. Les matériaux servant de support à cette analyse ont été recueillis lors de notre participation à différents colloques professionnels sur l'IVG, lors de nos observations des séances de conseil d'administration de l'ANSFO et dans différentes revues de la presse professionnelle⁸. Cette réflexion sur la nature des changements induits dans l'offre de soins et les modalités de pratique des gestes abortifs a permis d'envisager la manière dont les actrices (politiques, institutionnel.le.s et professionnel.le.s) « perçoivent les contraintes liées aux normes et aux institutions, et qui peuvent induire la continuité mais aussi le changement de ces normes et institutions »⁹.

En faisant le choix de traiter à part la manière dont l'avortement a été construit comme « fléau social » au 19^{ème} siècle, puis comment il est finalement passé dans le champ de la planification familiale après la seconde guerre mondiale¹⁰, nous soulignerons ici les infléchissements à l'œuvre dans cette « culture publique » de l'IVG depuis la loi Veil, au travers de l'assouplissement progressif du cadre réglementaire de la pratique médicale de l'IVG. L'autonomie décisionnelle des femmes est de plus en plus reconnue ; l'offre de soins en orthogénie tend à devenir une activité médicale normalisée, tandis que différentes mesures sont adoptées pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'IVG. Enfin, son encadrement s'adapte aux demandes sociales de démedicalisation de l'IVG, de telle sorte que les femmes se voient peu à peu reconnues comme actrices dans les procédures abortives. Cependant, certaines protestations s'élèvent régulièrement contre ces avancées qui, selon leurs porte-paroles, risqueraient de trahir l'esprit de la loi Veil en risquant de banaliser le recours à l'IVG. Ainsi, chaque fois que la question de l'IVG est remise à l'agenda politique, toujours pour défendre et améliorer l'accès à cette offre de soins, les décideurs publics veillent activement au maintien du compromis ménagé en 1975, tout en s'efforçant d'en faire bouger les lignes. La pratique abortive fait toujours l'objet d'un contrôle social étroit ; pourtant, les modalités de ce contrôle et l'ordre symbolique autour de l'IVG évoluent. Dans ce jeu de tensions et de forces qui s'opposent, où le brouillage des frontières entre le normal et le pathologique demeure

⁸ voir chapitre méthodologie

⁹ Amandine Crespy, Vivien A. Schmidt, « Néo-institutionnalisme discursif », in Laurie Boussaguet éd., *Dictionnaire des politiques publiques. 5^e édition entièrement revue et corrigée*. Paris, Presses de Sciences Po, « Références », 2019, p. 367-375.

¹⁰ Voir la troisième partie de ce manuscrit.

en se reconfigurant, le groupe professionnel des sages-femmes se voit progressivement investi de nouveaux mandats en matière de santé sexuelle et reproductive.

A. LA PROCEDURE ABORTIVE COMME DEROGATION LEGALE

I. La construction du compromis de la loi Veil en 1975

Sur la base des leçons tirées de ces affrontements et de ces auditions, le projet Veil a été construit avec la volonté d'obtenir un consensus national sur un texte qui, véritablement, pourrait être applicable. L'exposé des motifs du projet de loi met en avant ce qui réunit les acteurs, insistant sur les nécessités d'accorder la loi à la réalité des pratiques, de réduire les injustices sociales, d'éviter les séquelles des avortements clandestins et de réduire le nombre des avortements.

Le texte du projet de loi résulte donc du compromis entre les attentes des forces conservatrices traditionnelles qui opposaient un refus absolu à la perspective de la libéralisation de l'avortement, et celles des députés d'extrême-gauche sensibles aux revendications d'un droit à la contraception, à l'avortement et à une sexualité libres, ainsi qu'à l'expression plus radicale des mouvements libertaires (non représentés à l'Assemblée Nationale) qui réfutaient l'expertise morale des médecins. Mais le texte rassemblait également des députés d'un courant moderniste, issus à la fois des rangs de la majorité et de l'opposition, qui s'accordaient sur l'idée que la médicalisation de l'acte en appui sur une politique éducative, sociale et familiale appropriée, était la meilleure arme contre les séquelles et les injustices de l'avortement clandestin. Ce « rassemblement atypique » des forces de l'opposition et de la majorité était basé sur un accord sur la légitimité des pratiques planificatrices, la confiance accordée au corps médical sur le plan technique comme sur le plan moral, ainsi que sur l'adhésion à une certaine idée de l'autonomie de la femme (FERRAND-PICARD, 1982).

Caractérisée surtout par sa dimension préventive, la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 résulte de ce compromis. Dépénalisant l'avortement seulement dans la mesure où elle le médicalise (l'encadrement médical étant perçu comme une garantie face au risque de banalisation de l'avortement), la législation française a opté pour une approche sanitaire. Avec des arguments fondés sur la protection de la santé, l'interruption volontaire de grossesse s'intègre dès lors dans une offre de soins qui se veut normalisée, mais la loi Veil ne reconnaît pas *foncièrement* un droit à l'IVG.

II. Les éléments du compromis de la loi Veil

Le ton du texte de la loi, dissuasif, est l'illustration du compromis entre les forces conservatrices et progressistes en présence au Parlement : son article premier précise qu'« *il ne peut être porté atteinte au principe du respect dû à tout être humain dès le commencement de la vie qu'en cas de nécessité et selon des conditions et limitations précisément définies* »¹¹. D'après les termes de la loi, en aucun cas l'interruption volontaire de la grossesse ne doit constituer un moyen de régulation des naissances : il ne s'agit que d'une tolérance, le législateur ayant décidé d'inscrire en tête des dispositions de la loi un principe destiné à rappeler le caractère dérogatoire¹². L'ajout de ce principe aurait une fonction «sécurisante», instauré seulement pour justifier sa dérogation. En se fondant sur le préambule de la constitution du 27 octobre 1946 qui garantit la protection de la santé (alinéa 10), le Conseil constitutionnel a légitimé cette dérogation le 15 janvier 1975, en déclarant la loi conforme à la constitution, considérant certes l'IVG comme une atteinte au principe du respect de l'être humain dès le commencement de la vie, mais estimant également que la conciliation entre les différents intérêts en jeu est assurée¹³. Dès lors, l'IVG a le statut de « *dérogation légale* » au principe de l'article premier de la loi.

Ensuite, la loi n'avait d'abord vocation à s'appliquer qu'à titre expérimental, pour une durée de cinq ans. Le compromis est aussi établi grâce à l'adoption d'un cadre réglementaire très strict, fixant des conditions pour la réalisation de la procédure abortive, manière de s'assurer que les femmes n'utilisent pas l'avortement de sorte à se soustraire à leurs obligations procréatives nationales.

Ainsi, l'IVG peut être pratiquée seulement si la femme s'estime placée dans une « *situation de détresse* » ; cette condition permettait de garantir le respect dû à tout être humain dès le commencement de la vie. L'IVG doit ensuite impérativement être pratiquée par un médecin, dans un établissement de santé agréé. Seule parmi tous les actes médicaux, elle nécessite une déclaration (par le biais des bulletins BIG) pour demeurer dans le cadre de la légalité. Un dossier-guide comprenant toutes les informations nécessaires devait être distribué à la femme, pour l'informer notamment des « *risques* » relatifs à cette intervention, et lui faire connaître les droits, aides et avantages dont elle pourrait bénéficier si elle n'interrompait pas sa grossesse. La femme doit également se soumettre à un entretien psychosocial préalable, après quoi un délai de réflexion d'une semaine lui est imposé, à

¹¹ L'argument fondé sur la protection de la vie du fœtus apparaît dès lors dans le droit positif. Mais le droit à la vie n'a pas été constitutionnalisé : il n'a qu'une portée légale, voire conventionnelle (MARGUET, 2014).

¹² Le discours de Simone Veil au moment du vote illustre ce caractère dérogatoire de la loi : « *l'avortement doit rester l'exception, l'ultime recours pour des situations sans issue (...) Aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'avortement (...) C'est toujours un drame et cela restera toujours un drame (...) Si le projet (...) tient compte de la situation de fait existante, s'il admet la possibilité d'une interruption de grossesse, c'est pour la contrôler, et autant que possible, en dissuader les femmes* ».

¹³ Du fait que la clause de conscience permette aux personnels de santé de refuser de participer à une interruption volontaire de grossesse.

l'issue duquel elle pourra remettre son consentement à l'IVG, par écrit, après réception d'une attestation de consultation. La loi fixait initialement un délai maximal de dix semaines de grossesse ou douze semaines d'aménorrhée (SA) pour que l'IVG soit pratiquée. Les jeunes filles mineures souhaitant interrompre une grossesse devaient être autorisées par les titulaires de l'autorité parentale.

La loi attribue aux médecins ainsi qu'à l'ensemble du personnel médical susceptible d'être impliqué dans l'activité au sein de l'établissement de santé un « droit de réserve » (la clause de conscience) leur permettant de refuser de pratiquer l'intervention ; c'est un autre signe qui distingue cette pratique médicale de toutes les autres, pour lesquelles il existe déjà un droit de réserve possible (article R.4127-47 CSP, et article 47 du code de déontologie médicale).

III. L'effectivité du droit en question

Dans son analyse de l'évolution de la législation encadrant cette activité médicale au long du XX^{ème} siècle en France, Laurie Marquet¹⁴, spécialiste de droit public sur les questions de procréation, s'interroge sur la caractérisation de l'IVG en tant que droit. Selon elle, l'IVG a bien perdu son caractère d'acte moralement et pénalement répréhensible grâce à cette logique de dérogation au nom de la santé publique qui a donné le droit d'avorter aux femmes, mais cette reconnaissance ne s'est pas accompagnée d'une totale autonomisation des décisions procréatives.

En effet, les revendications relatives au droit à la libre disposition de son corps et à la maternité choisie ne sont pas consacrées en droit positif. Laurie Marquet opère une distinction entre le « droit à l'avortement » entendu comme droit permettant d'obtenir réparation pour un avortement qui aurait échoué¹⁵, et le « droit d'avorter » qui correspondrait davantage à une liberté, en mobilisant une définition juridique de la liberté essentiellement négative (entendue comme permission donnée à un individu d'adopter tous les comportements, quels qu'ils soient, sous réserve qu'ils ne soient pas interdits¹⁶). Chacune des qualifications de ce droit reflète selon elle les positions doctrinales et politiques de leurs auteures : il peut s'agir en effet d'un « *droit à* » (VEREAUX, 1991, 80 ; AUBIN, et al., 2009, 39), d'un « droit subjectif », d'un « *droit absolu* »¹⁷, d'un « droit fondamental »

¹⁴ Laurie Marguet a soutenu sa thèse de doctorat en droit public, intitulée « Le droit de la procréation en France et en Allemagne : étude sur la normalisation de la vie » en 2018, sous la direction de Stéphanie Henneute-Vauche, à l'Université de Paris-Nanterre.

¹⁵ La jurisprudence est constante en raison du dogme de la grossesse comme évènement nécessairement heureux, et estime que « l'existence de l'enfant [ne peut à lui seul] constituer pour sa mère un préjudice juridiquement réparable, même si la naissance est survenue après une intervention pratiquée sans succès en vue de l'interruption de la grossesse [...] » V. 1^{ère} Civ. 25 juin 1991, JCP 1992, 21784, note BARBIERI.

¹⁶ D'après Diane Roman, Stéphanie Henneute-Vauche, la liberté consiste en « *la possibilité pour l'homme d'agir et d'opérer des choix de comportement en l'absence de contraintes de nature juridique. La liberté est entérinée par l'ordre juridique (...)* ». Pour ces deux auteures, la liberté est une possibilité légale, une faculté consacrée juridiquement, tandis que le « droit » est un énoncé institué par l'ordre juridique. In *Droits de l'homme et libertés fondamentales*, Paris, Dalloz, 2013, p. 8-9.

¹⁷ Niant une telle qualification, Bertrand Edelman, « L'arrêt 'Perruche' : une liberté pour la mort ? », *Recueil Dalloz* 2002, p. 2349.

(NISAND, 1999) ou d'un « droit des femmes »¹⁸. Parfois, il est caractérisé comme « *droit à part* »¹⁹, ou au contraire comme « *véritable droit* » (NISAND *et al.*, 2012). Ailleurs, il est une « *liberté fondamentale* » ou plus simplement une « *liberté* » (NISAND, 1999 *op. cit.*), ou encore une simple « *dérogation légale* »²⁰.

Progressivement, les procédures abortives ont été modifiées dans le sens d'une simplification (BATTISTEL *et al.*, 2020). Nous retracerons les évolutions substantielles des dispositions légales de 1975 jusqu'au moment de la rédaction de ce manuscrit, après le vote de la loi n°2022-295 du 2 mars 2022. Toutes les modifications visant à renforcer l'effectivité du droit à l'IVG ont fait l'objet de débats dans les rangs du Parlement, montrant combien les décideurs publics demeurent attachés, aujourd'hui encore, au maintien du compromis établi en 1975. L'enjeu est toujours celui de concilier des intérêts antagonistes *per se* inconciliables.

B. VERS UN PROCESSUS DE « PHYSIOLOGISATION » DE L'IVG ?

Cette partie sera consacrée à l'analyse des dynamiques discursives et des énoncés juridiques sur les modalités de prise en charge de l'IVG durant ces cinq dernières décennies. Nous montrerons la pérennité de certaines normes qui orientent l'encadrement de la pratique abortive médicalisée, qui entrent cependant en tension avec la (ré)affirmation progressive de certaines valeurs. Le constat de la stabilité et de la fréquence du recours à l'IVG attesté par les statistiques publiques oblige progressivement les législateurices à penser celui-ci comme une donnée structurelle de la vie génésique.

I. La reconnaissance progressive du choix d'avorter comme décision libre

Dans la culture publique de l'IVG, bien que dans une proportion moindre que pour l'IMG (WEBER *et al.*, 2008), le caractère légal de l'acte ne clôture pas le débat moral sur la légitimité de la décision d'avorter. Bien que celle-ci soit en principe reconnue, le parcours d'IVG est pensé pour exercer une forme de contrôle social sur les pratiques en matière de régulation des naissances. Il ne se départit pas d'une normativité effectivement à l'œuvre, de remises en question et de négociations

18 PAVARD, ROCHEFORT, ZANCARINI-FOURNEL, 2012, *op.cit.*, p. 169 : un « véritable droit des femmes ». Voir également MATHIEU Bertrand, 2001, « Une jurisprudence selon Ponce Pilate - Constitutionnalité de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse et la contraception », *Recueil Dalloz*, p. 2533 : un droit « de la femme ».

19 *L'accès à l'IVG, volet 2*, Rapport pour le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE), n° 2013-110 SAN-00, en réponse à la saisine de la ministre des droits des femmes, Najat Vallaud Belkacem, 7 novembre 2013, p. 5 : « le droit à l'avortement demeure un droit 'à part' non consacré expressément par les textes juridiques comme l'expression d'un droit (...) ».

20 HEERS Mireille, 1991, « Existe-t-il un droit à l'avortement ? A propos de la responsabilité d'un hôpital du fait de la non-révélation d'une anomalie fœtale », *Revue de droit sanitaire et social*, p. 69. Mireille Heers emploie les expressions de « *dérogation légale* », « *possibilité d'avortement* ; *l'avortement ne constituant pas un droit* ». Voir également : Conclusions de Jerry Sainte-Rose CC, assemblée plénière, 13 juillet 2001, *JCP G* 2001, II, 10601.

induites par les dispositifs réglementaires, dans les pratiques et les représentations des professionnel.les. Nous allons voir comment ces dispositifs prévus dans la loi ont évolué vers une plus grande reconnaissance de l'autonomie décisionnelle des femmes, notamment celle des mineures. L'entretien psychosocial, en perdant son caractère obligatoire, a perdu également son caractère dissuasif ; la notion de détresse, pensée comme condition de légitimation de la décision, a été supprimée dans les énoncés juridiques. Nous posons que ces changements, objet de résistances cependant, concurrent selon nous à l'évolution de l'ordre symbolique autour de l'IVG, dans le sens d'un aménagement du compromis : au travers de ces modifications de la réglementation, l'IVG perd (pour partie) son caractère déviant, et partant, se normalise dans les représentations sociales.

1. L'allègement du caractère dissuasif de l'entretien psychosocial

L'autonomie décisionnelle des femmes en matière d'IVG, bien qu'elles soient désignées seules juges de leur état de détresse, n'était reconnue que pour partie, atténuée par l'obligation qui leur était faite de consulter un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé pour se voir délivrer une attestation de consultation²¹. Pour de nombreux législateurs, cet entretien trouvait sa place dans une succession de démarches destinées à faire émerger les motifs de la demande d'IVG, voire à multiplier les chances de dissuasion²², et, sur un plan symbolique, à rappeler que l'avortement ne devait aucunement être considéré comme pratique de régulation des naissances. Le dispositif de l'entretien psychosocial, en tant qu'outil de connaissance de la population et du phénomène de l'avortement, correspondait à une nouvelle perception du contrôle social, notamment par le biais de la transmission du pouvoir de contrôle du juge au médecin. Il est aussi vécu comme lieu de création de normes sociales, dans la mesure où il véhicule les modes de comportement que la société autorise ou qu'au contraire elle refuse, la femme devant alors adopter des stratégies pour se conformer à ces attentes normatives ou au contraire s'en tenir éloignée (DIVAY, 2003, 2004). Les femmes pouvaient se sentir soumises à une « *obligation de conformité biographique* », leurs justifications devant être jugées socialement et moralement valables par le médecin (DEVREUX ; FERRAND-PICARD ; HORELLOU-LAFARGE, 1982 ; MATHIEU ET RUAULT, 2014). En outre, le fait que l'article L-162-4 du code de la santé publique (CSP) précise que « *chaque fois que cela est possible, le couple*

21 Les personnels des organismes mentionnés au premier alinéa sont soumis aux dispositions des articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

22 Voir plus loin le développement sur la conception des contenus du dossier-guide remis à la femme lors de la première consultation.

participe à la consultation et à la décision à prendre », a pu être entendu comme une mesure ambivalente du dispositif, susceptible d'orienter le choix initial de la femme.

Ses modalités demeurent floues, cependant, dans les textes juridiques : l'article L-162-4 CSP stipulait seulement que « *des conseils appropriés à la situation* » seraient apportés à l'intéressée, « *ainsi que les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés* ». Selon Anne-Marie Devreux (1982), il a été différemment investi selon ce que les professionnel.les compétent.es pour le conduire se représentaient de la libéralisation de l'avortement, du statut de la femme et de l'enfant. Ce vide relatif laissé par le législateur autorise en effet à conduire l'entretien de manière tantôt libérale²³, tantôt clairement dissuasive. Il a pu contribuer à faire endosser aux conseillères conjugales ou assistantes sociales un rôle d'avocate, pour soutenir la femme dans l'expression de la légitimité morale et sociale de la demande d'IVG, aux côtés du médecin faisant par opposition *figure* de juge en face de la requérante (DEVREUX, 1982). L'entretien a pu être perçu, aussi, comme possibilité d'exercer un second barrage, lorsqu'il est dédié à redoubler le travail du médecin dans l'insistance sur les risques médicaux que fait courir l'IVG. Notre enquête de terrain a mis en lumière le fait que près de 45 ans après l'adoption de la loi Veil, ce dispositif est quelques fois utilisé par les médecins pour se décharger de la dimension affective et psychologique de leur rôle dans la prise en charge²⁴. Parfois, il relève d'une forme de rituel destiné à absorber la charge agressive associée à l'avortement dans l'esprit des professionnel.les.

Lors de l'ouverture du réexamen de la loi de 1975, en 1979, Monique Pelletier rappelle que la question de l'avortement s'était posée « en termes d'ordre et de santé publique », reconnaissant « le rôle éthique de la loi », l'État ne pouvant « se permettre que l'I.V.G. se banalise et devienne un moyen contraception comme les autres » (FERRAND-PICARD, 1982 : 389). Elle rappelle que la stratégie d'un contrôle médical de l'avortement impliquait de conjuguer l'élaboration d'une prévention sanitaire en réponse à l'enjeu de santé publique, à la mise en place d'une prévention d'ordre social en réponse à celui du contrôle de la procréation. Le texte de loi de 1979 reconnaît ainsi l'entretien psychosocial comme la clé de voûte de ce dispositif de contrôle²⁵. Il en renforce résolument la dimension dissuasive en modifiant le deuxième alinéa de l'article L-162-4 CSP. Dès lors, l'assistance et les conseils donnés à la femme au cours de cet entretien doivent être notamment dispensés en vue de lui « *permettre de garder son enfant. A cette occasion, lui sont communiqués les noms et adresses des personnes qui,*

23 Pour le REIVOC, la consultation psycho-sociale peut être un élément central de l'accompagnement pour la femme, où la femme peut dire ce qu'elle ressent et parler de ses difficultés *quelles que soient leur nature* (c'est moi qui souligne). Mais c'est aussi un temps de prévention où des situations de risques pourront être évaluées (comme des violences éventuelles). Ainsi le contenu s'adapte aux préoccupations de la femme. (<https://reivoc.fr/accompagnement-ivg>)

24 L'un de nos enquêtés, médecin généraliste vacataire dans le service de gynécologie d'un centre hospitalier, nous a dit : « *Le psychologique, c'est elles* », en parlant des conseillères conjugales en charge des entretiens psychosociaux dans son équipe.

25 La Commission parlementaire chargée du réexamen de la loi de 1975 a d'ailleurs considéré l'entretien psychosocial comme l'élément essentiel de l'appareil de contrôle social de l'avortement.

soit à titre individuel, soit au nom d'un organisme, d'un service ou d'une association, seraient susceptibles d'apporter une aide morale ou matérielle aux femmes et aux couples confrontés aux problèmes de l'accueil de l'enfant ». L'entretien ainsi redéfini est plus que jamais articulé à la notion de détresse²⁶ qui justifie la préoccupation d'assistance : une femme qui avorte peut-être une personne en difficulté, donc elle a besoin d'aide²⁷. Autrement dit, la contrainte porte maintenant sur le besoin d'aide qui doit être ressenti, sur le besoin impérieux de parler de ses difficultés et d'accepter le dialogue. Le principe même de l'entretien est fondé sur l'idée que l'avortement doit être vécu de façon dramatique pour rester exceptionnel.

Vingt-cinq ans plus tard, suite à des travaux diligentés par le gouvernement sur les dysfonctionnements de la prise en charge en orthogénie en France (NISAND, 1999), des mesures avaient été prises pour améliorer l'accès à l'IVG dans les hôpitaux publics. Après avoir pris le temps de la réflexion et de la concertation sur la question de l'allongement des délais légaux de l'IVG²⁸, le Gouvernement entend réviser les textes de 1967 et de 1975, arguant de leur inadaptation aux réalités sociales et médicales du pays. Il s'agit de « répondre à des situations de détresse » sans que l'architecture de ces textes de loi n'en soit bouleversée. La suppression de l'entretien psychosocial ne figure pas dans le projet de loi. Mais, lors de son audition, la secrétaire générale du CADAC Maya Surduts précise : « Nous sommes pour que des entretiens soient proposés, mais sans leur donner un caractère obligatoire, car cela dénature leur objet. On pourrait imaginer, dans certains cas, que l'entretien ait lieu après l'IVG ou au moment souhaité par la femme ».²⁹ Cette préconisation d'un entretien possiblement réalisé après l'intervention implique que les femmes peuvent ressentir le besoin d'une écoute et d'un lieu pour faire le point sur leurs émotions relatives à la demande d'IVG.

26 En recourant à la notion de détresse, la tendance réformatrice libérale de la classe politique avait obtenu que l'évaluation des motifs de la demande d'IVG soit confiée aux soins de la femme (Devreux, 1982).

27 Lors des débats sur le projet de loi de 2001, Christine Boutin appuiera de nouveau cette conception en s'opposant à plusieurs reprises à la modification de ce dispositif de l'entretien psychosocial, arguant qu'il est nécessaire pour prévenir le « syndrome post-abortif », ou souffrance ressentie parfois des années après un avortement lorsque la décision a été prise en ayant « subi des pressions ». D'après la députée, puisqu'« on est toujours en état de fragilité quand on est enceinte », il faut veiller à soutenir la capacité des femmes à prendre une décision « éclairée » en leur apportant tous les outils et informations nécessaires pour ne pas avoir, un jour, à regretter cette décision. Son argumentation est destinée à promouvoir le maintien de tous les dispositifs d'accompagnement social dans les parcours d'IVG. Ce type d'informations est à ses yeux tellement important qu'elle souhaitait en faire « un principe général du droit » « placé dans le code de la santé publique dans la partie sur les principes généraux », et ce, même si les informations en question étaient précisées dans le dossier-guide délivré à la femme dans le parcours d'IVG. (Archives de l'Assemblée Nationale, troisième séance du 29 novembre 2000, au sujet du sous-amendement n°49 déposé par Christine Boutin, <https://www.assemblee-nationale.fr/11/cr/html/20010079.asp> /)

28 Avant de proposer cette modification législative, le Gouvernement a souhaité vérifier qu'il n'existait aucune contre-indication technique à l'allongement des délais. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a rendu son avis, estimant que « l'utilisation des techniques chirurgicales efficaces et rapides s'accompagne d'une augmentation modérée des complications immédiates au-delà de 12 SA par rapport à des âges gestationnels plus précoces. Il n'y a pas d'argument pour suspecter des conséquences à long terme de l'interruption tardive de grossesse » (ANAES, 2001, *Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines*, mars, p.68).

29 Le mardi 19 septembre 2000, à l'Assemblée Nationale, la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes a entendu Mme Maya Surduts, secrétaire générale, et Mmes Valérie Haudiquet, Danielle Abramovici et Marie-Caroline Guérin, membres de la Coordination nationale pour le droit à l'avortement et à la contraception (CADAC). Assemblée Nationale, archives de la XIème législature, compte-rendu de la session du 19 septembre 2000 à 18h30, <https://www.assemblee-nationale.fr/11/cr-delf/00-01/c9900019.asp>

Le fait de préconiser que l'entretien puisse avoir lieu après l'effectuation du geste abortif en efface la dimension dissuasive. Cela va dans le sens d'une reconnaissance de l'autonomie décisionnelle des femmes.

En octobre 2000, un projet de loi³⁰ relatif à l'IVG et à la contraception est déposé. Lors de son examen en commission des affaires culturelles le 15 novembre 2000, les débats portent autour de cette question. Danielle Bousquet³¹, députée et militante féministe, souligne que l'entretien social obligatoire revêt un caractère dissuasif ou culpabilisant. Elle préconise de le proposer, uniquement, lors de la première visite médicale, au motif que « *continuer à imposer cet entretien et maintenir sa dimension dissuasive constituerait une atteinte à l'intégrité morale et à la dignité des femmes* ». Valérie Haudiquet abonde dans son sens : selon elle, certaines organisations d'opposants à l'avortement obtiennent l'agrément leur permettant de recevoir les femmes lors de ces entretiens ; elle s'offusque que les coordonnées de ces associations soient contenues dans le dossier-guide distribué aux femmes dans leur parcours d'IVG³².

Les opposants dans les rangs de la droite soutiennent que la modification de ce dispositif de contrôle social dévoie l'esprit de la loi Veil. Lors des débats parlementaires préalables à l'adoption du projet de loi, le point commun à tous les arguments des opposants est d'envisager l'entretien psychosocial préalable à l'IVG dans ses dimensions dissuasive et psychologisante (DEVREUX, 1982). Lors de la troisième séance du mercredi 29 novembre 2000 à l'assemblée Nationale, Christine Boutin (UDF) critique le fait qu'il soit souvent réduit à un simple enregistrement de la demande d'avortement, alors qu'il devrait être un lieu d'écoute et de parole. Prévu comme l'occasion d'une réflexion, il a été selon la députée transformé en « *préparation à l'avortement*. » Pour Bernadette Isaac-Sibille (DLC), cette suppression du caractère obligatoire de l'entretien irait à l'encontre des mesures destinées à soutenir « *l'accueil de la vie* ». Elle propose d'améliorer la formation des personnes chargées de l'assurer, voire d'inclure la présence du « père » dans ce dispositif pour aider la femme à former un projet parental. Selon Marie-Thérèse Boisseau (RPR), le postulat que les femmes, au stade du premier entretien, ont déjà décidé d'avorter serait « *totalelement faux* ». Selon elle, seules 1 % des femmes refusent l'entretien, et reconnaissent son utilité une fois « *si on insiste un petit peu* ». Laisser la possibilité de choix avec un accompagnement économique, psychologique et social est le signe pour Martine Aurillac (RPR) « *que notre société organise l'accueil de la vie et se donne les moyens de lutter contre la solitude et l'abandon* ». Pour Bernard Accoyer (RPR), l'avortement

30 Projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, n° 2605, déposé le 4 octobre 2000 (urgence déclarée)

31 Danielle Bousquet, Rapport d'information n° 2702 fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, sur le projet de loi (N° 2605) relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, 15 novembre 2000.

32 Assemblée Nationale, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, compte rendu n° 15, mercredi 15 novembre 2000, séance de 9 heures 30. Examen du projet de loi relatif à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception - n° 2605 (Mme Martine Lignières-Cassou, rapporteure) ; <https://www.assemblee-nationale.fr/11/cr-cafc/00-01/c0001015.asp>

touche « à l'essence même de la vie, au plus intime de la féminité. Il est donc traumatisant par définition. C'est un véritable orage psychologique » qui « crée un besoin de parole » et l'absence de réponse à ce besoin serait susceptible d'entraîner « une décompensation des psychopathies sous-jacentes ». Cet entretien participe donc selon lui de la prévention sanitaire, par son caractère systématique. La députée Martine Lignières-Cassou³³(PS) stupéfaite par la teneur de ces arguments, souligne qu'il semblerait que l'IVG ne soit toujours pas, au tournant du XXIème siècle, considérée comme un droit.

Finalement, l'article L2212-4 du code de la santé publique est modifié par la loi n°2001-5888 du 4 juillet 2001³⁴. L'entretien dit psychosocial est maintenu. Cependant, il n'est plus obligatoire pour les femmes majeures : il leur est désormais « systématiquement proposé, avant et après l'IVG »³⁵. Pour Laurie Marguet (2014), la suppression de l'obligation de consultation permet à la femme de décider sans la tutelle des médecins et donc *a fortiori* de l'Etat. Quand l'entretien est souhaité, il doit être mené par une personne qualifiée en conseil conjugal. Un délai de 48 heures est alors ménagé entre l'entretien psychosocial et la consultation de confirmation de la demande. La procédure étant obligatoire pour les mineures, le délai de 48 heures est exigé. Un centre d'IVG situé dans un hôpital public doit proposer des permanences destinées à ce type d'entretien, afin de permettre à la femme enceinte d'accomplir plus facilement l'ensemble des démarches. Les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) disposent également de personnels formés à ces entretiens. Et, aujourd'hui, lorsque l'IVG est réalisée hors établissement de santé, le professionnel de santé prenant en charge l'IVG doit pouvoir orienter la femme vers une personne qualifiée pour la réalisation de l'entretien et connaître les lieux possibles de sa réalisation. Dans le livret-guide « Interruption volontaire de grossesse » élaboré par le Ministère de la Santé³⁶, la consultation pré-IVG est définie comme « un entretien particulier au cours duquel sont proposés une assistance sur le plan social, une écoute, un soutien psychologique, des informations ou des conseils appropriés à la situation de la femme. Ce moment d'écoute et de dialogue peut être important et aider l'intéressée dans une période difficile. »

33 Elle est la rapporteure du rapport n° 2726 fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi relatif à l'IVG et à la contraception.

34 JORF du 7 juillet 2001

35 Article L2212-4 CSP, 2016.

36 Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, « Interruption volontaire de grossesse – Dossier guide », novembre 1997, p.6.

2. Controverses sur la notion de « détresse »

a) La disparition de la notion comme évolution du compromis

En 1973, un projet de loi modifiant la législation en vigueur sur l'avortement avait été porté par le ministre de la santé Michel Poniatowski. Parmi les indications médicales³⁷ prises en compte, figuraient les menaces pesant sur la santé physique ou psychique de la femme. Le viol et l'inceste sont également considérés comme des indications formelles d'avortement. Les circonstances socio-économiques en avaient été écartées " *sauf dans les cas où ces circonstances peuvent déclencher chez la mère des troubles psychologiques ou psychiques graves* ". Le projet prévoyait également que la décision d'entamer le processus de l'avortement appartenait à la femme, et à elle seule, et que son anonymat serait strictement respecté. Devant le grand nombre de réactions négatives, le projet est renvoyé devant la Commission des Affaires Sociales³⁸. Les débats avaient porté sur la difficulté pour définir les motifs légitimes d'avortement, et qui pouvait être juge de leur validité ; le Parlement refusait de soumettre la reconnaissance de l'état de détresse à l'appréciation d'un tiers, médecin ou travailleur social. Au final, devant l'impossibilité de fixer un seuil d'irrecevabilité sociale de la demande d'avortement, le projet est rejeté (FERRAND-PICARD, 1982).

Construit autour de la volonté d'aboutir à un discours unificateur, le projet Veil a tiré les leçons de cet échec : en intégrant la notion de « situation de détresse », il établit le compromis. Celle-ci permettait d'éluder la question d'une définition trop précise des indications : l'appréciation de la détresse, confiée à la femme³⁹, évitait d'avoir à en préciser la nature. En admettant la recevabilité de la demande d'avortement uniquement dans des circonstances douloureuses, le texte permettait en outre de ne pas reconnaître un droit inconditionnel à l'avortement. La détresse n'est pas un critère de licéité de l'IVG : elle est seulement l'une des circonstances dans lesquelles elle peut être effectuée. Exclure tout contrôle de la légitimité de l'invocation de ce motif est une évolution du droit positif vers l'affirmation de l'autonomie décisionnelle des femmes⁴⁰ en matière d'avortement, sinon dans celui de la reconnaissance de son autonomie procréative, comme le souhaitaient les partisans d'une liberté

37 Le projet de loi retenait également l'indication fœtale, au cas où une certitude d'anomalie pourrait être établie pour l'enfant à naître (anomalie génétique, rubéole, prouvés par les méthodes actuelles de la ponction amniotique ou de la sérologie, etc.)

38 Cf. Rapport Berger (RB), Rapport d'information de la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, n° 930, février 1974, op. Cit.

39 Arrêt du Conseil d'Etat, 31 octobre 1980, n°13028. Il est estimé que « *même si à chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre* », cela ne peut avoir pour effet de « *priver la femme majeure du droit d'apprécier elle-même si sa situation justifie l'interruption de la grossesse* ».

40 Certes, l'article L 162-4 CSP précise que « *chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre* », mais il s'agit d'une simple recommandation, dépourvue de contrainte juridique. En 1980, le Conseil d'Etat a par exemple été saisi d'un recours en indemnité présenté par un mari dont la femme avait eu recours à une IVG dans un hôpital public sans qu'il en soit informé. Dans son arrêt d'assemblée Lahache du 31 octobre 1980, le Conseil d'Etat a alors précisé que cet article L 162-4 du code de la santé publique « *n'a ni pour objet, ni pour effet de priver la femme majeure du droit d'apprécier elle-même si sa situation justifie l'interruption de la grossesse* ». (<https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000007683557>) Dans sa note sur cet arrêt, Jacques Rober souligne que « *l'état de détresse est conçu, par les juges du Palais-Royal, comme une notion éminemment subjective que seule la femme est qualifiée pour apprécier souverainement* » (RDP 1981. 221-222, note J. ROBERT)

totale (MARGUET, 2014 ; RUAULT, 2017). La notion est adoptée, car elle apparaît comme la garantie d'une loi efficace⁴¹. Et la procédure consistant à encadrer la demande d'avortement par un dispositif dissuasif et préventif achève d'établir le consensus. Issu de l'article 4 de la loi, l'article L 2212-1 du code de la santé publique précise que le recours à cet acte médical est accessible à la femme enceinte « *que son état place dans une situation de détresse* ». Dès lors, l'IVG devient une « dérogation légale ».

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 a vidé la référence à la situation de détresse de toute portée juridique concrète, en supprimant cette expression du dossier guide remis à la femme enceinte par le médecin⁴² et avec la considération que la femme mineure peut désormais se passer de l'autorisation parentale pour recourir à l'avortement sous réserve d'être accompagnée par une personne majeure⁴³. Un pas supplémentaire est accompli dans le sens de la reconnaissance de l'autonomie décisionnelle des femmes avec le projet de loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, présenté en 2013 par Najat Vallaud-Belkacem. Parmi les dispositions les plus contestées du projet de loi, la plus importante est celle d'un amendement proposé et adopté en Commission des lois au mois de décembre 2013. Le groupe socialiste considère en effet que la mention de la notion de détresse comme une disposition « *obsolète* ». Pour la ministre des droits des femmes, l'IVG est un droit à part entière, et non « *une simple tolérance assortie de conditions* »⁴⁴. En appui sur les recommandations du rapport publié le 7 novembre 2013⁴⁵ par le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, il est proposé de supprimer l'expression « *dans une situation de détresse* »⁴⁶ et de la remplacer par « *qui ne veut pas poursuivre sa grossesse* ». L'article 5 quinquies C opère une réécriture de l'article L 2212-1 du code de la santé publique dans ce sens.

Les débats dans les rangs du Parlement portent d'abord sur la portée symbolique de cette suppression, et notamment sur le risque de banalisation de l'IVG qu'elle induit⁴⁷. Mais ils portent surtout sur la qualification de l'IVG dans le droit⁴⁸. L'intention du gouvernement était de consacrer un droit pour les femmes de disposer de leur corps. Pour la députée Marie-Anne Chapdelaine (PS),

41 L'efficacité consistait à faire disparaître l'avortement clandestin non médicalisé (FERRAND-PICARD, 1982).

42 Article L. 2212-3 CSP.

43 art. L. 2212-7 du CSP

44 *Le Point*, 21 janvier 2014.

45 Rapport relatif à l'accès à l'IVG, volet 2 : l'accès à l'IVG dans les territoires, op. Cit.

46 Article L 2212-1 CSP.

47 Ainsi le député Nicolas Dhuicq a-t-il qualifié l'article en question de « *profondément délétère et déstructurant. Il consiste à céder à la vision d'un individu atomisé, un individu omniscient, omnipotent, totalement libre, qui céderait à la moindre de ses pulsions* ». (FONDIMARE, 2014 : 2)

48 Les premiers y voient la reconnaissance d'un droit à l'avortement pour les femmes. Véronique Massonneau estime que *supprimer le critère de la situation de détresse au profit de la volonté des femmes désirant avorter* « permet d'ancrer davantage dans la loi ce droit fondamental ». Au contraire, les oppsants voient dans cette « libéralisation de l'avortement », un danger. Pour Philippe Gosselin, « l'IVG n'est pas un droit tout à fait comme les autres », mais « une simple tolérance assortie de conditions ». (Deuxième séance du mardi 21 janvier 2014 à l'Assemblée nationale).

« la détresse n'est pas la condition préalable. La condition préalable, et la seule, c'est le choix d'avoir ou non un enfant [...] En supprimant la conditionnalité de détresse, cet article participe à établir la vérité suivante : je décide de mon corps »⁴⁹. Guillaume Chevrollien, alors député UMP, s'oppose à cette suppression avec l'argument qu'elle crée « un droit à l'avortement sans condition »⁵⁰. L'Entente parlementaire pour la famille, qui réunit des sénateurs et des députés de l'UMP et de l'UDI, propose même un amendement visant à dérembourser les avortements. L'exposé des motifs énonce que si la notion de détresse est supprimée dans la définition de l'IVG, les conditions de remboursement de l'acte par la sécurité sociale ne sont plus remplies. Le président de l'UMP, Jean-François Copé, choqué, a cependant appelé à ne pas toucher à la loi Veil qui présente l'avortement « comme une exception »⁵¹. L'amendement est rejeté par 142 voix contre et 7 pour⁵². La loi est finalement adoptée par les Chambres le 23 juillet 2014.

Sur l'ensemble des articles de la loi, seul l'article 24 relatif à l'IVG a été déféré au Conseil Constitutionnel⁵³, sur l'initiative d'une soixantaine de sénateurs UMP contestant la conformité de la nouvelle formulation⁵⁴. La suppression de la condition de détresse est pour les auteurs de la saisine une atteinte disproportionnée au principe de protection de tout être humain dès le commencement de la vie, qui remettrait en cause le compromis au fondement de la loi Veil. Mais dans sa décision n° 2014-700 DC, le Conseil constitutionnel a relevé que les dispositions existantes réservent à la femme enceinte le soin d'apprécier, seule, si elle se trouve dans une situation de détresse. Cette modification du texte de loi ne méconnaît aucune exigence constitutionnelle.

La suppression de cette mention est une avancée symbolique vers la normalisation de l'IVG, mais sans véritable portée juridique. Contrairement à la décision de constitutionnalité de 2001⁵⁵, celle de 2014 ne fait pas mention de l'équilibre que la Constitution impose entre la sauvegarde de la dignité de la personne humaine et la liberté des femmes, qui était au cœur de l'argumentaire des auteurs de la saisine. D'après les juges constitutionnels, dès lors qu'il revient à la femme de déterminer si elle se trouve placée dans une situation de détresse, cette dernière ne saurait constituer une condition

49 Débats parlementaires relatifs à la loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes, deuxième séance du mardi 21 janvier 2014 à l'Assemblée nationale.

50 La possibilité de la suppression de la notion de détresse a provoqué l'ire de milliers de militants anti-IVG, venus protester, dimanche 19 janvier à Paris, pour demander l'abrogation de l'article et une restriction du droit à l'IVG.

51 CAMUS Elvire, PARIENTE Jonathan, 2014, « Suppression de la notion de « détresse » : pour ou contre, quels arguments ? » *Le Monde* du 22 janvier.

52 La députée Marion Maréchal-Le Pen a plaidé pour la suppression de l'amendement controversé. « *Pour défendre, quoi qu'on en dise, la vie, il faut conserver ces garde-fous qui sont aussi moraux* », CAMUS Elvire, PARIENTE Jonathan, 2014, op. Cit.

53 Le Conseil Constitutionnel a toutefois soulevé d'office les articles 7 et 10 et a également examiné les paragraphes II et IV de l'article 74 relatifs à l'habilitation à légiférer par ordonnances (décision n° 2014-700 DC).

54 Saisine du 24 juillet 2014.

55 En matière d'IVG, le Conseil constitutionnel a toujours considéré que le législateur, dans le domaine de sa compétence, devait conserver un pouvoir d'appréciation particulièrement étendu. La seule contrainte posée par la décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001 est que la loi ne doit pas rompre l'équilibre entre la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme de dégradation d'une part, et d'autre part la liberté de la femme, qui trouve son origine dans l'article 2 de la Déclaration de 1789.

objective selon laquelle le recours à l'IVG serait soumis à l'appréciation d'un tiers (un comité de médecins par exemple). La modification opérée par l'article 24 ne remet en cause qu'une condition symbolique de l'accès à l'IVG sans libéraliser ses conditions objectives d'accès (comme le délai imposé). Dans la mesure où l'article 24 de la loi met fin à une disposition dépourvue de portée pratique⁵⁶, il ne constitue pas une violation de l'équilibre entre les principes constitutionnels, respectant l'équilibre entre le principe de dignité et la liberté des femmes.

D'après Elsa Fondimare (2014), si la décision n° 2014-700 DC n'est pas une révolution juridique en tant que décision unitaire, elle tend à la normalisation de l'avortement. En consacrant cette nouvelle expression « *ne veut pas poursuivre sa grossesse* », l'accent est réellement mis sur la volonté des femmes. Productrices de l'interprétation authentique de leur demande, puisqu'elles ne peuvent être contredites sur leur choix de recourir à l'avortement, les femmes réalisent un acte de volonté et non plus seulement un acte de connaissance sur leur situation, comme cela pouvait être suggéré par l'ancienne expression. Le Conseil constitutionnel reconnaît cette dimension. Dès lors, l'avortement est abordé sous un angle psychologique et sociétal différent : de statut de victime, la femme devient maîtresse de son corps. En outre, la décision n° 2014-700 DC s'érige également comme un indice d'un droit qui est à la recherche de son adaptabilité constante et croissante avec la réalité⁵⁷.

b) Un retournement de l'argument au profit d'une avancée de l'effectivité du droit

L'interruption médicale de grossesse (IMG) implique une prise en compte des causes psycho-sociales « *lorsqu'il y a péril grave pour la santé de la mère* »⁵⁸. La loi est durcie en 2011 : elle impose l'avis favorable de quatre personnes dans la commission. critères en sont tellement flous qu'il existe une grande part d'arbitraire et d'inégalités entre territoires et entre hôpitaux pour l'accès à l'IMG. Suite au courrier que nous a adressé Olivier Véran en réponse à notre manifeste, Laurence Rossignol, sénatrice socialiste, et Elsa Faucillon, députée communiste, ont défendu au Parlement un amendement à la loi d'urgence sanitaire permettant d'allonger le délai légal de l'interruption volontaire de grossesse et de modifier le dispositif de l'interruption médicale de grossesse. Cet amendement a été rejeté par une majorité de parlementaires.

56 Le Conseil d'État avait notamment confirmé, dans un arrêt d'assemblée Lahache du 31 octobre 1980, l'absence de portée pratique de la condition de détresse, en estimant que seules les femmes concernées pouvaient déterminer si elles se trouvaient dans une telle situation.

57 La situation de détresse renvoyait à une situation exceptionnelle, à une dérogation, tandis que le constat contemporain de la fréquence du recours à l'IVG permet de saisir le paradoxe de ce terme dans le langage juridique, in NOËL Johanna, « La décision n° 2014-700 DC ou la poursuite d'une révolution juridique née il y a 40 ans », op. Cit.

58 L'IMG psycho-sociale concerne des femmes en situation de danger personnel, de violences, de difficultés psychologiques majeures ou d'extrême précarité, rendant impossible la poursuite de leur grossesse, alors même qu'elles dépassent le délai légal de l'IVG. (Loi Veil, Section II., Article 162-12 CSP)

En 2019, le Collège National des Obstétriciens de France (CNGOF) reconnaissait que la prise en charge de ces femmes était inégalement répartie sur le territoire national⁵⁹. Le Collège soulignait qu'une écoute de qualité, ainsi que la dispense à ces femmes d'informations sur les aides psychologiques, sociales et médicales étaient nécessaires. Pour éviter que certaines structures hospitalières éconduisent d'emblée les femmes ayant dépassé le délai légal de l'IVG, le CNGOF recommandait une formalisation des procédures d'IMG dans chaque centre, en concertation avec le Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal local. Dans sa recommandation, le CNGOF rappelait que cette discussion avait vocation à analyser le péril dans ses degrés de gravité, de certitude comme d'immédiateté pour la santé de la mère. L'objet de cette recommandation était de souligner que « *les situations difficiles, voire dramatiques que vivent les femmes* » justifient des processus de réflexion des équipes médicales, et d'utiliser « *complètement* » les dispositions légales en vigueur dans le pays, dans le respect « *des principes éthiques qui soutiennent cette nécessité de prise en charge* ». Car, rappelle le CNGOF, ces situations rendent compte d'une bonne part des déplacements à l'étranger pour interruption de grossesse, « *néfastes pour la santé, onéreux voire inaccessibles pour certaines femmes.* ». L'argument ici mentionné est celui de la défense de l'accessibilité sociale et territoriale de l'IMG.

La notion de "détresse psychosociale" fait son apparition au moment de la crise sanitaire de COVID 19. Dès les premiers jours du confinement au printemps 2020, le MFPP alerte les autorités sur le nombre croissant d'obstacles rencontrés par les femmes en demande d'IVG⁶⁰. Le 20 mars, Laurence Rossignol dépose un amendement proposant l'allongement des délais pour l'IVG. Le texte est retoqué, mais le gouvernement adopte des mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé en matière d'accès à l'IVG, parmi lesquelles figure l'assouplissement des conditions d'accès à l'IMG⁶¹. Dans un courrier en date du 23 avril 2020, le ministre des solidarités et de la santé Olivier Véran indiquait qu'au-delà de 12 semaines de grossesse, les médecins pourraient faire valoir « la détresse psychosociale » comme motif d'IMG par aspiration, si elle met en péril la santé de la mère⁶². Le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes demande que ces mesures d'exception soient évaluées par les Agences régionales de Santé ou par une mission parlementaire afin d'être pérennisées⁶³ et que d'autres soient adoptées notamment pour réduire les inégalités sociales liées à l'obligation de se rendre à l'étranger en cas de délais dépassés. Dans le cadre du projet

59 Cf. « L'IMG psycho-sociale. Position du CNGOF », document réalisé avec l'aide des commissions d'Éthique, d'Orthogénie et de Médecine Fœtale du CNGOF réunies le 20/9/19, validé au CA du CNGOF du 11/10/19, <http://www.cngof.fr>

60 Point presse sur la santé sexuelle au cours des 2 premières semaines de confinement : focus sur l'avortement et la contraception par le Planning Familial, 24 avril 2020, <https://www.planning-familial.org/fr/avortement/point-presse-sur-la-sante-sexuelle-au-cours-des-2-premieres-semaines-de-confinement>

61 Arrêté du 14 avril 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19, *dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire*.

62 BALLET Virginie, 2020, « Droits des femmes, Confinement : faut-il allonger le délai légal d'accès à l'IVG ? », *Libération*, 28 avril.

63 HCE 2020, *Le monde, DEMAIN. Adapter l'IVG pour en garantir l'accès à toutes les femmes*, avril.

de loi relatif à la bioéthique alors en discussion, l'Assemblée Nationale approuve le 1 août 2020 l'amendement n°524 proposé par Marie-Noëlle Battistella du groupe socialiste et apparentés, issu des travaux de la Délégation aux droits des femmes. Dès lors, le motif de « détresse psycho-sociale » est reconnu pour les demandes d'IMG⁶⁴. Mais l'avancée est cependant ambivalente. L'appréciation du degré de gravité du « péril » encouru n'est pas, pour l'IMG, laissée aux femmes ; elle appartient au corps médical.

Ghada Hatem⁶⁵ a applaudi cette évolution du cadre législatif qui va dans le sens d'une prise en compte des inégalités territoriales et sociales de santé, tout en critiquant l'argument du risque de la banalisation de l'IVG⁶⁶. Selon les opposants, la réécriture du texte juridique induit le risque de faire exploser le cadre normatif des interruptions de grossesses en introduisant une confusion entre les IVG et les IMG. Il s'opère ici un renversement intéressant : en 1975, la mention de la situation de détresse était critiquée par ceux qui revendiquaient la libéralisation totale de l'IVG, au motif, on l'a vu, que cette dramatisation ne permettait pas la normalisation du geste abortif. Cette fois, c'est parmi les rangs conservateurs que s'élèvent les protestations contre la réapparition de la notion dans les textes juridiques. Le processus décisionnel est jugé complexe⁶⁷ ; la critique porte également sur le flou définitionnel de la notion (au motif qu'elle recouvre aussi bien des états pathologiques, des troubles de la santé mentale qu'une situation financière précaire). Et, toujours, s'exprime la volonté de maintenir le compromis instauré par la loi Veil sur l'IVG. Pour Tugdual Derville, délégué général d'Alliance Vita, cette mesure risque d'engendrer « *une disparition de l'existence d'un délai dans la tête des Français* », la fixation d'un délai étant l'argument clé du refus de la banalisation de tout avortement « *dans une société qui n'accepte plus les difficultés et pense ainsi effacer tout problème* »⁶⁸. Plusieurs opposants considèrent même cet amendement comme un cavalier législatif, au motif que cet ajout ne relève pas d'un questionnement éthique⁶⁹. Une proposition de loi n° 3424 visant à

64 L'amendement propose, à la première phrase de l'alinéa 3 de l'article 20, après la première occurrence du mot : « femme » d'insérer les mots : « *ce péril pouvant résulter d'une détresse psycho-sociale* ».

65 Ghada Hatem est gynécologue-obstétricienne d'origine libanaise, fondatrice de la Maison des Femmes à Saint-Denis, première structure en France à offrir une prise en charge globale des femmes victimes de violences

66 Ghada Hatem soutient : « *Il ne faut pas fantasmer sur le fait que les femmes vont se jeter dessus pour demander l'interruption de leur grossesse* ». In HAUSALTER Louis, « Interruption médicale de grossesse: cette détresse psychosociale que la loi ne définit pas », *Marianne*, 4 août 2020, op. Cit.

67 Pour Israël Nisand, président du CNGOF, cette notion relève d'« *un dispositif dangereux, tant la mesure du niveau de détresse semble difficile à réaliser (...) tout autant que les causes de malformations du fœtus, qui sont également du cas par cas* » in Louis Hausalter, « Interruption médicale de grossesse: cette détresse psychosociale que la loi ne définit pas », op. cit.

68 Alliance VITA est une association du mouvement pro-vie en France qui se donne comme objectif de promouvoir la protection de la vie humaine et le respect de la dignité de toute personne et prend régulièrement position contre l'euthanasie, contre l'avortement ou toute union juridique entre personnes de même sexe.

69 La députée Annie Genevard (LR) souligne que « *l'avortement n'est pas un sujet bioéthique dans la mesure où les techniques médicales dont on parle sont bien connues* ». Elle reconnaît cependant que « *la PMA ne l'est pas non plus* », in HAUSALTER Louis, 2020, op. Cit.

interdire les IMG au titre d'une détresse psychosociale est présentée par Marie-France Lorho, membre de la Ligue du Sud, parti d'extrême droite⁷⁰.

3. La reconnaissance de l'autonomie décisionnelle des mineures

Dans son article 7 modifiant l'article L. 2212-7 CSP, la loi Aubry-Guigou ne revient pas sur le principe de l'autorisation parentale. Toutefois, elle prévoit dans certains cas une dérogation à ce principe, pour tenir compte des difficultés des mineures non émancipées qui sont dans l'impossibilité de recueillir le consentement d'au moins un des titulaires de l'autorité parentale, ou qui sont confrontées à une incompréhension familiale telle qu'elles souhaitent garder le secret.

La femme mineure peut choisir de recourir à l'avortement sous réserve d'être accompagnée par une personne majeure de son choix : cette personne peut être un membre de sa famille, un proche ou une personne qualifiée, membre d'une association (comme le Planning Familial). Il convient, bien entendu, d'être attentif aux conditions dans lesquelles la mineure a exercé son choix, de manière à s'assurer qu'elle ne l'a pas fait sous une contrainte morale ou matérielle. C'est pourquoi il a été prévu qu'elle puisse être conseillée sur ce choix, lors de la consultation préalable. Cette disposition a pour seul objet d'autoriser la personne ainsi désignée par la mineure à l'accompagner dans toutes les démarches que requiert l'intervention volontaire de grossesse (consultation préalable, intervention elle-même et consultation postérieure)⁷¹. Si, en principe, l'admission d'un mineur dans un établissement de santé requiert l'accord d'au moins l'un des titulaires de l'autorité parentale, une telle procédure n'a pas à être suivie pour l'admission de la mineure accompagnée dans sa démarche par une personne majeure de son choix. De même, c'est l'adulte choisi.e par la mineure qui devra, si elle le souhaite, être informé.e de la sortie prochaine de celle-ci, à l'issue de l'hospitalisation. L'adulte choisi.e ne se voit accorder aucun attribut de l'autorité parentale et ne se substitue pas au représentant légal. Cette situation d'accompagnant ne génère donc, en principe, aucune obligation légale qui serait susceptible d'engager la responsabilité juridique de la personne concernée. La loi garantit également l'anonymat de la personne mineure⁷² et la gratuité de la prise en charge.

Sans surprise, cette évolution a suscité de houleux débats dans les rangs du Parlement. Là encore, le lieu commun du risque de banalisation de l'IVG est brandi par les opposant.es à cette mesure.

⁷⁰ Le texte est renvoyé à la commission des affaires sociales.

⁷¹ La personne accompagnante n'a pas, en revanche, à intervenir dans la décision de la mineure, ni quant à son choix de recourir à une IVG ni quant à son souhait de garder le secret à l'égard de ses parents ou des titulaires de l'autorité parentale.

⁷² Article 20, modifiant l'article L-132-1 du code de la sécurité sociale.

4. La suppression du délai de réflexion

La loi Veil instaurait un délai de réflexion obligatoire de 7 jours entre la première consultation médicale durant laquelle la femme exprimait sa demande d'IVG, et la seconde consultation où elle formalisait son souhait par une confirmation écrite (art. 4, section I, modifiant l'art. L-162-5 CSP). Ce délai pouvait ne pas être respecté en cas d'urgence, lorsque la femme enceinte approchait de la fin du délai légal pour avorter. Notre enquête de terrain a montré qu'il existe une part d'arbitraire dans l'appréciation de l'urgence⁷³ par les professionnel.les de santé, lorsqu'iels s'arrangent entre les termes de l'article L2212-1 CSP qui donne la limite de pratique de l'IVG et les recommandations du CNGOF qui indiquent les mensurations de l'embryon correspondant à cet âge de la grossesse⁷⁴.

Il faut attendre la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 pour voir ce délai supprimé. Cette mesure du projet de loi santé de Marisol Touraine, adoptée en première lecture⁷⁵, vise la simplification des parcours d'IVG, et à ne plus stigmatiser l'IVG comme un acte médical à part. En commission, la ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes s'était prononcée pour une réduction à deux jours du délai de réflexion. L'article définitif qu'elle a soutenu en séance propose sa suppression pure et simple.

Ceux qui défendent le principe de cette suppression argumentent que lorsqu'une femme consulte un médecin pour accéder à une IVG, sa décision est généralement déjà réfléchie, et qu'il est inutile de l'obliger à respecter un délai de réflexion supplémentaire, considéré comme culpabilisant, infantilisant et méprisant⁷⁶. Ce laps de temps est « *souvent vécu dans une grande solitude* », selon la rapporteure socialiste du projet de loi, Bernadette Laclais. Une fois encore, la totalité des député.e.s de l'opposition présent.e.s en séance s'opposent à cette modification de la loi. Ils recourent à l'argument de la destruction « *par idéologie* » de « *l'équilibre de la loi de 1975 entre la protection de*

73 Florence mentionne que, pour elle, il existe plusieurs indicateurs du degré d'urgence de la réponse à apporter à une demande d'IVG. La date des dernières règles peut être l'un d'eux. Il repose sur une donnée déclarative : elle peut varier de quelques jours. Il arrive que Florence « triche » sur la mention de cette durée de l'aménorrhée qu'elle fait figurer au dossier de la femme. C'est la détermination de la longueur crâno-caudale (LCC) à l'échographie qui est, pour elle, l'indicateur qui fixe en dernier recours l'impossibilité légale d'avorter. Elle se fie aux recommandations officielles qui établissent un seuil maximal au-delà duquel le délai est dépassé. Mais, en deçà de ce seuil, il est possible pour elle de modifier délibérément la date des dernières règles pour faciliter le parcours de la femme qu'elle reçoit en consultation. Avant la suppression du délai de réflexion dans la loi, c'était une vérification à laquelle elle procédait toujours, pour justifier de raccourcir le temps de cette réflexion. (Extrait de notre journal de terrain, juillet 2018.)

74 Selon les recommandations du CNGOF en vigueur avant la réglementation qui découle de l'adoption de la loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement, la LCC classiquement retenue était de 80 mm. Mais, compte tenu de l'incertitude de la détermination de la durée de la grossesse par l'échographie de datation à plus ou moins 5 jours (soit potentiellement un différentiel de 10 jours), les recommandations du CNGOF indiquent que la LCC ne peut pas dépasser 90 mm pour autoriser l'IVG jusqu'à 14 SA. Avec l'adoption de la loi, le CSP a été modifié pour appliquer la loi de mars 2022 ; il mentionne donc que l'IVG est autorisée jusqu'à 16 SA. Les recommandations du CNGOF n'ont pas, à l'heure où nous rédigeons ce manuscrit, été mises à jour. Les professionnel.les doivent donc se fier aux abaques pour connaître la correspondance avec l'âge gestationnel de la LCC et du diamètre bi-pariétal (BIP, qui correspond à la longueur du crâne du fœtus entre ses deux oreilles, d'une tempe à l'autre : à 12 SA, celui-ci doit être compris entre 15,81 et 22,95 mm).

75 Article 82 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (JORF n°0022 du 27/01/2016).

76 Ce sont les propos de la députée écologiste Brigitte Alain.

la vie à naître et la liberté des femmes »⁷⁷. Le député apparenté UMP, François de Mazières, compare la demande d'IVG à une situation d'achat d'une voiture⁷⁸, pour laquelle le délai de réflexion est légitime, sinon nécessaire pour protéger la liberté des consommatrices. Pour les représentants d'Alliance Vita, le délai de réflexion après la première consultation pour une IVG offre en effet un espace de liberté « *qui protège les femmes de la panique* » et « *des pressions extérieures* ». La suppression du délai de réflexion de 7 jours revient à « *obliger les femmes à s'enfermer dans une décision précipitée* »⁷⁹. Il faut noter le renversement symbolique qui est opéré dans ces arguments : la liberté des femmes ne se situe pas dans la décision d'avorter, mais dans le délai laissé pour réfléchir, comme si, effectivement, le processus de réflexion n'était pas déjà entamé avant la formalisation de la demande d'IVG à un.e professionnel.le de santé. La contrainte n'est pas celle de l'attente supplémentaire ménagée par l'obligation de la réflexion, mais celle de se voir « *enfermer* » dans un parcours qui « *banalise toujours plus l'acte qui n'est pas anodin* »⁸⁰. S'il est juste de souligner qu'une grossesse non désirée peut générer de l'ambivalence, elle sert ici à justifier de rappeler les aides sociales auxquelles la femme aurait droit. Finalement ce qui est vraiment « méprisant » pour les femmes qui ont besoin de ce délai, c'est de le qualifier d'« infantilisant ».

Puis l'article 1er *ter* de la loi du 2 mars 2022 supprime le délai de deux jours que la femme enceinte doit observer à l'issue de l'entretien psychosocial, dans le cas où elle accepte de recevoir un tel entretien, avant de confirmer par écrit son souhait de recourir à une IVG. Il s'agit du seul délai de réflexion obligatoire qui subsiste encore en droit en matière d'IVG.

II. L'appréciation des facteurs économiques et sociaux de la demande d'IVG

L'appréciation des facteurs économiques et sociaux de la demande d'IVG dans les énoncés juridiques marque, dans l'ordre symbolique produit dans la culture du problème public de l'IVG, l'opération d'un déplacement dans l'imputation de la responsabilité de ce problème. Les femmes en demeurent « l'agent causal » (GUSFIELD, 2009) principal. Mais, selon Laurie Marguet (2014), cette loi marque le début de la mise en œuvre par l'Etat de son obligation de réaliser les droits relatifs à l'IVG. Cette prise en charge est admise au nom du principe de santé publique que l'Etat renforce par la même occasion ; c'est en effet parce que cet acte est un soin concédé aux femmes désespérées,

77 Ce sont les propos du député Xavier Breton, UMP. Cf. BOUR Hélène, « IVG : L'Assemblée supprime le délai de réflexion de 7 jours », 09 avril 2015, amp.topsante.com,

78 Ces propos choquent la ministre Marisol Touraine qui le presse de cesser de « *considérer les femmes comme des voitures* ». Cf. SEGUIN Amandine, « IVG : le délai de réflexion supprimé », *Elle*, amp.elle.fr

79 Propos de Caroline Roux, coordinatrice des services d'écoute de l'association. In « IVG : suppression du délai de réflexion », communiqué de presse du 19 mars 2015, Alliancevita.org.

80 *Ibid.*

qu'il répond à des finalités sanitaires (éviter les avortements clandestins) - et non une décision individuelle susceptible d'être perçue comme un « *choix de confort* » - que le législateur en admet finalement la prise en charge par la Sécurité sociale

L'adoption de cette loi n'a pourtant rien eu d'évident. Au lendemain de l'élection de François Mitterrand à la présidence de la République en 1981, la ministre des Droits de la femme Yvette Roudy élabore un projet de loi prévoyant le remboursement de l'IVG par la Sécurité Sociale, porté à l'Assemblée Nationale le 10 décembre 1982. Celui-ci comprend des mesures destinées à « *lever les obstacles qui se dressent encore dans de trop nombreux cas* » dans l'application de la loi sur l'IVG. Parmi les inégalités sociales⁸¹ et les difficultés de mise en œuvre énoncées, sont mentionnées « *les résistances manifestées par le milieu médical et même dans l'administration* », « *l'insuffisance des moyens matériels* », la « *non extension de l'obligation de pratiquer l'I.V.G. dans l'ensemble du secteur public* », et « *l'invocation de la clause de conscience* », cause du refoulement des demandes d'IVG dans d'autres services « *débordés* ».

Les prises de position illustrent une nouvelle fois le clivage politique entre les rangs de la gauche et de la droite sur la question de l'IVG. Les opposants au projet se refusent à voter pour ce qu'ils nomment une « *législation de mort* ». Jean Foyer (RPR) s'insurge contre le franchissement d'une nouvelle étape vers « *l'avortement obligatoire* »⁸² à qui Claude Évin (PS) répond qu'il ne s'agit nullement de développer des « *avortoirs publics* », mais que ce projet s'inscrit dans un objectif de développement du service public. Les groupes PS et PCF adoptent le projet à l'unanimité, tandis que les groupes RPR et UDF votent très largement contre.

Ce dernier est présenté une première fois au Sénat le 17 décembre 1982⁸³. Le rapporteur prend un certain nombre de précautions, qui, nous l'avons vu et nous le soulignerons à plusieurs reprises, sont destinées à rappeler que les avancées sociales en matière d'IVG respectent les termes du compromis initial, entre « *un mouvement général de reconnaissance du droit des femmes de choisir librement leur maternité* » et une loi qui n'a pas vocation à « *banaliser cette intervention grave qui serait ainsi assimilée à une simple méthode de contraception* ». A cette fin, le rapporteur prend soin de souligner que « *les données les plus récentes montrent que la légalisation de la contraception et de l'I.V.G. n'a pas eu d'incidence démographique significative* » et qu'au contraire l'indice de

81 Son rapport fait état d'un nombre jugé trop important de femmes appartenant à des catégories défavorisées contraintes de recourir au secteur privé lucratif pour obtenir une réponse à leur demande d'avortement, dans certains établissements qui ne respectent pas les tarifs légaux. Il mentionne aussi que la possibilité de prise en charge de l'IVG par l'aide médicale pour les femmes défavorisées était encore mal connue, sans compter que la procédure prévue ne respecte pas leur anonymat. (Op. Cit., p. 7).

82 Assemblée Nationale, 2ème séance du vendredi 10 décembre 1982, compte-rendu intégral, archives de l'Assemblée Nationale, <https://archives.assemblee-nationale.fr/7/cri/1982-1983-ordinaire/1/114.pdf>.

83 Rapport n° 146 (1982-1983) fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, relatif à la couverture des frais afférents à l'Interruption volontaire de grossesse non thérapeutique et aux modalités de financement de cette mesure, déposé le 15 décembre 1982 par M. Robert SCHWINT, sénateur, p.3.

fécondité indique une vitalité démographique en France puisque ce dernier, en hausse, s'approchait alors du seuil de renouvellement des générations. Puis, pour devancer les oppositions que soulève le nombre d'IVG annuel jugé encore trop conséquent, l'insuffisance de la diffusion de l'information sur la contraception est avancée. Le projet de remboursement proposé s'inscrit dans un contexte qui « *tend à préserver le caractère de solution ultime que doit constituer l'avortement* », celui d'une « *politique familiale rénovée* » avec le relèvement des prestations familiales⁸⁴ et le projet de lancement d'une campagne d'information en matière de contraception. L'objectif donné à la proposition du remboursement de l'IVG est aussi d'améliorer la position de la France dans l'espace de la cause de l'IVG, par rapport à d'autres pays européens ayant adopté des dispositions légales moins restrictives⁸⁵ notamment en ce qui concerne la durée limite de la gestation et la prise en charge financière de l'acte. Le rapport souligne également que ce projet répond à une demande sociale, en citant un récent sondage ayant révélé qu'une majorité de personnes étaient favorables au remboursement de l'I.V.G. par la Sécurité sociale, au même titre que les autres actes médicaux⁸⁶. Le projet est cependant rejeté. Une commission mixte paritaire alors nommée échoue à trouver un accord⁸⁷. Le président de la République déclare l'urgence législative, et promulgue la loi n° 83-1172 du 31 décembre 1982⁸⁸ qui permet la prise en charge financière de l'interruption de grossesse jusqu'alors non couverte par l'État. L'IVG est alors remboursée à 80 %⁸⁹. Seules les bénéficiaires de la CMU pouvaient bénéficier d'une prise en charge à 100 %.

Cependant, les remboursements restent source de difficultés, notamment lorsque les femmes (notamment les mineures), souhaitent cacher leur avortement et voient ensuite la feuille de soin arriver à leur domicile. Pour l'autrice, ces difficultés résultent de la structure même du dispositif juridique : guidée par un principe de santé publique, celle-ci n'aménage pas l'individualité, l'intimité, le secret de la décision.

84 Soit une augmentation de 25 % au 1^{er} juillet 1981.

85 Le rapporteur souligne ainsi que « *la plupart des Etats d'Europe occidentale ont mis en place des systèmes tendant à faire supporter par la collectivité le cout financier des I.V.G. C'est ainsi que l'acte fait l'objet d'un remboursement en RFA, aux Pays-Bas, en Autriche, en Norvège et en Grèce, tandis que l'avortement est gratuit en Grande-Bretagne, en Italie, au Luxembourg, au Danemark et en Suède.* ». Et, voulant à nouveau balayer la crainte des opposants que toute mesure destinée à renforcer le droit à l'IVG ne se traduise par la banalisation de son recours en cas de grossesse non désirée, le rapporteur rappelle que « *le remboursement ou la gratuité de l'acte ne se sont pas traduits dans ces pays, représentant toutes les traditions et tous les courants de pensée, par une augmentation du taux des avortements* ». Op. Cit., pp. 11-12.

86 Lors de ce sondage effectué en septembre 1982, 69 % parmi les femmes et 68 % parmi les hommes en âge de procréer s'étaient prononcés en faveur du remboursement des IVG. Le rapporteur conclue que, dès lors, « *on ne peut donc dire que le remboursement de l'IVG heurte la conscience de la majorité du pays.* »

87 Rapport n° 158 (1982-1983) de M. Robert SCHWINT, sénateur et Mme Eliane PROVOST, députée, fait au nom de la commission mixte paritaire, déposé le 17 décembre 1982. Le 18 décembre, le projet modifié par Eliane Provost est adopté par l'Assemblée nationale, mais rejeté une deuxième fois par le Sénat. Le 20 décembre, le projet à nouveau modifié est encore adopté par l'Assemblée nationale, mais n'est pas discuté au Sénat.

88 La loi est publiée au Journal Officiel le 1^{er} janvier 1983.

89 Une fois déployée parmi l'offre de soins en matière d'orthogénie, l'IVG médicamenteuse a été d'abord remboursée à 70 %.

Près de trente ans plus tard, durant sa campagne présidentielle, François Hollande promet de renforcer l'accès à l'IVG⁹⁰ : il souhaite que tous les établissements hospitaliers publics du pays puissent être dotés d'un centre IVG et que l'IVG soit remboursée à 100%. Après les élections présidentielles, Marisol Touraine, ministre de la santé, annonce que la proposition du remboursement intégral fera l'objet d'une des mesures du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 (article 43). C'est, selon ses termes, un "*choix de santé publique*". Encore une fois, l'argument de la banalisation de l'IVG rassemble les opposants lors de la séance du 26 octobre 2012 à l'Assemblée nationale⁹¹. Deux amendements sont déposés concernant cet article 43 : dans l'amendement n°134, Dominique Tian (UMP), propose de supprimer tout bonnement cet article, au motif que l'IVG « *doit rester, dans l'intérêt même des femmes, une solution ultime* » ; et l'amendement n°190, déposé par Mme Poletti (sage-femme, députée LR), souligne l'incohérence de vouloir rembourser l'IVG et la pilule du lendemain alors que la contraception est payante ou remboursable par la Sécurité Sociale des parents, pour les jeunes. Sa proposition porte sur des mesures facilitant l'accès à une contraception choisie pour tous.tes⁹². Les deux amendements sont rejetés⁹³.

Dans les rangs de la gauche, il s'agit de franchir un pas supplémentaire pour garantir les droits des femmes. Le remboursement de l'IVG permet d'adapter la législation « *aux réalités des Français* ». Olivier Véran (alors député suppléant PS) déclare « *indigne* » l'évocation de la banalisation de l'IVG en arguant que les femmes doivent au contraire bien souvent se plier à un « *parcours du combattant* » tant sur le plan moral que physique. Pour Martine Carrillon-Couvreur, députée PS de la Nièvre, la mise en œuvre du droit à l'IVG constitue « *une obligation* », et doit « *être organisée comme un élément à part entière de l'offre de soins* ». Pour Véronique Massonneau (EELV), qui rappelle par ailleurs le nombre de fermetures des centres d'IVG, « *travailler à une revalorisation tarifaire de l'acte ne suffira pas à établir une véritable égalité* ». La loi n° 2012-1404 sur le financement de la Sécurité sociale pour 2013 est finalement votée le 17 décembre 2012 : elle prévoit la prise en charge de la totalité des frais liés à une IVG par voie instrumentale ou médicamenteuse à partir du 31 mars 2013⁹⁴. Mais il faut attendre 2015, avec la présentation de nouvelles mesures dans le cadre du programme national d'action pour améliorer l'accès à l'avortement pour que la gratuité du parcours d'IVG devienne complète. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a permis le remboursement intégral de l'ensemble des actes demandés aux femmes dans les parcours

90 *Le Figaro*, « Hollande veut plus de centres IVG », 8 mars 2012.

91 Assemblée nationale, 1ère séance du vendredi 26 octobre 2012 https://www.assemblee-nationale.fr/14/cr/2012-2013/20130037.asp#INTER_17

92 L'amendement aurait eu pour effet d'effacer l'article 43 de la proposition de loi de financement de la sécurité sociale

93 L'amendement de suppression n°134 est rejeté par 90 voix contre 6. Tous les groupes, y compris la majorité du groupe UMP auquel appartient Dominique Tian, ont voté contre cet amendement de suppression. L'argument de l'incompatibilité du remboursement de l'IVG avec une vraie politique de prévention des grossesses non désirées est lui aussi rejeté : l'amendement n°190 est retiré.

94 Le décret n° 2013-248, relatif à la participation des assurés prévue à l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse et à l'acquisition de contraceptifs par les mineures, paraît le 25 mars 2013.

d'IVG : examens de biologie, échographies, consultation de recueil du consentement sont dès lors pris en charge à 100% par l'Assurance maladie. Ensuite, l'extension du tiers payant à la prise en charge des frais relatifs à une IVG et la consécration du principe de la protection du secret pour la prise en charge de l'IVG et de l'anonymat pour toutes les personnes intéressées ont été intégralement reprises à l'article 63 de la loi pour le financement de la Sécurité sociale pour 2021.

III. Déplacements opérés dans les modalités de résolution d'un conflit entre deux systèmes de normes : la morale et le droit

Dans l'ordre symbolique au fondement de la culture publique de l'IVG, les droits de trois protagonistes de « l'acte » sont en tension : celui d'avorter pour la femme, celui de ne pas pratiquer le geste abortif pour les professionnel.les, et celui d'être respecté au commencement de la vie, pour l'embryon, dont le statut demeure liminal.

1. Le délit d'entrave à l'IVG

Dans le sillage des mouvements pro-vie issus des Etats-Unis⁹⁵, c'est en janvier 1990 que le premier commando anti-IVG se manifeste en France, contre la maternité des Lilas, clinique associative qui avait été à l'avant-garde des techniques d'accouchement sans douleur et de contraception. En quelques années, les commandos mènent plus d'une centaine d'opérations dans tout le pays⁹⁶. Les activistes s'enchaînent aux portes des salles d'opérations dans les établissements hospitaliers⁹⁷ pour empêcher les interventions, s'introduisent dans les salles d'attentes des centres d'IVG, chapelet en main, pour dissuader ou intimider les femmes dans leur parcours. Certains vont jusqu'à stériliser le matériel chirurgical ou détruire les stocks de médicaments abortifs.

Après les états généraux sur le droit à l'avortement et à la contraception tenus en réaction contre ces attaques en janvier 1992, l'Assemblée nationale vote le 27 janvier 1993 la loi n°93-121 portant diverses mesures d'ordre social (dite « loi Neiertz »). Cette loi crée le délit d'entrave à l'IVG, qui

95 L'organisation *Laissez-les vivre*, dirigée par le docteur Jérôme Lejeune, praticien universitaire connu pour ses recherches sur les maladies chromosomiques, bénéficiait d'appuis dans les milieux chrétiens, politiques et médicaux, principalement au conseil de l'ordre. Dans les années 80, le mouvement s'appuie sur l'exemple des organisations pro-Life Etats-Unis, et sur l'apparition de courants idéologiques réactionnaires et intégristes, plus ou moins liés aux églises et aux congrégations chrétiennes, notamment l'Opus Dei (Venner, 1995).

96 Des attaques ont par exemple eu lieu à Clamart, où la maternité Antoine-Béclère a été la cible de ces activistes en 1991 et en 1995. Ces actions visent René Frydman, médecin, acteur de la lutte pour la médicalisation légalisée de l'avortement alors directeur du Centre d'assistance à la procréation, ainsi que Joëlle Brunerie-Kauffmann, médecin militante féministe responsable de l'unité d'IVG. D'autres centres sont visés, tel que l'hôpital Louis-Mourrier à Colombes, ou l'hôpital Broussais à Paris, qui assure la recherche sur les techniques médicamenteuses, des établissements à Grenoble et Nantes, ou encore à Rennes ou Annecy, ou des établissements plus isolés, dans des régions où les organisations intégristes sont bien implantées et où les activistes disposaient de complices à l'intérieur des services des établissements hospitaliers. Cf. CESBRON Paul, « Menaces sur la liberté d'avorter », *Le Monde Diplomatique*, février 1997, p.14.

97 « La loi VEIL à TOURS, DEBATS : les commandos Anti-IVG et le procès de 1994 » in <https://webdoc-loi-veil.univ-tours.fr/deontologie/commando.html>

consiste à empêcher ou tenter d'empêcher une IVG, soit en perturbant l'accès aux établissements concernés, soit en exerçant des menaces sur le personnel médical ou les femmes en cause⁹⁸. Ce délit est aujourd'hui inscrit dans le code de la santé publique (art L. 2232-2)⁹⁹. Avec cette loi, également, les associations de défense des droits des femmes peuvent dorénavant se porter partie civile contre ces infractions au code de la santé publique (art L. 2232-2)¹⁰⁰. Avec cette loi, également, les associations de défense des droits des femmes peuvent dorénavant se porter partie civile contre ces infractions.

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception est venue renforcer ce délit. L'article 17 de cette loi introduit l'idée que l'entrave peut également consister en l'exercice de « *pressions morales et psychologiques* ». La prononciation de « *menaces* » ou « *tout acte d'intimidation effectué à l'encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans ces établissements, des femmes venues y subir une interruption volontaire de grossesse ou de l'entourage de ces dernières* » sont aussi passibles de sanctions.

Puis, en septembre 2013, le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes publie un rapport¹⁰¹, en réponse anticipée à la saisine de Najat Vallaud-Belkacem, Ministre des Droits des femmes, qui s'était publiquement inquiétée de la forte influence des sites attaquant le droit à l'IVG sur Internet. L'IVG y est décrite comme objet de remises en cause insidieuses, de telle sorte que, si le droit à l'avortement n'est pas frontalement attaqué, la légitimité des femmes à y recourir l'est. L'information dispensée sur Internet s'avère « *très hétérogène, parcellaire, et parfois erronée* »¹⁰², ce qui est surtout dommageable pour les jeunes. Elle ne permet pas un choix réellement libre et éclairé. Le rapport mentionne un certain nombre de sites¹⁰³ devançant dans le référencement les sites militants affirmant le droit au choix d'avorter¹⁰⁴, mais aussi ceux émanant d'institutions nationales¹⁰⁵ ou régionales¹⁰⁶ ou encore certains destinés à des publics cibles tels que www.filsantejeunes.com. En se présentant comme des sites d'information et d'écoute, ils adoptent une apparence de neutralité,

98 La loi punit ce délit de deux mois à trois ans d'emprisonnement et d'une amende de 2 000 à 30 000 francs.

99 Il est défini comme le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher, de pratiquer ou de s'informer, sur une IVG ou les actes préalables à celle-ci.

100 Il est défini comme le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher, de pratiquer ou de s'informer, sur une IVG ou les actes préalables à celle-ci.

101 Rapport n°2013-0912-SAN-008 réalisé par la Commission Santé, droits sexuels et reproductifs, « Rapport relatif à l'accès à l'IVG, Volet 1 : Information sur l'avortement sur Internet », septembre 2013.

102 Op cit, p.8

103 Ce sont par exemple www.ivg.net, www.avortementivg.com, www.avortement.net, www.enceinteinquiete.org, www.sos-tout-petits.org, www.sosbebe.org, www.ecouteivg.org.

104 Il s'agit là des sites du Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) ou de l'Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception (ANCIC) par exemple, ou encore du blog www.blog.jevaisbienmerci.net, qui présente les témoignages de femmes ayant avorté, qui ont bien vécu leur IVG et qui souhaitent faire entendre un discours déculpabilisant relatif à l'IVG.

105 www.sante.gouv.fr, ou www.service-public.fr

106 www.revho.fr pour la région Ile de France, et son site associé www.ivglesadresses.org

parviennent à se faire passer pour institutionnels. Le rapport propose une analyse de l'iconographie et du champ lexical des informations dispensées, qui révèle leur positionnement contre le droit à l'avortement. Le site ivg.net contient par exemple de nombreuses images de femmes inquiètes ; le champ lexical est marqué par des termes anxiogènes tels que « SOS », « risques », « syndrome post-abortif »¹⁰⁷. En outre, les propos issus de sources scientifiques sont détournés pour servir leur propre positionnement. Ainsi, sur le site www.ivg.net, l'article « IVG médicamenteuse et syndrome post-abortif » se réfère en particulier à un article du blog du docteur Martin Winckler¹⁰⁸ réputé pour son intérêt pour les questions de santé sexuelle et reproductive, publiquement favorable au droit à l'avortement. Quelques phrases isolées de leur contexte dénaturent les propos de ce médecin en les faisant apparaître comme une critique de l'IVG médicamenteuse¹⁰⁹. Le rapport énonce pour finir quatre recommandations : la création d'un site internet institutionnel dédié à l'avortement à destination des femmes et des professionnels, la mise en place d'un numéro national « guichet unique » à quatre chiffres, anonyme et gratuit, celle d'une « équipe IVG » de veille et d'animation, et enfin l'organisation de la première campagne nationale d'information concernant la question du droit à l'avortement.

Suite à ce rapport, le délit d'entrave à l'IVG a été une nouvelle fois élargi par la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. La loi stipule que la perturbation de l'accès aux femmes à l'information sur l'IVG constitue, aussi, un délit d'entrave. Puis, en 2016, une proposition de loi suggère d'appliquer les sanctions du délit d'entrave aux personnes qui diffusent ou transmettent en ligne « *des allégations, indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif, sur les caractéristiques ou les conséquences médicales d'une IVG* ». Ce projet soulève à nouveau des débats dans les rangs du Parlement ; de nombreux amendements sont déposés et discutés¹¹⁰. Les critiques portent essentiellement sur le fait que la proposition de loi porte atteinte à la liberté d'expression. L'argument de leur défense tient dans ce que ces sites ne comprennent pas d'appel à la haine ni de propos discriminatoires ; pour d'autres encore, le rappel des conséquences non neutres de l'IVG permet d'insister sur le fait que « *ce n'est pas un acte banal* », nécessitant « *une information complète et la plus objective possible* ». Le nier est dangereux car cela tendrait à « *l'affirmation d'une pensée unique* »¹¹¹. Marion Maréchal-Le Pen,

107 Rapport n°2013-0912-SAN-008, op. Cit., p. 18.

108 <http://martinwinckler.com>

109 Rapport n°2013-0912-SAN-008, op. Cit., p. 18.

110 Pour plus de détails sur le contenu des amendements déposés et des débats, on pourra consulter par exemple : https://www.senat.fr/espace_presse/actualites/201612/proposition_de_loi_relative_a_l'extension_du_delit_d'entrave_a_l'interruption_volontaire_de_grossesse.html pour le Sénat, et https://www2.assemblee-nationale.fr/recherche/amendements/14#listeResultats=tru&idDossierLegislatif=35292&idExamen=6833&missionVisee=&numAmen=&idAuteur=&premierSignataire=true&idArticle=&idAlinea=&sort=&sousReserveDeTraitement=&dateDebut=&dateFin=&periodeParlementaire=&texteRecherche=&zoneRecherche=tout&nbres=10&format=html®leTri=ordre_texte&ordreTri=croissant&star t=1 pour l'Assemblée Nationale.

111 Il s'agit de l'amendement n°54, rejeté.

dans l'amendement n°81 qu'elle dépose, soutient que cette proposition de loi donne un « *caractère idéologique au traitement de l'IVG* », présentée dès lors comme « *l'unique solution* ». Cela contrevient selon elle aux propos de Simone Veil pour qui l'avortement devait rester une exception. La loi n°2017-347 est finalement votée le 20 mars 2017 : elle étend le délit aux sites internet anti-IVG¹¹². Et, dans sa décision n° 2017-747 DC du 16 mars 2017¹¹³, le Conseil constitutionnel formule deux réserves d'interprétation. Il précise que la seule diffusion d'informations à destination d'un public indéterminé sur tout support, notamment sur un site de communication au public en ligne, ne saurait être regardée comme constitutive de pressions, menaces ou actes d'intimidation au sens des dispositions contestées, sauf à méconnaître la liberté d'expression et de communication. En outre, le Conseil précise que le délit d'entrave ne saurait être constitué qu'à deux conditions : que soit sollicitée une information, et non une opinion ; que cette information porte sur les conditions dans lesquelles une IVG est pratiquée ou sur ses conséquences et qu'elle soit donnée par une personne détenant ou prétendant détenir une compétence en la matière. Cette évolution montre une avancée du droit pénal vers la protection de la liberté d'avorter.

2. La clause de conscience

a) Une possibilité de soustraction à une obligation juridique légitimée par le droit

La loi de 1975 a été pensée dans une logique de compromis, résultant des efforts du législateur pour « prendre en compte la pluralité des attitudes en matière d'avortement, tenter de concilier l'inconciliable », entre « valeurs morales et religieuses profondément ancrées dans les représentations sociales » (FERRAND-PICARD, 1982) et les valeurs des mouvements féministes prônant l'autonomie des femmes et la procréation volontaire. Cette stratégie de compromis a paru nécessaire pour obtenir la collaboration du corps médical dans l'opération juridique organisant le transfert du contrôle social de l'avortement, du champ du pénal à celui de la médecine. Pour emporter leur adhésion, le législateur a permis aux professionnels de santé d'invoquer une clause de conscience¹¹⁴

112 Elle punit de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende le fait d'empêcher ou de tenter d'empêcher de pratiquer ou de s'informer sur une interruption volontaire de grossesse par tout moyen, y compris par voie électronique ou en ligne, notamment par la diffusion ou la transmission d'allégations ou d'indications de nature à induire intentionnellement en erreur, dans un but dissuasif, sur les caractéristiques ou les conséquences médicales d'une IVG.

113 <https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2017/2017747DC.htm>

114 L'article L-162-8 de la loi n°75-17 du 17 janvier 1975 stipule : « Un médecin n'est jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse, ni de pratiquer celle-ci, mais il doit informer, dès la première visite, l'intéressée de son refus. Sous la même réserve, aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse. Un établissement d'hospitalisation privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesses 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 de 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. » Cette clause de conscience spécifique est redoublée par l'article L2212-8 du code de la santé publique, qui prévoit qu'« *un médecin ou une sage-femme n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2* ». Elle

leur permettant de refuser de pratiquer une IVG, dès lors que celle-ci leur semble représenter une trahison par rapport au sens qu'ils donnent à leur mission de soin.

La loi a organisé le respect de la conscience des professionnels de santé (GRUNDLER, 2017). Le possible exercice de cette clause s'emploie à la résolution individuelle du conflit entre deux systèmes de normes, la morale et le droit, prenant potentiellement la forme de deux injonctions contradictoires : le respect de la vie et l'obligation de répondre à la demande d'avortement formulée par les femmes et reconnue légalement. Cette clause de conscience est spécifique^{115,116} du fait de sa nature législative¹¹⁷. Légitimée par le droit, elle donne le privilège à l'autonomie individuelle sur l'intérêt général. L'instauration de cet instrument normatif organise la légitimité du refus sur un plan individuel, en organisant le respect de l'engagement moral des professionnels. Les considérant que la pratique de l'IVG entre en contradiction avec leur mission de respecter de la vie humaine¹¹⁸. La clause de conscience permet de résoudre un conflit normatif entre le droit et la morale. C'est une possibilité de soustraction à une obligation juridique, avec la légitimité du droit, qui « fournit le cadre de la solution à la contestation dont il fait l'objet » (HIEZ, 2006).

Antithétique au droit à l'avortement consacré par la loi de 1975, la faculté de se soustraire à la pratique d'une IVG pour ne pas trahir ses convictions personnelles conduit, pour Tatiana Gründler, à une trahison légale de certains principes essentiels du droit, que la loi est pourtant censée défendre. Il s'agit d'une reconnaissance de deux ordres, concurrents de l'ordre juridique¹¹⁹ : l'ordre moral, et l'ordre professionnel. Or, dans leur ouvrage sur les lois Veil, Bibia Pavard, Florence Rochefort et Michelle Zancarini-Fournel (2012 : chapitre 6), ont souligné que cette reconnaissance de la concurrence entre ces deux ordres émanait précisément de médecins. Ainsi, l'Ordre des médecins,

est également rappelée à l'article 8 de la loi du 4 juillet 2001 qui conserve l'article 2212-8 du code de la santé publique, en y ajoutant que le médecin doit communiquer « *immédiatement* » le nom des praticiens qui réalisent cette intervention.

115 On dénombre à ce jour trois clauses de conscience spécifiques, en matière d'IVG, de stérilisation à visée contraceptive, et de recherche sur embryon et cellules souches.

116 L'article R.4127-47 du Code de la santé publique, qui reprend l'article 47 du code de déontologie médicale, prévoit que « *quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins* ». Cette disposition est redoublée par l'article R.4127-328 du code de santé publique, qui accorde aussi aux sages-femmes, et dans les mêmes conditions, le droit de recourir à la clause de conscience. L'article 41 du décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières permet également à ces personnels paramédicaux de ne pas effectuer des soins s'ils ou elles le décident. Cette clause générale de conscience est de nature réglementaire, et non pas législative.

117 L'expression « clause de conscience » est absente du code de la santé publique. Tatiana Gründler rappelle que seules quelques rares occurrences du terme « conscience » y figurent : l'article L1110-2 est la seule disposition de valeur législative mentionnant « la conscience », à propos de l'état d'une personne en fin de vie, pour stipuler que ce dernier peut demander (depuis la loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie) à recevoir une sédation profonde et continue pour altérer sa conscience, jusqu'au décès. La conscience est mentionnée également dans l'article R1132-13, pour qualifier le soin qui doit animer le médecin dans son traitement des patients, et dans l'article R4127-44 du même code pour dépendre la qualité de l'appréciation à laquelle doit se livrer le médecin concernant la dénonciation de services subis par des personnes vulnérables ou la non révélation d'un diagnostic., (Tatiana Gründler, op.cit.).

118 Article R4127-2 du code de la santé publique : « Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. »

119 L'affirmation progressive du droit s'est faite, en parallèle de l'affirmation de l'Etat, contre d'autres systèmes de régulation : la famille, la religion, la communauté, la profession.

lors de son assemblée générale du 20 octobre 1974, réaffirme que « *l'interruption de grossesse, mettant fin à la vie humaine commencée, est en opposition avec l'esprit qui guide la médecine* »¹²⁰. Or, les médecins étaient nombreux parmi les parlementaires¹²¹, plus particulièrement *parmi les représentants de la droite conservatrice dans les débats préalables à l'adoption de la loi de 1975¹²².

La constitutionnalisation de la clause de conscience¹²³ comme sa pérennisation ont renforcé cette altération de la substance juridique du droit. Aujourd'hui, la clause de conscience est perçue comme le « dernier obstacle à la banalisation de l'avortement » (BONDUELLE, 1996), dans un cadre juridique plus libéral n'ayant cessé d'assouplir les conditions d'accès à l'IVG. En effet, la consécration, dans un même texte, du droit des femmes à avorter et de celui des médecins à refuser l'intervention, induit des situations complexes. Pour Thomas Dumortier (2008), ce sont deux droits « dont l'exercice de l'un annihile théoriquement l'exercice de l'autre ». Leur articulation compromet potentiellement la réalisation du droit à avorter reconnu aux femmes, dont l'effectivité a pourtant été posée comme condition du respect de la Convention par la Cour européenne (GRUNDLER, 2017 :14).

b) L'impossible résolution du conflit entre le droit et la morale

L'encadrement légal de la clause de conscience a légèrement évolué depuis 1975, pour limiter ses effets sur l'exercice du droit des femmes. Des modifications ont été apportées en ce qui concerne l'information des patientes : l'invocation de la clause devait se produire « *au plus tard dès la première visite de la femme* » en 1979 ; puis en 2001, le code de la santé publique stipule que celle-ci doit désormais être invoquée « *sans délai* », c'est-à-dire sans attendre la première consultation, soit, si possible, dès la prise de rendez-vous par téléphone, pour ne pas retarder le parcours d'IVG. De même, à partir de 2001, l'exercice de la clause ne concerne plus que les individus (les chefs de services) et

120 « À propos du projet de loi sur l'avortement », *Bulletin de l'ordre des médecins*, décembre 1974 (LE NAOUR, VALENTI, 2003 : 264).

121 Lors des débats des six séances qui ont duré du mardi 26 novembre 1974 jusqu'au jeudi 28 novembre 1974 à l'Assemblée Nationale, dix-huit médecins prennent la parole. Le texte amendé est ensuite envoyé au Sénat, qui le discute les 13 et 14 décembre. Là, ce sont 6 médecins qui prennent la parole. (PAVARD, ROCHEFORT, ZANCARINI-FOURNEL, op. cit., « Chapitre 6 - Le dénouement législatif (1974-1975)

122 Et ce, tandis que les parlementaires socialistes et communistes ont affiché une volonté conjointe de s'inscrire dans le prolongement de la lutte des femmes, faisant de la question de l'avortement un enjeu partisan opposant la gauche et la droite sur le plan des valeurs.

123 La clause de conscience a été pérennisée par le Conseil Constitutionnel qui en a fait une condition de validité de la loi, en actant que « *la loi relative à l'IVG respecte la liberté des personnes appelées à recourir ou à participer à une interruption de grossesse, qu'il s'agisse d'une situation de détresse ou d'un motif thérapeutique ; que, dès lors, elle ne porte pas atteinte au principe de liberté posé à l'article 2 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen* » ((décision n°74-54DC du 15 janvier 1975, loi relative à l'IVG, considérant 8). De cette constitutionnalisation de la clause, il a été déduit a contrario qu'une loi qui remettrait en cause la liberté du praticien serait inconstitutionnelle.

non les services qu'ils dirigent au sein des établissements publics¹²⁴ : l'objectif défendu est de ne pas compromettre l'effectivité du droit¹²⁵.

Source d'obstacle pour les femmes en demande d'IVG, obligées parfois à se rendre à l'étranger pour avorter faute d'avoir pu trouver une réponse dans les délais impartis¹²⁶, cette double clause revêt, pour ceux qui entendent la supprimer, un caractère symbolique fort sur le plan des valeurs. Elle stigmatise l'IVG, celle-ci n'étant toujours pas considérée comme un acte médical ordinaire par le Code de la santé publique¹²⁷. Le président de la République Emmanuel Macron, dans la présentation de son programme présidentiel, en mars 2022, avait lui-même repris les propos de Simone Veil en affirmant que « *l'IVG, c'est toujours un drame pour une femme* ».

Chaque fois qu'il est question d'assouplir les mesures de l'encadrement médical de l'IVG¹²⁸, et plus précisément lorsque celle de la supprimer reparait à l'agenda politique, c'est le caractère routinier des arguments qui frappe. Henri Paillard à l'ouverture des débats à l'Assemblée Nationale, observe déjà en 1974¹²⁹ la teneur inchangée des débats par rapport au projet Messmer en 1973 : « *C'est un peu la même pièce que l'année dernière, avec les mêmes acteurs. (...) La distribution étant quasiment inchangée, il était inévitable que le spectacle ait un goût de 'déjà-vu'* ».

À l'occasion de son rapport sur l'accès à l'IVG en 2017, le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCEfh) réitère la proposition de supprimer cette clause de conscience que l'institution avait déjà formulée dans son précédent rapport de 2013, considérant que « *cette*

124 Cf article L2121-8 CSP

125 Juridiquement, cette clause a été validée par le Conseil constitutionnel qui considère en 2001 que « *si le chef de service d'un établissement public de santé ne peut, en application de la disposition contestée, s'opposer à ce que des interruptions volontaires de grossesse soient effectuées dans son service, il conserve, en application des dispositions précitées du code de la santé publique, le droit de ne pas en pratiquer lui-même ; qu'est ainsi sauvegardée sa liberté, laquelle relève de sa conscience personnelle et ne saurait s'exercer aux dépens de celle des autres médecins et membres du personnel hospitalier qui travaillent dans son service* »

126 Exposé des motifs de la proposition de loi n° 3292 enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 25 août 2020 visant à renforcer le droit à l'avortement.

127 Cf Voir notamment l'article L2214-2 alinéa 1 CSP : « *En aucun cas l'interruption volontaire de grossesse ne doit constituer un moyen de régulation des naissances. À cet effet, le Gouvernement prend toutes les mesures nécessaires pour développer l'information la plus large possible sur la régulation des naissances, notamment par la création généralisée, dans les centres de planification maternelle et infantile, de centres de planification ou d'éducation familiale et par l'utilisation de tous les moyens d'information* » ; mais également l'article L2211-1 CSP combiné à l'article L2211-2 CSP : « *La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie* » ; « *Il ne saurait être porté atteinte au principe mentionné à l'article L2211-1 qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par le présent titre. L'enseignement de ce principe et de ses conséquences, l'information sur les problèmes de la vie et de la démographie nationale et internationale, l'éducation à la responsabilité, l'accueil de l'enfant dans la société et la politique familiale sont des obligations nationales. L'État, avec le concours des collectivités territoriales, exécute ces obligations et soutient les initiatives qui y contribuent* ».

128 Elle est notamment critiquée en ce qu'elle instaure, non pas un rapport de l'individu à l'État (comme dans l'objection de conscience) mais un rapport d'individu à individu : pensée comme une faveur faite aux médecins, la clause de conscience perturbe des rapports interindividuels. Elle est une des manifestations de la réaffirmation des ordres concurrents du droit, qui fragilise l'impérativité du droit.

129 Henri Paillard, « Ouverture du débat à l'Assemblée nationale », *Le Figaro*, 1974, (Pavard et al., 2012, chapitre 6).

disposition a fait son temps ». Une proposition de loi présentée en 2018¹³⁰ par la sénatrice Laurence Rossignol vise une nouvelle fois à abroger cette mesure.

En appui sur l'une des recommandations du *Rapport d'information sur l'accès à l'IVG* de la Délégation aux droits des femmes présenté à l'Assemblée nationale le 16 septembre 2020, sa suppression constituera l'une des évolutions envisagées par Albane Gaillot (groupe EDS) dans sa proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement¹³¹. Cette dernière énonce que la consécration du droit à l'IVG comme une des composantes acquises du droit des femmes à disposer de leur corps et à maîtriser leur parcours sexuel et reproductif implique de ne plus le présenter symboliquement comme un drame culpabilisant pour la femme et inacceptable pour des soignants. Il convient de ne plus l'isoler dans un cadre médical distinct des autres actes de la médecine sexuelle et reproductive, comme la prescription de la contraception. Pour Sylvia Pinel (Parti Radical de Gauche), « *considérer l'IVG de la même façon que tout autre acte médical ne le rend pas banal ou anodin, mais contribue simplement à l'extirper des tabous qui l'entourent, des non-dits, des discours culpabilisants. Ce sont ces discours-là qui désinforment, qui traumatisent et qui sont, en définitive, les plus dangereux* »¹³².

Les débats soulevés rejouent les mêmes clivages, entre une alliance des représentant.e.s d'une gauche progressiste qui souhaitent « que l'avortement devienne un droit à part entière et non un droit à part » (COLLET, 2017), et des opinions conservatrices, plus représentées à droite dans les rangs des parlementaires.

Sylvie Tolmont (PS)¹³³ a fait valoir que cette clause était désormais « *superfétatoire* ». Aménagée en 1974 pour encadrer la dépénalisation de l'avortement, elle n'a plus lieu d'exister. La supprimer, « *c'est une belle occasion 44 ans après de prolonger la belle œuvre de M^{me} Veil* », selon Caroline Fiat (LFI). L'argument des promoteurices de sa suppression est social : il leur importe de pallier les difficultés d'accès à l'IVG engendrées par cette double clause de conscience¹³⁴. Mais l'argumentation se place aussi sur un plan symbolique. L'insistance sur le caractère spécifique de l'IVG est en effet « *un stigmatisme que l'on pose* » selon la sénatrice Raymonde Poncet-Monge¹³⁵ (GEST). Pour Delphine Bagarry, députée Les Nouveaux Démocrates, sa suppression vise à affirmer que « *l'IVG n'est pas un acte de nature particulière, mais un soin comme un autre pour toutes les*

130 <https://www.publicsenat.fr/article/parlementaire/ivg-une-proposition-de-loi-des-senateurs-socialistes-veut-supprimer-la-clause#:~:text=La%20s%C3%A9natrice%20Laurence%20Rossignol%2C%20soutenue,les%20interruptions%20volontaires%20de%20grossesse.&text=La%20date%20est%20symbolique>.

131 Proposition de loi n°3292, visant à renforcer le droit à l'avortement. Cf https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/115b3292_proposition-loi

132 Assemblée Nationale, 23 février 2020.

133 « La clause de conscience des médecins relative à l'IVG fait débat à l'Assemblée », *Le Monde*, 23 mars 2019.

134 Exposé des motifs de la proposition de loi n°3292 visant à renforcer le droit à l'IVG.

135 Sénat, séance du 20 janvier 2021.

femmes » car cette clause de conscience donne un signal négatif de délégitimation de la demande d'avortement. Pour les actrices militantes, elle renforce le pouvoir médical sur un choix personnel¹³⁶. Les professionnelles engagées dans la pratique de l'orthogénie se positionnent également en faveur de sa suppression. Ainsi, dans ses réponses adressées au questionnaire de la rapporteure de la proposition de loi en 2020, l'ANCIC réaffirme ce point de vue. Sophie Eyraud, médecin généraliste membre de l'association, avait eu recours en 2015 à l'argument épidémiologique qui fait de l'IVG une donnée structurelle de la vie génésique des femmes. Pour elle, puisque « *une femme sur trois y a recourt dans sa vie, il faut prendre conscience que c'est un acte courant en médecine* » (NAPOLIER, 2015). Enfin, le CNOF considère que la suppression de la clause de conscience spécifique « *pourrait participer à une meilleure acceptation sociale de l'IVG* » (OIHANA, 2018). Pour Anne-Marie Curat, présidente en 2018 de l'instance ordinaire du groupe professionnel qui nous occupe pour cette recherche, la suppression répond à un enjeu de démographie médicale, face aux vagues de départ en retraite des praticien.ne.s qui étaient en faveur de l'IVG. L'argument est habile, car il recoupe un enjeu de légitimation de sa profession dans la conduite de l'action publique en matière d'orthogénie, en particulier : les sages-femmes seront les actrices de la « relève ».

Pour ceux qui au contraire sont attachés à la clause de conscience, brandie presque à l'image d'un étendard contre le risque de banalisation de l'acte, la possibilité de sa suppression est perçue comme un affaiblissement du principe même de l'équilibre de la loi Veil, au profit d'une trop grande libéralisation de l'IVG. Leurs arguments se situent d'abord au plan moral : cette clause est le signe même de la particularité de l'acte médical. Pour Jean-Marie Faroudja¹³⁷, président de la section éthique et déontologie du Conseil National de l'Ordre des Médecins, « *l'IVG est un acte médical particulier qui touche les convictions éthiques et personnelles des médecins* ». Saisi par Olivier Véran en rapport avec la proposition de loi d'Albane Gaillot qui envisage sa suppression, le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) rend, dans cette même optique, un avis défavorable en décembre 2020 : sur le plan juridique, il rappelle que les questions juridiques que pose l'IVG « *ont un fondement éthique profond qui est lié à la clause de conscience (...)* ».

Un autre argument visant à la défendre se situe au plan juridique : consacrée par la loi, cette clause spécifique pose un principe *absolu*, du fait que les médecins ne sont *jamais* tenus de pratiquer une IVG, tandis que la clause générale n'aurait qu'une valeur réglementaire, juridiquement inférieure

¹³⁶ Mouvement Français pour le Planning Familial, « Suppression de la clause de conscience spécifique instituée dans la loi de 1975 pour l'IVG », 6 juin 2019, <https://www.planning-familial.org>

¹³⁷ HAMCHICHE Imène, 2017, Santé publique, 16 février <http://www.whatsupdoc-lemag.fr>

(SYNGOF 2020). Damien Le Guay¹³⁸ considère même que la proposition de suppression porte atteinte à la tradition démocratique, qui ne contraint pas à agir contre ses principes.

En outre, la clause spécifique à l'IVG et la clause de conscience générale ne profitent pas exactement aux mêmes bénéficiaires : alors que la clause générale protège les médecins, les sages-femmes et les infirmiers, la clause spécifique bénéficie quant à elle à l'ensemble du personnel médical. Sa suppression abaisserait la valeur juridique de la protection des soignant.es. Ainsi, sur le plan pratique, toujours selon le CCNE¹³⁹, « *les futurs obstétriciens pourraient concevoir une incertitude sur les conditions futures d'exercice de leur métier, la clause réglementaire pouvant toujours être aménagée ou supprimée facilement, hors de tout débat public* ». Pour Bertrand de Rochambeau, président du Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France (SYNGOF)¹⁴⁰, « *sans texte de loi direct, il sera plus difficile de rappeler à la patiente que le médecin a le droit de refuser de pratiquer une IVG* »¹⁴¹. Une pétition intitulée « Appel à tous les soignants : défendons notre clause de conscience », est ainsi lancée en 2021 à l'initiative du syndicat, par l'intermédiaire du professeur Emmanuel Sapin, chef du service de chirurgie pédiatrique et néonatale au CHU de Dijon et coauteur de la première chirurgie fœtale réalisée en Europe¹⁴².

Les membres du CCNE, tout comme ceux du Collège national des gynécologues-obstétriciens (CNGOF) s'inquiètent également de l'effet contre-productif de cette possible suppression. Un risque serait induit de voir les praticien.ne.s se détourner de la pratique de l'IVG, s'ils devaient perdre le bénéfice de cette clause, ce qui ne ferait alors qu'augmenter le délai de prise en charge des femmes désirant interrompre leur grossesse et, par conséquent, accroître les difficultés d'accès à l'IVG. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins réaffirme son opposition à sa suppression au motif que « *ni la disparition de la clause de conscience, ni l'allongement des délais légaux d'accès à l'IVG de 12 à 14 semaines, ne permettront de répondre aux difficultés qui peuvent, aujourd'hui encore, se poser à nos concitoyennes souhaitant avoir recours à une IVG* » (SYNGOF, 2020). Agnès Buzyn abonde dans ce sens lorsqu'elle déclare que la suppression est « *une fausse bonne idée* », jugeant que cela allait « *compliquer le parcours des femmes* ».

138 Damien Le Guay est philosophe, président du Comité national d'éthique du funéraire, et membre émérite du conseil scientifique de la Société française d'accompagnement et de soins Palliatif (SFAP).

139 Le CCNE considère que la suppression de la clause spécifique risque de conduire à une perte d'attractivité déjà forte des professions de gynécologues-obstétriciens.

140 Ce dernier avait déjà comparé l'IVG à un homicide dans l'émission *Quotidien* mardi 11 septembre 2018, en déclarant : « *Nous ne sommes pas là pour retirer des vies* ». Ses propos avaient soulevé de nombreuses protestations.

141 Audition du Secrétaire général du Syngof devant la Délégation aux droits des femmes, 10 octobre 2019.

142 « *IVG : préservons la clause de conscience spécifique des soignants prévue par la loi* », *FigaroVox*, 18 novembre 2021 [<https://www.lefigaro.fr/vox/societe/ivg-preservons-la-clause-de-conscience-specifique-des-soignants-prevue-par-la-loi-20211118>].

Près de trois mille soignants, médecins, infirmières, infirmiers, aides-soignantes, aides-soignants et auxiliaires médicaux ont signé cette pétition.

Laurie Marguet (2022) souligne le rôle d'infléchissement de l'avis défavorable du CCNE : combiné au rejet en première lecture de la proposition de loi par le Sénat, il a conduit à la suppression par l'Assemblée nationale (entre la 1^{re} et la 2^e lecture) de la disposition relative à l'abandon de la clause de conscience spécifique à l'IVG¹⁴³.

3. L'allongement des délais

Toutes les fois que la question du délai légal pour avorter a été mise à l'agenda politique (avant la loi Veil, au tournant du siècle avec le projet de loi Guigou en 2000, puis à nouveau vingt ans plus tard avec la proposition de loi d'Albane Gaillot), elle a cristallisé un nombre important d'enjeux (éthiques, moraux, sociaux, politiques mais aussi organisationnels), identifiables par leur permanence dans la « culture publique » de l'avortement.

En 2020, les défenseuses insistent sur la nécessité de dépasser, en la matière, tout clivage politique, comme les parlementaires l'avaient fait en 1975, puis en 1982 avec la loi Roudy, en 2001 avec la loi Aubry-Guigou, et enfin en 2016 dans la loi de modernisation de notre système de santé. Albane Gaillot s'exprime ainsi : « *La proposition de loi que je vous présente se veut, elle aussi, résolument transpartisane. Elle n'est ni celle d'un parti, ni celle d'une faction politique, encore moins la mienne. Elle est celle de toutes et tous, dans l'intérêt de toutes les femmes.* »¹⁴⁴.

Cette mesure, avec celle envisageant la possibilité de supprimer la clause de conscience spécifique à l'IVG, cristallisent cependant les antagonismes. Pour le journal *La Croix*, en effet, « *le texte rompt encore un peu plus avec la loi de 1975* » (BINET, 2022). Le professeur de droit privé Jean-René Binet estime, dans cet article, que la loi possède une « *vertu* », celle de permettre la prise de conscience de la « *nécessaire existence des limites* ». Or, repousser une nouvelle fois ce délai légal à un âge gestationnel plus avancé représente pour les législateurices « *une rupture même* » de l'équilibre pensé dans l'esprit de la loi Veil, entendue comme loi de dépenalisation. Selon Bertrand Mathieu, juriste : « *Petit à petit, un glissement considérable s'est opéré. (...) Les verrous sautent un à un : d'une dérogation nous sommes passés à une liberté, et d'une liberté, à un droit. De l'exception à une forme de banalisation* » (LE DREAU, 2021). L'argument était déjà le même au moment du projet de loi Aubry-Guigou en 2000. Les mêmes jeux d'opposition se font jour, en 2020, dans les rangs du Parlement, autour des termes du compromis. Il s'agit, toujours, de ne pas perdre le point d'équilibre entre la nécessité de protéger la liberté des femmes et celle de conserver le principe du

143 L'amendement n°362 présenté par Mme Blin, (qui visait à supprimer les alinéas 1 à 4 de l'article 2 de la proposition de loi) a été adopté. Cf. Assemblée nationale, 15 février 2021, Droit à l'avortement - (n° 3879), https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements_alt/3879/AN/362

144 https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/115b3383_rapport-fond.

respect de l'être humain dès le commencement de la vie. Les opposant.es à l'allongement des délais légaux argumentent que la proposition de loi n'entend considérer qu'« *une liberté absolue et inconditionnelle de la femme* » au point de vouloir (bientôt) supprimer tout délai, « *comme si l'IVG était l'issue obligatoire de toute grossesse non désirée* »¹⁴⁵. Rendre l'IVG anodin mènerait à la déresponsabilisation des femmes et « des couples », selon Agnès Thill¹⁴⁶ (LREM). Pour la députée, prolonger le délai légal de l'avortement, c'est en effet se rendre « *complice(s) d'une déresponsabilisation générale* ».

Albane Gaillot ne rejette pas l'idée qu'un glissement s'opère, mais elle envisage celui-ci comme un changement paradigmatique de la loi : en 1974, il s'agissait selon elle d'une loi qui répondait à une problématique de santé publique, tandis qu'« *aujourd'hui la loi entend répondre à l'autodétermination des femmes* »¹⁴⁷. Dans cette forme de rhétorique, qui reprend les schèmes de celle qui avait sous-tendu le projet de loi Aubry-Guigou, la responsabilité des IVG tardives n'est plus imputée aux femmes. Isabelle Louis, une responsable du Planning Familial en 2013, disait déjà : « *La plupart du temps, on va mettre les femmes en faute. On va leur dire 'Vous nous contactez trop tard'. Ce n'est pas trop tard qu'elles contactent, c'est que les hôpitaux ne respectent pas les délais ou qu'il n'y a pas assez de médecins pour les avortements* » (La Croix, 2021). La responsabilité est celle des dysfonctionnements de l'offre : l'objectif est donc de jouer sur les freins à l'effectivité du droit à l'avortement, pour lutter contre un accès inégalitaire à l'IVG. La mesure de l'allongement du délai est donc en lien avec celle qui nous intéresse, l'augmentation du nombre de professionnels pour garantir le respect des délais et du libre choix, par quoi les sages-femmes se verraient investies d'un nouveau mandat, celui de la compétence chirurgicale dans la prise en charge des IVG. La stratégie argumentative de la proposition de loi vise donc à « dépathologiser » l'IVG. Tous les arguments en faveur de l'amélioration de l'effectivité du droit s'attaquent à construire un autre ordre cognitif autour de l'IVG, en la présentant comme une pratique normalisée dans le système de soins : l'allongement des délais légaux ne comporte pas de risques sanitaires, la suppression de la clause de conscience spécifique permettrait d'en faire un acte médical « comme un autre », et l'élargissement du champ de compétence des sages-femmes contribue à la pratique instrumentale contribue à ranger l'IVG dans le champ de la physiologie.

Dans le champ médical, l'opposition à cette proposition de loi et en particulier à cette mesure d'allongement est assez unanime. C'est, selon différents représentants de groupes professionnels en santé sexuelle, « une mauvaise réponse à une bonne question ». À plusieurs reprises, le CNGOF (2020, 2022) alerte sur les risques induits : cet allongement des délais serait source de complications

145 Xavier Breton, (LR), Assemblée Nationale, séance du 8 octobre 2020.

146 Agnès Thill, Assemblée Nationale, séance du 8 octobre 2020.

147 Albane Gaillot, Assemblée Nationale, séance du 8 octobre 2020.

pour les femmes, et la pénibilité du geste source de désaffection des professionnels. L'argument se retrouve intégralement dans les formes de rhétorique des experts en 2001¹⁴⁸. L'Académie de Médecine¹⁴⁹ se prononce également contre cette mesure qui « *augmente le recours à des manœuvres chirurgicales qui peuvent être dangereuses pour les femmes et à une dilatation du col plus importante* ». Le Conseil de l'Ordre des médecins (2020) s'oppose lui aussi à cette mesure ne permettra pas de « *répondre aux difficultés qui peuvent, aujourd'hui encore, se poser à nos concitoyennes souhaitant avoir recours à une IVG* ». Le conseil national de l'ordre des sages-femmes a une position plus ambivalente : il exprime son soutien aux initiatives législatives en faveur de l'allongement des délais légaux pour l'IVG médicamenteuse au moment de la crise sanitaire (2020), mais souligne que l'allongement du délai à 14 semaines de grossesse n'est « *pas une solution en soi pour améliorer l'accès à l'IVG* » (CNOSF, 2020b).

De son côté, le gouvernement a refusé d'émettre un avis favorable¹⁵⁰, ce qui, selon *le ministre de la santé, a correspondu à l'expression d'une forme de prudence*. Le président Emmanuel Macron se dit lui-même mal à l'aise avec ce texte (*La Croix*, 2021). Le ministre des solidarités et de la santé a sollicité le CCNE¹⁵¹ afin de recueillir son avis sur cette mesure dont plusieurs professionnels de santé ont souligné « *le caractère délicat* » concernant les risques sanitaires potentiels pour les femmes et la « *complexité du geste technique à accomplir* »¹⁵². Compte tenu du calendrier politique, le CCNE s'est organisé pour instruire cette demande en un temps contraint. Dans sa réponse¹⁵³ en date du 8 décembre 2020, le CCNE considère, « *en axant sa réflexion sur les principes d'autonomie, de bienfaisance, d'équité et de non-malfaisance à l'égard des femmes* », « *qu'il n'y a pas d'objection éthique à allonger le délai d'accès à l'IVG de deux semaines* ». Le 11 décembre 2020, après un ensemble d'auditions, le CCNE rend un avis favorable pour l'allongement du délai, avec le maintien de la clause de conscience et la publication d'un avis divergent. Les membres du CCNE se sont dits sensibles à l'audition de l'anthropologue Silvia De Zordo (2020) exposant ses travaux sur les mouvements de femmes qui migrent en Europe pour se faire avorter au-delà des délais légaux dans

148 Dr Laurence Esterle, Les débats et les controverses entre experts à l'occasion du projet de loi sur l'allongement des délais légaux de l'IVG, op. cit.

149 Académie Nationale de Médecine, communiqué de presse du 10 octobre 2020.

150 Voir notamment, « Avortement : La proposition de loi qui sème la zizanie dans la majorité », *20 minutes*, 7 octobre 2020.

151 Vingt ans plus tôt, le CCNE avait déjà répondu à une demande des présidents du Sénat et de l'Assemblée Nationale à l'occasion du projet de loi prévoyant l'allongement du délai légal d'accès à l'IVG de 10 à 12 semaines de grossesse. Il était, alors, sollicité pour donner son avis sur « les risques de dérive eugénique susceptibles d'en résulter ». Sa réponse s'était basée sur le motif que, puisque l'IVG se limitait à faire droit à des demandes individuelles, le risque collectif de dérive eugénique n'était pas fondé. Cf. avis 66 en date du 23 novembre 2000.

152 Lettre de saisine du Ministère des solidarités et de la santé, 2 octobre 2020, Comité Consultatif National d'Ethique, Opinion du CCNE sur l'allongement du délai légal d'accès à l'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse, 8 décembre 2020, annexe 1, p. 15.

153 Comité Consultatif National d'Ethique, Opinion du CCNE sur l'allongement du délai légal d'accès à l'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse, op. cit., p.14. Il considère par ailleurs que rien ne justifie la suppression de la clause de conscience spécifique à l'IVG.

leur pays d'origine, et se sont appuyé.es sur les conclusions de revues de littérature médicale¹⁵⁴ démentant la question des risques « graves » encourus dans cette extension du délai (BENACCHI *et al.* 2021).

4. Le répertoire de personnages et des lieux communs du drame public des IVG tardives

Les IVG tardives constituent un « nœud de métaphores » dans le drame public de l'IVG (GUSFIELD, 2009). Plusieurs figures-type se distinguent de manière récurrente dans les discours des législateurices sur la question de l'allongement des délais, en 2000 d'abord, puis vingt ans plus tard, lorsqu'il s'est agi de l'étendre à deux semaines supplémentaires. La première est celle des femmes victimes d'un manque d'information efficace, de la désertification médicale, et des dysfonctionnements de l'offre en orthogénie. Ces femmes, dans ces formes de rhétorique, sont immanquablement « dans une profonde détresse » ; elles vivent « un drame » en connaissant les affres de « la solitude », et l'expérience du dépassement des délais ajoute à leur « douleur » et aux « graves souffrances », qui laisseront « des traces »¹⁵⁵. La nature dramatique de la demande tardive d'IVG est présente tant dans tous les discours, mais il sert des logiques argumentatives opposées. Pour les un.es, il sert à montrer que l'allongement du délai est une erreur, car il prolonge les souffrances, qu'il ne résout pas les difficultés d'accès à l'IVG et que la réponse politique doit viser à renforcer l'effectivité des parcours d'IVG. Pour les autres, il les résout en partie, puisqu'il évite les difficultés supplémentaires d'un départ à l'étranger pour avorter, ou celles d'avoir à trouver les interlocuteurices qui voudront bien entendre leur « détresse psychosociale » et leur permettre d'accéder à la procédure d'IMG. L'usage de cette notion est légitimé par l'argument que les situations de demandes tardives d'IVG sont déjà le produit d'injustices sociales (ESTERLE, 2008). L'autre figure féminine est la femme « ambivalente »¹⁵⁶, incapable de prendre une décision, pour qui l'allongement des délais ne

154 Pour retrouver les références des travaux scientifiques mobiliser pour évaluer les risques sanitaires et psychologiques, on pourra consulter les conclusions du Comité Consultatif National d'Éthique, dans son Opinion du CCNE sur l'allongement du délai légal d'accès à l'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse, op. cit., p.8-10.

155 L'analyse comparative et transversale des discours publics sur cette question de l'allongement des délais, à chaque remise à l'agenda politique, montre la récurrence du champ sémantique de la souffrance mentale dans le parcours d'IVG, qu'elle soit due au sentiment d'impossibilité de poursuivre une grossesse non désirée (quel que soit l'âge gestationnel de l'embryon au moment de la découverte de la grossesse), ou aux difficultés d'en parler à l'entourage, aux « pressions religieuses » subies, au choc de la découverte tardive de la grossesse ou aux obstacles rencontrés sur le parcours. Pour des raisons de synthèse, nous ne pouvons en donner que quelques exemples. Dans son rapport datant de 1999, le Pr Nisand estime que la demande tardive d'IVG émane « *des patientes les plus démunies et les plus fragiles qui tardent à consulter parce qu'elles ne sont même pas capables de savoir qu'elles sont enceintes* ». Il peut s'agir aussi de patientes dont les grossesses « *ont débuté dans des conditions troubles dont la révélation publique ne peut se faire car il faut impérativement se taire* », en cas d'inceste ou de viol. (ESTERLE, 2008) L'analyse montre que les mêmes thèmes, formulés dans les mêmes schèmes, sont repris vingt ans plus tard dans les débats qui ont eu lieu lors de la mécanique parlementaire autour de la proposition de loi n°3879. Voir, par exemple l'intervention d'Anne Heinis au Sénat, dans le compte-rendu intégral de la séance du 28 mars 2001, ou celle de Florence Lassarade dans la séance au Sénat du 20 janvier 2021. Voir aussi les comptes-rendus de la séance du mercredi 23 février 2022 pour les débats à l'Assemblée Nationale.

156 Cette figure de l'ambivalence est étroitement corrélée, dans les débats publics sur l'IVG, à la question portant sur la suppression des délais de réflexion. Pour ceux qui s'y sont opposé.es, les délais de réflexion étaient nécessaires pour permettre d'envisager de se

ferait au contraire que prolonger les affres du doute. Celle-là suscite bien moins d'empathie que la première chez les opposant.es à cette mesure. Son invocation vise en général à convaincre, sur un ton que les adversaires reçoivent comme « *infantilisant* »¹⁵⁷, que cette mesure ne résoudra en rien des difficultés que rencontrent les femmes, et qu'il ne s'agit que d'une « fuite en avant ». Bien que son statut n'ait pas été défini dans une loi¹⁵⁸, l'autre protagoniste du drame est l'embryon, support de projections horribles dans les formes de rhétorique employées par les opposant.es à cette mesure¹⁵⁹, qui témoignent de l'effroi suscité par l'impossible résolution de la contradiction du modèle de l'engendrement (BOLTANSKI, 2004). La proposition de l'allongement du délai légal de cette dramaturgie publique s'inscrit en effet dans un contexte de profondes transformations des représentations sociales du « fœtus mort » dans ses « états intermédiaires », à savoir celui qui est né vivant ou mort entre 14 et 22 SA (GIRAUD, 2016) Ces représentations tendent à se consolider dans le sens d'une « personnalisation » : autrefois considéré comme « déchet », voire comme « pièce de collection anatomique » depuis le 19^{ème} siècle sans provoquer de réactions (MORGAN, 2009), il est désormais perçu comme un être devant faire l'objet d'une considération particulière tant de la part des professionnel.les que des « parents »¹⁶⁰.

En 1975, le lieu commun des formes de rhétorique visant la dépénalisation de l'avortement était celui des conditions déplorables en raison de la clandestinité de l'acte, et causes d'une mortalité féminine importante : l'objectif était d'emporter l'adhésion des auditoires en insistant sur la dimension sanitaire du compromis à construire. Aujourd'hui, même si l'antagonisme des positions éthiques reste irréductible (MERG-ESSADI, SCHMOLL, 2008), le droit des femmes à disposer de leur corps est prépondérant : personne, dans les rangs des opposant.es à la mesure de l'allongement des délais, n'ose le remettre en question dans leurs arguments, en 2001 comme de nos jours. Parmi les « pièces » du catalogue, entre celle qui met en scène le départ des femmes vers l'étranger, lorsqu'elles se trouvent en délais dépassés. Dès 1975, les associations féministes ont alerté sur le fait que le délai de 10 semaines de grossesse était trop court. La mention de nombre, variable selon les

projeter finalement dans la poursuite de la grossesse d'abord non désirée. L'aménagement de ce laps de temps supplémentaire s'articule à l'argument d'améliorer la dispense d'information sur les aides sociales dont les femmes ou les « couples » peuvent bénéficier.

157 Cf compte-rendu de la séance du 8 octobre 2020 à l'Assemblée Nationale.

158 La loi de 1975 n'a pas défini le statut de l'embryon. Le CCNE a essayé de donner une définition de la nature de l'embryon comme « personne potentielle ». Pour d'autres, il est une « personne future » ou une « personne possible ». Mais l'enfant ne devient une personne juridique, porteuse d'un nom et de droits, au moment de l'inscription sur le registre des naissances. Le « statut métaphysique » de l'embryon est, lui, une affaire d'opinion, selon les traditions culturelles. Il n'a pas de nature ontologique définie par une loi. Cf. (FAGOT-LARGEAULT, 2011), Le débat sur le statut de l'embryon a aussi quitté l'espace public pour devenir le fait d'experts qui le poursuivent au sein d'autres arènes, telles que les comités d'éthique, dispositifs prévus par les législations de différents pays, et restreints à des personnes autorisées en raison des institutions scientifiques ou religieuses qu'elles représentent. Le questionnement a cessé d'être alternatif (faut-il ou non interdire ?) pour s'ouvrir sur la détermination du moment où commence la vie humaine. Ce questionnement appelle une réflexion commune, et non l'affrontement de doctrines, il prend ici la forme de la controverse. (MERG-ESSAD, SCHMOLL, 2008)

159 Israël Nisand soutient par exemple qu' « à 16 SA, soit à 14 semaines de grossesse, le fœtus mesure environ 120 mm, sa tête est ossifiée. Pour le sortir, il faut démembrer le fœtus et écraser sa tête », (LE CORRE, 2021)

160 Le statut juridique d'enfant sans vie n'a cessé de s'élargir à des pertes de plus en plus précoces. Le seuil limite de déclaration fixé à 28 SA en 1993 s'est abaissé à 22 SA en 2001, pour être finalement supprimé en 2008. (GIRAUD, 2016).

sources, ainsi que la controverse que cette variabilité suscite, font figure de lieu commun de la dramaturgie publique de l'IVG : en 2000 comme en 2020, il est immanquablement rappelé que ce sont « 3000 à 5000 femmes »¹⁶¹ qui sont contraintes à traverser les frontières pour trouver une réponse à leur demande tardive d'avortement. Chez les un.es, l'importance du chiffre a l'effet d'une hyperbole dans ces figures de rhétorique ; elle traduit l'importance de la demande sociale, comme la gravité des dysfonctionnements qui se font jour dans l'organisation du système de soins en matière d'orthogénie. Chez les autres, au contraire, ce chiffre tend à être délégitimé, du fait de l'incertitude qui plane sur son exactitude ; il peut également être considéré comme négligeable.

IV. Vers une normalisation de l'activité d'IVG dans le système de soins

1. L'accès à l'IVG pendant la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID 19

Pendant la crise sanitaire, et en particulier pendant les périodes de confinement, la réduction du recours à l'IVG inquiète professionnel.les et militant.es (BOJOVIC, STANISLJEVIC, GIUNTI, 2021) : ce phénomène n'est pas accueilli comme une réduction en soi de la demande d'IVG, mais comme le signe que les femmes ont pu avoir peur des contaminations, des contrôles de police, ou de devoir donner le motif de leur sortie. Certaines ont éprouvé aussi des difficultés à sortir de chez elles discrètement, en particulier pour les victimes de violences conjugales ou familiales¹⁶². En période de confinement, les personnels hospitaliers sous tension se sont tournés vers la prise en charge des malades de Covid et vers le maintien des interventions urgentes (MANUS, 2020). Toutes les autres interventions (sauf la chirurgie des cancers dans le meilleur des cas) ont été déprogrammées à la mi-mars 2020 dans tous les hôpitaux du pays, pour libérer des lits, les transformer si possible en lits de réanimation, et pour libérer les personnels formés à la réanimation et aux soins aigus (GELLY, 2020). La limitation des déplacements a également compliqué la possibilité d'obtenir une consultation médicale dans les délais légaux. Il en a résulté une augmentation des retards de diagnostic et des demandes d'avortement hors-délai au moment du déconfinement (JOSEPH, 2021, 11). Le Planning

161 Ce chiffre figure dans l'exposé des motifs du projet de loi Guigou déposé en octobre 2000 (« bien que les IVG tardives ne représentent qu'une infime partie des avortements réalisés en France chaque année, 3000 à 5000 femmes partent à l'étranger pour raison de dépassement des délais ») comme dans celui de la proposition de loi Albane Gaillot (« 5000 femmes partent dans les pays voisins parce qu'elles sont déterminées à interrompre leur grossesse mais qu'elles sont au-delà du délai légal autorisé pour recourir à une IVG). De même, la bataille des chiffres est un lieu commun des formes de rhétoriques qui s'affrontent : ceux qui défendent la mesure de l'allongement visant à réduire ce nombre sont suspectés.es de les gonfler intentionnellement ; la légitimité des sources est remise en question, au motif que les chiffres ne reposent que sur des estimations, et non des statistiques officielles.

162 Point presse sur l'avortement en temps de confinement : analyse de la situation du 30 mars au 19 avril 2020 par le planning familial, 6 mai 2020. Cf www.planningfamilial.org.

Familial a ainsi fait état¹⁶³ d'une augmentation de 330% des difficultés exprimées par les appelant.e.s sur la plateforme dédiée à l'information sur les sexualités, la contraception et l'IVG¹⁶⁴.

Pour essayer d'assurer la continuité de ces interventions, les politiques européennes ont dû s'adapter. En France, dans un communiqué en date du 23 mars 2020, Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé et Marlène Schiappa, secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les Femmes et les Hommes et de la Lutte contre les Discriminations, ont reconnu que la crise sanitaire ne devait pas remettre en question les avancées en matière d'émancipation des femmes et de leur droit à disposer de leur corps. Un arrêté est pris le même jour, pour prescrire des mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19¹⁶⁵. Les interruptions de grossesse ont été considérées comme des interventions urgentes. Ainsi, des dispositions exceptionnelles ont été prises pour assurer, dans le délai légal en vigueur, une réponse aux demandes d'IVG des femmes en garantissant leur libre choix des interventions¹⁶⁶.

Le ministre a demandé à toutes les équipes des centres IVG et hospitalières de maintenir le recours à l'IVG instrumentale. Les procédures d'accès aux IVG médicamenteuses ont été ainsi facilitées. L'ensemble des consultations nécessaires aux IVG médicamenteuses ont pu être réalisées sous forme de téléconsultations¹⁶⁷, si la femme le souhaitait et si le praticien l'estimait possible. Et, dans une lettre du 7 avril 2020, le Ministre des Solidarités et de la Santé a saisi en urgence la Haute Autorité de Santé afin d'émettre un avis sur la possibilité d'étendre le délai de réalisation des IVG médicamenteuses hors milieu hospitalier de 7 à 9 semaines d'aménorrhée, et d'analyser la prise en charge de la douleur lors de la réalisation de celles-ci, dans ce contexte pouvant modifier les pratiques de la prescription des anti-inflammatoires¹⁶⁸. L'assouplissement explicite des conditions d'accès à l'IVG a été précisé par courrier du ministre des solidarités et de la santé en date du 23 avril 2020, lorsque la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, incluant la raison de «

163 <https://www.planning-familial.org/fr/nvn/point-presse-sur-l'avortement-en-temps-de-confinement-analyse-de-la-situation-du-30-mars-au-19>

164 Les appels ont concerné les dysfonctionnements ou le non-respect de la loi dans la prise en charge des personnes souhaitant réaliser une IVG ou se faire délivrer une contraception, mais aussi un accueil IVG culpabilisant et/ou jugeant, une désinformation par un.e professionnel.le ou un.e personne anti-IVG, une situation de violences conjugales ou familiales, une situation de dépassement des délais légaux français pour la réalisation d'une IVG entraînant un avortement à l'étranger et bien sûr les difficultés liées au confinement. Par exemple, sur trois semaines, 54 demandes ont été exprimées sur le numéro vert pour une IVG à l'étranger ou une IMG en France, contre 19 demandes en 2019, c'est à dire une augmentation de 184% des demandes pour une interruption de grossesse au-delà de 12 semaines de grossesse. <https://www.planning-familial.org/fr/le-numero-vert-national-sexualites-contraception-ivg-0800-08-11-11-261>

165 <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041746744/>

166 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/200403-_ivg_et_covid-19.pdf. Un arrêté en date du 14 avril 2020 a ensuite complété ces dispositions.

167 Il s'est agi de la consultation d'information et de remise des ordonnances, mais aussi de celle de prise de l'antiprogestérone qui arrête la grossesse, le 2^e médicament (prostaglandine) pouvant déjà être pris à domicile, 36 à 48h après le premier. Le contrôle du bon déroulement de la procédure dans les 14 à 21 jours qui suivent, a également pu être effectué par le biais d'une téléconsultation.

168 HAS, Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) médicamenteuse à la 8^{ème} et à la 9^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) hors milieu hospitalier, validé par le Collège le 09 avril 2020, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-04/reponse_rapide_ivg_09_04_2020_coiv8.pdf

détresse psychosociale ». Ces mesures ont ensuite été prolongées pendant toute la durée du régime de sortie de crise sanitaire jusqu'au 30 septembre 2021.

Satisfaites de ces efforts, les professions médicales se sont mobilisées pour limiter les consultations et favoriser chaque fois que possible les IVG médicamenteuses à domicile, limitant ainsi les déplacements. Les capacités pour les avortements sous anesthésie locale ont été revues à la hausse et des partenariats ont été noués avec des structures privées pour la prise en charge des IVG sous anesthésie générale.

2. L'épidémie de Covid-19 comme « fenêtre d'opportunité » pour une remise à l'agenda politique de la question de l'amélioration de l'effectivité du droit à l'IVG

Mais, inquiètes de la baisse des demandes d'IVG, les professions médicales ont aussi jugé que ces mesures d'assouplissement de l'encadrement légal et réglementaire de l'avortement étaient insuffisantes. Un manifeste a été lancé en ligne¹⁶⁹ pour demander l'allongement des délais jusqu'à 16 SA, la levée du délai de réflexion de 48h, et la pérennisation de l'augmentation des délais pour l'IVG médicamenteuse. Environ 300 signatures sont récoltées de la part de professionnel.les se disant prêt.es à transgresser la loi si elle ne changeait pas. Une tribune relayant leur mobilisation paraît dans *Le Monde* le 31 mars 2020. Le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes porte aussi ces revendications le 29 avril suivant¹⁷⁰. Le HCE demande que les mesures d'exception, mises en place ou à venir, soient évaluées par les Agences régionales de Santé ou par une mission parlementaire afin d'être pérennisées.

De son côté, le MFPP appuie ces demandes, qu'il élargit au maintien des mesures IVG COVID après le 11 mai, à l'alignement du délai d'IVG médicamenteuse à 9SA quels que soient les lieux, en consultation sur place ou à distance. L'association se positionne aussi pour défendre la possibilité de se rendre à l'étranger pour un avortement avec un cadre facilitant (garantie de passage aux frontières aller-retour, remboursement par la sécurité sociale...) ainsi qu'une attention particulière aux

169 www.ivg.fr

170 *Le monde, demain. Adapter l'IVG pour en garantir l'accès à toutes les femmes*. Le HCE demande également que la réflexion se poursuive sur la suppression de la double clause de conscience en matière d'IVG et sur l'application stricte du forfait IVG intégrant non seulement l'acte médical lui-même mais aussi tous les actes associés. Il exprime son inquiétude devant les manœuvres de certains gouvernements, comme ceux de Pologne, de Hongrie en Europe, ou encore de la Russie et de certains états des USA, qui utilisent la lutte contre le coronavirus pour restreindre les droits des femmes et notamment le droit à l'avortement. Il salue les prises de position au niveau européen telle que la résolution du Parlement européen du 17 avril 2020 qui mentionne l'importance de garantir les droits génésiques et sexuels en période de crise sanitaire, de même que le rapport d'activité de la Commissaire aux Droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, qui fait part également de la mise danger de ces droits. Le HCE souhaite que le droit à l'IVG soit reconnu comme un droit fondamental européen et, à ce titre, inscrit dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. Voir <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/garantir-l-acces-a-l-ivg-a-toutes-les-femmes>

conditions de prise en charge¹⁷¹. Il tient également à redire que l'échographie n'est pas indispensable pour une IVG médicamenteuse et que l'entretien psycho-social n'est pas obligatoire ni même nécessaire dans la majorité des situations.

L'expérience clinique va permettre d'alléger la procédure de l'IVG médicamenteuse, en diversifiant les modalités d'effectuation de l'IVG. Cela entraîne des modifications réglementaires visant à améliorer l'efficacité et l'efficience des politiques d'accès à l'IVG. Ces deux mouvements concourent à l'instauration d'une nouvelle sensibilité dans la culture publique de l'IVG : on reconnaît que les femmes disposent de capacités de choisir la méthode, le lieu, le moment de leur IVG, et qu'elles sont les seules détentrices du motif du choix.

3. La recherche d'optimisation du dispositif médicamenteux dans les essais cliniques

L'histoire de l'avortement médicamenteux a commencé avec la découverte d'une antihormone¹⁷², le RU 486 découvert par les chercheurs du laboratoire Roussel Uclaf en 1980¹⁷³. La molécule a fait l'objet d'essais cliniques dès 1982 à Genève, puis en France à partir de 1983. Les premières études ont été menées avec la mifepristone¹⁷⁴ seule, pour des grossesses inférieures à 49 JA avec des taux de succès de la procédure entre 80 et 85% des cas (estimés insuffisants). Des travaux ont étudié l'effet de l'adjonction de prostaglandines¹⁷⁵, d'abord la sulprostone¹⁷⁶, puis le géméprost¹⁷⁷.

171 L'assouplissement des conditions de prise en charge revient selon le Mouvement à éviter des dépenses supplémentaires liées à plusieurs consultations médicales ou à des dépassements d'honoraires, à réduire le nombre de consultations ainsi que le délai de 48h pour les mineures

172 La notion d'antihormone s'applique aujourd'hui aux molécules capables d'inhiber de façon compétitive la formation du complexe hormone-récepteur. Sa définition première, désignant toute substance capable de s'opposer aux effets résultant de l'action d'une hormone, a donc été restreinte. En effet, différents mécanismes peuvent rendre compte de ce phénomène : diminution de la biosynthèse de l'hormone, augmentation de sa dégradation, inhibition directe ou indirecte au niveau du récepteur de l'hormone considérée. C'est ce dernier mécanisme qui est pris en considération dans l'acception actuelle du terme « antihormone ». (Voir définition et compléments : <https://www.universalis.fr/encyclopedie/antihormones/>)

173 Philippe Faucher et Danielle Hassoun rapportent que cette nouvelle classe de médicaments n'a tout d'abord pas suscité un grand intérêt de la part des chercheurs ; puis, quand il est apparu que la molécule était abortive, la crainte des implications politiques en a ralenti le développement. (Cf Philippe Faucher et Danielle Hassoun, *Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse*, 3^{ème} édition, Paris, Vuibert, 2018, introduction, p.VI)

174 La mifepristone est un stéroïde de synthèse ayant des propriétés anti-progestérone ; elle se lie en effet aux récepteurs de la progestérone, sans les activer. (Cf Philippe Faucher et Danielle Hassoun, *Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse*, op. cit., chapitre 1, « Mécanismes d'action des médicaments », p.1)

175 Les prostaglandines sont des hormones impliquées dans de nombreuses réactions de l'organisme. Dans ce dispositif médicamenteux, celles qui sont utilisées ont une forte action sur le muscle utérin dont elles augmentent la contractilité ; elles déclenchent des contractions, ramollissent et ouvrent le col de l'utérus.

176 La sulprostone est une prostaglandine qui s'administre par injection par voie intramusculaire ou en perfusion intraveineuse. Lors des essais, deux accidents ischémiques, dont un qui a été fatal, ont conduit à l'abandon de ce produit dans cette indication. (Cf Philippe Faucher et Danielle Hassoun, *Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse*, op. cit., chapitre 1, « Mécanismes d'action des médicaments », p. 4)

177 Ce ne sont pas les risques induits sur le plan cardio-vasculaire qui ont conduit à l'abandon de l'adjonction de cette prostaglandine dans le dispositif, mais sa voie d'administration (uniquement vaginale) et le fait qu'il nécessitait d'être conservé au congélateur. (Cf Philippe Faucher et Danielle Hassoun, *Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse*, op. cit., chapitre 1, « Mécanismes d'action des médicaments », p. 4)

Mais c'est le misoprostol¹⁷⁸ qui est devenu la prostaglandine la plus utilisée, du fait de l'absence d'effets délétères sur les coronaires, de son faible coût comme de sa facilité d'utilisation. L'ensemble des actions de la mifépristone et du misoprostol aboutit à l'arrêt de la grossesse, puis à l'expulsion de l'œuf. Après que de nombreux essais randomisés ont été réalisés pour définir les doses optimales de mifépristone, les dosages, la voie d'administration du misoprostol, mais aussi pour définir les délais optimaux entre l'administration de ces deux produits (SITRUK-WARE, 2000), c'est le protocole dit « français » qui a obtenu l'autorisation de mise sur le marché en France, mais aussi dans la communauté européenne et les Etats-Unis¹⁷⁹. Le laboratoire Roussel Uclaf s'est d'abord heurté à une vive opposition à la poursuite des premiers essais cliniques (ULMANN, 2000). C'est grâce à l'insistance de quelques chercheurs et médecins, (parmi lesquels le Pr Baulieu) ayant accueilli cette découverte scientifique comme un progrès pour la santé des femmes, que les essais cliniques ont pu se poursuivre dans des centres d'interruption de grossesse. Peu de temps avant le lancement du produit, les mouvements anti-avortement ont proféré des menaces de boycott international contre les autres produits de la firme, qui annonce le retrait du marché.

4. L'évolution des représentations sociales du geste médical abortif

La procédure par voie médicamenteuse était initialement lourde¹⁸⁰, nécessitant trois déplacements successifs de la femme auprès d'un établissement de santé pour avorter. Après une première décennie d'expérience clinique, des aménagements ont été instaurés pour la faciliter.

Une première évolution a concerné le lieu de réalisation de l'IVG médicamenteuse. Les revues de littérature indiquaient une bonne tolérance du misoprostol (AUBENY, 2014)¹⁸¹. Les autorités de santé ont jugé que la nécessité du temps de surveillance ne s'imposait plus. En 2001, la loi a donc autorisé la réalisation des IVG médicamenteuses dans les cabinets médicaux de ville pour des

178 Le misoprostol est une prostaglandine qui stimule la contractilité utérine, en se fixant aux récepteurs spécifiques de la couche musculuse interne de la paroi utérine, le myomètre. Commercialisée d'abord pour la prévention des ulcères gastriques chez les patients prenant des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) au long cours, il n'a pas d'autres indications gynécologiques que l'interruption de grossesse du premier et du second trimestre en association à des doses variables et répétées à de la mifepristone. Cependant, cette prostaglandine est largement utilisée seule dans d'autres indications. En obstétrique, par exemple, il est utilisé dans la prévention et le traitement de l'hémorragie de la délivrance ainsi que pour le déclenchement du travail. Cf Philippe Faucher et Danielle Hassoun, *Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse*, op. cit., chapitre 1, « Mécanismes d'action des médicaments », p.5.)

179 L'AAM a été obtenue par le laboratoire en 1988. Cependant, le président du groupe allemand Hoechst, avec lequel Roussel Uclaf était lié depuis les années 1970, a jugé que le produit n'était pas compatible avec son éthique. Il décide d'abandonner la fabrication de la molécule et sa commercialisation au Dr Sakiz, chercheur et président du directoire du laboratoire Roussel Uclaf. Le Dr Sakiz a alors créé en 1992 le laboratoire Exelgyn qui en a assuré la commercialisation au cours des années suivantes, avant de le revendre à d'autres firmes pharmaceutiques. (Cf FAUCHER et HASSOUN, *Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse*, .. date p. VI)

180 La méthode utilisée est celle décrite dans le guide d'élaboration des « Recommandations pour la pratique clinique – Bases méthodologiques pour leur réalisation en France – 1999 » publié par l'ANAES.

181: les hémorragies étaient rares le jour de la prise du misoprostol, et quasiment jamais cataclysmiques. Les douleurs sont facilement traitées par des calmants utilisés en médecine de ville. Les expulsions ont le plus souvent lieu hors des établissements de santé : seules 65% avaient lieu dans les 3h du temps de surveillance en ambulatoire. L'expérience a montré qu'il n'y avait pas de nécessité de garder les patientes dans un établissement de santé après la prise du misoprostol.

grossesses inférieures à 49 JA ou 7 SA, dans le cadre d'une convention entre un praticien et un établissement de santé et dans les conditions fixées par décret en conseil d'Etat au 1^{er} juillet 2004¹⁸². Le décret, modifiant le code de la santé publique, fixe les règles pour l'accréditation des médecins et pour l'achat de la Mifégyne® en pharmacie par ces derniers. Il confie à la HAS les modalités du suivi des patientes¹⁸³. La loi fait aussi sortir la Mifégyne® de la législation des stupéfiants. Le décret supprime en outre l'obligation de la surveillance hospitalière en autorisant le départ immédiat de la patiente de l'établissement de santé ou du cabinet du médecin après la prise du misoprostol devant le médecin, à condition que les femmes puissent rejoindre un établissement hospitalier en une heure¹⁸⁴. Le décret de mai 2009 a complété ce dispositif en autorisant les centres de planification à réaliser des IVG médicamenteuses¹⁸⁵.

La deuxième évolution a ensuite porté sur le lieu de la prise du misoprostol. Face aux désagréments (obligation de faire revenir les patientes dans l'établissement de santé ou dans un cabinet médical pour prendre le misoprostol et de les laisser repartir ensuite, l'expulsion survenant souvent sur le chemin du retour à leur domicile), des essais français montrent que le misoprostol peut être confié à la patiente le jour de la prise de la mifépristone, pour être auto-administré 48 h plus tard, au domicile. Dans ses recommandations de 2010, la HAS autorise cette procédure : la modalité d'administration des deux molécules est assortie d'une obligation de visite de contrôle 14 à 21 jours après la prise du misoprostol. Cette disposition¹⁸⁶ évite un déplacement à la patiente, tout comme elle lui permet de choisir le lieu, le jour et les personnes qui lui conviennent le mieux pour l'accompagner le jour de la prise du misoprostol et de l'expulsion de l'œuf. Cela s'accompagne d'une contrainte, pour les médecins, car cette nouvelle modalité d'administration du dispositif médicamenteux suppose des explications plus longues dispensées à la patiente. Les consultations en deviennent plus chronophages, ce qui se traduit par un coût supplémentaire pour elleux¹⁸⁷.

182 L'article 3 de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception porte modification de l'article L. 2212-2 CSP. La mise en œuvre de cette nouvelle possibilité (notamment le contenu de la convention, les conditions de délivrance des médicaments, la cotation des actes...) a cependant été difficile. Cette mesure a trouvé son premier décret d'application (décret n°2002-796 du 3 mai 2002). Faisant l'objet de contestations de la part des associations de médecins, il a été abrogé par le décret n°2003-462 du 21 mai 2003. Ce décret posait les principes réglementaires de l'IVG médicamenteuse en ville et incluait les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de Santé (ANAES). Ces recommandations ont-elles-mêmes fait l'objet de contestations de la part d'associations de médecins qui ont donné lieu à de multiples concertations entre médecins et autorités sanitaires. En définitive, un consensus a été trouvé sur les modalités et conditions d'administration de ce médicament. Le décret a dû être modifié en conséquence et a été approuvé en Conseil d'État le 2 décembre 2003.

183 La nouvelle procédure consiste donc, selon les recommandations, à administrer une prise de 600 mg de Mifégyne® devant le médecin, en établissement de santé ou en cabinet de ville. Puis, 36 à 48h plus tard, la patiente revient consulter pour se voir administrer le comprimé de misoprostol par voie orale, après quoi elle est libre de s'en aller. Dix jours plus tard, elle doit revenir pour une troisième visite de contrôle.

184 Elles doivent repartir avec un numéro de téléphone à joindre en cas d'urgence, des ordonnances de calmants pour les douleurs, et la prescription d'une méthode contraceptive.

185 Décret n°2009-516 du 6 mai 2009 relatif aux IVG par voie médicamenteuse.

186 Soit deux consultations au lieu de trois.

187 Lors de notre enquête de terrain, Emilie, médecin généraliste, nous confie : « On peut pas tout faire. Faire tenir ça en 20 minutes de consultation ? Je me dis que c'est pas possible. Et pour des femmes qui ne sont pas mes patientes ? Va falloir en plus que je fasse tout le dossier... Et c'est une femme que je vais pas connaître... Non, il faut des consultations de trois quarts d'heure. Si la dame va

La troisième évolution a porté sur le contrôle de l'efficacité de la méthode opérée par l'échographie, difficile à interpréter et qui pouvait entraîner des aspirations inutiles. Or, des études ont montré que ce contrôle pouvait être effectué de manière sûre par un dosage des β HCG. Cette technique, plus facile à interpréter par le médecin comme par la patiente, est en outre moins coûteuse : dans ses recommandations de 2010, la HAS reconnaît cette méthode, alors de plus en plus utilisée. Cette possibilité nouvelle va faire évoluer la notion même de « visite de contrôle ». Des essais récents proposent que celle-ci se mue en un « contrôle de l'efficacité de la méthode » par un dosage des β HCG plasmatiques ou urinaire fait par la patiente, chez elle. En 2012, un essai¹⁸⁸ propose un test urinaire associé à un appel téléphonique du centre d'IVG. Ce test a montré une fiabilité de 100% de cette méthode de contrôle. Un autre essai¹⁸⁹ a proposé un contrôle de l'efficacité de la méthode à partir d'un test urinaire de basse sensibilité effectué par la patiente chez elle, 15 jours après la prise du misoprostol, assorti d'une autoévaluation de la disparition des signes symptomatiques de la grossesse. Cette méthode de contrôle a été appréciée par 90% des femmes lors de l'essai. Dans ce protocole, un appel téléphonique du centre IVG n'est prévu qu'en cas de problème.

Une autre évolution de l'IVG médicamenteuse est envisageable grâce aux β HCG : comme de plus en plus de patientes viennent demander une IVG très tôt, avec des dosages des β HCG très en-dessous de 1000 unités (le seuil à partir duquel l'image intra-cavitaire de l'échographie vaginale permet de détecter les grossesses extra-utérines), la question se pose de la nécessité de les faire attendre jusqu'à l'apparition d'une image échographique. Certains professionnels pensent l'IVG réalisables sans cette image, grâce au suivi de la grossesse par l'évolution du dosage des β HCG. Si leur taux diminue lors d'un contrôle plasmatique fait dans les 3 ou 4 jours suivant la prise du misoprostol, cela signifie qu'il s'agissait bien d'une grossesse intra-utérine qui a été arrêtée. En revanche, si ce taux augmente, ou qu'il ne diminue que très légèrement, c'est qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine ou encore d'une grossesse évolutive. Dans ces cas, seulement, l'échographie en permet le diagnostic, ainsi qu'un traitement rapide. Cette opportunité ne doit être proposée qu'à

bien ! Parce que si, psychologiquement, elle est effondrée... Résultat, y en a pas mal qui avaient signé la convention en ville. Les conventions, ils ont arrêté. C'est impossible ! »

188 Lucy Michie, Shannon T. Cameron et al., « Simplified follow-up after early medical abortion : 12-month experience of a telephone call and self-performed low-sensitivity urine pregnancy test », *Contraception* 89 (2014) 440-445 : 10 patientes se présentèrent avant l'appel téléphonique du centre ; 70% des patientes ont contactées, les autres 30% n'ayant pu l'être pour diverses raisons, mais ce taux est similaire aux habituels taux de contrôle effectués sur place dans le centre. 2 grossesses évolutives ont été retrouvées dans des hôpitaux de la région). Parmi les patientes recontactées, 87% avaient un test négatif, aucun faux négatif n'ayant été à déplorer. 13% avaient un test positif (13%) avec 3 grossesses évolutives sur cet ensemble.

189 Sharon Cameron, Sam Rawlands and Kristina Gemzell-Danielsson, « Self-assessment of success of early medical abortion using a self-performing urine pregnancy test », *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2019, vol. 24/4, pp.319-312 : sur les 96% de patientes qui ont choisi ce type de contrôle, seules 2% d'entre elles ont finalement fait une visite non prévue au centre, 11% ont téléphoné au centre pour complications ou obtenir des précisions sur les résultats de leurs tests, et une proportion presque nulle d'entre elles (0,5%) ont reconnu une grossesse évolutive. L'essai a montré que les femmes plébiscitent un contrôle à la maison et que le risque des grossesses évolutives, moindre, l'est d'autant moins que ces dernières sont très largement reconnues à temps pour que la procédure abortive puisse être poursuivie.

des patientes averties de la possibilité d'une GEU qui ne sera pas arrêtée par le traitement médicamenteux, et qui acceptent alors un suivi très serré.

Elisabeth Aubeny (2015), présidente de l'Association française pour la contraception (AFC), fondatrice et ancienne directrice du centre de planification de l'hôpital Broussais à Paris, insiste sur le fait que ces aménagements techniques ne rendent pas l'IVG « trop facile », ni pour les patientes (car ils leur donnent selon elle plus de responsabilité), ni pour les médecins, car la décision d'accepter une IVG à domicile leur revient toujours (actuellement). Et, nous l'avons vu, cette technique nécessite des explications détaillées qui prennent beaucoup de temps.

D'autres évolutions sont actuellement en discussion dans les arènes professionnelles, au sujet de nouvelles procédures qui poursuivraient ce mouvement de simplification de la prise en charge et d'une reconnaissance plus avancée des savoirs profanes des femmes. Elles portent sur la possibilité que les femmes vérifient par elles-mêmes, via un auto-questionnaire, leurs éventuelles contre-indications à la méthode médicamenteuse, sur la possibilité de l'administration en auto-gestion des médicaments abortifs via une prescription préventive du dispositif, comme certain.es professionnel.les le font déjà avec la prescription de la « pilule du lendemain » lors du renouvellement des ordonnances de pilule. D'autres questionnements portent sur la possibilité de vente libre ou sur prescription des tests urinaires de basse sensibilité¹⁹⁰, sur la possibilité d'un accès direct aux médicaments sans prescription avec un questionnaire en ligne, en pharmacie (« over the counter »), ou encore sans prescription ni intermédiaire (auto-avortement), considéré comme « *faisant partie d'un mouvement plus global de démedicalisation de l'avortement médicamenteux* »¹⁹¹. Ces interrogations scientifiques viennent en effet introduire une remise en cause des normes de l'institution médicale en matière d'orthogénie, par certain.es membres de divers groupes professionnels investis dans l'activité. Si elles ne visent pas à contester la mainmise établie de la médecine sur les avortements, puisque les dispositifs médicaux restent centraux dans les procédures alternatives imaginées, elles font cependant écho aux déjà anciennes revendications des mouvements féministes pour l'avortement libre (RUAULT, 2016, 2017 ; LÖWY, 2005) et l'auto-gynécologie (KOECHLIN, 2014) dans le sens où elles visent à restituer aux usagères un pouvoir sur leur corps. La finalité de ces réflexions est bien d'asseoir l'autonomie des profanes vis-à-vis de l'encadrement médical (GELLY *et al.* 2016). Ces évolutions s'inscrivent selon nous à rebours du processus de construction de l'autorité morale de la médecine sur l'avortement ; ou, du moins, elles le prolongent, en intégrant de nouvelles représentations de l'expertise, qui s'adosent à celles de la définition légale des espaces de prise en charge de l'IVG. Ces controverses sur les façons légitimes d'avorter viennent,

190 REVHO, réunion de suivi du réseau, 15 octobre 2015, 11 p.

191 Colloque REVHO, « IVG : progrès et perspectives », 18 mai 2019.

à nouveau, questionner la clôture de l'accès aux savoirs spécialisés en orthogénie par les groupes professionnels, qui fera l'objet de la quatrième partie de ce manuscrit sur les dynamiques internes à celui des sages-femmes.

5. La consécration de l'obligation de service public hospitalier

La notion d'obligation de service public hospitalier, créé par la loi du 31 décembre 1970, aspire à mettre en place une complémentarité non seulement entre établissements de santé mais aussi entre le secteur hospitalier public et le secteur privé, afin de garantir un meilleur accès aux soins. Cette notion a une forte connotation symbolique et pratique (MARGUET, 2014). En matière d'IVG, cette obligation est ébauchée en 1988 lorsque le décret n°88-59 du 18 janvier 1988 détermine les catégories d'établissements publics tenus de disposer des moyens permettant de pratiquer des IVG¹⁹². Ceux-ci doivent comporter un centre de planification ou d'éducation familiale, à moins de conclure une convention spécifique avec un tel centre qui viendra dès lors exercer ses fonctions dans l'établissement hospitalier en question.

Cette obligation de service public hospitalier est ensuite explicitement réaffirmée dans la loi n°2001-588 qui supprime les deux derniers alinéas de l'article L. 2212-8 CSP, puis par la circulaire DGS/DHOS n°2001-467 du 28 septembre 2001 relative à la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 juillet 2001. Celle-ci énonce ensuite que « *la pratique des IVG étant une mission de service public, tout chef de service ou de département est tenu d'en assurer l'organisation, dès lors que, conformément à la loi hospitalière, l'établissement lui en a confié la mission* ». La loi prévoit ainsi l'obligation de soumettre l'établissement à l'évaluation du bon fonctionnement de l'activité d'IVG, notamment lors de l'examen du bilan d'activité et du projet de service présentés par le chef de service lors de la demande de renouvellement de son mandat (article 8). Puis la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique réaffirme cette obligation en incluant le champ de la contraception et de l'IVG dans les domaines de la santé publique, pour lesquels des objectifs quantifiés sont prévus¹⁹³. Le décret n° 2009-516 du 6 mai 2009 précise à nouveau cette obligation en soulignant l'interdiction pour les établissements publics disposant de places et de lits autorisés en gynécologie-obstétrique d'adresser un refus d'IVG à une patiente. La liberté individuelle des médecins est cependant maintenue via l'exercice possible de la clause de conscience.

192 Il s'agit des centres hospitaliers régionaux et généraux, et des autres établissements d'hospitalisation publics qui comportent une unité pour la pratique chirurgicale ou obstétrique. Les centres hospitaliers spécialisés ne sont pas tenus à cette obligation.

193 Conseil supérieur de l'Information sexuelle, de la régulation des naissances et de l'éducation familiale, Rapport du groupe de travail n°2 portant sur L'organisation du système de soins en matière d'IVG, janvier 2011, op. Cit. p. 6

Pour Laurie Marguet¹⁹⁴, cette qualification d'obligation de service public est, sur un plan organisationnel comme symbolique, fondamentale : c'est dans le service public hospitalier que les libertés reproductives trouvent leur expression dans le droit positif. Selon l'autrice, la loi de 2001 a renforcé conjointement deux paradigmes, celui de santé publique et celui de l'autonomie des femmes, la reconnaissance de cette dernière nécessitant d'être encadrée pour qu'elle puisse se réaliser en pratique. En effet, puisque la santé publique est au fondement même de la construction juridique de l'IVG, le renforcement de ce cadre réglementaire améliore la consolidation du choix d'avorter, ce que consacre le transfert symbolique des dispositions légales relatives à l'IVG dans le Code de Santé publique. La loi de 2001 fait ainsi de l'IVG une « offre de soin ». L'IVG n'est plus une « dérogation légale », mais une liberté admise en principe. La répression est, dès lors, réservée aux cas de manquements aux obligations légales. Et, dans cette même optique, la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) a substitué la notion de « service public hospitalier » celle de « mission de service public » : ce passage d'une notion organique à une notion fonctionnelle a également un poids symbolique important.

CONCLUSION

En conservant le prisme adopté par Joseph Gusfield analysant les énoncés juridiques comme autant de formes de rhétorique contribuant à produire l'ordre cognitif et moral autour d'un problème public, j'ai porté un intérêt aux répertoires dramaturgiques dans lesquels ont puisé les actrices pour convaincre leurs auditoires, au cours des débats successifs qui ont eu lieu dans les arènes parlementaires, professionnelles et médiatiques, à chaque remise à l'agenda politique des questions relatives à l'encadrement réglementaire de l'activité d'IVG. En appui sur les travaux de K. Burke (BURKE, 1994) repris par Gusfield, nous nous sommes montrée attentive aux « cadres d'acceptation » ou de « rejet » des circonstances de la situation de demande d'avortement, selon la place des locutrices dans l'espace de la cause de l'IVG. Nous n'avons pas négligé le fait que ces formes de rhétorique, en tant qu'art narratif, se plient aussi aux lois des genres (politique, journalistique, militant) et des scènes de publicisation dans lesquels elles sont produites : cet art se module en effet selon le type de scènes de publicisation (le Parlement, les réseaux sociaux, les médias) et selon les auditoires concernés. Ces formes de rhétorique répondent ainsi à des conventions établies : il s'agit précisément pour les actrices de jouer de la répétition des schèmes mobilisés, de se démarquer de groupes politiques ou professionnels concurrents, de ménager des pouvoirs établis

194 Op. cit

ou, au contraire, de chercher à faire preuve, pour convaincre, d'un iconoclasme de circonstance. Il apparaît en effet que ces formes de rhétorique, dans leur antagonisme même, puisent depuis plus de 50 ans dans des « répertoires de lieux communs, de « personnages », dans un « catalogue de pièces » (CÉFAÏ, in GUSFIELD, 2009 : 264-266), quasiment identiques. Il est ainsi, dans chaque débat, question du risque de banalisation de l'IVG, des risques sanitaires et psychologiques de l'acte, des causes envisagées à la décision d'avorter (la « détresse », « l'échec contraceptif ») et des circonstances temporelles, locales et affectives d'effectuation (les « IVG tardives », « à l'étranger », ou « l'ambivalence »). Les personnages du drame public de l'IVG, en fonction de leur âge ou de leur situation sociale, demeurent les agents causaux du drame dans la plupart des formes de rhétorique (à l'exception de celles émanant des franges militantes) ; en fonction de la position des locuteurices dans l'espace de la cause de l'IVG, elles sont en effet tantôt perçues avec compassion, comme objet de réprobation ou sujet de droits. Comme le rappelle Mary Douglas (1966 : 39) citée par Gusfield, « les catégories sont des affaires publiques. Elles ne sont pas si aisément soumises à révision ».

Cependant, cette analyse de l'ordre symbolique qui sous-tend la « culture publique de l'IVG » a permis de mettre au jour une dynamique processuelle en tension dans les représentations de l'acte médical comme de la demande sociale. Si les législateurices s'efforcent de maintenir le compromis ménagé par la loi Veil en 1975, entre la nécessité de préserver le droit des femmes à disposer de leur corps et celle de conserver le principe du respect dû à tout être humain au commencement de la vie, les lignes de ce compromis ont sensiblement bougé. De dérogation légale, l'accès à l'IVG a progressivement été pensée comme enjeu de santé publique ; et les modalités de l'encadrement réglementaire en matière d'orthogénie n'ont cessé d'être réaffirmées comme telles, dans l'objectif, toujours, d'améliorer l'effectivité de ce droit (MARGUET, 2014). Il s'est produit une série d'infléchissements dans le consensus moral où se fonde cette culture publique, tant du côté des « protagonistes » que des « scènes » et de « l'agencement » de la dramaturgie : l'autonomie décisionnelle des femmes est de plus en plus reconnue, les manières légitimes d'avorter intègrent davantage les savoirs profanes des femmes. L'imputation de responsabilité causale et politique a évolué, elle aussi : l'argument de la détresse n'est plus mobilisé seulement avec cette fin de renforcer le contrôle social en matière de régulation des naissances ; il est incorporé dans une rhétorique argumentative qui décentre la réflexion collective du lieu commun de l'échec contraceptif entendu comme signe d'inconséquence des femmes, vers les discriminations sexuelles, sociales et territoriales qui contribuent à produire ce problème. Ce nouveau « lieu commun » renforce la responsabilité de l'Etat : il est en charge de tenir compte de ces inégalités dans les politiques de santé qu'il met en œuvre.

Nous posons ainsi que la loi, entendue comme « performance culturelle », traduit dans son incrémentation même une évolution majeure à l'œuvre dans l'ordre symbolique qui sous-tend le problème public de l'IVG : dans cet objectif d'amélioration de l'effectivité du droit d'accéder à l'IVG, l'Etat a décidé d'augmenter le nombre de professionnel.le.s de santé en charge de l'effectuation du geste médical, pour pallier les problèmes de répartition inégale de l'offre de soins sur le territoire. Partant de ce (nouveau) consensus qui pense l'IVG non plus comme une déviance légale, mais comme une donnée structurelle de la vie génésique des femmes, le choix politique a été fait d'attribuer un nouveau mandat au groupe professionnel des sages-femmes en matière d'orthogénie. Ce faisant, il actualise et renforce ce mouvement de « physiologisation » de l'IVG (et non de banalisation !). Reconnues en tant qu'actrices de santé publique, les sages-femmes deviennent légitimes dans la conduite de l'action publique en matière d'orthogénie (Le Bianic et Vion, 2008). Les prochains chapitres de cette thèse seront consacrés à la compréhension des dynamiques et des conflits qui se font jour au sein du groupe professionnel qui bénéficie d'une nouvelle forme de légitimité dans la conduite de l'action publique en matière de prise en charge de l'IVG.

3^{ème} PARTIE : L'INSTITUTION DU GROUPE PROFESSIONNEL ET L'EXCLUSION DE L'AVORTEMENT DANS LA DÉFINITION DES OBJETS DU TRAVAIL MÉDICAL

Le groupe professionnel des sages-femmes est soumis depuis sa construction à une réglementation et une codification formelles, ainsi qu'à « *des changements continus, caractérisés à la fois par des contours évolutifs et une hétérogénéité interne* » (DEMAZIÈRE et GADDÉA, 2009 : 20). Dans cette troisième partie, nous avons choisi de montrer comment, au moment de son institution, la dramatisation de l'enjeu démographique est entrée dans la définition des frontières de sa juridiction. La question de l'avortement a, dans ce contexte, été centrale dans la construction de l'identité professionnelle des sages-femmes. C'est pourquoi cette partie sera conduite dans une perspective essentiellement socio-historique : nous retracerons les débats et qui ont émergé autour de la question de la prise en charge du geste abortif dans le champ médical depuis le 17^{ème} siècle et jusqu'au lendemain de la seconde guerre mondiale, avant même que sa professionnalisation soit envisagée.

Au lendemain de la Révolution Française, l'exercice des matrones se trouve disqualifié au nom de l'importante mortalité infantile qui fragilise le pays, tandis que les pratiques en matière d'accouchement font l'objet de la construction de nouveaux savoirs scientifiques (GELIS, 1988 ; KNIBIEHLER 2007 ; SAGE PRANCHÈRE, 2017). Médecins et chirurgiens, cherchant à renforcer leur légitimité en même temps qu'à défendre leur autonomie professionnelle, œuvrent pour obtenir le monopole dans certaines sphères d'activité de l'obstétrique, discipline tout juste émergente, reconnue pour les progrès qu'elle induit au plan sanitaire. Leur argumentation repose sur l'idée qu'ils sont les seuls, forts de ces connaissances, à pouvoir intervenir dans les cas d'accouchements dystociques d'origine maternelle ou fœtale. Les sages-femmes, elles, ne sauraient être qualifiées que pour s'occuper des parturitions dites eutociques, soit des accouchements qui ne présentent pas de risque pour la santé de la mère ou encore du bébé. La définition des frontières de la « physiologie » et de la « pathologie » commande dès lors la division du travail (CARRICABURU, 2005 ; 2007) dans le champ de la naissance, instaurant des effets de domination sur la profession de sages-femmes depuis son institution au sein de la hiérarchie médicale (ONDPS, 2021 : 24).

Sitôt légitimé par les pouvoirs publics, donc, le groupe professionnel connaît donc un encadrement de son champ de compétence : pour former des bataillons de sages-femmes qui contribueront au renforcement de la natalité française, les pouvoirs publics réglementent l'accès à la

profession, entendent les arguments des médecins qui veulent leur interdire l'usage des instruments et le droit de prescrire certaines substances pharmacologiques. Les contenus de leur formation font l'objet d'une définition très stricte, elle aussi. L'enjeu est de former des professionnelles sûres de leurs gestes, rigoureuses, mais aussi dignes de confiance. Car, du fait de leur proximité avec les femmes, elles sont toujours suspectées de se montrer complaisantes à l'égard de la demande d'avortement, perçu comme un fléau social dans le contexte politique où domine le spectre de la dénatalité, jusqu'à la Belle Époque et à la Seconde guerre mondiale.

Aussi la sociohistoire nous apprend-elle que la définition de la juridiction des sages-femmes est étroitement corrélée aux choix des registres de l'action publique opérés en matière de politiques familiales et de lutte contre l'avortement (CAHEN, 2016). Lorsque le registre adopté est celui de la réglementation, les sages-femmes consentent à oublier leurs pratiques empiriques traditionnelles, pour être légitimées dans leur nouvelle fonction de soignantes. Puis, au nom de la défense des intérêts populationnistes, l'action publique adopte un registre pénal sous la pression des entrepreneurs de lutte qui entendent éradiquer l'avortement alors considéré comme une déviance et bientôt comme un crime. Les sages-femmes se trouvent enrôlées dans la croisade morale contre l'avortement. Enfin, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, lorsque la natalité connaît un rebond spectaculaire, l'action publique change à nouveau de registre, abandonnant une voie répressive qui a montré ses limites. L'avortement entre alors dans le champ de la planification familiale : les autorités et les médecins voient dans la profession de sages-femmes un instrument de persuasion douce pour mettre en œuvre de nouvelles modalités de lutte contre la pratique abortive.

Investie de représentations différentes, selon la position sociale des actrices (CAHEN, 2016 ; GARCIA, 2005) cette activité a peine à se construire comme objet de travail médical pour les professionnel.le.s de santé (HARDY, 2015). Ce retour sociohistorique permet de comprendre comment les qualifications successives de l'avortement ont marqué l'identité professionnelle des sages-femmes. Ces luttes définitionnelles de la juridiction des sages-femmes viennent en effet s'inscrire dans le fil d'une histoire construite sur la base d'une formation spécifique, ainsi que sur le coexercice forcé avec les médecins. Cela explique par exemple pourquoi, dans les années 1960-1970, lorsque les mouvements féministes luttent pour faire reconnaître une expertise profane en la matière (RUAULT, 2017), elles n'ont que très peu cherché à faire reconnaître leur légitimité sur le terrain de l'orthogénie qui émergeait comme nouveau segment de l'obstétrique et de la gynécologie médicale, au lendemain de l'adoption de la loi Veil.

A. EXERCICE DE L'ART DES ACCOUCHEMENTS : L'ERE PRE-PROFESSIONNELLE

Dans les publications scientifiques sur la naissance dans les sociétés traditionnelles en Europe et dans le monde, l'on remarque d'abord que l'histoire des mentalités, des agents et des pratiques est centrale (GELIS, 1984 et 1988 ; GELIS, LAGET et MOREL, 1978). Les sages-femmes sont longtemps restées hors des recherches historiques, derrière celle du travail « productif » des femmes comme si le lien avec la fonction génésique avait empêché de penser la dimension professionnelle de l'activité (SAGE PRANCHERE, 2017 : 26).

I. Les matrones

De nombreux travaux d'historien.ne.s (GELIS, 1984, 1988 ; LAGET, 1982 ; LEROY, 2002 ; MOREL, 2007) ont décrit les pratiques de l'accouchement en France jusque sous l'Ancien Régime comme « affaire de femmes », insistant sur le fait que la naissance des enfants était un acte public vécu en présence des parentes, voisines et amies. La surveillance de son bon déroulement était confiée aux « ventrières », « matrones », « commère », « mère-mitaine » ou encore « accoucheuses » issues du village, connues pour leur savoir empirique (ONDPS, 2021 : 12). La matrone est, dans la société rurale traditionnelle, la dépositaire d'une culture au féminin (GELIS, 1984). Son savoir est empirique ; généralement âgée, elle a l'expérience qui lui a permis d'acquérir la connaissance du corps des femmes à toutes les étapes de la vie génésique. Elle connaît jusqu'aux secrets relevant de ce qui a trait à l'impur, puisqu'elle a affaire au sexe et à ses tabous (CHARVOLIN, 2016). On lui confie régulièrement la toilette des morts. Connue pour son rôle médical et social, elle attire au même titre que les guérisseur.euses la méfiance des médecins (EHRENREICH et ENGLISH, 2015 [1973]). Ces derniers iront jusqu'à être recrutés dans l'opération de reconnaissance des stigmates des sorcières, sous l'Inquisition (DORLIN, 2004 ; EHRENREICH et ENGLISH, 1977 ; FRIGON, 1994). Cette image des matrones constitue l'une des figures archétypales de la profession en quête de son identité. Notre enquête de terrain a montré que la question de la représentation des sages-femmes¹ dans l'Histoire, dans l'Art et dans les discours publics rencontrait l'intérêt de nombre de professionnelles (MONTAZEAU, 2012) et d'étudiantes, chaque année. Emmanuelle Léonard remarque que la récurrence d'une représentation stéréotypée de la sage-femme dans les œuvres d'art, lui conférant un statut d'icône :

¹ On pourra consulter, à titre d'exemple, les mémoires de fin d'études de Céline Picot, « Compétences et représentation sociale de la sage-femme : enquête auprès de la population du bassin valentinois », Université Grenoble Alpes - UFR Médecine - Département de Maïeutique, 2019 et d'Aurore Unilim, « Les représentations du métier de sage-femme », Diplôme d'État de sage-femme, Hôpital du Cluzeau, École de sages-femmes de Limoges), 2015. La liste des mémoires portant sur cette thématique serait trop longue pour figurer ici de manière exhaustive.

« Ainsi, elle apparaît, au sein de la famille, comme une présence humaine, calme et bienveillante. Elle se trouve souvent agenouillée, aux côtés de la mère, dans l'attente de recevoir l'enfant, le tenant dans ses bras ou le lui présentant »².

Le registre sémantique de la bienveillance et de l'empathie est, nous y reviendrons, au cœur de la rhétorique professionnelle. Il est ici, dans cet extrait, exemplaire de bien des débuts de productions écrites de la profession, comme si l'évocation de ces deux figures emblématiques de « bonne mère » et de « sorcière », avait une fonction identitaire dans la « narratologie » (GUSFIELD, 1981) des sages-femmes. Érigées en modèle ou contre-modèle, parées de ces qualités ou de ces défauts, elles sont le moyen que se donne le groupe professionnel pour se fédérer, se donner des repères dans le temps long de l'Histoire au cours duquel l'identité des sages-femmes n'a cessé d'être questionnée³.

II. Les maîtresses sages-femmes

Le groupe professionnel valorise d'autres figures emblématiques⁴, tutélaires en quelque sorte puisqu'elles illustrent l'autonomie, l'ingéniosité et l'esprit d'entreprise de ses membres : il s'agit des maîtresses sages-femmes, qui ont contribué à l'émergence de la profession. Louise Bourgeois (1563-1636), est la première d'entre elles. Elle est connue pour avoir accouché la reine Marie de Médicis et donné naissance au futur roi Louis XIII, mais aussi pour avoir rédigé l'un des premiers ouvrages d'obstétrique incluant des données d'anatomie. On compte parmi ces illustres figures Marguerite-Angélique Le Boursier Du Coudray (1712-1789), connue pour avoir sillonné les campagnes françaises et dispensé ses enseignements sur l'art de l'accouchement à des milliers de matrones sous l'Ancien-Régime, notamment grâce à l'invention de sa « machine ». Ce mannequin obstétrique, destiné à adapter le discours scientifique sur l'accouchement à des « esprits accoutumés à tout saisir

2 Emmanuelle Léonard, « Évolution de l'image et de la pratique des sages-femmes : un nouvel équilibre à trouver ? », mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme d'État de sage-femme, Académie de Paris, Hôpital Saint-Antoine Université Pierre et Marie Curie, 2015.

3 L'objet de cette thèse n'est pas d'étudier les schémas narratifs à l'œuvre dans la narratologie des productions écrites des sages-femmes sur leur propre histoire. Aussi, nous n'avons pas poursuivi cette réflexion plus longuement. Nous nous appuyons sur les réflexions de Paul Ricoeur pour poser seulement l'hypothèse selon laquelle, soumise aux altérations qui contestent la permanence de son identité dans le temps, la profession construit un récit idéal typique qui développe une représentation originale de l'identité. Celle-ci serait dynamique, au sens où elle concilierait des catégories contraires : la mêmeté et la diversité. Ricoeur attribue en effet deux significations majeures de l'identité : la permanence à soi (Soi-idem) et le maintien du soi (Soi-ipse). En tenant compte de cette confrontation entre deux pôles, il distingue deux types d'identité : l'identité comme mêmeté (du latin : idem), ou *identité substantielle* et l'identité comme ipséité (du latin : ipse), qu'il nomme *l'identité narrative*. Selon le philosophe, à la différence de l'identité substantielle, l'identité narrative peut inclure le changement. Ce modèle d'identité par le maintien du soi-même ne renvoie pas à la permanence dans le temps, mais relève d'une dimension éthique, et signifie le Soi en instance, la fidélité maintenue dans la parole donnée. L'identité narrative du personnage d'un récit se tient alors entre ces deux pôles d'identité : le pôle du caractère où l'ipse est recouvert par l'idem et le pôle du maintien de soi où l'ipséité se libère de la mêmeté. In Paul Ricoeur, *Temps et Récits*, Paris, Editions du Seuil, 1985. Dans cette production narrative de soi, le groupe professionnel des sages-femmes privilégierait une logique d'enchaînement au détriment de l'idée de fixité.

4 Nous faisons référence ici à la récurrence de la mention de ces figures, dans le corpus de mémoires de fin d'études de sages-femmes que nous avons analysés (voir chapitre méthodologie) comme dans ceux que nous avons pu consulter de manière transversale au cours de la rédaction de ce manuscrit. En particulier, cette mention est très présente dans les introductions des travaux consacrés à certaines des évolutions du champ de compétence des sages-femmes. La liste exhaustive de ceux-ci ne semble pas ici très pertinente, mais elle pourrait faire l'objet d'un travail historiographique.

par les sens » (GELIS, 1988 : 114), représentait l'appareil reproducteur des femmes. Pour renforcer cette méthode pédagogique, basée comme l'expérience des matrones sur « l'usage de la main », Mme Du Coudray a publié également un *Abrégé de l'art des accouchements* (1759) agrémenté de nombreuses planches anatomiques. Les historien.ne.s soulignent le rayonnement de son enseignement (SAGE PRANCHERE, 2017), tout en relevant que les portraits consacrés à cette sage-femme relèvent souvent de l'hagiographie, quand ils ne sont pas teintés du mépris pour la vanité du personnage (GELIS, 1988 : 111). D'autres figures sont à citer, encore : Marie-Louise Lachapelle (1760-1821), autrice d'une *Pratique des accouchements* en trois volumes, ou Marie Boivin (1773-1841), qui aurait été l'élève de cette dernière, et qui aurait été à l'origine de certaines innovations sur des outils de la pratique tel que le pelvimètre ou le spéculum.

B. INSTITUTION DU CORPS PROFESSIONNEL DES SAGES-FEMMES

Nathalie Sage Pranchère (2017) retrace le renversement majeur qui s'est opéré au tournant du 19^{ème} siècle, quand les sages-femmes ont été mandatées par l'État pour remplacer les matrones dans l'aide apportée aux femmes en couches. Cette définition d'une nouvelle profession à l'échelle de toute la France est, pour Jean-Pierre Bardet⁵, un exemple de l'action de l'État unificateur issu de la Révolution. Puis l'institution du corps professionnel s'est poursuivie : à mesure de l'avancée du siècle, l'encadrement de la formation des sages-femmes se renforce et se normalise. Tout au long du 19^{ème} siècle, les projets réglementaires visant l'organisation de la profession focalisent leur attention sur la formation, depuis les contenus de l'enseignement dispensé jusqu'aux méthodes d'apprentissage. Ce retour sur la mutation de « l'art des accouchements » (savoir transmis entre femmes) en « obstétrique » (où le savoir objectivé devient concurrent de la pratique) est capital pour comprendre la structuration de l'identité professionnelle des sages-femmes, encore de nos jours.

I. La loi du 19 ventôse an XI : un premier pas vers la définition de la compétence

1. Le contrôle de l'accès à la profession

À la fin du 17^{ème} siècle, s'amorce un mouvement de « scientification » et de médicalisation de l'accouchement, qui se prolonge jusqu'à la Révolution : un regard nouveau sur l'enfant à naître (GELIS, 1988 : 221-223) conduit administrateurs, ministres et philosophes des Lumières, habités par

⁵ Jean-Pierre Bardet, préface, *Ibid.*, pp. 11-15.

une inquiétude populationniste (CLAVANDIER et CHARRIER, 2013 : Chapitre 1), à mêler leurs voix à celles des médecins et des chirurgiens pour dénoncer l'impéritie des matrones qui serait cause de l'importante mortalité infantile. Il est vrai que dans la France rurale de la première moitié du 18^{ème} siècle, environ 6 % des mères meurent encore en couches (GURIERREZ *et al.*, 1983) en sachant que la descendance est d'environ de 5 à 6 enfants par femme, et qu'à chaque naissance, c'est entre 0,8 % et 1 % des mères qui perdent la vie. Les causes de cette mortalité sont multiples : hémorragies, fièvre puerpérale, septicémie, etc. Les matrones passent pour manquer d'instruction, faire preuve d'un défaut de compréhension, voire pour être violentes et méchantes (GELIS, 1980, 299-343). Elles sont accusées de ne pas savoir face aux difficultés survenant pendant les accouchements, tant sur le plan physique que pratique : elles manqueraient de force et d'habileté.

Dans les cahiers de doléances à la veille de la Révolution, la rhétorique de dénonciation des manquements des matrones est dominante (SAGE PRANCHERE, 2017, chapitre 1). Dès lors, la nécessité d'encadrer leur formation s'impose aux administrateurs. Recevoir une instruction obstétricale passe pour une obligation morale pour celles qui portent assistance aux femmes en couches. Instruire les sages-femmes devient nécessaire pour aller contre la « fausse science » des accoucheuses sans principes. Le nouveau gouvernement révolutionnaire entend répondre à ces critiques en organisant l'encadrement légal devant permettre l'épanouissement d'une praticienne idéale, c'est-à-dire la sage-femme bien formée, disposant d'une exclusivité dans l'exercice de son art. Entre les deux figures antagonistes de la bonne et de la mauvaise praticienne, émerge une nouvelle figure, celle de l'élève (SAGE-PRANCHERE, 2017).

La loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803) sur l'exercice de la médecine signe l'acte de naissance de la sage-femme française : elle en donne une définition et fixe ses modalités d'instruction. L'éducation est pensée comme le pivot de l'identité et de la reconnaissance nouvelle que les sages-femmes acquièrent alors. Tandis que la matrone *advient* au hasard d'un premier accouchement de voisinage, l'élève *devient sage-femme* par la fréquentation du cours et le contrôle de son savoir (SAGE PRANCHERE, 2017 : 203). Des deux, seule la seconde peut, à partir de 1803, *être* sage-femme aux yeux de la loi. Notons qu'aujourd'hui encore, l'instance ordinale de la profession évoque l'histoire de son institutionnalisation dans des termes qui soulignent que cette partition entre bonnes et mauvaises praticiennes a été totalement intégrée dans les représentations officielles⁶ :

« La matrone a longtemps été présente aux côtés des femmes dans les campagnes. Elle était choisie par la communauté en fonction de la confiance qu'elle inspirait. La matrone ne bénéficiait pas de formation. Au mieux, elle possédait une connaissance empirique grâce à sa propre expérience. Lorsque l'État s'engage dans une politique d'accroissement

6 Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/histoire-de-la-profession-3>.

de la population, les matrones seront mises à l'index en raison de leurs pratiques désastreuses pour la vie des parturientes et des nouveau-nés. »

Cet extrait illustre comment, au cours du processus de professionnalisation, la sage-femme a perdu le bénéfice d'intertransmission d'un savoir-faire, pour obtenir une part de la transmission d'un savoir⁷.

2. La définition des savoirs légitimes

Dans son ouvrage, Nathalie Sage Pranchère revient ensuite sur les conditions et les différentes réceptions locales de la loi du 19 ventôse an XI. La question du recrutement est posée, dans ses modalités mêmes et dans le profil social de la professionnelle qu'il construit⁸ : la sage-femme française du 19^{ème} siècle se doit d'être jeune, en bonne santé, résistante physiquement et nerveusement, d'une bonne taille. Elle doit faire preuve d'adresse, d'agilité et de force (SAGE PRANCHERE, 2017, chapitre 5). Il est bon qu'elle présente en outre un certain nombre de qualités morales, dont la douceur, la sensibilité, la modestie, la décence, la charité, la piété, ou encore le courage et la prudence. La sage-femme idéale doit également avoir des capacités d'apprentissage importantes, puisque c'est désormais un diplôme qui sanctionne la formation reçue et autorise l'exercice.

Les réflexions des administrateurs et des médecins portent sur la manière d'instruire les sages-femmes : le pensionnat est considéré comme la solution pour optimiser le contrôle et la formation des sages-femmes. Cet idéal ne pouvant matériellement être offert à toutes, élèves externes et internes coexistent. Ces dernières ont droit à un traitement différent : soumises à un encadrement quasi monastique, elles bénéficient en contrepartie d'un accès privilégié à la formation clinique. Dans les écoles, l'enseignement est confié à un professeur, responsable de l'enseignement théorique, et à la sage-femme en chef, qui dirige la formation pratique et clinique. A ce binôme qui fonctionne ensemble « *sans officiellement s'équivaloir* » (SAGE PRANCHERE, 2017 : .275) s'ajoutent des répétitrices et un ensemble de sous-maîtresses (devant s'occuper du bien-être matériel et de l'encadrement moral des élèves).

Puis, dépassant le cadre strict de l'assistance à l'accouchement, le contenu de l'enseignement s'élargit aux soins prénatals et postnatals, ainsi qu'à des domaines habituellement réservés à d'autres

7 SAGE PRANCHERE, 307.

8 L'ouvrage dresse le portrait social des élèves qui suivaient ces cours au tournant des 18^{ème} et 19^{ème} siècles. Cette sage-femme est d'origine très modeste, bénéficiant parfois de bourses et finit, notamment en Corrèze, par marier des hommes plus instruits et plus aisés que leur propre père. Elle est aussi souvent fille ou sœur d'accoucheuse, redoublant ainsi l'expérience acquise en formation par celle obtenue auprès de sa parente. L'élève boursière est sélectionnée selon des attributs correspondant à un modèle particulier de sage-femme, soit la femme jeune, célibataire, vertueuse, se distinguant par la grandeur de ses motivations et d'autres qualités morales.

acteurs médicaux : vaccination, saignée, prescription de plantes aux vertus médicinales et, dans une certaine mesure, assistance aux accouchements laborieux. La professionnalisation de la formation s'accompagne du développement d'un corpus théorique dont la dimension scientifique s'accroît, à quoi s'ajoutent des travaux pratiques sur mannequin ou au lit de la parturiente. Par ailleurs, la littérature scientifique se développe, à mesure qu'émerge la science obstétricale (GELIS, 1988 : 239-390). Les nombreux manuels publiés permettent aux écoles de s'informer des avancées en pédiatrie, en obstétrique, en botanique et même en microbiologie. L'étendue des connaissances acquises façonne un modèle de sage-femme devant agir comme « *agent médical multifonction, généralement indépendante dans l'exercice de sa profession* » (SAGE PRANCHERE, 326.). Son champ d'expertise va, progressivement s'ouvrir à des pratiques médicales plus avancées, en même temps que ses obligations légales augmentent avec le décret impérial du 22 août 1854. Il incombe à la sage-femme la responsabilité de déclarer les naissances, d'offrir une assistance médicale aux femmes qui accouchent, de donner des soins en puériculture et de vacciner les enfants. Son mandat s'élargit à protection primo-infantile (assistance aux enfants abandonnés, contrôle des nourrices) et à l'exercice d'un rôle d'experte judiciaire dans les cas de suspicion d'avortement ou d'infanticide.

Avec l'allongement des cours, le niveau de recrutement augmente aussi au fil du temps. Dès 1893, le nouveau cursus de la formation pose comme exigence d'entrée à la formation de sage-femme de première classe d'être titulaire d'un diplôme ayant valeur de qualification professionnelle. Ce rehaussement ouvre la porte à la présence d'institutrices dans les programmes destinés aux sages-femmes. Le prestige scientifique et social des sages-femmes s'en trouve renforcé (Ibid. 312).

II. La loi du 30 novembre 1892 circonscrit la compétence au champ du physiologique

Reconnues par les pouvoirs publics, les sages-femmes s'imposent progressivement comme des agents de médicalisation efficaces. Elles demeurent cependant la cible régulière de toutes sortes de critiques, du fait de la variabilité de l'enseignement dispensé selon les lieux de formation⁹ et des dysfonctionnements relatifs à l'évaluation pour l'obtention des diplômes (SAGE PRANCHERE, 2017 : 260-262). Leur polyvalence professionnelle les délégitime tout autant qu'elle les rend incontournables. Numériquement supérieures aux médecins, et fortes de leurs divers savoirs, elles sont accusées d'empiéter sur le territoire d'exercice de leurs concurrents, les médecins et les

⁹ Selon l'orientation de la pédagogie choisie dans les écoles départementales, le profil des enseignant.e.s recruté.es change. Il peut s'agir de professeurs de médecine, enseignant la pratique sous l'angle de l'abstraction théorique, ou de formatrices, accoucheuses expérimentées et reconnues, développant des pédagogies privilégiant les approches concrètes. (Cf Nathalie Sage Pranchère., op. Cit. Chapitre 4, pp. 157-202.) J'ai retrouvé la trace de cette diversité dans mon enquête de terrain, lorsque j'interrogeais les sages-femmes sur les modalités de l'enseignement qu'elles avaient reçu. Cf infra, quatrième partie de ce manuscrit.

chirurgiens, dont la formation clinique s'est renforcée au cours du siècle¹⁰. Les reproches adressés aux sages-femmes sont, toujours, teintés de misogynie : on les taxe d'impatience, d'incapacité à retenir les enseignements, etc. Et, toujours, leur moralité est mise en doute par leurs détracteurs¹¹. Elles sont frappées du soupçon de se rendre coupables d'ignominies, au premier chef desquelles se trouve la pratique des avortements. Seringues, canules et spéculums composent leur matériel de base, qui peuvent servir à cet usage (RUAULT, 2017) ; leur connaissance en botanique et en pharmacologie en fait des femmes dangereuses : le spectre de l'avorteuse les poursuit. Elles passent pour être les agentes des abandons d'enfants (CAHEN, 2016).

Dans une volonté politique affirmée de renforcer le contrôle exercé sur la profession par l'État et le corps médical, une nouvelle loi est votée le 30 novembre 1892, portant réforme de la médecine¹². La juridiction des sages-femmes est ainsi redéfinie : l'article 4 de la loi leur interdit formellement l'usage des instruments¹³, dont le maniement leur est pourtant enseigné pendant les cours. Cette disposition répond à la volonté de dissocier l'intervention manuelle du recours aux instruments pour en faire deux espaces de compétences très distincts. L'article impose dans cette même veine que les sages-femmes doivent faire appel à un médecin « *dans les cas d'accouchements laborieux* »¹⁴.

La définition du droit de prescription s'inscrit dans cette même logique. La loi le dénie aux sages-femmes, en confirmant cependant l'exception de l'ergot de seigle, utilisé habituellement pour accélérer les contractions utérines, pour hâter le déroulement de l'accouchement, ou à des fins hémostatiques, en cas d'hémorragies. Le pouvoir abortif du seigle ergoté avait auparavant fait l'objet de débats entre les administrateurs et l'Académie de médecine¹⁵. Au-delà de la question de son possible abus par les sages-femmes, dont la sollicitude envers les femmes passe toujours pour suspecte, c'était leur reconnaissance comme personnel médical qui était l'enjeu principal de ces débats. Leur reconnaître ce droit de prescription, c'était les placer à l'égal des officiers de santé et des médecins. Pour les médecins qui travaillent à renforcer leur prestige (PINELL, 2009), cette

10 L'inauguration à Paris de l'hôpital des cliniques de la Faculté de Médecine le 1^{er} décembre 1834 a renforcé la dimension clinique des apprentissages des médecins. Cf Jacques Poirier, « La Faculté de médecine face à la montée du spécialisme », *Communications*, 54, 1992. Les débuts des sciences de l'homme. pp. 209-227. La chaire de clinique obstétricale, qui existait en théorie depuis 1823, existe alors véritablement. Les étudiants en médecine, exclus jusqu'alors de la maternité de Port-Royal, peuvent désormais découvrir l'obstétrique au lit des femmes en couches, sous la houlette d'un clinicien expérimenté (SAGE PRANCHERE, op. cit, p. 358).

11 SAGE PRANCHERE, op. Cit. p. 354.

12 Cette loi réglemente les conditions d'exercice des professions médicales (médecins, chirurgiens, dentistes, sages-femmes), renforce la répression de l'exercice illégal, et énonce les dispositions transitoires nécessaires à son application.

13 Les forceps sont les instruments les plus symboliques du monopole des obstétriciens (GELIS, 1988). Mais l'usage d'autres instruments leur est également interdit : levier de Baudelocques, perce-crâne de Smellie, ergotribe, pince à faux germe de Dubois, céphalotribe, perce-membrane de Dubois, ciseaux céphalotomes de Dubois, etc. SAGE PRANCHERE, chapitre 9.

14 SAGE PRANCHERE, 366.

15 Académie nationale de médecine, *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, Paris, J.-B. Baillière, Masson, 1844-1845, tome 10, séance du 22 avril 1845, p.565 (SAGE PRANCHERE, 2017, 359).

concurrence féminine sur une partie de leur activité est vécue comme un empiètement qu'il convient de proscrire.

Encadré 7. Les débats autour de l'usage de l'ergot de seigle au 19^{ème} siècle

Quand la volonté d'empêcher la pratique de l'avortement sert d'argument à la définition de la compétence des sages-femmes par le corps professionnel des médecins

Toutes les fois que l'usage thérapeutique de l'ergot de seigle est débattu à l'Académie de Médecine, l'argument du niveau insuffisant de qualification des sages-femmes reparaît. En octobre 1850, Danyau, l'un des commissaires désignés pour répondre à une question posée par le préfet du département de la Seine, conclut que le devoir médical d'assistance à personne en danger rend impossible de leur en interdire l'utilisation. Le renforcement de leur instruction obstétricale est alors perçu comme une solution pour répondre au « mauvais usage » de la céréale. Mais Velpeau¹⁶ dénonce la latitude dont elles peuvent se saisir, dans le traitement du post-partum et des affections gynécologiques. Il souhaite donc que leur soit interdite « *toute pratique qui n'est pas suite immédiate de couches simples* »¹⁷. En 1872, de nouveau, l'Académie de médecine est saisie pour débattre des bénéfices et des dangers du recours à la substance controversée. Les sages-femmes se voient reprocher leur incapacité à identifier les circonstances qui en légitiment l'usage¹⁸. Les médecins, conscients qu'il est impossible de les empêcher de se procurer cette substance si facilement accessible à la campagne, demandent aux autorités de prendre les mesures nécessaires pour que le recours à cette substance soit encadré : la délivrance de l'ergot de seigle doit se faire par un pharmacien, sur présentation d'une prescription, datée et signée par les sages-femmes. Le décret du 23 juin 1873 adopte ces préconisations de l'Académie.

La loi du 30 novembre 1892, en interdisant aux sages-femmes l'usage des instruments et le droit de prescription, circonscrit leur champ de compétence à l'obstétrique physiologique. L'article 4 précise qu'elles sont autorisées à pratiquer les vaccinations antivarioliques : par le renforcement de ce mandat déjà obtenu au début du siècle, les législateurs contribuent à la clôture de la juridiction des sages-femmes. Dès lors, la profession est placée sous le contrôle de l'Académie de médecine, à qui il revient de statuer sur tout éventuel possible élargissement.

Sur un plan symbolique, cette définition de la compétence par l'interdiction de l'usage des instruments de la naissance et du droit de prescription est très importante. Cet interdit pèse encore de tout son poids sur les membres de la profession hantée de nos jours par la question de sa place auprès des femmes, dans le système de santé comme dans la division du travail dans le champ de la santé génésique. Chantal Birman, lors du congrès des sages-femmes libérales à Auxerre, lors de l'entretien que nous avons mené avec elle en novembre 2018, évoque l'héritage de cette délimitation du champ de compétence :

« La sage-femme, sa place, elle lui a d'ailleurs été volée, parce que finalement, sur le plan de l'Histoire, c'est l'inverse, hein ! C'est les médecins qui ont pris cette place-là aux sages-femmes, et ça fait à peine cent ans... Toute l'histoire des femmes, ça s'est passé avec les sages-femmes !! Donc on est plutôt dans une usurpation... »

16 Alfred-Armand-Louis-Marie Velpeau (1795-1867) est l'auteur de nombreuses publications sur la chirurgie, l'embryologie, l'anatomie et l'obstétrique, parmi lesquelles un *Traité élémentaire de l'art des accouchements*, paru en 1830.

17 Académie nationale de médecine, *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 1850-1851, tome 16, séance du 1^{er} octobre 1850, pp. 6-30. (SAGE PRANCHERE, 2017 :360)

18 Académie nationale de médecine, *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 1872, tome 1, pp. 1136-1146 ; pp.1155-1170 ; pp. 1185-1189 ; pp. 1200-1228. (SAGE PRANCHERE, 2017, :360)

L'exercice illégal est par ailleurs sévèrement réprimé¹⁹ (titre V de la loi, 12 articles) : ce corps professionnel est désigné comme le plus susceptible de transgresser les frontières de sa compétence. Si elles empiètent sur le territoire d'exercice des médecins, elles risquent de lourdes amendes, voire la prison (SAGE PRANCHERE, 2017 : 367).

Cependant, cette loi a aussi vocation à protéger le titre de sage-femme : les matrones, qui existent alors toujours, ne peuvent plus concurrencer les professionnelles. Leur pratique s'en trouve en quelque sorte sanctuarisée. La loi accorde par ailleurs aux membres de cette profession le droit de se syndiquer (article 13). L'article 15 leur confie une véritable mission de santé publique : ses fonctions rendent la sage-femme responsable de *surveiller* la naissance et de *sauvegarder* les enfants déjà nés ou au stade de fœtus.

La loi de ventôse (1803) a mis fin à la lutte entre les médecins, titulaires du doctorat de médecine institué par la loi et les officiers de santé, issus d'une formation plus courte, (et moins onéreuse), dispensée dans les écoles départementales. L'ordonnance du 2 février 1823 officialise deux catégories de sages-femmes, confirmées par le décret du 22 août 1854 : les sages-femmes reçues devant une faculté et à Port Royal sont dites de première classe. Elles peuvent exercer dans toute la France, alors que celles formées dans les écoles départementales, dites de deuxième classe, ne pourront exercer que dans leur département.

Sous l'impulsion du pouvoir central, en appui sur l'existence déjà ancienne de formations dans les départements, la France se dote peu à peu d'un dense réseau de cours d'accouchements. Mais cette inscription dans la loi de la diversité des lieux de formation est aussi un élément de sa fragilisation, l'hospice de maternité n'étant pas présenté comme le seul modèle légitime d'acquisition du savoir²⁰.

Leurs demandes répétées d'unification se concrétisent en 1916 dans le contexte d'une loi. S'ensuit une adaptation de la scolarité alignant l'enseignement sur les exigences de l'ancienne première classe (SAGE PRANCHERE, 2017, chapitre 9). La durée des études est portée à deux ans pour toutes les écoles. Le niveau scolaire pour l'admission en 1ère et 2ème classes est précisé. Les pièces administratives à fournir sont augmentées d'un extrait de casier judiciaire.

19 L'article 9 de la loi impose aux professionnel.les de se faire enregistrer dans le département où iels s'installent. Des listes départementales du personnel médical sont ainsi constituées (article 10).

20 Créée en 1802, l'école de l'Hospice de la maternité de Paris créé le 11 messidor an X (30 juin 1802), marque le début de l'institutionnalisation de la profession. L'établissement jouit d'une grande réputation qui doit beaucoup aux « deux plus belles figures de l'obstétrique française » du temps, Jean-Louis Baudelocque, chirurgien-accoucheur en chef, et Marie-Louise Lachapelle, maîtresse sage-femme. (SAGE PRANCHERE, op. cit., p.129). Baudelocque, qui veut faire de l'Hospice l'unique institution de formation, s'oppose au déploiement des écoles départementales sur le territoire.

C. ENROLEMENT DE LA PROFESSION DE SAGES-FEMMES DANS L'ENTREPRISE DE LUTTE CONTRE L'AVORTEMENT

Ayant trouvé place, non sans contradictions on l'a vu, dans le droit contemporain au cours de la Révolution française puis dans le Code pénal de 1810, la prohibition de l'avortement ne s'est, en réalité, jamais traduite que par un nombre réduit de condamnations²¹ (LE NAOUR et VALENTI, 2003). Dans ses travaux sur l'histoire du traitement politique de ce « fléau social », Fabrice Cahen (2011, 2016) souligne le caractère fondamentalement multiforme et systémique de la lutte contre l'avortement, dans le climat populationniste et familialiste du tournant du 20ème siècle. Cette conversion d'un enjeu moral en enjeu démographique relève d'une histoire conjointe des savoirs scientifiques, des institutions politiques comme des groupes professionnels et militants, où entre la configuration politico-institutionnelle très spécifique de l'époque²². Rappelons que la simple incitation à l'avortement et la propagande anticonceptuelle ont été interdites par la loi du 1er août 1920. L'acte seul n'était plus puni, mais aussi le discours incitant les femmes à mettre fin à une grossesse. Si ce dernier aboutissait à l'avortement, celui-ci devenait un crime, les dispositions de l'article 317 du code pénal s'appliquant. Puis, les jurys d'assises ayant été jugés trop indulgents, la loi du 21 mars 1923 a défini l'avortement non plus comme un crime mais comme un délit, jugé par les tribunaux correctionnels. En donnant compétence aux juges professionnels, le législateur espérait ainsi rendre plus applicables les peines infligées.

La formation des lois de 1920 et 1923 ne doit pas, d'après Fabrice Cahen, être perçue comme le résultat d'une construction univoque, mais au contraire comme le produit d'un système complexe. Ainsi la lutte ne se limite pas à la répression : les droits sociaux²³ et les mesures préventives ne peuvent être pensées séparément des solutions pénales. C'est dans la continuité de ce processus que s'enclenche un mouvement historique de socialisation et d'encadrement de la reproduction humaine, avec la surveillance administrative et sanitaire des femmes en état de grossesse. Ce système, qui se construit par l'assemblage de divers instruments et outils d'action publique (LASCOURMES et LE GALES, 2005), poursuit un objectif de suivi médical, mais aussi de contrôle social et moral des

21 Pour ces historien.nes, ce régime de « prohibition indulgente » répond à un impératif d'équilibre entre la nécessité de faire respecter la morale publique, de donner à l'action pénale un caractère pragmatique, et d'éviter de porter atteinte à « l'honneur des familles » ou d'entraîner des erreurs judiciaires. Si les termes de la recherche d'équilibre ont changé, l'on a souligné, déjà, combien celle-ci demeurerait à l'œuvre dans la culture du problème public de l'IVG (Cf Deuxième partie du manuscrit).

22 Républicains et catholiques se livrent une concurrence morale ; il existe une certaine porosité entre l'État et les milieux de la « nébuleuse réformatrice ». Dans ce climat, le droit se voit accorder une place centrale comme principe de régulation sociale, dans cette toute récente démocratie libérale. Fabrice Cahen, *ibid.*

23 La loi Strauss sur le congé de maternité en 1913, la loi de 1919 sur l'allocation d'allaitement, ou encore la loi Engrand de 1909 prémunissant contre le licenciement pendant la période de couches sont pensées comme des mesures préventives visant à ôter toute raison d'être aux « excuses » que la femme pourrait invoquer pour justifier son avortement. Et le rôle protecteur dont se dote la puissance publique rend d'autant plus légitime sa sévérité répressive. In : Fabrice Cahen, « De 'l'efficacité' des politiques publiques : la lutte contre l'avortement 'criminel' en France, 1890-1950 », op. Cit.

comportements reproductifs. Et, dans ces dispositifs, les sages-femmes acquièrent une place prépondérante.

Au tournant du 20^{ème} siècle et jusqu'à son mitan, la profession voit se renforcer son rôle dans les politiques de surveillance des grossesses, sous-tendues par cet objectif de lutte contre l'avortement. Nous soulignerons les stratégies et les formes de rhétorique déployées par les médecins pour procéder à leur enrôlement dans ce « gouvernement des mœurs » (CAHEN, 2014). La première direction choisie par les législateurs et le corps professionnel des médecins relève d'une volonté de délimiter plus strictement encore la juridiction des sages-femmes afin de les éloigner des pratiques abortives clandestines. Mais cette stratégie, difficile à mettre en œuvre et résolument inopérante, s'oriente bientôt vers un autre choix, celui de les inciter à contribuer activement à la lutte contre l'avortement. Or celles-ci, soucieuses de défendre leur place sur la scène de l'obstétrique et de l'action sanitaire, travaillent aussi activement, de leur côté, à conférer une valeur morale et matérielle au diplôme qui les distingue (SAGE PRANCHERE, 2017 : 390). Les représentantes de la profession, membres des syndicats français, souhaitant se tenir à distance du stigmate de l'avorteuse, tentent de convaincre l'opinion publique de leur probité.

I. L'impossible qualification de l'avortement, aux frontières du pathologique et du physiologique

À partir des années 1880, l'enjeu des débats qui se déroulent dans les arènes professionnelles, juridiques et politiques, est de donner une mesure du phénomène social de l'avortement, afin de le convertir en projet politique d'éradication du problème. Mais la quantification est compliquée, car elle s'articule à la difficulté de qualifier l'événement, qui se trouve, on l'a vu, déjà au centre de l'article 317 du code pénal. À partir de quand et de quels critères peut-on affirmer qu'un avortement est « spontané » ? Une femme qui arrive pour consulter pour une hémorragie a-t-elle fait une « fausse couche », expulsion involontaire survenant avant la période de viabilité du fœtus (fixée d'abord à sept puis à six mois de grossesse), ou bien s'agit-il de la manifestation d'un avortement clandestin ? Quelles sont les frontières séparant l'avortement de l'accouchement prématuré, ou l'« avorton » du « mort-né » ? (CAHEN, 2016 : 33-81). Dit autrement, dans les termes qui sont au cœur de la problématique de cette thèse, comment repérer s'il s'agit d'un événement pathologique, ou physiologique ?

Au plan médical, tout d'abord, les praticien.ne.s font face aux progrès des techniques opératoires à la fin du 19^{ème} siècle. Tandis que les recettes traditionnelles des matrones continuent à se transmettre dans le secret, les manœuvres directes sont mieux maîtrisées. Les opératrice.s - même

hors de toute formation médicale – connaissent la technique de l’injection intra-vaginale et intra-utérine. Les outils se développent, avec un double intérêt : sur le plan sanitaire, elles évitent les complications. Et, sur le plan judiciaire, elles permettent de limiter les risques de poursuites. Il devient plus aisé de « camoufler » un avortement criminel (CAHEN, 2016, première partie, chapitre 1). Plus tard dans le siècle, le curetage utérin, jusqu’alors employé à des fins thérapeutiques et prophylactiques, se fait procédé abortif à part entière (FINE, 1986 ; SOHN, 1996). Il a cet avantage de diluer la responsabilité médicale (et donc pénale) : sage-femme et médecin participent au geste abortif, sans qu’aucun.e ne puisse être identifié.e comme unique opérateur-ice. En effet, la sage-femme peut effectuer les manœuvres qui induisent l’expulsion de l’œuf ou du fœtus, et s’arranger pour que celle-ci ait lieu hors de son lieu d’exercice. Et, en cas de complications, la femme s’adresse à un médecin conciliant qui pratique un curetage, en arguant qu’il n’est pas l’auteur du « crime ».

De nombreux débats philosophiques et déontologiques résultent aussi de ces évolutions²⁴. Comment se positionner, individuellement et sur un plan légal, face à ces incertitudes ? D’un côté, le secret professionnel²⁵ est la pierre angulaire de l’identité corporative de la médecine libérale (NYE, 2006). De l’autre, l’article 30 du Code d’instruction criminelle impose aux professionnel.le.s, comme à tout citoyen témoin d’un crime, de révéler aux autorités ce qu’iels savent (de la nature « criminelle » de l’avortement constaté ou découvert, de l’identité de l’auteurice des manœuvres, etc.). Selon certaines sages-femmes, l’imprécision des textes juridiques et des qualifications des faits dans la pratique est une faille dont il faut se saisir pour faire valoir la légitimité de la profession : l’avortement n’entre pas nécessairement dans le domaine pathologique, et il n’existe pas « *de bases légales susceptibles d’interdire à la sage-femme de soigner un avortement, sauf en cas de complication* » (WOLOZYN, 2016). On voit là comment la question des risques sanitaires, et plus particulièrement le schème récurrent des possibles complications à une procédure abortive, pèsent (déjà) dans les formes de rhétorique dans la culture publique du problème de l’avortement, et ce jusque dans leur antagonisme.

Toutes ces incertitudes rendent complexes l’imputation de la responsabilité causale et politique du problème public. Les interrogations portent sur la « gouvernabilité » des comportements démographiques et des mœurs (CAHEN, 2016), sur les registres de l’action publique à mettre en œuvre pour l’atteindre, et sur l’efficacité de leur opérationnalisation. Dans ce climat, les sages-femmes vont attirer l’attention des entrepreneurs de la lutte.

24 En 1852, une controverse est soulevée à l’Académie de médecine, face au développement et à la progressive maîtrise de ces techniques de l’avortement thérapeutique. Leur pratique est reconnue, mais difficilement acceptée. L’alternative est posée en termes dramatiques : en cas de complications graves dans la poursuite d’une grossesse, induisant un péril pour la vie de la mère et/ou celle l’enfant futur, qui faut-il sauver ? (LE NAOUR et VALENTI, 2003, chapitre 1, pp. 17-29)

25 Ce principe d’origine hippocratique est inscrit dans l’article 378 du Code pénal : le contrevenant s’expose à des peines de prison, sauf si la loi l’autorise où l’oblige à dénoncer.

II. L'imputation de la responsabilité causale aux sages-femmes

L'analyse des formes de rhétorique des entrepreneurs de la lutte contre l'avortement permet de dégager une véritable grammaire de la « fabrique de l'indignation » à la Belle Époque (CAHEN, 2016 : 129). Le terme fréquemment usité dans les discours publics est celui de « fléau », qui charrie tout un imaginaire riche des emprunts à la religion, au champ de la morale comme du social et du sanitaire (notamment dans le questionnement démographique qu'il induit). Le fléau évoque en effet la souillure qui se propage (DOUGLAS, 1966), et le risque de gangrène du corps social. Le terme est à lui tout seul l'opérateur symbolique de la conversion de l'interdit moral et légal en projet de lutte (CAHEN, 2016 : 133). La rhétorique de l'urgence pousse aussi les entrepreneurs de la lutte à valoriser le registre d'action institutionnaliste qui s'inscrit sur le terrain du droit et de la coercition, plutôt que sur celui de la morale, jugé trop idéaliste, ou que celui des incitations matérielles visant à supprimer les motifs du recours à l'avortement, jugé insuffisant (CAHEN, 2016 : 138-144) Dans cette optique, l'efficacité de la lutte est plus probable si, faute de pouvoir poursuivre pénalement les avortées, tant il est difficile de catégoriser ce qui relève d'un accouchement spontané ou d'un avortement criminel, elle vise les autres agents de la propagation, à savoir les avorteur.euse.s.

Or, du fait de leur importance numérique comme de leur proximité sociale avec les femmes, les matrones, qui échappent à tout contrôle officiel, et les sages-femmes sont en première ligne des soupçons, puisqu'au tournant du 19^{ème} siècle les accouchements se déroulent encore en grande majorité hors du milieu hospitalier. Les sages-femmes sont donc régulièrement accusées de faire de l'avortement un commerce régulier. Dans son cours de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris, Paul Brouardel les décrit comme cupides et cyniques (BROUARDEL, 1901). Elles prennent les traits de sorcières des temps modernes, parées de tous les vices et de toutes les tares (CAHEN, 2016 : 52-55). La presse républicaine, au travers les représentations collectives qu'elle propage (KALIFA, 1995), contribue à l'imposition de deux grandes figures de la dramaturgie : l'avortée, objet d'une compassion relative, et celle de l'avorteur.se, présentée sous les attributs du « monstre social ». En 1923, l'obstétricien Paul Bar²⁶ rédige son rapport qu'il envoie à l'Académie de médecine²⁷. Selon lui, la situation misérable des sages-femmes explique la plupart de leurs agissements, qualifiés de « *défaillances morales* ». La baisse de la natalité aurait, dans cette rhétorique, entraîné un affaiblissement de leur activité. Leur mauvaise répartition territoriale serait à l'origine d'une importante concurrence interprofessionnelle dans les grandes villes, mais aussi dans les campagnes, où les matrones continueraient de pratiquer les accouchements illégalement. La pratique des

26 Paul Bar, 1853-1945, obstétricien français, membre de la section d'accouchements de l'Académie de Médecine, 1907-1945. Il en fut le président en 1926. Il a été le fondateur de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française, ancienne société savante d'obstétrique. Comité des Travaux Historiques et Scientifiques, École Nationale des chartes.

27 Rapport Bar sur la réglementation de la profession de sage-femme, *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 5 et 19 juin 1923.

avortements leur permettrait ainsi d'accroître leurs revenus. En réalité, des travaux historiques ont montré que ces difficultés financières ne concernaient que les célibataires et les veuves parmi les membres de la profession (FAURE, 2005).

L'Histoire a montré le danger pour l'État, le public, et les sages-femmes, d'imposer des limites à l'exercice de leur art des accouchements sous menace de peines correctionnelles, lorsque l'imprécision des textes de loi les rend inopérants²⁸. Devant les lacunes de la loi de 1892, le sénateur Fernand Rabier dépose une proposition de loi en 1927, visant à redéfinir les attributions médicales de la profession dans son rôle d'accompagnement de la gestation. Il s'agirait notamment de qualifier exactement « l'accouchement laborieux », autrement dit, de déterminer avec précision les contours de la pathologie. Là encore, une circonscription à un domaine de la physiologie rigoureusement défini apparaît comme rempart à la pratique des avortements.

III. Débats sur les modalités d'évolution de la juridiction des sages-femmes

1. Le resserrement du contrôle de la profession

En 1923, le ministre de l'hygiène Paul Strauss évoque la mise en place de dispositifs de surveillance des maisons d'accouchements par les autorités préfectorales : le but est de veiller à la bonne tenue médicale et morale de ces établissements, assimilés à de véritables repaires pour les avortements clandestins, car abritant une forte proportion de filles- mères²⁹. Le rapport prône aussi « *le relèvement matériel et moral de la profession de sage-femme* » au travers du contrôle leurs agissements³⁰. Au sein de l'Académie de médecine, plusieurs projets, aux côtés de celui de Paul Bar, sont débattus successivement dans ce sens. Un contrôle plus strict de l'accès à la profession, ainsi que celui de la répartition de ses membres sur le territoire, pensé en fonction du nombre de naissances, contribueraient à leur assurer des revenus suffisants pour les écarter de cette pratique criminelle. A nouveau, sont envisagées l'interdiction de l'administration de toute substance abortive, et l'usage de tout instrument. L'on préconise aussi que la sage-femme ne puisse donner des soins d'hygiène à une femme enceinte qu'à partir du moment où les battements du cœur du fœtus seraient perçus, soit après quatre mois et demi de grossesse environ. Pour le Professeur Victor Balthazard la restriction des

28 On rappelle les accidents survenus lors du travail de nombreuses parturientes, faute de pouvoir utiliser l'ergot de seigle afin d'accélérer la dilatation cervicale, avant le décret de 1873. Cf. Encadré 7, supra.

29 Dans une circulaire en date du 28 décembre 1927 adressée aux préfets, il préconise de « *poursuivre dans chaque département la création des institutions et des œuvres d'hospitalisation pour les femmes enceintes, pour les mères convalescentes de couches, pour les mères nourrices sans abri* » et précise que « *l'aménagement des maternités fait naturellement partie de ce programme de protection maternelle avec l'adjonction d'un service social d'entraide et de patronage* ». (THEBAUD, 1986 :59)

30 Estelle Wolozyń, « Les sages-femmes et l'avortement entre 1920 et 1975 », mémoire de fin d'études de sage-femme, Académie de Paris, École de Sages-Femmes Saint-Antoine Université Pierre et Marie Curie - Faculté de Médecine, 2016, p.30.

possibilités d'avortements provoqués passe par la limitation des contacts entre les sages-femmes et les femmes enceintes pendant les premiers mois de la grossesse (BALTHAZARD, 1912. En 1926, le député Charles Caffort dépose une proposition de loi tendant à organiser un nouveau statut pour un corps de sages-femmes d'État³¹. Une meilleure délimitation de la juridiction des sages-femmes pourra rendre son lustre à la profession, en conciliant ses intérêts à ceux du pays. Il souhaite assurer aux accoucheuses une existence décente en leur offrant un logement et un revenu fixe minimum annuel de 3500 francs. La fonctionnarisation serait facultative, subordonnée à l'obtention d'un diplôme spécifique après une troisième année d'études, dont les frais seraient supportés par l'État. L'article 11 de son projet propose de retirer définitivement le diplôme à toute sage-femme coupable de manœuvres abortives. Le relèvement du niveau d'instruction au moment de leur sélection semble le moyen limiter l'afflux des candidates aux écoles, avec l'idée que, par-là, les pouvoirs publics s'assurent de leurs qualités morales. Il s'agit aussi de limiter le nombre d'accoucheuses sur le territoire, pour permettre à toutes de gagner correctement leur vie. L'argument peut aussi être celui de la protection du groupe professionnel, qui justifie pour les médecins de vouloir réduire le territoire de juridiction des sages-femmes. Pour ne pas se retrouver mêlées à une pratique qui relève du crime, elles sont enjointes à la prudence : on les somme de faire appel à un médecin sitôt le diagnostic d'avortement posé ou en cas de soupçon, afin d'en partager la responsabilité.

2. Le brouillage des frontières de la juridiction avec celle de groupes professionnels concurrents

Les contenus de l'enseignement sont débattus aussi. Clémence Mossé et Jules Brisac en 1926 souhaitent y intégrer une initiation à la puériculture. Le diplôme d'accoucheuse comporte le titre « d'assistante sociale de protection maternelle et infantile ». Dès les années 1930, une commission composée de médecins envisage d'étendre le rôle des sages-femmes aux fonctions d'infirmière et d'assistante sociale. En 1930, le Professeur Couvelaire³² exprime le souhait de voir l'accoucheuse devenir « une collaboratrice du médecin ». Dans la lignée des travaux engagés dans la lutte contre la fièvre puerpérale, dont Adolphe Pinard (1918) a été le pionnier, il formule les objectifs à atteindre : « *Une maternité ne doit pas être seulement 'une maison d'accouchement' au sens étroit du terme [...] Elle doit être un centre d'assistance médico-sociale et de travail scientifique consacré à la fonction de reproduction. Son champ d'action s'étend de la procréation au sevrage de l'enfant.* » (BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 1999). Il entend orienter les accoucheuses vers les consultations de

31 https://www.assemblee-nationale.fr/histoire/biographies/1889-1940/Lettre_C/Pages%20de%20C_1.pdf

32 Estelle Wolozyn, op. Cit., p. 31.

grossesse et la prévention³³. Il préconise d'augmenter la durée d'études des sages-femmes de deux à trois ans, chaque année permettant l'obtention du diplôme d'infirmière, puis d'obstétrique et enfin de puériculture. Les opposant.e.s à ce projet soulignent qu'il aboutirait à la formation d'infirmières spécialisées en obstétrique plutôt qu'à renforcer la profession de sages-femmes.

Plusieurs évolutions parallèles des groupes professionnels concurrents représentent de possibles empiètements de la juridiction des sages-femmes : la loi des Assurances Sociales pour les salarié.e.s en 1930 réserve en outre la prise en charge des consultations des femmes enceintes et des nourrissons aux médecins. Mlle Mossé, sage-femme en chef de la Maternité de Paris, s'inquiète de cette concurrence légitime du médecin qui représente « *le plus grave danger* », puisque leur nombre croît régulièrement. A Paris avant 1928, ils assuraient 29% des accouchements, mais cette part atteint 40% dans les années 1930 (THEBAUD, 1986 : 169). En outre, le décret du 12 janvier 1932 vient réglementer la profession d'assistante sociale. Celle-ci est accusée par les sages-femmes d'envoyer les futures mères vers les maternités participant ainsi à la « propagande anti-accouchement à domicile ». Et, au 8ème congrès international des accoucheuses de 1938, à Paris, les sages-femmes françaises déclarent restent attachées au rôle de « praticiennes indépendantes ». La concurrence des infirmières-visiteuses est dénoncée car elle serait « préférée(s) aux sages-femmes par les pouvoirs publics et les médecins » (THEBAUD, 1986 : 176)

La réception des mesures envisagées met au jour les contradictions du front anti-avortement durant ces années-là. L'Association des accoucheuses de France au rapport du Pr Bar est très négative, par exemple : le resserrement du contrôle sur la profession est perçu comme une mise en cause de sa probité de la profession ; et un contrôle trop rigoureux pourrait détourner les femmes de leurs services, avec le risque qu'elles s'orientent davantage vers les matrones, ou vers des pratiques d'auto-avortement, aux effets plus nocifs encore. Un compromis s'impose donc.

IV. La stratégie de l'enrôlement des sages-femmes par la mission de « persuasion douce »

Les projets de resserrement du contrôle de la juridiction des sages-femmes suscitent des crispations : restreindre leurs compétences, c'est risquer de perdre la confiance du public et des membres de la profession elles-mêmes. Une autre stratégie est donc envisagée par les entrepreneurs de la lutte contre l'avortement (CAHEN, 2016), qui deviendra la principale option à partir des années 1930. Il s'agit de mener une entreprise de morale visant à sensibiliser les sages-femmes au problème

33 Il mettra en place un modèle de « maternité hygiéniste » à Port Royal, en se basant sur la prophylaxie pavillonnaire » et en créant sur place un lactarium quasi industriel, imité en France et dans le monde. Cf. Françoise Thébaud, *Quand nos grand-mères donnaient la vie*, 1986, op. Cit. Voir plus particulièrement le chapitre I de l'ouvrage, « La réorganisation des maternités », pp. 59-100.

de la dénatalité. Considérées comme ayant une place privilégiée auprès des femmes, elles peuvent collaborer au redressement de la natalité française en opérant une « persuasion douce » contre les pratiques abortives.

1. La fabrique de la persuasion

A partir des années 1930, la stratégie envisagée pour atteindre cet objectif est celle de la communication. L'objectif est de développer chez les sages-femmes un sentiment de répulsion à l'égard des pratiques abortives. Les membres de l'Alliance nationale contre la dépopulation³⁴ usent de leur pouvoir pour accéder aux revues destinées aux sages-femmes et y faire paraître des textes visant à les convaincre de la gravité de la dépopulation. Des publicités et affiches en faveur de l'accroissement de la population française sont régulièrement publiées au sein des journaux consacrés aux accoucheuses, décrivant les avantages réservés aux familles nombreuses et les bienfaits qu'elles apportent à la France. Le président de l'Alliance nationale, Paul Lefebvre-Dibon, profite du premier congrès international des sages-femmes catholiques ayant lieu à Lille en 1934, pour faire passer son message. Son intervention vise à apeurer son auditoire face aux conséquences de la dénatalité. Il cite entre autres la diminution des accouchements et ses conséquences sur la baisse de l'activité des sages-femmes, les privant ainsi de leur gagne-pain. La conclusion de son discours est formelle : « *Nul plus que les sages-femmes n'a donc intérêt à ce qu'une politique de natalité énergique soit mise en vigueur et poursuivie en France* ». L'implication de l'Église dans ce travail d'enrôlement est aussi prépondérante (WOLOZYN, 2016).

La stratégie est de convaincre les sages-femmes, pour qu'elles deviennent à leur tour convaincantes. Il faut donc leur fournir une documentation sur les dangers de l'avortement. Dans son analyse des revues professionnelles de l'entre-deux guerres, Estelle Wolozyń retrouve un nombre conséquent d'écrits émanant de médecins, portant sur les complications physiques de l'avortement. Ils insistent sur leur gravité, leur précocité, leur durée possible aussi sur des mois, des années, voire tout au long de la vie de la femme. Le ton employé est dramatique, hyperbolique : il s'agit de « *menace mortelle* », « *conséquences redoutables* », d'une « *question de vie ou de mort* », d'un « *ébranlement funeste de l'organisme* ». Le tableau dressé est celui d'hémorragies d'une « *extrême abondance* » pouvant rendre la femme « *exsangue* ». Les avortées risquent « *des embolies pulmonaires* », « *cérébrales* », des « *putréfactions utérines* », des « *gangrènes gazeuses* », voire la « *mort subite* ». Les risques hormonaux entrent aussi dans la dramaturgie. Ils se traduisent par des «

34 Jacques Bertillon (1851-1922) médecin, statisticien et démographe, a été l'un des porte-parole de la propagande nataliste. Il fonde en 1896 l'Alliance nationale pour l'accroissement de la population française.

lésions scléreuses et atrophiques de l'utérus », par des « *désordres généraux liés à l'insuffisance ovarienne* », quand il ne s'agit pas de risques de cancers et de fibromes, tout ceci entraînant des modifications de l'état nerveux nommée « *hystéro-névrose* », et des tensions au sein des couples. L'autre figure du drame est le fœtus, pensé comme un être humain, présenté comme fragile, vulnérable : son évocation est destinée, dans ces formes de rhétorique, à raviver chez les sages-femmes un sentiment protecteur pour ce petit « *être tout de charme, de douceur et de confiance (...) dont la vie est déjà commencée* », qui est « *la chose du monde la plus précieuse* ».

On voit bien là comment les médias, les pouvoirs publics, les médecins et l'Église s'allient dans ce travail d'enrôlement des sages-femmes à l'entreprise de la lutte contre l'avortement. De nouveau, nous mobilisons le prisme d'analyse de Joseph Gusfield sur la production d'un ordre symbolique dans la culture des problèmes publics et dans l'action publique vue comme « performance ». On a vu, dans la deuxième partie de ce manuscrit, comment la production des statistiques sur l'IVG et les énoncés juridiques participaient de cette dramaturgie. Et l'on voit, ici, où s'enracinent les formes de rhétorique qui construisent encore de nos jours le problème. Les productions sciemment effrayantes de ces médecins concourent à la présentation du problème de l'avortement « *comme un fait autoritaire et indubitable, enraciné dans une connaissance acquise par des voies scientifiques* » (GUSFIELD, 2009 : 86). Pour reprendre les termes du sociologue, ils présentent une image de l'ordre moral dans lequel l'acte abortif est condamné, et font de la lutte contre l'avortement, en s'adressant aux sages-femmes, une lutte pour convaincre les « pécheresses » de redevenir « vertueuses ». Un ordre institutionnel du pouvoir est projeté comme celui du consensus et de la légitimité. Cette dramaturgie est bien, selon les termes d'Erving Goffman (1991) que reprend à son compte Joseph Gusfield, un « mode de cadrage », une organisation des moyens en vue d'atteindre une fin.

2. L'adhésion des sages-femmes à l'entreprise de lutte contre l'avortement

Nathalie Sage Pranchère avait étudié la manière dont la profession avait consenti aux modalités de son institution qui la légitimait en même temps qu'elle scellait sa position de domination dans le champ médical (2017). Estelle Wolozyń³⁵ souligne quant à elle que les sages-femmes contribuent à l'entreprise de lutte contre l'avortement qui se radicalise dans l'entre-deux guerres, tant pour se défendre contre le stigmate de « monstre social » que pour redorer le lustre de leur exercice. Au travers d'une analyse des publications de nombreuses revues professionnelles menées sur les décennies allant de 1920 à la loi Veil, elle démontre que les stratégies mises en œuvre sont de plusieurs ordres : il s'agit de condamner les pratiques des sages-femmes avorteuses, de prouver leur

35 Estelle Wolozyń, op. Cit.

petit nombre, de valoriser la droiture de la profession, et d'attester, bien sûr, de leur adhésion à l'entreprise de lutte contre l'avortement. Au travers de leurs articles dans les revues professionnelles, les syndicats tiennent à rappeler que les services rendus par les sages-femmes sont innombrables et leurs dévouements, multiples. L'ambition de leurs formes de rhétorique est de légitimer la profession dans la conduite de l'action publique en matière de surveillance des comportements reproductifs des femmes, afin de pouvoir intervenir dans les choix qui seront ultérieurement établis vis-à-vis de la réglementation de leur profession. Ils rédigent des articles exposant leur antipathie envers les quelques sages-femmes pratiquant des avortements clandestins. L'argument pour prouver leur bonne foi est celui de la logique : les manœuvres abortives, en contribuant à diminuer la natalité, provoqueraient « *le suicide de la profession* ». L'existence de sages-femmes pratiquant des avortements clandestins n'est pas niée, mais elles représentent l'exception. En 1933, Mme Boulestreau, présidente du Syndicat des sages-femmes du Maine-et-Loire, reproche aux pouvoirs publics de s'attaquer à une corporation vulnérable en lui causant un préjudice moral. De son côté, en 1933, l'Association des sages-femmes catholiques arguent que les avorteur.euses seraient même « *les pires ennemis des sages-femmes* ». D'autre part, lors du 11ème congrès national de la natalité en octobre 1937, Mme Godillon, secrétaire générale de la Confédération nationale des syndicats de sages-femmes, déclare : « *Notre désir le plus cher est de voir des berceaux de plus en plus nombreux égayer tous les foyers français* ». En parlant pour l'ensemble des sages-femmes de France, elle souhaite prouver que les accoucheuses doivent participer au redressement de la natalité. Lina Roger³⁶ œuvre quant à elle à prouver que « *des milliers et des milliers de sages-femmes usent honorablement de leur diplôme* », en appelant à réagir contre tout ce qui alimente le soupçon sur la profession, notamment en se syndiquant. Cette unification permettrait de faire passer des messages communs aux accoucheuses sur tout le territoire, en même temps que d'informer les praticiennes de leurs droits et d'assurer leur défense en cas d'accusation. Les syndicats exerceraient un rôle de contrôle, ayant « le devoir et le pouvoir » d'engager des poursuites judiciaires contre les matrones qui pratiquent clandestinement des avortements et exercent illégalement la médecine. La directrice de la revue *La puéricultrice*, Clémence Mossé, également membre du Comité national de l'enfance, préconise également d'organiser des syndicats régionaux qui adhéreront ensuite au Comité d'entente des sages-femmes françaises, celui-ci pouvant devenir porte-parole auprès des législateurs, afin de faire entendre la voix des sages-femmes face à l'Académie de médecine. En 1935 au Congrès international de Bruxelles, l'Association des sages-femmes catholiques rappelle qu'il est du devoir des sages-femmes de lutter contre l'avortement provoqué. La rédactrice du *Bulletin officiel de la confédération*

36 Membre de la Ligue contre le crime d'avortement fondée en 1909, qui fusionnera un an plus tard avec L'Association contre la mortalité infantile, elle est également la présidente du Syndicat général des sages-femmes de France et des Colonies créé en 1895, et du Syndicat départemental des sages-femmes de la Seine créé en 1929. Elle est aussi la directrice de la revue *La sage-femme et le puériculteur*.

nationale des syndicats de sages-femmes, Mme Balivet, dresse en 1937 une liste de moyens censés « développer l'instinct maternel chez les jeunes filles et leur donner une bonne éducation morale et sociale », « chercher à prendre sur le fait tous les faiseurs d'anges signalés », « faire bénéficier, si elle le désire, la fille-mère de n'importe quel milieu social du séjour gratuit dans une maison maternelle ». En 1939, les organisations de sages-femmes de France unissent leurs voix pour le gouvernement pour son action entreprise en faveur de la repopulation et souhaitent l'assurer de leur dévouement dans la lutte contre l'avortement. Le Syndicat des Sages-Femmes de Marseille et des Bouches-du-Rhône se dit quant à lui prêt à intensifier son effort et poursuivre, sans se lasser, la lutte contre les « ennemis sociaux » que sont les avorteur.euses (WOLOZYN, 2016).

L'Église renforce cette entreprise d' enrôlement des sages-femmes dans la mission de faire œuvre d'hygiène sociale. L'argument premier de cette rhétorique est celui de la visibilité de la profession : elle est connue de tous.tes, et ses conseils seraient acceptés avec moins de défiance que ceux d'un médecin ou d'une infirmière-visiteuse. L'ordre de genre est aussi invoqué pour justifier cet enrôlement de la profession. Par comparaison au médecin, la sage-femme accomplirait aisément cette mission, « *parce que femme, elle comprend mieux la détresse d'une âme de femme* ». Sa profession lui permettrait d'entrer dans une série de détails précis « *que les convenances ne permettent pas d'aborder dans la prédication* ». Ce courant en faveur de l'hygiène sociale amène la revue *La Puériculture*, à ouvrir en 1928 une publication supplémentaire, *Le supplément social*, créée pour les sages-femmes françaises, consacrée aux questions de protection maternelle et infantile. Mlle Mossé, sa directrice, considère la sage-femme comme étant la plus qualifiée pour être « *la propagandiste de toutes les applications en vigueur* » sur le terrain de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales. Les discours des représentant.e.s de l'Association des sages-femmes catholiques construisent une forme de rhétorique où dominant les schèmes de l'instinct maternel et d'une nature féminine dévouée à la maternité. Face à une femme qui envisage d'avorter, les accoucheuses catholiques ont le devoir de montrer « *que la maternité fait atteindre à la femme son développement complet, lui donne un épanouissement, une jouissance vraies de la vie qu'elle ne trouvera pas ailleurs* ». (WOLOZYN, 2016).

Finalement, aucune loi concernant la réglementation de la profession n'est cependant votée. Il faut attendre le Code de la famille pour voir les repopulateurs se réjouir de nouvelles dispositions visant la protection de la famille et particulièrement la santé de la mère et de l'enfant.

V. L'hystérisation de la lutte contre l'avortement : 1939-1945

À compter des années 1930, l'entreprise de lutte s'exacerbe en suivant une nouvelle conception de l'action publique. Elle fait appel à un Etat renforcé, dans l'espoir d'obtenir des résultats significatifs dans l'application de la loi de correctionnalisation de 1923. L'ambition affichée est délibérément répressive.

1. La volonté de renforcer la répression contre l'avortement

Avec le décret-loi du 29 juillet 1939, dit « Code de la famille et de la natalité françaises », l'État républicain met en œuvre une politique délibérément familialiste et nataliste.

Encadré 8. Les mesures du décret-loi du 29 juillet 1939

L'article 82 modifie le 1^{er} alinéa de l'article 317 du Code Pénal, qui désigne, avec les imprécisions avec l'ajout de la mention « ou supposée enceinte ». Ainsi, l'individu, convaincu d'avoir procuré l'avortement, que la femme ait été enceinte ou pas, perd le bénéfice du sursis. Cette modification de l'énoncé juridique met fin au « crime impossible »³⁷. La sanction pénale est aggravée pour « l'avorteur d'habitude » : elle s'élève à 10 ans de prison, et 20 000 francs d'amende. La relégation (possiblement jusqu'en Guyane) est une peine encourue aussi, si l'opérateur a déjà fait l'objet d'une condamnation préalable. Mais « l'habitude » n'est pas précisée ; le nombre, la nature des actes sont laissées à l'appréciation des juges. La suspension ou l'interdiction d'exercer peut être prononcée pour une durée de 5 ans, voire à titre définitif.

Les objets et produits abortifs sont interdits à la vente comme à la distribution, sauf s'ils ont été délivrés par un pharmacien sur prescription médicale. Le principe de publicité des condamnations est introduit dans la loi, dans l'espoir de nuire à la carrière des opératrices.

L'article 87 restreint les indications de l'avortement thérapeutique, sans accorder à cet acte une pleine et entière reconnaissance. Il peut être admis en cas de nécessité de sauvegarde de la vie de la mère si celle-ci est gravement menacée : le risque d'altération sur sa santé induit par la poursuite de la grossesse n'est plus admis. Aucune indication relative à l'embryon ou au fœtus n'est donnée. Avant de procéder à un avortement thérapeutique, l'opérateur doit demander l'avis de deux confrères, dont l'un au moins doit être expert au tribunal civil (mais la consultation d'un obstétricien parmi ceux-là n'est pas nécessaire).

Les articles 93 à 98 du décret-loi organisent la surveillance des établissements d'accouchements, via un système d'autorisation préalable à l'ouverture. La police et les services de l'inspection d'hygiène en charge des contrôles sont dispensés d'avis de passage auprès des établissements.

Les dispositifs de tests biologiques de grossesse, qui ont commencé à se développer dès les années 1920, sont l'objet d'un encadrement rigoureux, au motif qu'ils ne sont qu'utilisés que pour confirmer une grossesse non désirée. Dès lors, pour obtenir l'un de ces tests, la femme doit présenter une ordonnance. Un contrôle administratif est mis en place également : chaque test vendu doit faire l'objet d'une notification sur un registre, lui-même contrôlé par le maire de la commune ou un commissaire.

Des avancées en matière de droits maternels sont produites. Le décret-loi crée des maisons maternelles qui permettent d'accueillir sans formalité les femmes enceintes d'au moins sept mois et les jeunes mères. Le texte garantit leur admission possible sous anonymat. Une prime au premier enfant légitime né dans les deux années suivant le mariage est versée aux jeunes parents. Le système des allocations familiales est consolidé.

37 Cf introduction de ce manuscrit.

Les natalistes et familialistes considèrent toutefois que le décret-loi de juillet 1939 ne va pas assez loin dans la répression de l'avortement. Ils réclament l'intransigeance. Puis les entrepreneurs de la lutte ne manqueront pas d'imputer la défaite de juin 1940 à la dénatalité française et donc à l'avortement : ils réclament toujours plus de mesures répressives. L'installation du régime de Vichy poursuit ces mesures initiales : le nouvel État fait un usage politique du familial contre la République, ses héritages et ses principes. Et dans le contexte de la défaite, les femmes se voient accusées d'avoir oublié leur « rôle naturel » de procréatrices nationales, de mères et d'épouses (CAPUANO, 2009 : 33-44). Le familial devient le prisme exclusif par lequel l'État voit la résolution des problèmes sociaux et démographiques.

Les fondements de la politique familiale sous Vichy s'appuient sur les principes autoritaires et discriminatoires du régime, avec une volonté d'exclusion de tous ceux qui ne correspondent pas au modèle de la famille pétainiste. La loi de février 1942 relative à la répression de l'avortement, portée par Jules Barthélémy et Pierre Pucheu, modifie une nouvelle fois la qualification de l'avortement : celui-ci n'est plus seulement un « fléau social », mais un crime « de nature à nuire au peuple français » (POLLARD, 1998). Il devient passible de la peine de mort.

2. Un contrôle plus étroit de la profession de sages-femmes par les médecins

Le Code de la famille de 1939 a joué un rôle notable dans cette entreprise en ce qu'il vient compléter l'article 378 du Code Pénal, qui condamnait les professionnel.le.s de santé en cas de transgression au secret médical. Le gouvernement, connaissant la possible impopularité des mesures visant à réduire l'autonomie professionnelle des médecins, qui vouerait à l'échec leur application, les encourage à se rallier à la croisade anti-avortement par une disposition habile qui contourne la sacralité du secret médical. La déclaration effectuée par un médecin ou une sage-femme n'est dès lors plus sanctionnée : les professionnel.le.s sont laissé.e.s libres de témoigner. Iels ont, également, le droit de se constituer partie civile, et celui de citation directe à certaines collectivités, dont les syndicats de médecins et sages-femmes. L'objectif est de démasquer le maximum d'avorteur.euse.s.

La profession de sages-femmes accueille avec satisfaction les mesures de ce décret-loi. Elle envoie un satisfecit à la présidence du Conseil, signé de ses trois confédérations syndicales (l'Association des sages-femmes catholiques, l'Association des accoucheuses et des puéricultrices de France, la Confédération nationale des syndicats de sages-femmes)³⁸.

38 Lettres de juin et juillet 1939, adressées à la présidence du Conseil, F/60 601 AN.

La profession est une nouvelle fois réformée par la loi n°263 du 17 mai 1943 réglementant l'organisation des études en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme. Les élèves sont sélectionnées minutieusement après avoir été reçues à un concours d'entrée. Leur admission est subordonnée à la condition d'être préalablement titulaire du diplôme d'infirmière hospitalière ou d'assistante sociale, après la réalisation de deux années d'études. La durée totale des études passe donc à quatre années. Les maternités-écoles sont contrôlées : toute école doit être obligatoirement dirigée par un docteur en médecine remplissant la fonction d'accoucheur dans un établissement hospitalier public. Les écoles sont aussi soumises à l'inspection et au contrôle des directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance. Les établissements où sont effectués les stages doivent être agréés par le secrétaire d'État à la santé après avis d'un conseil de perfectionnement.

Conjointement à l'organisation nouvelle des études de sage-femme, le secrétariat à la Santé signe un décret portant sur la création d'un ordre corporatif des sages-femmes, par l'ordonnance du 24 septembre 1945 du Général de Gaulle, concomitamment avec l'Ordre des médecins et l'Ordre des chirurgiens-dentistes³⁹. Cette création est accueillie comme une reconnaissance. Cependant, le contrôle exercé par les médecins sur les accoucheuses est sensible. Il est clairement précisé que cette section sages-femmes au sein de l'Ordre des médecins « *ne peut délibérer sur les questions intéressant la protection de la santé publique et de l'hygiène que réunie au conseil national de l'Ordre des médecins* »⁴⁰. Sa composition de l'Ordre des sages-femmes reflète également cette l'entreprise d'ancillarisation de la profession par les médecins (CAHEN, 2014) : les déléguées départementales sont nommées par le secrétaire d'État à la santé sur la proposition de l'inspecteur départemental de l'hygiène et du président du conseil de l'Ordre départemental des médecins (après assentiment du conseil de la confédération nationale des sages-femmes, toutefois). Et, dans chaque département, les sages-femmes habilitées à exercer leur profession sont groupées en collège départemental, chaque collège étant administré sous le contrôle du conseil de l'Ordre des médecins. Enfin, les médecins portent également attention à la déontologie de l'accoucheuse : « *Pour tout ce qui concerne l'honneur, la moralité et la discipline de leur profession, les sages-femmes sont soumises à la juridiction des conseils régionaux de l'Ordre des médecins* » (WOLOZYN, 2016 : 48).

Ces dispositions entérinent le sentiment, dans la profession, de n'obtenir jamais qu'une reconnaissance en demi-teinte, pondérée par le rappel de leur place de subordonnées dans la hiérarchie médicale. Au lendemain de la publication de la loi de 1943, Mme Pécelet, présidente de la Confédération nationale des syndicats de sages-femmes considère que la profession est placée devant un fait accompli : les différentes propositions concernant la réforme des études émises par la

39 Dans la continuité de la création de cette instance, le code de déontologie de la profession a été établi par le décret du 30 septembre 1949.

40 La question de l'avortement entrant dans ce domaine, les médecins conservent donc la maîtrise de cette problématique.

Confédération nationale et l'amicale des anciennes élèves de la maternité n'ont selon elle pas été prises en compte (WOLOZYN, 2016). De nos jours, le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes raconte l'histoire de la création de l'instance ordinale en des termes où s'entend l'amertume de la profession. Le lien entre une domination professionnelle et l'appartenance de genre est clairement établi :

« Toutefois, la présidence de l'Ordre des sages-femmes a été attribuée à un médecin, gynécologue-obstétricien, révélant ainsi le positionnement compliqué de cette profession alors exclusivement féminine. Il faudra attendre 1995, sous l'impulsion de Simone Veil, pour que la législation évolue et qu'une sage-femme puisse enfin présider le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes et les instances ordinales départementales et interrégionales. L'histoire de l'Ordre des sages-femmes est ainsi particulièrement symbolique de la place des femmes dans notre société mais également de celle des sages-femmes dans le monde de la santé et du lien de subordination injustifié qui existent entre celles-ci et les autres membres des professions médicales. »⁴¹

VI. Le changement de registre de l'action publique dans l'entreprise de lutte contre l'avortement

Dès 1942, et au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, ce qui allait être nommé le « Baby-boom » s'amorce : le nombre mensuel des naissances en France, qui était en moyenne avant-guerre et en 1945 un peu supérieur à 50 000, atteint 65 000 en janvier et février puis bondit à 78 000 en mars 1946 (INED, 1946) C'est un total de 840 000 naissances qui est finalement atteint cette année-là, puis 867 000 les trois années suivantes, avec un taux de fécondité à 3 enfants par femme, qui s'abaisse ensuite très légèrement (INED, 1996).

Il devient, dès lors, plus compliqué de justifier l'entreprise de lutte contre l'avortement autour de la menace de la dénatalité. L'enjeu démographique est dédramatisé. Un virage réflexif et auto-critique est entamé dans les arènes médicales, juridiques et institutionnelles : l'ordre répressif mis en œuvre sous le régime de Vichy est progressivement disqualifié. D'une part, les mesures pénales criminalisant les pratiques abortives se sont montrées inefficaces pour « rectifier les mœurs », tant dans la population (LE NAOUR et VALENTI, 2003) que dans les rangs des professionnel.le.s de santé dont les réactions vis à vis de la demande d'avortement ont toujours été très hétérogènes. Certain.e.s ont prêté main forte à l'État dans sa dérive autoritaire et fascisante de Vichy ; nombreux.ses sont ceux qui ont fermé les yeux ou qui ont poursuivi leurs activités clandestines dans une logique de sollicitude à l'égard des situations d'injustice et des difficultés sociales générées par les grossesses non désirées (CAHEN, 2016). Une rupture politique s'opère à la Libération : ce sont toutes les stratégies de l'entreprise de lutte contre les « maladies sociales » qui sont remises à

41 Disponible sur www.orde-sages-femmes.fr/ordre/histoire

plat. La main gauche de l'État, interventionniste et redistributive, prend le dessus, avec l'ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale.

Dans ce contexte, le registre de l'action publique en matière de lutte contre l'avortement évolue. Il faut cependant se garder, souligne Fabrice Cahen, d'avoir une lecture binaire des changements qui s'opèrent à cette période. Un consensus familialiste et nataliste demeure au sein de la classe politique française.

1. L'avortement, dépathologisé, entre dans le champ de la planification familiale

Au lendemain de la Seconde guerre mondiale, les priorités des pouvoirs publics se redistribuent en matière d'hygiène sociale : l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis, l'enfance délinquante, la prostitution ou les logements insalubres passent au premier plan des préoccupations. L'avortement n'est plus une « catégorie autonome d'action publique » (CAHEN, 2016 : 325). En matière d'avortement, les formes de rhétorique qui s'articulent autour des schèmes du fléau social et de l'urgence ne rencontrent plus la même audience qu'à la veille de la guerre. Les pouvoirs publics optent pour une logique d'hygiène sociale, valorisant des moyens positifs de prévention et les mesures en faveur de la natalité⁴² plutôt qu'une logique pénale dont le caractère contre-productif a été mis au jour.

Un autre type de compromis se met donc en place. La lutte contre l'avortement va se poursuivre sous d'autres modalités, sur fond d'émergence du mouvement de Birth control (PAVARD, 2012) au plan international, qui prône les mesures de prophylaxie anticonceptionnelle. Les autorités, en appui sur les recommandations du Pr Robert Debré (DEBRE, SAUVY, 1946) incitant à comprendre les facteurs sociologiques de la dénatalité plutôt qu'à incriminer les comportements individuels, estiment qu'il faut s'efforcer de mieux comprendre les pratiques abortives. Dans le cadre de la création de l'Institut national d'études démographiques (INED) en octobre 1945, pensé comme susceptible d'apporter une expertise en matière de politiques de population, une enquête statistique va être mise en place sur l'avortement, afin d'en quantifier le recours, de connaître le profil des femmes. L'objectif est d'ajuster les instruments de l'action publique à mobiliser (SUTTER, 1947).

L'enquête contribue en changement de regard qui s'amorce sur les pratiques abortives. D'abord, par l'adoption d'un raisonnement démographique, qui met en regard le taux de recours et l'âge des femmes, dont on a vu au chapitre précédent de ce manuscrit combien il prévalait aujourd'hui dans la

⁴² Le Gouvernement provisoire augmente les prestations, notamment par la majoration de l'allocation de salaire unique et des allocations familiales (HESSE et LE CROM, 2001). La modulation de l'impôt sur le revenu par l'instauration d'un quotient familial est actée le 31 décembre 1945, l'instauration de l'allocation de maternité et de l'allocation prénatale votée le 22 août 1946. (Cahen, op. Cit., chapitre VIII, « L'heure du doute », pp.319-342).

production de l'ordre symbolique sur l'IVG de nos jours. Ensuite, parce qu'elle montre que la pratique concerne davantage les ménages les plus précaires, et qu'elle relève d'une décision consensuelle au sein des couples, et non pas d'une déviance féminine. Un pas est aussi franchi dans la dédramatisation sanitaire de l'avortement, par la mise au jour d'un pourcentage de risques de décès (autour d'1%) bien inférieur aux chiffres alors véhiculés dans les formes de rhétorique visant à criminaliser la pratique. L'enquête fait d'ailleurs apparaître que le recours à un tiers compétent, qui connaît les avancées scientifiques en matière de traitements antitétaniques, de transfusion sanguine et d'usage des sulfamines, diminue ces risques. Et, parmi les complications qui sont objectivées par l'enquête, ce sont essentiellement les troubles reproductifs ultérieurs qui apparaissent comme risque principal des manœuvres abortives lorsqu'elles sont pratiquées dans des conditions sanitaires déplorables. Une décriminalisation symbolique commence à s'opérer dans les arènes professionnelles (CAHEN, op. Cit. : 331-333). Le Pr René Piedelièvre concède par exemple que l'avortement est un « *moyen comme un autre de limiter la natalité* »⁴³. Le Pr Léon Dérobert considère quant à lui « *l'erreur collective* »⁴⁴ qu'a représenté le virage répressif des politiques en la matière, et que les pratiques abortives, dont la fréquence est « *prodigieuse* » selon ses termes, ne sont rien d'autre que la pointe extrême du problème de la natalité. Dès lors, les registres de l'action publique doivent être repensés, en faveur de l'éducation et de promotion de mesures sociales contribuant à la lutte contre l'avortement. La « jeunesse » devient une figure centrale des formes de rhétorique destinées à convaincre de la portée et de l'efficacité de ce registre de l'action publique. « L'éducation sanitaire et sociale » est pensée comme nécessaire pour préparer les populations à suivre les injonctions du corps médical « afin d'éviter des actes susceptibles de mettre en péril sa santé, celle de ses proches ou celle de ses concitoyens » (BERLIVET, 2013).

Les pouvoirs publics envisagent dès lors la promotion de techniques de gouvernement des conduites qui font la part belle à la pédagogie, en mobilisant, aux côtés de l'institution scolaire, des actrices privées parmi les associations catholiques et les professionnelles de santé.

2. L'enrôlement des sages-femmes dans les politiques de surveillance des grossesses

La surveillance prénatale acquiert une signification particulière dans l'architecture des politiques de population et de reproduction définie conjointement, au sortir de la guerre, par le ministère de la Santé publique, le ministère du Travail, le Haut comité de la population française et l'Institut national d'études démographiques. Le champ d'intervention de la médecine sociale s'étend.

43 Société de médecine légale, séance du 12 juin 1944, Annales de Médecine Légale (In CAHEN, 2016).

44 *Ibid.*

Dans le droit fil des théories sur la puériculture pinardienne (THEBAUD, 1986 :117-147) gynécologues-obstétriciens, pédiatres et puériculteurs considèrent la protection des enfants, passant par celle de la santé maternelle, comme une nécessité vitale (NORVEZ, 1990). L'ordonnance du 2 novembre 1945 institutionnalise la protection maternelle et infantile (PMI), qui s'inscrit dans ce mouvement général de réorientation tactique des politiques de population : l'on assiste au redéploiement de la biopolitique, au travers des formes « adoucies ». C'est le registre de la prévention qui est privilégié : parmi les agents directs de la surveillance, c'est-à-dire l'ensemble des professionnel.le.s qui sont investi.e.s de ce mandat (médecins, sages-femmes, assistantes sociales, infirmières-visiteuses), la sage-femme occupe une place centrale⁴⁵. Dans ce registre de l'action publique, la profession est envisagée comme la plus apte à entrer dans un rapport d'interaction individualisé avec les femmes, fondé sur l'écoute, la persuasion et la quête de consentement, plutôt que sur le principe de coercition. Dans l'exercice du suivi prénatal, la sage-femme se trouve à l'interface entre les pouvoirs publics qui instaurent les politiques de la vie et les populations ; elle est la courroie de transmission des prescriptions médicales normatives de la « culture savante » en matière de maternité (KNIBIEHLER, 2002 : 9).

L'institution organise un quadrillage socio-sanitaire serré du territoire qui devra permettre d'assurer une surveillance des femmes, des grossesses et des jeunes enfants. Cette surveillance est pensée comme devant être à la fois « rapprochée », par le biais d'exams prénuptial et prénataux, de visites de grossesse, examens postnataux, et « à distance », au moyen de la déclaration de grossesse et de naissance et des fiches de consultation (THIAUDIERE, 2005). Ce mode de surveillance prénatale, expérimenté après la Grande guerre à Paris à l'initiative de Louis Devraigne à la maternité de l'hôpital Lariboisière, et d'Alexandre Couvelaire à la clinique Baudelocque et dans les dispensaires de l'École de puériculture, mêle des objectifs sanitaires et moraux : le recours à la PMI devient obligatoire pour toute femme enceinte ; le bénéfice des allocations spécifiques est subordonné à la déclaration de la grossesse et au suivi des conseils d'hygiène et de prophylaxie qui seront dispensés par un ensemble de professionnel.le.s. Dans le suivi tel qu'il est institué, trois consultations sont prévues au cours de la grossesse. La toute première est effectuée par un gynécologue, qui procède notamment au dépistage de la tuberculose et de la syphilis. Et, si aucun profil pathologique n'est détecté chez la femme, la suite de la surveillance est confiée à une sage-femme. Elle contrôle l'évolution de la grossesse, assure la préparation à l'accouchement ; elle est aussi chargée d'inciter les femmes à l'allaitement et d'inculquer à la future mère les principes de base de la puériculture. Le Pr Henri Vermelin s'exprime sur le sujet en 1949 dans le Bulletin trimestriel de l'association des anciennes élèves de l'école d'accouchement de l'université de Nancy : « *Le temps où le rôle de la*

45 Les sages-femmes et les assistantes sociales peuvent depuis le décret du 13 août 1947, à l'instar des infirmières, obtenir un diplôme d'État en puériculture qui leur donne accès aux postes de direction des services de PMI.

sage-femme était strictement limité à celui d'accoucheuse est révolu, l'évolution sociale exige d'être plus encore puéricultrice » (WOLOZYN, 2016). Son travail de repérage des situations de détresse et de vulnérabilité est, pour le Pape Pie XII en 1951, un véritable « apostolat » (CAHEN, 2016 : 362).

Durant cette période de développement de l'État social et sanitaire, s'opère une transformation de la division du travail de lutte contre l'avortement entre les médecins et les sages-femmes. Une composante sexuée entre dans cette opération de cadrage moral des comportements reproductifs. Car la logique sous-jacente de ce déploiement de la biopolitique de la PMI est bien d'encourager, par des incitations matérielles, à poursuivre la grossesse jusqu'à son terme. Du fait de leur appartenance de genre, les sages-femmes sont, dans les représentations des législateurs, dotées de capacités qui les rendraient plus aptes à « protéger les femmes contre elles-mêmes en s'adressant à leur cœur et en les orientant vers les ressources que leur offre un Etat bienveillant » (CAHEN, 2016 : 362). En tant que femmes, elles sont censées plus facilement montrer de l'empathie, entrer dans ces interactions individuelles avec tact et discrétion pour faire œuvre de « persuasion douce » dans la croisade contre l'avortement⁴⁶. Elles seules sauraient créer autour de la femme enceinte une atmosphère d'encouragement à la maternité, « *développer l'instinct maternel et éviter l'avortement clandestin* » (MORET et GUEROT, 1953 : 217). En 1939, la sage-femme Mme Marot prédisait déjà l'importance du rôle moral de l'accoucheuse : « *Véritable moissonneuse d'hygiène et de morale, elle combat les préjugés ; elle fait éclater la vérité sur la bienfaisance de la maternité ; elle veille à la propreté morale et physique ; elle assure que devenir mère est, pour la femme mariée, l'aboutissement normal de sa nature féminine, l'achèvement de sa personnalité, l'épanouissement de ses facultés, la stabilité de son foyer* »⁴⁷.

46 Commission de la lutte contre l'avortement, séance du 20 décembre 1946, 20000062, art.14

47 Congrès des accoucheuses à Liège les 10, 11, 12 juin 1939, in « Le problème de la dénatalité », *Journal des Accoucheuses*, Juillet 1939.

CONCLUSION

Cette partie sociohistorique avait pour objectif de montrer la centralité de la question de la catégorisation de l'avortement comme activité médicale – et des conflits qui lui sont corrélés- dans l'histoire des professions qui interviennent dans le champ de l'obstétrique. Nous avons souhaité souligner en effet les tensions qui ont traversé le processus de médicalisation de l'avortement, entendu comme « *construction sociale qui consiste à conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées dans ces termes* » (FASSIN, 1998). La présence des difficultés de qualification du caractère criminel de l'avortement est fondamentale pour comprendre comment elles rejaillissent, comme en miroir, lorsqu'il s'agit pour les pouvoirs publics et les professionnel.le.s du champ médical de qualifier l'IVG en tant qu'objet du travail médical, et de (re)définir les frontières des juridictions respectives des acteur.ice.s dans le champ.

Retracer les étapes de la construction du groupe professionnel des sages-femmes a permis notamment de montrer l'historicité des luttes définitionnelles qui les ont opposées, sur la question de l'avortement, aux médecins, aux gynécologues-obstétriciens et gynécologues médicaux, et qui se jouent encore de nos jours dans de nouveaux contextes sociaux⁴⁸. Ce détour par la socio-histoire importait, pour mieux appréhender la manière dont la pratique abortive a été différemment et successivement appréciée au sein des différents corps professionnels. Au regard de ces apports, l'on comprend mieux, dès lors, les enjeux de la professionnalisation de l'IVG pour les sages-femmes, et comment cette activité médicale peut cliver aujourd'hui les membres de la profession. Leur identité professionnelle s'est construite, on l'a vu, à la fois dans un rapport de domination avec les spécialistes de l'obstétrique, et dans un rapport ambivalent à la pratique abortive qui leur faisait courir le risque d'être poursuivies pénalement, et d'endosser un stigmate qui délégitimait la profession tout entière. Les unes ont adhéré au rôle qui leur était dévolu de dissuader les femmes de recourir à cette pratique, en même temps que d'autres ont continué de s'y exercer, au motif que cette pratique rendait service à leur patientèle. Sur cette tension qui a été au cœur de la construction de leur identité professionnelle, les antagonismes actuels autour des représentations sociales de l'IVG prennent racine. Les conflits passés expliquent comment, aujourd'hui, des segments peuvent s'agréger en poursuivant divers objectifs, en donnant des sens différents à leur mission, en définissant différemment leurs activités de travail et les attentes de leurs client.e.s, ainsi qu'en revendiquant l'usage de certaines techniques (STRAUSS, 1992 : 69).

48 Ce sera l'objet de la partie suivante de ce manuscrit.

L'enquête a montré la persistance des certitudes normatives sur l'avortement et la contraception dans le milieu médical français qui sont, à notre sens, aussi, l'expression de cet héritage. Ainsi Cornélia, jeune sage-femme hospitalière, affirme-t-elle exercer sa clause de conscience, et s'être toujours « débrouillée » pour ne pas avoir à participer à l'activité d'IVG dans le cadre de sa pratique. Son discours de justification emprunte la forme de rhétorique selon laquelle la variété, l'efficacité médicale et l'accessibilité des dispositifs contraceptifs sont « suffisamment bonnes » pour que l'IVG soit pensée comme problème évitable. Sa prise en charge est envisagée comme secondaire, par rapport à la prévention des grossesses non désirées. Ses propos illustrent son adhésion à l'entreprise de « persuasion douce »

« Cette loi, elle est là, c'est important qu'elle soit là, parce qu'il y avait trop de choses qui se faisaient par derrière, qui étaient dangereuses pour les femmes, mais c'est pas la solution. On a un rôle à jouer, nous sages-femmes, là-dedans. Parce que, finalement, des moyens de contraception, on en a des tonnes, qui sont efficaces, mais au final, le nombre d'IVG ne diminue pas. Donc c'est qu'il y a bien un problème quelque part. Après, je pense qu'on n'informe pas assez bien les femmes. [Le meilleur accompagnement] ouais, je pense que ce serait au moment de la découverte de la grossesse, enfin... Au moment où la femme fait la demande de l'IVG, en fait ! Parce que... Bon déjà, faut encaisser le fait qu'on soit enceinte, Bon ok, c'est peut-être pas le moment, mais... Quelles sont les alternatives, quoi ? Est-ce que c'est vraiment pas le bon moment ? Est-ce que si... Oui, j'aurais voulu un enfant, mais il vient un peu plus tôt que prévu, est-ce que c'est si grave que ça ou pas ? Enfin je pense que c'est des questions qu'on pourrait nous aussi... Enfin... On pourrait aider les femmes à se les poser, quoi ! »

Dans son approche résolument sanitaire de l'IVG, cette jeune sage-femme souligne que l'encadrement médical s'inscrit comme une protection contre le risque de banalisation de l'avortement. Son adhésion à la croyance en l'efficacité contraceptive s'articule à l'idée, très répandue elle aussi, qu'une « bonne » éducation à la sexualité permettrait l'acquisition progressive de savoirs et de compétences suffisantes pour rendre possibles des choix éclairés et responsables.

Cette partie socio-historique était aussi nécessaire pour comprendre aussi comment l'appartenance de genre entre dans ces luttes définitionnelles successives dans l'histoire de la profession de sage-femme. Celle-ci se situe en effet à l'intersection de deux champs historiographiques qui, d'ordinaire, ne se rencontrent pas : l'histoire de l'enseignement médical (longtemps dominé par les médecins eux-mêmes) et l'histoire de l'éducation des femmes. Cette partition entre l'appartenance de genre et l'appartenance professionnelle façonne l'enseignement des accoucheuses dans l'institution scolaire française telle qu'elle se développe depuis la Révolution et jusqu'à la Troisième République (MAYEUR, 2004). L'on a vu aussi combien cette profession était marquée par une représentation binaire des rôles et des capacités du féminin et du masculin. Le choix politique d'octroyer un monopole aux accoucheuses était en partie fondé sur leur appartenance au

genre féminin, et sur l'affinité censée en découler avec l'objet de leurs soins. Et le choix de placer des professeurs hommes à la tête des cours d'accouchements participe de plusieurs monopoles masculins, sur l'exercice de la médecine et sur la capacité d'enseignement théorique déniée aux femmes (ROGERS, 1996). Dès l'émergence du corps professionnel, l'enseignement obstétrical est dispensé de telle manière qu'il se révèle être le lieu ambivalent de la reconnaissance et de la subordination des sages-femmes, associées aux médecins dans la transmission du savoir. De surcroît, dans l'interdiction faite aux sages-femmes de pratiquer l'avortement, dans leur enrôlement dans l'entreprise de lutte et enfin dans la stratégie de « persuasion douce », l'appartenance de genre a aussi compté : non seulement, on l'a vu, dans les formes de rhétorique mobilisées, mais aussi de manière structurelle. En effet, Fabrice Cahen (2016) a montré qui composait la « nébuleuse » des entrepreneurs de lutte au tournant du 19^{ème} siècle, à la Belle Époque et jusqu'au lendemain de la Seconde guerre mondiale : il s'agissait presque exclusivement d'hommes, pour la plupart âgés, parmi lesquels se trouvait une forte proportion de médecins, de professionnels de la justice (spécialistes du droit pénal) ou de politiciens. L'ancrage de ces « élites de la République » était par ailleurs parisien⁴⁹. De par leur position dominante, ils avaient accès aux postes de direction des services hospitaliers ; attentifs à défendre l'honneur de leur corporation, ils avaient aussi un accès privilégié aux cercles éditoriaux des revues où étaient publiés les articles où circulaient ces mêmes formes de rhétorique instituant les rôles et places des sages-femmes dans l'entreprise de lutte. Parmi les médecins figurait une prédominance de professionnels du champ de la reproduction et de la naissance, ou de la médecine légale : ceux-là maîtrisaient les enjeux définitionnels de la catégorisation de la pratique abortive dans le champ médical. Quant aux professionnels de la justice, ils jouissaient d'une proximité importante avec les acteurs en charge de l'élaboration des textes de loi.

49 Fabrice Cahen souligne cependant qu'il faut se garder d'avoir une représentation binaire des appartenances idéologiques respectives des acteurs dans le champ politique. S'il emploie le terme de « nébuleuse », c'est justement pour montrer que, si les conservateurs étaient majoritaires, certains médecins, surtout issus du champ de l'hygiène publique, avaient des sensibilités progressistes. De la même manière, si le catholicisme était la catégorie confessionnelle la plus représentée, la nébuleuse comprenait aussi d'autres chrétiens, des laïcs et des libres penseurs. (CAHEN ; 2016 : 121).

4^{ème} PARTIE : DYNAMIQUES RÉCENTES AU SEIN DE LA PROFESSION

Contrairement aux Pays-Bas, où les gynécologues obstétriciens s'occupent exclusivement de la pathologie (ASKRICH et PASVEER, 1995), les sages-femmes françaises n'ont pas d'attributions spécifiques : tout ce qu'une sage-femme peut faire, un médecin peut le faire. Si un médecin peut déléguer la physiologie¹ à une sage-femme, cette dernière n'en détient pourtant pas le monopole. Elle a, par ailleurs, l'obligation légale de recourir au médecin dès lors qu'il y a pathologie. Le champ de compétence des sages-femmes est donc défini en réponse à un principe de délégation (CARRICABURU, 1986).

Dans une approche socio-historique adoptée dans la troisième partie de cette thèse, nous avons montré que la définition des frontières de la pathologie et de la physiologie, et donc celles des juridictions respectives de groupes professionnels concurrents dans le champ de la naissance (comme dans d'autres), résultent d'entreprises de luttes et de rapports de pouvoir. L'obstétrique moderne a construit sa domination professionnelle sur cette idée que l'accouchement pouvait nécessiter, en cas de « risque », des gestes techniques spécialisés et qu'il était, par conséquent, l'affaire de médecins (LEFAUCHEUR, 1988). Le paradigme du risque obstétrical s'est imposé dans la culture professionnelle de cette spécialité médicale. Celle-ci repose sur une approche curative (SETBON, 1996) entendue comme la polarisation des soins autour d'un raisonnement en termes de « moyens » techniques et professionnels destinés à faire face à toutes les urgences obstétricales susceptibles de se présenter, pour offrir la sécurité maximale. Il existe depuis lors en France « un quasi-consensus autour de l'idée que tout accouchement est potentiellement risqué, même lorsque la grossesse s'est déroulée de façon normale » (AKRICH et PASVEER, 1996 : 184). L'enquête a montré que l'assertion selon laquelle un accouchement ne peut être considéré comme normal que deux heures après la naissance (COLMANT, FRYDMAN, 2009) était devenue, pour reprendre les termes de Joseph Gusfield, l'un des schèmes dominants des figures de rhétorique de l'ordre cognitif produit autour de la question du risque dans le champ de l'obstétrique.

¹ La grossesse est dite physiologique (ou à bas risques) quand tout se déroule sans complication. Elle s'accompagne de tous les changements d'ordre physique et hormonal que vit la femme enceinte. Il s'agit, par exemple, de l'augmentation du débit et de la fréquence cardiaque, comme de celle du volume sanguin, des variations des fonctions rénales ou de la baisse de la motilité gastro-intestinale. In : ARTAL-MITTELMARK Raul, 2021, « Physiologie de la grossesse », Manuel MSD, Saint Louis University School of Medicine, Cf. <https://www.msmanuals.com> rnière révision totale mai 2021

Mais la définition du risque obstétrical est, elle-même, soumise à des évolutions. Ainsi, dans cette quatrième partie, nous nous intéresserons aux dynamiques qui se font jour actuellement au sein de la profession de sages-femmes, de manière à donner le contexte dans lequel s'inscrit les récents élargissements de leur champ de compétence à la pratique de l'IVG, par voies médicamenteuse et instrumentale. Nous présenterons les évolutions organisationnelles et culturelles dans les champs de l'obstétrique, de la gynécologie et de la périnatalité où interviennent les sages-femmes hospitalières, libérales et territoriales, quel que soit leur cadre d'exercice (privé/public).

Notre thèse pose en effet que l'établissement de leur légitimité à intervenir dans la conduite de l'action publique en matière d'orthogénie a été congruente du glissement paradigmatique qui s'est opéré dans la culture du problème public de l'IVG², en même temps qu'il s'inscrit dans le contexte plus large d'une redéfinition même de la maïeutique³. Celle-ci se conçoit comme une approche qui tient compte davantage des compétences, attitudes et comportements des professionnel.le.s de la santé sexuelle et reproductive, plutôt que sur des rôles propres, strictement définis dans la hiérarchie médicale. La maïeutique est aussi défendue avec l'argument qu'elle améliore le rapport coût/efficacité des prises en charge des femmes et des enfants, en s'appuyant sur la considération des bénéfices sociaux, économiques et sanitaires d'une approche systémique des soins maternels et néonataux de qualité (SMNQ), entendus comme faisant la part belle à la promotion de la santé⁴, à la prévention et à la prise en compte des points de vue, de l'expérience et des ressources des femmes et de leur famille. Nous posons donc que c'est dans le cadre de cette conception de la maïeutique pensée comme « pratique consistant essentiellement à optimiser les processus physiologiques, biologiques, psychologiques, sociaux et culturels de la reproduction et de la petite enfance »⁵ que la prise en charge de l'IVG est devenue une pratique légitime pour les sages-femmes en France.

² Nous renvoyons là à la seconde partie de ce manuscrit, où nous avons montré comment l'avortement tend à être considéré comme une donnée structurelle de la santé génésique, de par la régularité statistique de ce fait, malgré la diffusion et les innovations des dispositifs contraceptifs. Ainsi, les termes du compromis instauré par la loi Veil évoluent, bien que les autorités publiques n'envisagent de le démedicaliser tout à fait, car la nécessité d'un contrôle social sur les pratiques de régulation des naissances fait toujours consensus. C'est toujours à la médecine qu'il incombe d'exercer ce contrôle. Cependant, les modalités de prise en charge de cet acte médical se sont progressivement assouplies, dans un sens qui donne une part plus importante à l'autonomie décisionnelle des femmes. Le recours à l'IVG perd ainsi (un peu de) son caractère de « déviance légale » (DIVAY, 2004). La normalisation progressive de sa prise en charge dans le système de santé contribue à ce qu'il soit davantage considéré d'un point de vue « physiologique » par les professionnel.le.s de santé, et non plus comme une « maladie ».

³ *The Lancet*, « Maïeutique », Résumé analytique de la série du *Lancet*, juin 2014.

⁴ L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Cette approche de la santé est basée sur l'idée centrale que sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé (l'accès à l'alimentation, les conditions de logement, l'accès à l'éducation, le fait de disposer d'un revenu, de bénéficier d'un écosystème stable, de pouvoir compter sur un accès durable aux ressources et d'avoir accès à une justice sociale et à un traitement équitable), les gens ne peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal. (OMS Europe, « Promotion de la santé », disponible sur https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)

⁵ *The Lancet*, « Maïeutique », op.cit., p. 3.

Au préalable, nous retracerons un état du marché du travail des sages-femmes à l'heure actuelle. Puis ces représentations successives et antinomiques de la naissance et de la santé sexuelle depuis les années 1950 seront retracées dans cette partie, au regard des dynamiques professionnelles du groupe. Ces façonnages comme leurs conséquences sociales contribuent à l'évolution du champ de compétence des sages-femmes : en parallèle, son rôle, sa place dans le système de soins et la définition de sa juridiction ont en effet beaucoup changé. L'analyse des changements de paradigme comme des évolutions du marché du travail des sages-femmes est nécessaire pour comprendre les tensions au sein du groupe professionnel ainsi que les manières dont ses membres donnent sens au fait d'être intégrées à la catégorie des « metteur.euse.s » en œuvre des politiques publiques en matière d'IVG. En effet, l'élargissement de leur champ de compétence à la pratique de l'orthogénie est, pour certaines, vécu comme une opportunité d'accroître la reconnaissance du groupe professionnel. Pour d'autres, il contribue à un brouillage supplémentaire de leur identité professionnelle.

Cette quatrième partie analysera le nouveau cadrage de l'activité médicale qui domine actuellement, et qui s'efforce d'articuler des concepts de démocratie et de sécurité sanitaires : dans le champ de la naissance, comme ailleurs, l'institution médicale tente de garantir conjointement les droits des usagers et la qualité des soins, cherchant à circonscrire le risque iatrogène comme celui des infections nosocomiales (CARRICABURU *et al.*, 2010). C'est dans ce cadre que nous nous intéresserons aux définitions données à la « physiologie » entendue à la fois sur le plan des qualifications médicales des actes effectués par les professionnel.le.s et sur le plan de la nature des prises en charge proposées.

Nous verrons ainsi dans un premier chapitre que la définition de la physiologie ne fait pas consensus entre les différent.e.s professionnel.le.s qui interviennent dans le champ de la naissance. Cette labilité des représentations, comme celle de l'avortement que nous avons soulignée, induit des déplacements (FILLON, 2012)⁶ selon les situations abordées (PAILLET, 2007 ; GISQUET, 2008, pour la réanimation néonatale, par exemple). L'organisation de l'offre de soins dans le champ de la naissance s'est d'abord établie sur le modèle du risque obstétrical, à partir des années 1950. L'accouchement s'est inscrit dans des dispositifs prescrits, faisant de la parturiente une patiente. La maîtrise de la haute technicité entre donc dans la définition de la juridiction des sages-femmes. L'inflation de la catégorie « haut risque » dans l'organisation de l'offre de soins obstétricaux a donné lieu à un renouveau des luttes définitionnelles : certaines ont endossé l'identité de « technicienne »,

⁶ Emmanuelle Fillion a montré par exemple la stratégie utilitariste employée par les professionnel.le.s pour se préserver des dilemmes moraux inconfortables et déstabilisants lorsque le choix d'une intervention médicale ne fait pas consensus dans une situation d'incertitude. Par exemple, la cause du « bien de l'enfant » peut être invoquée pour contourner le non-consentement de la femme aux soins (concernant notamment les hospitalisations avant l'accouchement, l'imposition d'un monitoring continu pendant le travail, ou encore certains recours à la césarienne).

parce qu'elle les rapprochait du corps des médecins, tandis que d'autres ont privilégié la dimension relationnelle de leur métier.

Puis, dans un second chapitre, nous montrerons que la demande sociale d'une « re-naturalisation » de l'accouchement (MEMMI, 2016) a été progressivement entendue par l'institution médicale, dans un mouvement de remise en question du paradigme de l'hypermédicalisation de l'obstétrique. L'agentivité sexuelle et reproductive des femmes est aujourd'hui davantage reconnue : là encore, ces évolutions contribuent à renforcer le rôle symbolique des sages-femmes, ainsi que leur légitimité dans la conduite de l'action publique en matière de santé génésique, du fait qu'elles occupent une position d'interface entre les femmes et les professions dominantes dans le champ. C'est, à notre sens, le résultat de la production d'« arrangements » (BOLTANSKI, 2004) entendus comme moyens d'estomper des tensions existantes entre des contraintes d'ordre divers, sans cependant les annuler.

Le troisième chapitre de cette quatrième partie sera consacré à la présentation des élargissements successifs du champ de compétence des sages-femmes, survenus pour l'essentiel à partir des années 2000. Nous montrerons les tensions qui traversent la profession de sages-femmes du fait de ces évolutions, ainsi que les nouvelles luttes définitionnelles auxquelles elles donnent lieu.

CHAPITRE I. État des lieux profession sages-femmes - partie marche du travail

A. EVOLUTIONS DEMOGRAPHIQUES¹ ET EFFETS :

L'essor démographique de la profession de sages-femmes n'a pas d'équivalent dans les autres professions médicales. Le nombre des sages-femmes en activité a en effet augmenté de manière régulière, de façon particulièrement forte depuis les années 2000 jusqu'en 2017 (environ 3 % d'augmentation annuelle) puis plus lentement ensuite, jusqu'à stabilisation de l'effectif, avant un récent redémarrage ces deux dernières années. Au 1er janvier 2022, 23 764 sages-femmes exercent une activité en France.

Tableau 2. Effectifs de sages-femmes par année et par sexe

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ensemble	19 552	20 322	20 960	21 604	22 299	22 724	22 824	22 956	23 175	23 541	23 764
Femmes	19 147	19 863	20 449	21 025	21 682	22 095	22 203	22 326	22 536	22 900	23 105
Hommes	405	459	511	579	617	629	621	630	639	641	659

Source DREES²

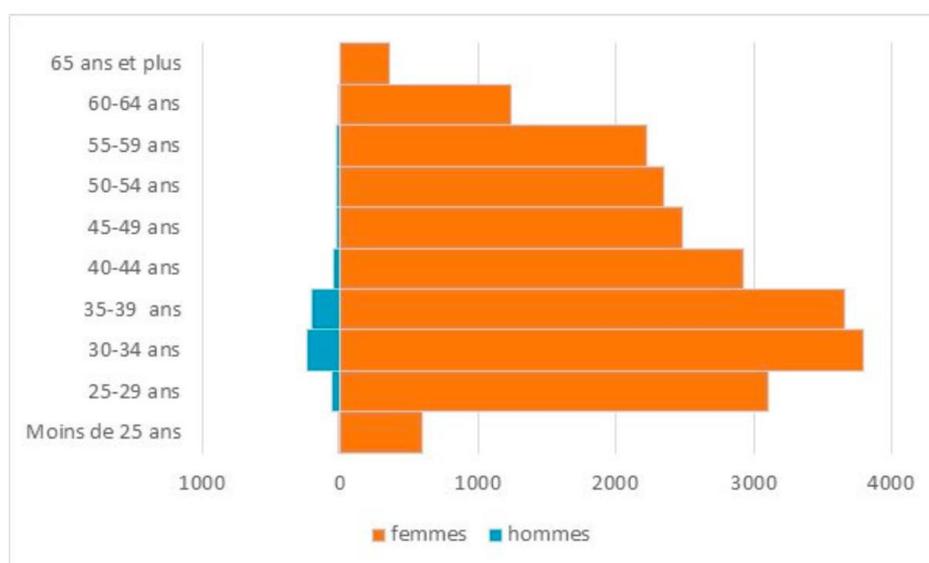
La profession est majoritairement féminine (97,3 % en 2022). Les professionnelles sont aussi plus jeunes soit 41 ans en moyenne (DREES, 2021) que les gynécologues-obstétricien.ne.s (48 ans en moyenne³) et les médecins généralistes avec un âge moyen de 51 ans en 2018 (DREES, 2018 :4).

¹ Pour décrire la démographie et les effectifs des sages-femmes, ce sont les données du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) géré par le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, qui ont été utilisées. Les données utilisées pour décrire les statuts d'emploi dans les établissements de santé sont issues de l'enquête SAE également mise en œuvre par la DREES.

² <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

³ Ce chiffre date de 2020. Cf <https://www.profilmedecin.fr>

Pyramide des âges des sages-femmes en 2021 (DREES, 2021 : 30)



Source : RPPS – exploitation DREES

Entre 2004 à 2014, la profession de sages-femmes a connu un rajeunissement démographique : les moins de 40 ans représentaient 52 % des effectifs en 2014 contre 44 % dix ans auparavant (CNOSF, 2014). Aujourd'hui, le nombre de sages-femmes de moins de 30 ans s'élève à 3000 : ce chiffre élevé est une conséquence directe du niveau de *numerus clausus* jusqu'alors en vigueur. En parallèle, l'on constate une forte hausse du nombre de sages-femmes de plus de 55 ans en activité : on compte par exemple environ 1 250 sages-femmes actives de 60 à 64 ans en 2021 alors qu'elles n'étaient que 600 en 2012. Plus de la moitié des 2 300 sages-femmes ayant entre 50 et 54 ans en 2012 est toujours active en 2021. Les réformes des retraites touchant les générations concernées ont eu certainement pour effet de décaler progressivement leur âge de départ. Ainsi, en 2021, 16 % de la profession a plus de 55 ans, contre 12 % en 2012. L'âge moyen de ces professionnelles a augmenté au cours de la période passant d'à peine 40 ans en 2012 à 41,3 ans en 2021.

Les hommes, à qui la formation est ouverte seulement depuis 1984, y sont extrêmement minoritaires. Cependant, leurs effectifs ont fortement augmenté depuis 2012 : on comptabilise aujourd'hui 641 sages-femmes hommes, contre 405 en 2012. Ils représentent ainsi près de 4,5 % des sages-femmes de moins de 40 ans.

Conjointement, la densité des sages-femmes⁴ évolue. Un écart s'est creusé entre l'effectif de sages-femmes en activité et le nombre de naissances⁵ ou de femmes en âge de procréer, qui ont connu une baisse sensible ces dernières années. Cet écart s'est traduit par une diminution du nombre de naissances par sage-femme et par une croissance de la densité de sages-femmes rapportées aux femmes en âge de procréer. Entre 1994 et 2014, cette diminution du nombre de naissances par sage-femme a été de 35 % (de 58 à 38 naissances) (CNOSF, 2014). La densité de sages-femmes rapportée aux femmes en âge de procréer a augmenté de + 75 % sur la même période (85 en 1994 contre 148 en 2014). Et la densité moyenne à l'échelle nationale est ainsi passée de 136,8 sages-femmes pour 100 000 habitants en 2012 à 164,2 en 2022⁶. Lorsque l'on prend en compte le nombre de femmes en âge de procréer, la densité était de 126 sages-femmes pour 100 000 femmes en 2011 à 164,82 en 2022. D'après les projections de la DREES, à l'horizon 2050, la densité standardisée de sages-femmes progresserait de 27 % par rapport à 2021, si les tendances n'évoluent pas (DREES, 2021).

La croissance du nombre de diplômées a en effet été très importante (+ 44 % entre 1990 et 2010). De fortes réévaluations du nombre de places offertes en écoles de sages-femmes ont été observées pendant cette période : +10 % entre 1998 et 1999 et +23 % entre 2001 et 2002, le *numerus clausus*⁷ restant stable ou progressant entre 1% et 4% sur les autres années⁸.

⁴ Plusieurs indicateurs peuvent être utilisés pour indiquer cette densité (nombre d'habitants, nombre de naissances, nombre de femmes en âge de procréer, ou nombre de femmes entre 15 et 49 ans pour prendre en compte également les femmes pouvant bénéficier d'un suivi de prévention en matière de contraception).

⁵ Sur la période 2004-2014, le nombre de naissances n'a évolué que de + 11 % au cours de la même période, l'effectif des femmes en âge de procréer ayant même baissé de 3 %. Et, entre 2014 et 2020, le nombre de naissances a baissé chaque année, passant de 818.565 nouveau-nés à 740.000, soit une baisse de 9,6 %. Si l'entrée dans l'âge de la maternité de classes d'âges moins nombreuses explique cette baisse, il faut également tenir compte de l'avancée de l'âge moyen des femmes au premier enfant : celui-ci est aujourd'hui de 30,8 ans, alors qu'il s'enlevait à 28,5 ans en 2015. L'incertitude provoquée par la crise sanitaire a eu par ailleurs une très forte incidence sur la natalité (- 7 % entre décembre 2019 et décembre 2020), même si la tendance semble s'être atténuée depuis.

⁶ ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1er janvier 2022.

⁷ Un *numerus clausus*, décliné pour chacune des écoles de sages-femmes et publié par arrêté des ministres chargés de la Santé et de l'Enseignement supérieur, détermine chaque année le nombre d'étudiantes autorisées à intégrer une école de sages-femmes à l'issue du concours de fin de 1^{re} année de médecine (depuis 2003). Depuis 2010, des places complémentaires dans un nombre limité de centres d'examen sont ouvertes pour l'admission en 2^e ou 3^e année, sous certaines conditions de diplômes. Parallèlement, sous certaines conditions, des élèves sages-femmes peuvent être admises en 2^e année d'études médicales, pharmaceutiques ou odontologiques, et des diplômées, en 3^e année. Depuis 2006, le *numerus clausus* est relativement stable. En 2010-2011, il est de 1023 en tenant compte de ces « passerelles ». Ces niveaux de *numerus clausus* relativement élevés concernent des générations entrant en activité à partir de la fin des années 2000 (après une formation de 4 ans). Leur arrivée impacte fortement à la hausse l'effectif global de sages-femmes en activité, les générations précédentes étant issues de *numerus clausus* beaucoup plus restreints : depuis 1977 où il a été introduit pour les études de maïeutique jusqu'aux années 2000, celui-ci était de l'ordre de 700 places par an. (DREES, 2021b :29) La réforme des études de santé portée par la Loi Organisation et transformation du système de santé de 2019 a mis fin au dispositif du *numerus clausus*. À partir de la rentrée 2021, ce dispositif a été remplacé par le *numerus apertus*, qui a pour ambition de déterminer les flux d'entrée aux études de santé de façon plus flexible et plus concertée, avec un objectif de réponse aux besoins de santé des territoires.

⁸ Il existe cependant des déperditions : un écart existe entre les quotas fixés et le nombre de diplômés. D'une part, les quotas ne sont pas toujours remplis. Le différentiel entre le *numerus clausus* fixé au niveau national et le nombre de « primo-inscrits » a augmenté au cours des cinq dernières années, passant de -0,2 % en 2005 à -3,4 % en 2009. Ce différentiel est cependant moindre que celui enregistré pour la formation d'infirmiers (-9 % en 2009). D'autre part, une certaine déperdition s'opère entre le nombre de « primo-inscrits » en première année d'école de sages-femmes et le nombre de diplômées à l'issue des études : en 2009, après quatre années d'études, l'écart se situait en moyenne autour de -8 %.

Sous hypothèses de comportements et de législation constants, les projections de la DREES (2012) montrent une croissance continue de la densité standardisée⁹. À l'horizon 2050, celle-ci progresserait de 27 % par rapport à 2021 pour la France. L'évolution divergente entre l'effectif de sages-femmes et le nombre de naissances devrait s'amplifier dans les prochaines années : en 2030, l'effectif de sages-femmes tel que projeté par la DREES aura augmenté de près de 25 % par rapport à 2014 et le nombre de naissances sera en très légère diminution selon les projections de l'INSEE¹⁰. Ainsi, sur la période 1993 - 2030 et dans l'hypothèse d'un maintien du numerus clausus, l'effectif de sages-femmes serait multiplié par 2,10 et celui des naissances par 1,10.

Cette croissance continue de l'effectif des sages-femmes résulte de flux entrants très supérieurs aux flux sortants. Le niveau du numerus clausus constitue pour l'instant le principal facteur explicatif de cette croissance¹¹. Les sages-femmes titulaires d'un diplôme étranger¹² sont parfois ciblées comme étant responsables de cette croissance : en réalité, elles ne représentaient que 4 % des professionnelles actives au 1er janvier 2011. Ce gel du numerus clausus résulte de la préoccupation des pouvoirs publics relative à la volonté de renforcer la sécurité dans le domaine périnatal (décrets de 1998, plan Périnatalité de 2004) et à la crainte d'un probable manque d'effectifs, dû aux tensions consécutives à la mise en œuvre des 35 heures, à l'incidence des normes sur l'organisation du travail en maternités et au développement du temps partiel. Dans son rapport de 2011, la Cour des comptes indiquait que le relèvement du numerus clausus n'avait pas été fondé sur des travaux mesurant les perspectives de besoins (COUR DES COMPTES, 2011 :173-198).

Ce surplus d'effectif projeté, face à une natalité stagnante, interroge¹³. S'il n'a pas permis de réduire les disparités géographiques qui se font jour dans la répartition de l'offre de soins sur le territoire (cf infra, partie V), il contribue à précariser l'emploi (CHARRIER, 2011 ; rapport du CNOSF, 2014 ; ONDPS, 2016 et 2021), ainsi qu'à engendrer une concurrence entre groupes professionnels ainsi qu'entre les différents segments de la profession de sages-femmes. C'est dans ce

⁹ Les densités standardisées permettent de tenir compte des besoins de soins différenciés selon l'âge : elles sont calculées en rapportant le nombre de professionnel.le.s en activité à une population dite « standardisée » au sein de laquelle chaque tranche d'âge est pondérée par sa consommation en soins de maïeutique et gynécologie, telle qu'observée dans les données de l'Assurance maladie en 2018. La consommation en soins de maïeutique et gynécologie est très concentrée sur les tranches d'âge de 20 à 49 ans, avec un pic entre 25 et 39 ans. Les territoires dont une large part de la population se situe dans cette tranche d'âge ont ainsi des besoins de soins accrus en maïeutique.

¹⁰ Soit 778 049 naissances projetées en 2030.

¹¹ Les inscriptions à l'Ordre de diplômées à l'étranger, souvent évoquées pour expliquer l'augmentation de l'effectif, représentent une part stable, inférieure à 6 %, rapportées aux sages-femmes actives, en 2014. Toutefois, ces ratios constituées à partir de la base RPPS (traitement Drees) excluent les sages-femmes retraitées ou inactives (c'est-à-dire sans emploi) inscrites à l'Ordre. Les données communiquées par l'Ordre montrent une part plus importante de diplômées à l'étranger, en particulier chez les primo-inscrites (ONDPS, 2016 :33).

¹² Elles peuvent également exercer sur le territoire français sous certaines conditions.

¹³ Le questionnement porte notamment sur l'usage du dispositif de régulation tant quantitatif que géographique qu'est le numerus clausus (ONDPS, 2016 : 30).

contexte démographique et organisationnel qu'il faut replacer les luttes définitionnelles des sages-femmes pour défendre le territoire de leur juridiction, en matière d'orthogénie en particulier.

I. Une évolution différenciée des effectifs selon le secteur d'exercice et le statut

La profession connaît d'importantes mutations quant aux choix des modes d'exercice opérés par les professionnelles des dernières années. En 2012, 74 % des sages-femmes étaient des salariées hospitalières (avec 58 % dans le secteur public et 16 % dans le secteur privé). 8 % étaient des salariées non hospitalières (dont plus de la moitié exerçaient dans un service de PMI) et 18 % exerçaient en libéral (exclusif ou mixte). Seules 6 % des sages-femmes, en majorité libérales, exerçaient plusieurs activités (DREES, 2012 : 4). Aujourd'hui, en 2022, cette répartition des professionnelles par secteur d'exercice est entièrement différente, même si le statut de salariée demeure majoritaire.

Tableau 3. Répartition actuelle de la profession par secteur d'exercice et statut

	En libéral exclusif	Libéral mixte	Salariées hospitalières	Salariées non hospitalières	Ensemble
Effectifs	5 915	2 432	13 538	1 879	23 764
Effectifs en %	24,9	10,2	56,96	7,94	

Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1er janvier 2022

On constate aujourd'hui l'attraction exercée par l'exercice en libéral exclusif et/ou mixte, qui occupent plus du tiers des effectifs de la profession (35,1%). L'activité en libéral connaît actuellement une très forte croissance, et ce dès la sortie des études, pour des raisons que nous expliciterons plus loin. Ce dynamisme prononcé s'inscrit, nous y reviendrons, dans le contexte de la réforme hospitalière et du virage ambulatoire promu par la loi HPST 2009. La proportion des grossesses suivies par une sage-femme libérale est en forte augmentation : 25% en 2016 contre 16% en 2010 (ONDPS, 2016). Ce secteur représente, dans le principe, une opportunité de santé publique car il diversifie l'offre de soins de gynécologie médicale qui est en situation de pénurie. Si ces tendances se prolongent, les effectifs de sages-femmes libérales et/ou mixtes progresseraient de 70 % à horizon 2050 (DREES x, 2021). En effet, la part des sages-femmes exerçant en libéral est estimée, dans les projections tendanciennes de la DREES, à 46 % en 2050. Cette projection va dans le même sens que de celle réalisée par la Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes et sages-femmes (CARCDSF) ; celle-ci estime, en effet, que dans 10 ans, le nombre de leurs cotisantes, aujourd'hui de 7 191, passera à près de 10 000 soit près de 40 % de l'effectif total.

L'attractivité de ce mode d'exercice se traduit également par un rajeunissement des effectifs dans ce secteur d'exercice : les salariées non hospitalières et celles exerçant en libéral sont aujourd'hui plus jeunes que les sages-femmes salariées hospitalières, en moyenne. Il y a dix ans, le choix de ce mode d'exercice était alors généralement opéré après 40 ans, suivant un certain calendrier dans le parcours professionnel (CHARRIER, 2011)¹⁴.

Tableau 4. Répartition actuelle de la profession par secteur d'exercice, âge et sexe

	En libéral exclusif	Libéral mixte	Salariées hospitalières	Salariées non hospitalières	Ensemble
Âge moyen Ensemble	39.5	38.6	40.8	43.9	40.5
Femmes	39.6	38.8	40.9	44.1	40.6
Hommes	36.2	34.9	36.6	32.8	36

Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1er janvier 2022

Aujourd'hui, le nombre des sages-femmes libérales très jeunes augmente encore plus rapidement que le nombre moyen de sages-femmes libérales. Elles sont 38 % parmi les moins de 30 ans à choisir ce mode d'exercice (27 % environ à titre exclusif, 11 % environ avec une activité mixte), là où elles n'étaient que 9 % à s'installer directement en libéral au sortir de leurs études en 1998. En 2014, elles étaient déjà près de 20 %, et en 2020 pas moins de 34 % (ONDPS, 2016 :43). Le taux de sages-femmes libérales chez les primo-inscrites est passé de 9 % à 20 % (DOUGUET, VILBROD, 2017, 121-147). Ce mouvement s'explique en tenant compte des modalités d'insertion sur le marché du travail des jeunes : les parcours d'insertion étant très précaires, l'activité libérale (en remplacement pour commencer) constitue une alternative ou un complément d'activité de plus en plus fréquent à l'activité salariée¹⁵. L'entretien suivant montre bien les différents paramètres qui construisent les parcours d'insertion tels que la situation du marché du travail à l'échelle locale, les modalités de fonctionnement des établissements locaux (selon leur statut d'établissement public ou privé), la densité simple et standardisée (relativement à la demande de soins à l'échelle de la zone du territoire),

¹⁴ Philippe Charrier décrit la très grande diversité des parcours des sages-femmes de son échantillon (804). Il distingue 6 parcours « types » dans la succession des postes et des emplois occupés par les sages-femmes, en fonction du nombre d'étapes du parcours professionnel ; le parcours le plus fréquemment emprunté, même s'il ne représente qu'une faible part de son échantillon d'étude (15,9%) et qu'il ne traduit pas une tendance nette et massive, est très significatif de la voie d'entrée dans la profession ; il ne comprend que deux étapes. Conformément à l'évolution du marché du travail et de la société salariale, l'entrée dans la carrière s'opère par des vacances hospitalières après la sortie de l'école, avant de trouver un poste stable (CDI public). Ce passage par le CDD à l'entrée dans la profession concerne plus particulièrement les jeunes sages-femmes (moins de 15 ans d'ancienneté). Rares sont celles, en 2011, qui choisissent l'exercice libéral comme première étape de leur carrière. Ce choix s'opère plus tardivement dans la carrière, après plusieurs étapes professionnelles. Il énonce l'hypothèse d'un nécessaire cheminement professionnel avant d'opérer le choix de ce mode d'exercice. Le « chemin professionnel » idéal-typique qu'il dessine est celui d'un exercice hospitalier (public ou privé) en premier, suivi du choix d'autres formes d'exercice (libéral, en PMI ou comme formatrice en école de sages-femmes). Il montre également que ce chemin professionnel est corrélé à l'âge : le désir du changement de mode d'activité survient en général à la période des 40 ans. Une fois les congés maternités passés, les enfants étant scolarisés, nombre de sages-femmes connaissent les débuts d'usure du travail hospitalier. (Charrier, 2011 : 88-95).

¹⁵ La part des installations par contrainte a augmenté, passant de 10% des motifs d'installation pour les installations datant de plus de 2 ans à 20% pour les installations datant de moins de 2 ans. Cf. Marine Herman, *L'installation en libéral des jeunes diplômées : de la contrainte au choix délibéré*, mémoire pour l'obtention du DE, Université de Versailles-Saint Quentin en Yvelines, 2014.

la qualité de l'entente avec les professionnel.les du secteur qui conditionnent la possibilité de s'informer sur les opportunités de travail, etc. :

« Je suis de la région, je voulais essayer de travailler dans la région et puis mon conjoint était dans le coin. Malheureusement il n'y avait pas de place dans les maternités aux alentours. Et j'ai trouvé une place en centre périnatal, donc j'ai sauté sur l'occasion. J'y suis restée 8 mois et ça ne m'a pas plu. Donc j'ai démissionné, en sachant que j'étais à mi-temps en centre périnatal ; pour compléter mon mi-temps, je m'étais installée en libéral, mais sans cabinet. Je faisais que les domiciles, les suivis post-natals et puis les monitos. Après avoir démissionné du centre périnatal, j'ai eu l'opportunité de faire des remplacements à la maternité de C2. C'est là que j'ai rencontré Monsieur B. qui était gynécologue, et qui était marié à une sage-femme libérale, F., qui travaillait ici. Il m'a dit « Ma femme cherche quelqu'un pour la remplacer, je sais que tu es en libéral à moitié, si ça t'intéresse... » C'est comme ça que j'ai fait la rencontre de sa femme. J'ai fait un remplacement, ça s'est bien passé. Et elle m'a proposé de lui succéder puisqu'elle envisageait de prendre sa retraite, ça s'est fait comme ça. Je suis venue à faire que du libéral. Au départ, je continuais à faire de temps en temps des gardes à la maternité, j'aime bien faire des accouchements... Et là, je suis toute seule sur le secteur, j'ai pas du tout de concurrence, j'ai une très très belle patientèle (rires). J'ai beaucoup de travail et je peux plus me permettre de prendre du temps pour aller faire des gardes, d'autant que c'est des gardes de 24 heures ici à la maternité, c'est une clinique privée donc on a encore le droit de faire des gardes de 24 heures ici ».

Extrait d'entretien avec Anne-Laure, sage-femme libérale, 34 ans, département rural, 2018¹⁶.

Les temps partagés entre plusieurs établissements ou modes d'exercice sont fréquents. Par ailleurs, l'installation en cabinet de groupe a tendance à se développer (ONDPS, 2021). Ce mode d'exercice est donc de plus en plus envisagé : dans les représentations des jeunes sages-femmes, le travail en libéral est perçu comme plus intéressant et plus attractif en comparaison d'un travail en établissement de santé qu'elles ont éprouvé comme pénible au cours de leur formation initiale, du fait des conditions d'emploi. Il a cependant un coût d'entrée significatif en temps et en argent : les démarches pour poser le cadre d'exercice (auprès du Conseil de l'Ordre de l'Urssaf, et pour faire valoir leurs droits à la retraite) sont jugées pénibles. L'investissement dans une assurance peut n'être rentabilisé qu'à partir d'un certain niveau d'activité. La nécessité de se former (à la rééducation périnéale, souvent et à la gynécologie en particulier quand le diplôme est déjà un peu ancien) peut représenter aussi un coût. En outre, les débouchés d'emploi ne sont pas infinis, en particulier dans les zones les plus denses et déjà très dotées, lorsqu'elles doivent faire face à une importante concurrence des médecins généralistes. La question de la soutenabilité de ces installations se pose aussi en zone rurale.

¹⁶ Cet extrait d'entretien est tiré du matériel récolté par Emma P. dans le cadre de l'enquête qu'elle a réalisée pour son mémoire de fin d'études à l'école de sages-femmes de D1, que nous avons eu l'occasion de diriger au cours de notre propre travail de terrain. Nous utilisons ce matériel avec son aimable autorisation.

En 2017, le revenu d'activité annuel des sages-femmes libérales s'élève à 31 790 euros en moyenne. Plus de 10 % de ce revenu provient d'une activité salariée, un tiers des sages-femmes libérales cumulant activités libérale et salariée. Ce revenu a diminué de 0,6 % en moyenne annuelle et en euros constants, après une hausse de 0,7 % entre 2014 et 2017.

En 2018, le salaire net mensuel moyen en équivalent temps plein des sages-femmes dans le secteur hospitalier s'élève à 2 730 euros. Il est légèrement plus élevé dans le secteur hospitalier public (2 780 euros) et, dans une moindre mesure, dans le secteur privé non lucratif (2 625 euros), que dans le secteur privé lucratif (2 549 euros). C'est dans le secteur privé, et particulièrement dans le privé non lucratif qu'il est le plus dynamique, puisqu'il a progressé de 3,1 % en euros constants entre 2017 et 2018, contre 1,8 % dans le secteur privé lucratif et seulement 0,8 % à l'hôpital public.

II. La dualité du marché du travail : le CDI reste la norme, mais l'emploi se précarise

Certaines incertitudes liées au décompte des effectifs de sages-femmes¹⁷ demeurent. Malgré cela, on constate un mouvement de précarisation des formes d'emploi dans la profession. Tout d'abord, il existe une part importante d'emplois non titulaires dans les établissements de santé, et celle-ci devient plus conséquente avec le temps (CNOSF, 2014)¹⁸. Si, dans les établissements de santé publics, les titulaires ou stagiaires de la fonction publique hospitalière représentent une majorité, soit près de 80 % des effectifs en équivalent temps plein (ETP) de la profession, la part de contractuel.le.s en CDD et CDI, minoritaire, est cependant plus importante que celle des autres employé.e.s contractuel.les dans l'ensemble de la fonction publique hospitalière elle s'élève à 20 % des effectifs en ETP, et, parmi cette part, les emplois en CDD sont majoritaires (IGAS, 2021). Cette part des salariées titulaires au sein des établissements publics s'élevait à 83% en 2012 contre 86% en 2009. Les études montrent que la forme de l'emploi dans le secteur public évolue : en 2012, un.e salarié.e sur sept d'un établissement public travaille en CDD contre un sur neuf quatre ans plus tôt. La part des salariés en CDD tous établissements confondus est passée de 11.8% à 14.2% entre 2009 et 2012. En 2021, le mouvement se poursuit : l'on décomptait 11 817 ETP dans la profession, avec 9364 ETP titulaires et stagiaires dans les établissements de santé publics (79,2%), 460 ETP en CDI (3,87%) et

¹⁷ Les données d'effectifs de sage-femme en activité salariée ne sont pas décomptées dans le RPPS des lors que leur activité cesse (parce qu'elles sont en CDD non renouvelé ou parce qu'elles quittent un emploi par choix ou contrainte personnelle). Une partie des effectifs répertoriés comme salariés peuvent être au chômage ou inactives. Celles qui sont à l'instant T en congé maternité ne sortent pas du RPPS.

¹⁸ En 2012, sur près de 16650 emplois salariés recensés (14640 ETP), 61% sont des emplois titulaires dans le public, 13% des emplois non titulaires et 26% des emplois dans le privé. *Ibid.*

1 993 ETP CDD (16,86 %) ¹⁹. Le recours au CDD devient également plus fréquent dans le secteur privé ²⁰.

Par ailleurs, la pratique du temps partiel s'est développée : en 2009 ²¹, un tiers des sages-femmes salariées hospitalières travaillaient à temps partiel. 1 infirmière salariée hospitalière sur cinq travaillait ainsi à cette période. Les remplacements offrent rarement un emploi à temps plein et il faut souvent trouver plusieurs contrats (deux souvent, parfois trois, en libéral et/ou salarié) pour parvenir à une activité complète. En 2011, Philippe Charrier analysait le rapport des sages-femmes au type de contrat et notamment au choix du temps partiel en lien avec les calendriers biographiques, en particulier avec les étapes de maternités et d'éducation des enfants ²². De nos jours, le temps partiel est davantage subi dans les carrières des sages-femmes.

Ainsi, les études récentes montrent que l'offre d'emploi salarié n'est pas suffisante pour occuper toutes les sages-femmes actives. En quelques années, le marché du travail est passé d'une situation de plein emploi avec une offre de travail à durée indéterminée rapidement accessible, à une situation où il n'y a plus de postes à durée indéterminée accessibles pour les nouveaux entrants. Ce changement explique que l'entrée dans la profession se fasse de plus en plus par un contrat à durée déterminée (CHARRIER, 2011 ; CNOSF, 2014).

1. Les difficultés d'insertion des jeunes entrantes sur le marché du travail

Les nouvelles entrantes peinent à s'insérer aujourd'hui sur le marché du travail. Une très grande flexibilité leur est imposée : les parcours d'accès à l'emploi sont plus incertains et plus diversifiés qu'ils ne l'ont été pour les cohortes de diplômées des années 2000. En 2014, le recours au CDD dans les établissements de santé était à un niveau particulièrement élevé pour les sages-femmes, nettement supérieur à celui observé dans l'ensemble des branches (16% contre 9%). Une situation est aussi très

¹⁹<https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

²⁰ Sur 130 ETP créés par le privé sur la période 2009-2012, plus de 100 étaient en CDD. En 2012, ce sont 16% des emplois qui sont en CDD dans le privé, contre 13% quatre ans auparavant. En plus de la précarité du contrat, l'emploi en CDD correspond dans ces établissements à des temps de travail très limités : ainsi en 2012, le ratio ETP/effectifs est de 81% pour les CDD du privé et de 61% pour ceux du privé. Ce dernier chiffre est néanmoins en légère augmentation ce qui pourrait indiquer que même les emplois à temps plein évoluent vers le CDD. (DREES, 2012 :15)

²¹ INSEE, Déclarations annuelles de données sociales, SIASP.

²² En 2011, près de 75 % des sages-femmes de l'échantillon enquêté vivaient en couple. Cependant, les professionnelles les plus âgées étaient proportionnellement moins en couple que dans la population globale. Dans son analyse du « cheminement professionnel » classique, Philippe Charrier relevait que l'accès à un CDI à temps plein se faisait généralement après 25 ans (pour les 3/4 des sages-femmes entre 25 et 29 ans) ; puis le taux de CDI à temps partiel augmente pour la période où les enfants sont élevés ; après 44 ans, le CDI à temps complet redevient majoritaire. Le rapport du CNOSF en 2014 compare cette tendance à ce qui se joue dans beaucoup de carrières dites « féminines », où l'impact de la vie privée sur le rapport au travail est très fort. Pour Philippe Charrier, au contraire, la propension à vivre en couple est plus grande chez les sages-femmes que dans la moyenne nationale. Il relevait cette tendance plus importante pour toutes les classes d'âge de professionnelles y compris pour les classes d'âge jeunes (CHARRIER, 2011 :25)

fréquente : celle d'assurer des remplacements, et de connaître un sous-emploi lié à un quantum d'heures de travail insuffisant.

Dans son rapport en date de 2014, le CNOSF soulignait à partir d'une enquête qualitative auprès de 36 sages-femmes (CNOSF, 2014 :6), la pratique répandue du non renouvellement des CDD dans les établissements de santé, et la nécessité pour les jeunes diplômées de devoir faire face à une gestion du personnel en flux tendus, avec une très faible visibilité tant pour les cadres de santé que pour les salariées. Aux contraintes budgétaires pesant sur les services s'ajoutent les aléas habituels (conges maternités, maladies, formations).

Cette enquête qualitative auprès des personnels souligne que les décisions de non renouvellement des contrats ne sont pas explicitées. Certains établissements souhaitent ne pas se trouver dans l'obligation d'embaucher des personnes restées trop longtemps en CDD. L'impression que partagent les jeunes entrantes est qu'au bout d'un an, les cadres des services ont recours à une nouvelle promotion de sages-femmes tout juste diplômées. Cette gestion, jugée très opportuniste, renforce leur sentiment de colère face à des situations où le travail n'est plus évalué à sa juste valeur. Placées dans des positions d'attente résignées (CNOSF, 2014: 23) face à ces inégalités de traitement, plus ou moins flagrantes selon les modes de gestion des établissements, elles ne cherchent pas de recours auprès des syndicats : la rareté de l'emploi renforce la subordination des salariées.

2. Formes et enjeux de la subordination des jeunes salariées

Ces difficultés d'insertion sur le marché du travail des jeunes sages-femmes diplômées ont un nombre important de conséquences. D'abord, sur le salaire : à l'échelon 1, les primes de nuit ne sont pas versées, les heures supplémentaires ne sont pas payées mais « écoulées » sous forme de contrat prolongeant la fin du contrat. Par ailleurs, l'avancement en échelon et en grade n'existe pas pour les contractuels. Les conséquences se font sentir dans les plannings des jeunes entrantes : elles se retrouvent à « tourner » entre les différents services sans véritable chance d'intégration, à faire plus de week-ends et plus de nuits. Elles sont davantage rappelées en cas de manque de personnel, sans bien sûr avoir la possibilité de décliner un rappel (CNOSF, 2014 : 25). Certaines enquêtées rapportent qu'elles sont parfois employées avec un « contrat de gardes » : elles sont alors mobilisables pour des remplacements de dernière minute, contraintes d'accepter un fort degré d'aléa. Les dates de leurs congés sont plus souvent imposées, parfois même sous forme fractionnée. La précarité des contrats a également une incidence sur leurs capacités à faire valoir leurs droits à la formation continue : il est rare que les contractuelles aient accès aux formations les plus longues. Cette position de subordination entrave également leurs possibilités de participer aux mouvements de grève.

Après une première année de PACES, des années d'études souvent jugées difficiles, voire anormalement dures, la mise à l'épreuve se poursuit. Précaires, soumises à une contrainte de mobilité géographique dans leur recherche de replacements, elles peinent à trouver à logement et plus encore à en acheter un. Il leur est difficile de trouver une location avec un contrat non durable, et sont souvent tributaires de la possibilité d'être logées par un.e proche ou une relation. Pour les couples, quand la ville d'installation est jugée pérenne, le souhait d'acheter peut être empêché dès lors que le salaire du conjoint ne donne pas les garanties suffisantes pour un emprunt. La précarité oblige aussi les jeunes entrantes à des arbitrages entre emploi et maternité, car elles ont intériorisé que dans ce contexte de gestion du personnel particulièrement tendu, une déclaration de grossesse implique un non renouvellement de contrat. Cette situation est très différente de celle qu'ont connues les cohortes de diplômées avant les années 2010, lorsque les modalités d'insertion professionnelle n'étaient pas si difficiles. Contrairement à leurs aînées pour qui la période de stagiairisation avant la sédentarisation était rapide, elles sont nombreuses à faire le choix de repousser une grossesse, car elles sont conscientes que le temps passé à accepter des replacements en CDD peut durer (plusieurs années) avant de trouver un emploi stable. Certaines le ressentent comme un paradoxe (CNOSF, 2014 : 27):

« Même si je comprends les contraintes, mais ne pas garantir les droits de la femme enceinte dans une maternité, c'est choquant. »

La cohabitation entre insiders (installées) et outsiders (précaires) n'est pas sans poser de problèmes d'identité professionnelle.

La sélectivité et la dureté des études, engagées dans la perspective d'une insertion professionnelle assurée mais achevées dans un contexte de forte incertitude, conduisent certaines à envisager de changer de métier, d'évoluer vers une autre profession médicale, de s'orienter vers la recherche. La qualité de l'emploi est une des composantes qui conduit à abandonner le métier. Peut-être plus que la précarité, ce sont ses conséquences sur les façons d'être considérées et traitées dans l'emploi qui génèrent des sentiments de découragement, de lassitude, de colère. Aurélie en témoigne :

« L'année dernière, j'en ai eu un peu ras le bol, de l'hôpital. Entre les horaires décalés, le travail de jour, de nuit, tout mélangé, la pression des médecins, de la hiérarchie... Voilà, faut faire des sous, on enlève du monde parce qu'il faut faire des économies sur le personnel... L'an dernier je me suis dit 'je tiendrai pas'. Ouais, j'avais l'impression que ça c'était dégradé, j'étais fatiguée par le rythme, et je me disais : 'Voilà, j'ai 35 ans, il me reste encore vachement longtemps à travailler, je vais pas tenir... Donc je m'étais posé la question, pourquoi pas le libéral. Mais... Si tu veux gagner ta vie, il faut travailler beaucoup, et pas 35 h comme à l'hôpital... »

Le marché du travail est marqué par un mouvement de précarisation de l'emploi salarié pour les sages-femmes. Le marché du travail salarié des sages-femmes devient un marché du travail

« dual »²³. Un grand nombre de sages-femmes connaissent un risque de chômage nul, mais ce risque est concentré sur les premières années d'exercice professionnel et sur les mobilités géographiques en cours de carrière (cf. infra).

3. Un chômage frictionnel

La concentration des maternités s'est accompagnée d'une croissance globale de l'emploi salarié (cf. supra). Dans le contexte du fléchissement du nombre de naissances annuelles, il est possible de penser que le phénomène de l'externalisation, dans le modèle de soin adopté par les établissements, va s'accroître ; ceux-ci vont préférentiellement se centrer sur le suivi pathologique, augmenter la prise en charge en ambulatoire et donc potentiellement, recourir à moins de personnel salarié.

Or, les modes d'accès à l'emploi pour une nouvelle entrante sur un marché du travail local dans la profession de sage-femme sont déterminés par les modes de recrutement des établissements. Ceux-ci sont guidés par un principe d'économie et de pilotage de court terme, pour ajuster au maximum les délais de contrat aux délais des postes vacants. L'existence d'un taux résiduel de demande d'emploi à tous les âges est normale dans un marché du travail où la mobilité professionnelle est importante. Les situations de chômage sont aujourd'hui fréquentes et/ou obligées pour toute nouvelle entrée sur le marché du travail (passés les mois d'été), pour beaucoup de jeunes professionnelles enceintes lorsqu'elles ne sont pas en CDI, parfois en sortie de congé maternité et à l'occasion de l'arrivée dans une nouvelle ville ou nouvelle région en cours de carrière.

Le taux de demande d'emploi des sages-femmes, mesuré à partir de la catégorie A de Pôle Emploi²⁴ et rapporté à l'effectif total de la profession, s'élève à 1.9% en 2014. Il peut être comparé à celui des autres professions de santé établi au 1er janvier 2014. Ces comparaisons font apparaître que ce taux est plus faible que pour les pharmaciens (3.1%), les psychomotriciens (3.0%), qu'il est très loin derrière les opticiens (9,0%) et les diététiciens (11%). Mais il est plus élevé que celui des infirmiers (1,2%), des kinésithérapeutes (0.8%) ou des médecins (0.4%) (CNOSF, 2014 : 40).

²³ Ce phénomène, observable dans l'ensemble de l'économie, touche désormais les sages-femmes.

²⁴ La catégorie A de Pôle Emploi comprend les personnes sans emploi, tenues d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi, à la recherche d'un emploi quel que soit le type de contrat (CDD ; CDI, à temps plein, à temps partiel, temporaire ou saisonnier). La catégorie B comprend celles qui ont exercé une activité réduite courte (de 78 heures ou moins au cours du mois), la C, celles qui ont une activité réduite courte (de plus de 78 heures au cours du mois), la D est la catégorie des personnes en demande d'emploi non tenues de faire des actes positifs de recherche d'emploi (en raison d'un stage, d'une formation, d'une maladie), y compris celles qui sont en convention de reclassement personnalisé (CRP), en contrat de transition professionnelle (CTP), sans emploi et en contrat de sécurisation professionnelle. La catégorie E comprend les personnes en demande d'emploi non tenues de faire des actes positifs de recherche d'emploi et en emploi (ex : les personnes bénéficiaires de contrat aidés). Cf. www.insee.fr

Le rapport publié par le CNOSF en 2014 montre que le taux apparent de demande d'emploi²⁵ des sages-femmes, variable d'une région à l'autre, n'excède pas une moyenne de 3% sur les régions les plus touchées²⁶. Le risque de chômage se concentre sur les plus jeunes professionnelles (il est légèrement supérieur à 5% parmi les moins de 30 ans). Il reste très inférieur à ce qui s'observe dans l'ensemble de l'économie²⁷.

Le marché du travail des sages-femmes a ceci de particulier qu'il est « sans place de marché », puisqu'il n'y a aucun lieu où se font connaître simultanément l'offre et la demande d'emploi²⁸. Notre enquête de terrain a montré, près de dix ans plus tard, ce que le rapport du CNOSF soulignait déjà en 2014 : les sages-femmes sans emploi ne sont pas toutes inscrites au chômage, et toutes les sages-femmes inscrites ne sont pas nécessairement sans activité. Malgré ces incertitudes, il est un bon indicateur de conjoncture : si la statistique des sages-femmes inscrites a augmenté (CNOSF, 2014 : 40)²⁹, c'est bien que les débouchés professionnels sont en proportion moins nombreux et l'accès à l'emploi plus difficile. En début de l'année 2014, 1 sage-femme sur 50 est sans aucun emploi, et 1 salariée sur 20 est en recherche d'un emploi, ou d'un complément d'emploi³⁰. Un tiers des demandes ont moins de 3 mois, 75% ont moins d'un an et 11% deux ans et plus- (CNOSF, 2014 : 46)³¹.

²⁵ Nombre d'inscrites à Pôle emploi rapporté au nombre total de sages-femmes actives. Ce taux ne rend pas compte du temps partiel subi qui entre également dans les situations de sous-emploi. Par ailleurs, les sages-femmes dont les contrats de remplacement en libéral s'achèvent n'ont pas droit au chômage : elles ne sont comptées dans les données de Pôle Emploi que si elles choisissent de s'inscrire. Dans le secteur libéral, la sous-activité existe aussi, (non comptabilisée également), lorsque les sages-femmes font des remplacements ou que le quantum de travail de collaboration est faible. Et le faible niveau d'activité en exercice libéral n'est pas toujours choisi.

²⁶ En 2014, trois régions ne semblent pas voir particulièrement augmenter leur demande d'emploi : l'Alsace, la Corse, la Franche-Comté, ainsi que les départements d'outre-mer. Trois régions ont vu une augmentation de leur demande d'emploi mais plus tardive : après 2011 pour l'Aquitaine et l'Auvergne, 2012 pour la Champagne-Ardenne et surtout massive et récente pour la Basse-Normandie. Des régions comme la Bourgogne, le Centre et PACA laissent entrevoir un recul de la demande d'emploi sur 2013 après des années de hausse (CNOSF, 2014 : 48). Les dynamiques locales sont très contrastées; tant en niveau qu'en évolution, les territoires connaissent des situations de tension très variables. Les sages-femmes n'ont pas forcément une vision claire de ces dynamiques, leurs choix géographiques sont généralement guidés par des motifs personnels.

²⁷ Le taux de chômage au sens du BIT était de 10.1% au niveau national en décembre 2013, et de 23.6% pour les jeunes (15-24 ans). En 2022, il est de 7,4% au deuxième trimestre pour l'ensemble de la population, et de 17,8% pour les 15-24 ans.

²⁸ Les sages-femmes en recherche d'emploi adressent généralement leur candidature aux établissements de santé dans lesquels elles souhaitent aller travailler, mais qui ne publient pas toujours d'offre. Certaines situations de sous-emploi sont également invisibilisées : les contrats de vacation n'apparaissent pas nécessairement comme tels dans les données sur les statistiques d'établissement ; les remplacements en libéral ne sont pas non plus comptabilisés, et les sages-femmes peuvent connaître de longues périodes où elles travaillent à temps partiel sans l'avoir choisi.

²⁹ La seule demande de catégorie A, rapportée à l'ensemble des effectifs actifs de la profession donne un taux qui est passé de 0.9% en janvier 2010 à 1.9% en janvier 2014. Si on tient compte de toutes les catégories de demande, et si on les rapporte aux seuls effectifs salariés, le taux passe alors de 2.3% à 5.7% sur la même période.

³⁰ Fin décembre 2013, 896 sages-femmes avaient une inscription en cours à Pôle Emploi. Près de 400 étaient en chômage complet en catégorie A, et parmi elles la moitié étaient indemnisées. Un peu moins de 150 étaient inscrites en ayant travaillé moins d'un mi-temps dans le mois écoulé (catégorie B) et 240 en ayant travaillé au moins un mi-temps (catégorie C). Une trentaine sont en formation dont la moitié indemnisées et près de 90 sont en emploi mais inscrites pour la recherche d'un autre emploi.

³¹ Certaines ne restent inscrites que le temps où elles sont entièrement sans emploi, d'autres plus durablement pour faire valoir des droits à indemnisation ou simplement pour éviter une éventuelle réinscription à venir. De ce fait, les données de DEFEM (demande d'emploi en fin de mois) ne donnent que peu d'indication sur la durée du chômage au sens du temps effectivement passé sans emploi aucun ou en sous-activité.

Les sages-femmes inscrites à Pôle emploi sont jeunes : 71% ont moins de 35 ans³². Et, si le chômage concerne potentiellement tous les âges, il est beaucoup plus fréquent en début de carrière. Les plus jeunes (moins de 35 ans) sont plus souvent en activité réduite (catégorie B ou C) que les plus âgées. Une pratique courante, rapportée dans l'enquête qualitative déjà mentionnée, consiste à maintenir son inscription au cours de CDD à temps plein, tant que ces derniers restent très courts et ne laissent pas entrevoir de perspective stable. A l'inverse, après 35 ans, l'inscription à Pôle emploi est plus souvent le fait de sages-femmes sans emploi : la catégorie A représente alors 68% des inscrites contre 45% avant 35 ans. La part des indemnisées est également plus importante après 35 ans³³.

Le taux de demande d'emploi n'est pas lié à la densité de sages-femmes. L'Alsace a par exemple une densité forte de sages-femmes et un taux de demande d'emploi faible, à l'inverse des Pays de la Loire. Il faut comprendre ici que l'emploi n'est pas une réponse directe et proportionnelle à un niveau de demande de soins (mesuré en naissances ou en nombre de femmes). L'enquête du CNOSF a fait apparaître que l'emploi est plutôt lié à la structure des établissements de santé, à leur niveau d'emploi ainsi qu'au développement de l'offre libérale. Une première hypothèse est avancée pour expliquer ce lien : il y aurait une plus grande propension à s'installer en libéral quand le marché du travail est saturé (la demande d'emploi serait une cause du développement du libéral). Une seconde hypothèse pose le changement de modèle de soins des établissements (tel le passage d'un modèle autarcique à un modèle reposant sur l'ambulatoire, pour la prise en charge des soins physiologiques) qui induirait simultanément de la demande d'emploi et un développement du libéral. L'implantation non uniforme des écoles a également sans doute un rôle dans la demande d'emploi, généralement située autour des lieux de formation. Mais le rapport n'apporte pas de réponses certaines pour étayer ces hypothèses, du fait d'un manque d'études monographiques sur les marchés du travail régionaux.

Les épisodes de chômage que connaissent les sages-femmes sont généralement brefs (de 1 à 3 mois) entre deux contrats ; il peut s'agir également de périodes d'ajustement avant l'installation en libéral.

³² La fin de contrat est le premier motif d'inscription à Pôle Emploi (52%), mais on note aussi quelques premières entrées sur le marché du travail (8%) et des fins de congés maternité (5%). 7% des sorties concernent des arrêts maladies ou congés maternité. Cela correspond à un parcours que l'enquête qualitative du CNSOF avait montré en 2014 être enceinte, pour une sage-femme n'ayant pas d'emploi stable, signifie ne plus avoir de CDD et donc passer par une période de chômage avant d'entrer en congé maternité.

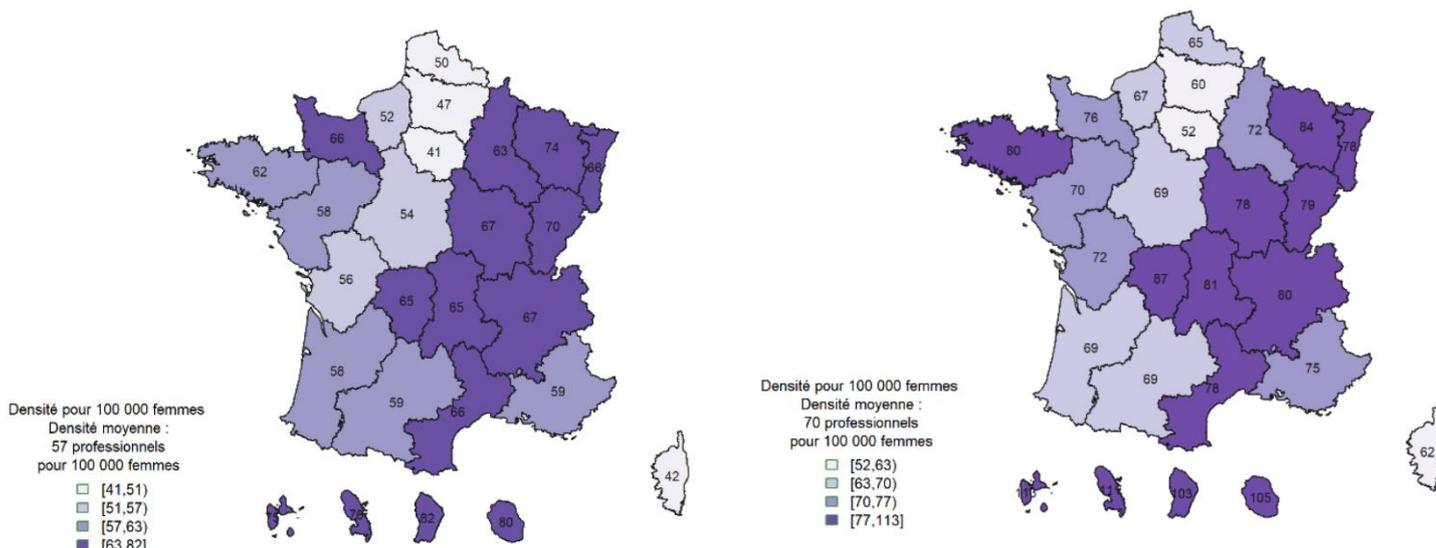
³³ Le taux de demande d'emploi de catégorie A fin décembre 2013, calculé par rapport au total des effectifs de sages-femmes en activité au 1er janvier 2014 est de 3.2% pour les très jeunes (moins de 25 ans). Il atteint 4.8% pour les 25/29 ans pour redescendre sous les 2% après 30 ans. Le taux, inférieur à 1% jusqu'à 55 ans, repasse à 2% après 55 ans. Le faible taux avant 25 ans peut s'expliquer par le fait qu'en tout début de parcours, les droits à l'assurance chômage ne sont pas constitués : l'intérêt de s'inscrire à Pôle Emploi est plus faible.

III. UNE INEGALE REPARTITION SUR LE TERRITOIRE

1. Densités standardisées

D'après la DREES, les disparités de répartition régionale des sages-femmes sont limitées par rapport à celles que l'on peut observer pour d'autres professions : en 2012, la densité varie de 42 sages-femmes pour 100 000 femmes en Corse à 74 en Lorraine. Plus de la moitié des régions a une densité proche de la densité nationale (écart inférieur à 10 %). En 2021, la densité nationale est plus élevée qu'en 2012, en lien avec la forte hausse des effectifs de sages-femmes sur la période : elle atteint 66 sages-femmes pour 100 000 femmes, contre 58 en 2012 (carte 7). Toutefois, l'ampleur des disparités reste similaire à celle observée en 2012 et donc relativement limitée. En métropole, l'offre est la plus importante dans l'Est de la France avec des densités nettement supérieures à la moyenne. À l'inverse, les densités sont significativement plus faibles que la moyenne sur une diagonale allant du Nord au Poitou-Charentes en passant par l'Île-de-France et la région Centre. Si la forte dotation de l'est de la France tend à s'atténuer en 2021, cette diagonale reste en revanche la moins dotée, même si elle bénéficie malgré tout de l'augmentation générale des effectifs de sages-femmes (la densité y passe d'environ 50 sages-femmes pour 100 000 femmes à environ 60 sages-femmes pour 100 000 femmes).

En tenant compte de la consommation par âge en soins maïeutiques, la répartition de l'offre de soins sur le territoire est plus hétérogène que ce que ne laissait voir une densité simple : les écarts à la densité moyenne sont globalement plus importants. L'inégale répartition des sages-femmes sur le territoire ne reflète donc pas les disparités de répartition des femmes susceptibles de s'adresser à elles : les sages-femmes ne sont pas plus nombreuses dans les régions les plus fortement peuplées de patientes potentielles. L'augmentation des effectifs de sages-femmes est plus importante que l'augmentation de la patientèle potentielle des sages-femmes : la densité standardisée a augmenté sur l'ensemble du territoire entre 2012 et 2021.



Densités régionales standardisées de sages-femmes (anciennes régions) en 2012 et 2021

Sources : DREES, 2021

La forte dotation dont bénéficie l'Est de la France, plus marquée une fois pris en compte l'âge de la population féminine, et la situation défavorable de la Picardie et de l'Île-de-France perdurent. Avec une densité standardisée de 52 sages-femmes pour 100 000 femmes, soit 26 % de moins que la moyenne nationale, c'est la région la moins dotée relativement à ses besoins de soins.

2. L'augmentation de l'effectif en libéral ne compense pas les inégalités territoriales

Les ARS déterminent un zonage géographique et des limitations dans la possibilité d'installer son cabinet en fonction de l'offre déjà existante. Si les ARS apportent une aide financière pour le démarrage de l'activité en zones dites « sous-dotées », ces zones se révèlent souvent pauvres en services publics, en écoles pour les enfants³⁴.

	En libéral exclusif	Libéral mixte	Salariées hospitalières	Salariées non hospitalières	Ensemble
Effectifs Femmes	5 751	2 342	13 165	1 847	23 105
En % par rapport à l'effectif total (24 764)	24,2 %	9,8 %	55,4 %	7,7 %	97,2 %
Effectifs Hommes	164	90	373	32	659
En % par rapport à l'effectif total (24 764)	0,71 %	0,39 %	1,57 %	0,13 %	2,8 %

Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1^{er} janvier 2022

³⁴ En outre, les conjoint.es des sages-femmes peuvent rechigner à venir y vivre, faute d'opportunités d'emplois notamment.

CHAPITRE II. La boîte noire du risque obstétrical

La sociologie a montré que la notion de risque, « conçue initialement comme un outil de réduction de l'incertitude » (PERETTI-WATEL, 2001), a proliféré dans les discours savants et politiques comme dans le langage courant. Depuis des siècles, le risque est devenu l'auxiliaire assurantiel de l'innovation économique (PERETTI-WATEL, 2003). Il a généré dans nos sociétés contemporaines une « culture du risque, (...) par lequel la conscience des risques encourus devient un moyen de coloniser le futur » (GIDDENS, 1991 : 244). Robert Castel fait l'hypothèse que « l'insécurité moderne ne serait pas l'absence de protections, mais plutôt leur envers, leur ombre portée dans un univers social qui s'est organisé autour d'une quête sans fin de protections ou d'une recherche éperdue de sécurité » (CASTEL, 2003 :6).

Dans le champ médical, Talcott Parsons a pointé les limites posées à l'activité des professionnel.le.s par la question de l'incertitude (PARSONS, 1951). Selon Renée Fox, la médecine moderne aborde les incertitudes propres au diagnostic différentiel, aux décisions de traitement et à l'établissement de pronostics dans le cas d'expérimentations ou d'innovations thérapeutiques avec un usage toujours plus important de la logique de raisonnement par probabilité (FOX, 1988 : 19). C'est par l'épidémiologie, en effet, que ce type de raisonnement a pu pénétrer le savoir et les pratiques médicales (BERLIVET, 2001) comme la gestion politique de la santé (FASSIN, 1996), transformant ainsi en partie l'incertitude en « risque », c'est-à-dire en occurrences que l'on peut calculer, et donc prendre en compte pour agir. La médecine des preuves (evidence-based medicine) s'est progressivement imposée dans toutes les scènes du travail médical (MARKS, 1999 ; DODIER, 2003), y compris celle de la naissance.

La « sécurité de la naissance » s'est alors polarisée sur les équipements en matériel et en personnel. La gestion technique du risque obstétrical, structurée à partir d'une conception de l'accouchement comme situation à risque vital pour la mère et l'enfant (NAIDITCH et BRÉMOND, 1998), a abouti à un mouvement de planification des actes obstétricaux (HCSP, 1994), à partir de résultats d'enquêtes et de statistiques montrant l'amélioration des taux de morbidité et de mortalité périnatales en cas de transfert avant l'accouchement (*in-born*) (BLONDEL *et al.*, 2001), au point de remettre en cause le caractère spontané de la naissance (CARRICABURU, 2005). Dans ce modèle, deux catégories de risques sont définies : le risque anticipé par une surveillance médicale pendant le suivi de grossesse, et le risque non prévisible. Le premier vise à exclure la présence de toute pathologie, et à orienter le parcours de la femme enceinte en fonction de la survenue d'un signal d'alerte, tandis que le second, pris en charge dans l'urgence, nécessite des transferts selon

l'organisation prévue dans les plans de périnatalité¹, à l'origine des restructurations des maternités. Cette double conception du risque justifie la médicalisation du suivi de grossesse² à toutes les étapes (CARRICABURU, 2007). Ce mouvement a en outre été soutenu par les avancées de la génétique et les progrès de la technologie (imagerie médicale, diagnostic anténatal) qui ont permis le développement des soins néonataux³ et de la médecine de la procréation (BRUCHEZ, DARWICHE, VIAL, 2019 ; MEHL, 2011 ; MESNIL, 2020) au fondement de l'émergence d'un nouvel imaginaire scientifico-biologique (GAVARINI, 2002), où le fœtus se trouve construit par le truchement d'instruments (DUDEN, 1996).

La médecine périnatale a donc été façonnée selon ce modèle traditionnel, dans lequel les politiques sont réglées par l'association des élites médicales et administratives, et où la relation thérapeutique est restée marquée par un processus de délégation des choix médicaux de la patiente vers le gynécologue-obstétricien (GELIS, 1988). Dans ce chapitre, nous montrerons l'incidence de la domination toujours effective de ce paradigme du risque dans le champ de la naissance sur les représentations et les pratiques professionnelles des sages-femmes, et sur leur marché du travail. Car si ce paradigme domine, il n'existe pas de consensus sur la définition du risque obstétrical lui-même. Pour mieux comprendre les tensions qui surgissent dans les contextes d'exercice où se déploie l'activité médicale de l'orthogénie, il convient d'ouvrir cette « boîte noire » du risque (BOURDIN, 2000), car la labilité des catégories du physiologique et du pathologique est source des redéfinitions permanentes de la juridiction des sages-femmes (ABBOTT, 1988, 2003).

Ces reconfigurations importantes de l'offre de soins dans le suivi des grossesses et l'accompagnement des accouchements (CLAVANDIER et CHARRIER, 2013), basées sur le consensus du risque obstétrical ont induit de nouvelles modalités de la division du travail dans le champ de l'obstétrique, avec une inflation des actes orchestrée par les élites administratives et médicales (FILLION, 2012)⁴. Pourtant, la définition même du risque obstétrical est soumise à

¹ Le premier plan « Périnatalité », au début des années 1970, a eu pour objectif de réduire les conséquences dommageables sur le plan humain, économique et financier des décès et des handicaps imputables à la grossesse et à l'accouchement (COMBIER et DE POUVOURVILLE, 1999). Puis, en 1998, une réforme de la périnatalité restructure la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement en considérant que le risque obstétrical est en grande partie prévisible et que les professionnels doivent orienter les femmes enceintes selon le niveau de risque évalué pour elles-mêmes et pour l'enfant à naître : l'on a vu qu'à chaque niveau de risque (bas, moyen, haut) correspondent des maternités de niveau I, II ou III.

² Ce suivi comprend la consultation de premier trimestre, des examens cliniques à chaque consultation, la recherche régulière de sucre et d'albumine dans les urines, trois échographies, (l'une au premier trimestre, puis 5^{ème} et 8^{ème} mois), la recherche du groupe sanguin, le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST), la recherche de l'immunité de la rubéole et de la toxoplasmose, un test de dépistage des trisomies, la consultation préanesthésique au 8^{ème} mois, etc.

³ « Le nouveau-né prématuré, son environnement et sa famille », *Revue de médecine périnatale*, Lavoisier, 2016/3 (Vol. 8), 52 p.

⁴ L'Association française pour le dépistage et la prévention des handicaps de l'enfant (AFDPHE) promeut par exemple la prise en charge par les assurances sociales du diagnostic prénatal cytogénétique pour les « grossesses à risque ». Ces dernières sont définies par trois critères, un seul étant suffisant : âge maternel « élevé » (38 ans), couple ayant eu un enfant porteur d'une anomalie chromosomique ou couple dont l'un des deux membres présente une anomalie chromosomique. L'AFDPHE obtient, en 1997, la prise en charge financière publique, étendue à toutes les grossesses, du dépistage de la trisomie 21 par la technique des marqueurs sériques (FILLON, 2012).

controverse, ce qui ne manque pas de générer des conflits de légitimité entre groupes professionnels du champ de la naissance.

A. INFLATION DE LA CATEGORIE DU « HAUT RISQUE »

Après la Seconde Guerre mondiale, la naissance s'est centrée sur l'hôpital (KNIEBIEHLER, 2016 ; SAGE PRANCHERE, 2017). De nos jours, les accouchements à domicile ne représentent plus que 0,25 % des naissances annuelles soit environ 2000 (STAUFFER-OBRECHT, KOENIG LE GOUHALER, 2019). Cette centration sur l'hôpital est le résultat d'une prégnance du modèle biomédical, qui a suivi l'émergence de la discipline obstétricale. Dans ce modèle, nous avons vu que le risque obstétrical fait consensus⁵.

La médicalisation du suivi de la grossesse, ainsi que celle de l'accouchement, s'est accélérée, en appui sur des progrès scientifiques et techniques à partir des années 1970 (CARRICABURU, 1994). Le terme gestationnel n'est plus appréhendé de manière empirique aujourd'hui : il est construit selon une logique mathématique, grâce à des outils technologiques (estimation à partir du taux sanguin de β HCG, mesures échographiques). L'évolution des techniques et des connaissances, du droit⁶ et des attentes sociales autour de la naissance (BREHAUX, DELEPINE-PANISSET, GRAFTIEAUX, 2014) a produit une inflation constante du contenu de la catégorie « haut risque » en matière d'obstétrique (CARRICABURU, ABALLEA, 2001) : la présentation par le siège, autrefois considérée comme « normale », relève par exemple aujourd'hui d'un accouchement dystocique.

Les différentes enquêtes périnatales⁷ montrent, au travers d'un certain nombre d'indicateurs, l'incidence de ce paradigme sur la division du travail dans le champ et le morcellement des pratiques

⁵ Les grossesses à haut risque constituent un groupe hétérogène où sont incluses des pathologies maternelles (cardiopathies, diabète insulino-dépendant, hypertension gravidique, néphropathies, immunisation rhésus, HIV, etc.), pouvant mettre en jeu le développement et la survie du fœtus. Mais ce groupe inclut également les malformations congénitales et les pathologies fœtales nécessitant une prise en charge spécialisée dès la naissance, ainsi que les menaces d'accouchement prématuré sévères, dont les origines peuvent être très diverses et les conséquences dramatiques pour l'enfant, que ce soit en termes de survie ou de séquelles. Le repérage de ces grossesses à risque fait partie du travail clinique, tel que le pratiquent obstétriciens et sages-femmes, quel que soit le niveau de la maternité où ils exercent. En niveau III les sages-femmes ont l'habitude d'effectuer les consultations et de surveiller les grossesses « normales » jusqu'à l'accouchement s'il n'y pas de complications. Le suivi qu'elles effectuent est destiné « à s'assurer que tout va bien ».

⁶ Du côté judiciaire, l'obstétrique est devenue l'objet de polémiques, qui ont eu un très fort impact social. L'affaire Perruche est l'une des premières. Elle tient son nom de Nicolas Perruche, né gravement handicapé, sa mère ayant contracté une rubéole non diagnostiquée et n'ayant pu de ce fait recourir à une interruption médicale de grossesse. Cette affaire s'est déroulée à partir de 1989 en France, devant les tribunaux français, le Parlement français, puis la Cour européenne des droits de l'homme et enfin le Conseil constitutionnel. Cette affaire a porté sur la notion de « préjudice d'être né » et la responsabilité médicale. Les débats qu'elle a suscités se sont étendus aux questions de handicap, d'eugénisme et d'avortement. Ce type d'affaires a généré une crise sans précédent dans le champ de la gynécologie-obstétrique, car elle a entraîné une augmentation des primes pour responsabilité civile professionnelle, les assureurs anticipant les dommages à indemniser, sans que les procès aient toujours lieu. Des revendications et des négociations, parfois des grèves, se sont multipliées sans aboutir à une stabilisation (FILLION 2010).

⁷ Depuis près de 30 ans, des Enquêtes Nationales Périnatales (ENP) sont réalisées régulièrement, à la demande des services publics et les caractéristiques démographiques et sociales des femmes et des familles. Elles ont pour objectifs de produire des indicateurs sur la santé des mères et des nouveau-nés, sur les facteurs de risque et les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement en France. La vocation de ces enquêtes est comparative. Elles fournissent des informations sur des questions spécifiques, pour aider à l'orientation des actions à entreprendre, évaluer les résultats de certaines mesures publiques, et mesurer l'impact des recommandations

de soins. Celle de 2016 (DREES, 2017b) montre par exemple que la part des accouchements dans les maternités de type III a progressivement augmenté, passant de 22 % à 26 % en moyenne, avec une variation sensible selon les régions, entre 2010 et 2016 (DREES 2017a)⁸. Sur le plan des ressources humaines et des équipements disponibles, d'abord, les évolutions sont frappantes. Ainsi, les blocs obstétricaux se rapprochent des secteurs dédiés à la naissance dans les établissements hospitaliers (DREES, 2017). Les maternités sont de plus en plus nombreuses à disposer sur leur site d'une unité de réanimation adulte (48 %). Ce taux atteint 88 % pour celles de types IIB ou III. Par ailleurs, 80 % des maternités de type I et jusqu'à 97 % de celles de type III déclarent bénéficier en salle de naissance d'un moyen de surveillance de l'hémoglobine au lit de la patiente, utile pour le contrôle du risque hémorragique. La présence 24 heures sur 24 des gynécologues-obstétriciens s'accroît ; ils sont présents en continu dans 61 % des maternités contre 54 % en 2010 et 39 % en 2003. Les maternités de type III, comme en 2010, assurent toutes, quant à elles, une présence permanente. De même, entre 2010 et 2016, la présence en continu d'un.e anesthésiste-réanimatrice dans l'établissement a augmenté de 75% à 81%. La proportion de maternités ne bénéficiant pas de la présence systématique d'un.e pédiatre, même en journée, a quant à elle diminué de 23 % en 2010 à 17% en 2016⁹. La disponibilité de l'analgésie péridurale autocontrôlée (PCEA) progresse de 58 % en 2010 à 69 % en 2016. Elle augmente avec la taille et le type d'autorisation de la maternité¹⁰, avec les taux plus élevés de protocole unique d'analgésie-anesthésie dans les centres hospitaliers universitaires (70 %). La possibilité de déambuler sous péridurale est offerte dans (seulement) 9 % des établissements, sans évolution depuis 2010. Les augmentations du nombre d'accouchements programmés et de césariennes ont été rapportées elles aussi : entre 2000 et 2007, le taux de césariennes a crû de manière

émises par des agences ou des associations de professionnels de santé. Elles servent également à connaître les attentes des femmes et leurs réactions par rapport à la qualité des soins et de leur accompagnement pendant la grossesse et l'accouchement. Cinq enquêtes ont eu lieu, en 1995, 1998, 2003, 2010 et 2016. Disponible sur <http://www.epopé-inserm.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales>

⁸ D'après l'enquête périnatale de 2016, dans les régions du Centre et de l'Ouest (Île-de-France, Centre-Val de Loire, Normandie) les maternités de type III réalisent plus de 30 % des accouchements alors qu'en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Bourgogne-Franche-Comté, elles en réalisent moins de 20 %. Seule la Corse ne compte aucune maternité de type III.

⁹ Pour aller plus loin dans l'appréhension de ces évolutions dans le champ de la naissance, l'on pourra se référer aux travaux suivants : Toutlemonde F. (dir.), 2017, *Les établissements de santé*, DREES, coll. Panorama de la DREES-santé ; Anne-Sophie Ducloy-Bouthors et al., « Organisation des soins en analgésie, anesthésie et réanimation en maternité en France métropolitaine : résultats comparés des enquêtes nationales périnatales 2003 et 2010 », *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, n° 32, page 18-24, 2013. « Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 », Rapport INSERM-DREES, Enquête nationale périnatale 2016, octobre, 2017 ; « L'Enquête nationale périnatale 2010 : les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003 », Rapport INSERM-DREES-DGS, juillet, 2011 ; « L'Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 », Rapport INSERM-DREES-DGS, mai, 2011 ; Annick Vilain, « Les maternités en 2010 : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, DREES, n° 776, octobre 2011.

¹⁰ Elle est disponible dans 40 % des maternités de moins de 500 accouchements par an et dans 96 % des maternités de plus de 3 500 accouchements. Parmi les établissements équipés pour la PCEA, 71 % affirment détenir un nombre suffisant de pompes pour couvrir l'ensemble des salles de naissance. L'uniformité des pratiques en matière d'analgésie-anesthésie augmente avec la taille de la maternité : elles sont homogènes dans 19 % dans les maternités de moins de 500 accouchements et dans 67 % de celles de 3 500 accouchements ou plus par an. L'influence du secteur, public ou privé, apparaît pour les maternités de 1 500 accouchements ou plus par an, pour lesquelles on observe un taux de 30 % de maternités ayant un protocole unique d'analgésie-anesthésie dans le secteur privé et de 57 % dans le secteur public. (DREES, 2017).

régulière, passant de 17,4 % à 20,2 %¹¹. Ce phénomène de médicalisation se déploie jusque dans la lutte contre la douleur, par exemple dans la « réhabilitation précoce » post-césarienne¹² qui progresse dans les maternités. Un tel programme est présent dans 58 % des maternités de type I et dans 85 % des maternités de type III.

Cette tendance à la « sur-médicalisation » de la grossesse et de l'accouchement a, nous le verrons, une incidence sur la division du travail entre professionnel.le.s du champ dans les services, comme sur le sens que les individus donnent à leur mission et sur la définition qu'ils donnent de leur juridiction. Et, du côté des femmes et des couples, ces évolutions se traduisent aussi dans le sens donné à l'événement de la naissance : celui-ci n'est parfois plus vécu comme « naturel » (SAINT-AMANT, 2015).

B. LABILITE DES CATEGORIES DU PATHOLOGIQUE ET DU PHYSIOLOGIQUE

Georges Canguilhem soulignait déjà, en 1952, que « sans les concepts de normal et de pathologique, la pensée et l'activité du médecin sont incompréhensibles. Il s'en faut pourtant de beaucoup que ces concepts soient aussi clairs au jugement médical qu'ils lui sont indispensables » (CANGUILHEM, 1952 : 194). Emmanuelle Fillion (2012) a montré que la justification de l'intervention médicale en périnatalité est particulièrement difficile. Et pourtant, elle est au fondement de toute l'organisation du champ. Les spécialistes du champ de la naissance sont confronté.e.s selon la sociologue à une véritable aporie : iels interviennent, en fonction de risques anticipés, sur des corps qui le plus souvent ne présentent pas de manifestations pathologiques, car l'immense majorité des femmes et des nouveau-nés sont en bonne santé¹³.

Selon Danièle Carricaburu (2007), les définitions de ce qui relève du pathologique et du physiologique sont réparties selon deux logiques : certain.e.s professionnel.les donnent une «

¹¹ Depuis, suivant les recommandations de l'OMS, le taux de césariennes s'est stabilisé : il s'établit à 19,9 % en moyenne en 2018. À titre de comparaison, en 2017, la France occupait le 9ème rang de l'ensemble des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), hors Japon et Grèce pour son taux global de césariennes. Parmi ces accouchements par césarienne, 67 % sont réalisés en urgence (avant ou au cours du travail) et 33 % ont été programmés¹¹. L'inflation des actes médicaux prescrits à des fins préventives est cependant atténuée ces dernières années : ainsi le taux d'épisiotomie est passé de 27 % en 2010 à 20 % en 2016. La prise en charge des femmes au moment de l'accouchement s'oriente progressivement vers une approche moins médicalisée. L'accompagnement des femmes à la sortie de la maternité s'est généralisé : alors que 8 % des maternités déclaraient proposer à la plupart des femmes une visite à domicile par une sage-femme libérale à la sortie de suite de couches en 2010, elles sont 79 % à le faire dans le cadre du PRADO et 13 % en dehors du cadre de ce programme en 2016 lorsque la mère et le bébé « vont bien ».

¹² La « réhabilitation précoce », qui a pour objectif d'améliorer l'évolution fonctionnelle des femmes opérées et de réduire la morbidité post-opératoire, consiste en un lever et une mobilisation précoce de la femme. Elle comporte aussi l'ablation rapide de la voie veineuse périphérique et de la sonde vésicale, et une reprise précoce de l'alimentation et des boissons.

¹³ Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mise à jour Mai 2016. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2016.

définition d'exclusion » (GRANDJEAN *et al.*, 1998) de la grossesse physiologique : c'est « ce qui N'EST PAS pathologique ». Dans ce mode de raisonnement, c'est la recherche de pathologie *versus* son absence qui structure la catégorisation. Or, dans un contexte de « surmédicalisation » de la naissance, le caractère réversible du processus physiologique de la naissance tend à se renforcer : un accouchement eutocique peut entrer dans la catégorie de la dystocie à n'importe quel moment. Dans un document de 2012, le CNGOF a rappelé que l'accouchement physiologique se définit par « une évaluation initiale et continue : avant l'accouchement par l'absence de risque particulier lié à la patiente, au déroulement de la grossesse, à la présentation de l'enfant, pendant l'accouchement par le déroulement spontané et normal du travail, après l'accouchement par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère » (HAS, 2017 : 13)¹⁴. Il apparaît dans cette définition que l'évaluation du risque a besoin d'être périodiquement actualisée pour continuer à être opératoire : le bas risque n'est pas une catégorie stable sur le plan individuel, pas plus qu'il ne l'est dans la théorie obstétricale. Au cours de chaque consultation avec une femme enceinte, un travail d'identification du risque s'opère, autour de ce questionnement sur les frontières de la catégorie du physiologique, sans que les professionnel.le.s, spécialistes comme sages-femmes sachent déterminer avec précision où s'arrête le « haut risque », et quelles en sont les frontières.

Pour certain.e.s, le bas risque est au contraire défini « par inclusion » : les professionnel.le.s donneront alors des estimations (« c'est ce qui concerne 90 % des femmes », ou encore « il concerne toutes les grossesses normales »). Les accouchements sont définis comme étant majoritairement prévisibles dans leur déclenchement spontané comme dans leur déroulement. Les professionnel.le.s peuvent choisir de focaliser leur attention sur la proportion minoritaire de survenue des complications, le plus souvent même sans gravité, et qui ne justifient pas d'intervention urgente. Trois organisations américaines de sages-femmes, l'American College of Nurses Midwives (ACNM), Midwives Alliance of North America (MANA) et la National Association of Certified Professional Midwives (NACPM) sont ainsi parvenues à un consensus en 2013 sur la définition suivante : « un travail et une naissance normale physiologique sont mis en œuvre par la capacité humaine innée de la femme et du fœtus. Cette naissance est probablement plus sûre et saine puisqu'aucune intervention inutile ne vient interrompre le processus physiologique. Des femmes et/ou des fœtus peuvent développer des complications nécessitant une intervention médicale. Cependant, le processus normal physiologique du travail et de la naissance, même en présence de complications, a le potentiel de donner les meilleurs résultats pour la mère et l'enfant. » (HAS, 2017 :16) Dans cette définition de la physiologie de

¹⁴ Haute Autorité de la Santé, « Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales », recommandation de bonne pratique, Méthode Recommandations pour la pratique clinique, argumentaire scientifique, décembre 2017, p.13

l'accouchement, on notera la focalisation sur les « capacités » des protagonistes de la « scène » de l'accouchement, la femme et l'enfant, ainsi que sur le renversement du raisonnement probabiliste.

Ces deux modes de raisonnement coexistent au sein de l'obstétrique et ne renvoient pas systématiquement à des formations professionnelles différentes. Or, les normes et les indicateurs de type biomédical n'aident pas à stabiliser les débats entre professionnel.le.s sur ce plan : une même patiente avec les mêmes symptômes peut être classée dans des catégories différentes selon les actrices rencontrée.s (FILLION, 2012 ; DARMON, 2021). Lors de la Conférence de consensus¹⁵ consacrée à la « Prise en charge de la femme enceinte, de l'accouchement et du nouveau-né selon le niveau de risque » organisée à l'initiative du CNGOF en décembre 1998, différents chercheurs de l'INSERM ont dressé un état de la littérature internationale concernant la prise en charge du « haut risque » et du « bas risque ». Danièle Carricaburu attire l'attention sur le fait que le « risque moyen », censé correspondre à une prise en charge en maternités de niveaux II, n'est pas discuté. Elle souligne aussi que la labilité de la catégorie de « bas risque » est admise par l'ensemble des actrices : c'est, paradoxalement, cette catégorie qui permet d'établir un consensus autour de la nécessité d'une surveillance médicalisée de la grossesse. En effet, dans une conception où le risque obstétrical est pensé comme catégorisable par niveaux, et non pas comme omniprésent, le centre de gravité se déplace vers la physiologie : celle-ci devient le principe organisateur de l'organisation des soins dans la restructuration de la périnatalité. La hiérarchisation des maternités est acceptée comme une réforme bénéfique, alors que c'est cette notion qui fait le moins consensus parmi les professionnel.le.s.

C. EFFETS INDUITS PAR CES LABILITES SUR LA DEFINITION DE LA JURIDICTION ET LA LEGITIMITE PROFESSIONNELLE DES SAGES-FEMMES

La « conception gestionnaire de la médecine » domine (OGIEN, 2000), reléguant au second plan « la médecine de tradition » (DODIER, 2003) : les professionnel.le.s s'accordent pour reconnaître l'intérêt du dispositif de « hiérarchisation des maternités ». Les actrices tendent à le légitimer, en appui sur les résultats des enquêtes épidémiologiques montrant que les transferts in-born (avant l'accouchement) sont meilleurs que les transferts out-born (du nouveau-né, après

¹⁵ Inspirée d'un modèle danois né dans les années 1980, une conférence de consensus est une méthode de consultation et de débat ayant pour finalité d'aider à la prise de décision. Cette méthode consiste à faire auditionner par un jury des expert.e.s intervenants sur une thématique spécifique. Ces auditions sont ouvertes et peuvent donc être suivies par un public, constitué notamment de professionnel.le.s du champ, permettant un débat. A l'issue de ces auditions, le jury doit élaborer une série de préconisations concrètes à destination de l'institution organisatrice dans le champ concerné. La synthèse élaborée par le jury fait notamment l'objet d'une restitution publique, à laquelle est également conviée la presse, clôturant l'ensemble des travaux. La conférence de consensus s'inscrit dans une volonté d'améliorer les pratiques sur un sujet donné ; c'est à la fois un état des connaissances et une aide à la décision pour l'institution organisatrice. En tant que nouvelle procédure décisionnelle, la conférence de consensus permet d'approfondir les pratiques démocratiques sur des questions d'intérêt général. Cf. ANAES, 1999, « Les conférences de consensus. Base méthodologique pour leur réalisation en France »

l'accouchement). C'est en effet, d'après elleux, un « bon système » qui induit « un meilleur suivi ». Cependant, cette conception occulte les contraintes professionnelles, organisationnelles ou médico-légales fortement imbriquées, et qui pèsent sur les décisions médicales. Cette imbrication peut engendrer des tensions et des comportements contradictoires. Il peut ainsi être tentant pour un obstétricien exerçant en niveau maternité de niveau I de « garder certaines pathologies » par intérêt intellectuel, et par réticence à « passer la main » à un confrère d'un établissement de niveau II ; a contrario, les professionnel.le.s des niveaux I ou II, exerçant en public comme en privé, peuvent être poussé.e.s à vouloir « se débarrasser » d'une patiente, dont l'état demande une surveillance constante, que par manque de personnel, iels ne sont pas en mesure de pouvoir offrir (CARRICABURU, 2007). De manière générale, il a été démontré que si l'organisation de la périnatalité est présentée dans les décrets sur la sécurité de la naissance sous une forme de « réseau », les professionnel.le.s le perçoivent plutôt comme un système destiné à construire des « filières efficaces de prise en charge ». En fait, malgré « l'habillage réseau » de ces textes (NAIDITCH et BRÉMOND, 1998), obstétricien.ne.s et sages-femmes perçoivent plutôt la verticalité de ce dispositif, qui conforterait le rôle central -sinon le pouvoir- du centre hospitalier universitaire, entérinant un système déjà fortement médico-centré sur les services les plus spécialisés et les plus dotés techniquement, dont le prestige est proportionnel au niveau de spécialisation (HERZLICH, 1973 ; CHAUVENET, 1978). Mais, dans les pratiques, la labilité de la catégorie induit des tensions, des incertitudes, des « arrangements » (BOLTANSKI, 2004) qui ont une incidence sur la manière dont le groupe professionnel des sages-femmes définit le territoire de sa juridiction. Il s'agit en somme, toujours, de le défendre, dans un contexte où ces jeux définitionnels ne sont pas, structurellement, en leur faveur.

I. Une division du travail souvent en décalage avec le code de déontologie

La maïeutique¹⁶ est définie comme la discipline propre des sages-femmes : elle vise à optimiser la normalité du processus de la grossesse et de l'accouchement sur les plans biologique, psychologique, social et culturel, au sein d'un réseau de soins, tout en respectant la volonté et l'autonomie des femmes, dans le cadre d'un partenariat avec elles¹⁷. Elle s'inscrit dans une logique de préservation de la bonne santé des femmes et des nouveau-nés, considérant la grossesse et

¹⁶ La définition internationale retenue pour la maïeutique est celle donnée par la revue The Lancet : « les soins spécialisés, basés sur la connaissance et attentionnés pour les femmes enceintes, les nouveau-nés et leur famille pendant la période précédant et durant la grossesse, l'accouchement, les suites des couches et les premières semaines de vie. Cette pratique consiste essentiellement à optimiser les processus physiologiques, biologiques, psychologiques, sociaux et culturels de la reproduction et de la petite enfance, mais également à prévenir et à prendre en charge rapidement les complications, à consulter et orienter les femmes vers d'autres services, à respecter la situation et les points de vue individuels des femmes, et à travailler en partenariat avec elles pour renforcer leurs capacités à prendre soin d'elles-mêmes et de leurs familles ». The Lancet, « Maïeutique. Résumé analytique de la série du Lancet », juin 2014, p.3.

¹⁷ The Lancet, « Maïeutique. Résumé analytique de la série du Lancet », op. cit. juin 2014.

l'accouchement comme *a priori* normaux, tandis que l'obstétrique met davantage l'accent sur le curatif, estimant, on l'a vu, la grossesse et l'accouchement comme à risque. Ces définitions sont censées, en principe, orienter la division du travail dans les maternités. En réalité, il existe une déformation importante lors de la mise en pratique des prescriptions formelles du travail dans les maternités.

La définition des risques, leur hiérarchisation, et les pratiques qui en découlent diffèrent ainsi selon les professionnel.le.s qui interviennent dans le champ de la naissance, selon un ensemble de variables. Les travaux menés sur la division du travail entre professionnel.le.s de l'obstétrique dans les maternités montrent, en pratique, des réalités contrastées selon la taille des établissements, et le secteur public et privé. Ainsi certains décalages sont observés entre ce que prescrit le code de déontologie qui limite strictement le travail au champ de la physiologie, et la réalité de la partition du travail entre groupes professionnels. En 1996, une enquête avait montré que 59 % des sages-femmes dans le secteur public prenaient, seules, la décision de la pose de la péridurale (BLONDEL, 1996), contre 46,9 % dans le privé. L'ablation du cathéter, qui relève du champ de compétence de l'anesthésiste, est présentée comme étant effectuée par 31,3 % des sages-femmes dans le secteur public, contre 25,7 % dans le privé. 92,9 % des sages-femmes avaient pratiqué des épisiotomies dans les maternités publiques, contre seulement 32,9 % dans le privé. A l'inverse, l'inquiétude des conséquences médico-légales conduisent les sages-femmes à appeler le médecin en cas d'accouchements avec présentation par le siège ou pour les grossesses gémellaires, alors que ces situations entrent dans leur champ de compétence. Et les enquêtes ont révélé aussi que les sages-femmes n'effectuent pas toutes les délivrances artificielles, ni n'intubent les nouveau-nés, comme elles sont pourtant habilitées à le faire, du fait de la concurrence qui se fait jour entre les internes en obstétrique et en pédiatrie et les étudiantes sages-femmes, dans les établissements hospitaliers qui sont lieu de formation (CARAYOL, 2004)

II. Décalages entre travail prescrit et travail réel

Notre enquête de terrain a montré la déformation importante qui existe lors de la mise en pratique des prescriptions formelles du travail dans les maternités, le plus souvent. Ces décalages entre « travail prescrit » et « travail réel » (HACKMAN, 1969; LINHART, 1978; LEPLAT et HOC, 1983; TERSSAC (DE), 1992; WISNER, 1995) sont très fréquents. D'abord, l'ensemble des actes et des gestes à effectuer dans l'ensemble du « faisceau de tâches » (HUGHES, 1996) qu'implique la parturition n'entrent pas dans cette catégorisation physiologique/pathologique. Certaines des tâches administratives et relationnelles, qui ont trait à la gestion du travail en cas de deuil périnatal, revêtent

une dimension affective forte. Pour les sages-femmes, ces tâches peuvent ressortir de la « pathologie », bien qu'à strictement parler elles ne relèvent pas de la clinique :

« Certificats d'accouchements d'enfants nés sans vie... Demandes ou pas d'autopsie... Récupération ou pas du corps... C'est pas de la physiologie, ça, non plus, hein !!!! Non, non non... L'autopsie... Expliquer l'autopsie... Expliquer l'anatomopathologie... L'acte d'enfant né sans vie... Et tout, et tout, hein !!! Qui est-ce qui le fait ? La sage-femme !!! »

Angèle, sage-femme hospitalière, 41 ans.

Ces décalages peuvent nourrir une certaine amertume chez les sages-femmes, qui ont alors le sentiment d'un empiètement de leur territoire d'exercice par les groupes professionnels concurrents :

« Si déjà on faisait la physiologie, ce serait bien ! Parce que la majorité des sages-femmes ne gèrent pas spécialement la physiologie, hein... Particulièrement à l'hôpital... Ah ben, elles prennent aussi en charge la pathologie. Alors que c'est pas dans leurs... Normalement, dans leurs compétences, et que les gynécologues font beaucoup de physiologie. Voilà... »

Laurence, sage-femme coordinatrice en centre hospitalier, 53 ans, (2018)

Mais ces décalages génèrent aussi au sein des groupes concurrents ce même sentiment d'empiètement de la part des sages-femmes. Celui-ci est aussitôt sanctionné dans les discours des professionnel.le.s par le soupçon de l'incompétence :

« Les sages-femmes, elles ont la grossesse physiologique, ça c'était normal, et sur prescription, elles s'occupent des grossesses pathologiques, mais sur NOS prescriptions... Et elles ont effectivement investi depuis peu tout ce qui est gynéco... Mais voilà, après, ça pose des problèmes de limite, quoi ! Des fois, elles sont tentées d'aller plus loin, d'aller au-delà des limites, et on arrive à des... Pas à des catastrophes, mais parfois des échecs, des situations difficiles à gérer... Des patientes qui ont des hémorragies, voilà, sont suivies par des sages-femmes pour le dépistage, et puis un jour, elles ont une hémorragie, elles vont voir leur sage-femme, et la sage-femme prend en charge cette situation pathologique, dans laquelle elle est pas compétente, et où elle va éventuellement prescrire des examens onéreux qui sont inutiles... Prescrire des traitements qu'elle n'a pas le droit de prescrire... Prendre en charge de manière inadaptée une patiente. »

Joseph gynécologue-obstétricien, chef de pôle « Femmes, mères, enfants » en centre hospitalier, 58 ans

1. Une autonomie réduite des sages-femmes

Plusieurs travaux de sociologie ont montré l'incidence que ces évolutions avaient eu sur les représentations et les pratiques des sages-femmes (CARRICABURU, 2007 ; JACQUES, 2007 ; SCHWEYER, 1996). Le corps professionnel exprime le regret de la perte d'un savoir populaire, profane, qui constitue l'une des bases de leur culture professionnelle. La pathologisation des

grossesses entraîne souvent une réaction corporatiste dans la profession, car les sages-femmes ont le sentiment de perdre la main sur leur clientèle, et parfois que c'est l'existence même de leur profession qui est remise en cause. Le développement du salariat a en effet contribué à rendre leur autonomie problématique dans les établissements hospitaliers. Les premiers élargissements de leur champ de compétence ne seraient pas vécus comme de vraies avancées dans la reconnaissance de leur autonomie, mais comme de simples « signes extérieurs » d'autonomie, au sens où Freidson évoque les attributions qui n'influencent en rien les caractéristiques d'une profession. Toujours placées sous la tutelle de la profession médicale, les sages-femmes jouiraient en quelque sorte de l'autonomie des paraprofessionnel.le.s « toujours partielle parce qu'elle procède de la profession dominante et qu'elle est limitée par elle » (FREIDSON, 1984).

Ces évolutions depuis les années 1970 ont généré une « crise d'identité » des sages-femmes. Dans les années 1980, sages-femmes et médecins généralistes ont perdu les activités de suivi de grossesse et d'accouchement. L'obstétricien « occupe le terrain » : il a les moyens, désormais, de répondre en termes de « qualité » à la demande sociale sur le terrain de l'enfantement. Dans le secteur privé, les obstétriciens ont une patientèle à bas risque qu'ils ne souhaitent pas abandonner aux sages-femmes. Dans le secteur public, bien que les sages-femmes assument la majorité des accouchements, le partage des tâches est l'objet de vives oppositions.

Les sages-femmes se sentent exclues des lieux de production des savoirs (DORLIN, 2009) et, soumises à la hiérarchie et à la rotation des tâches, elles luttent pour faire valoir leur spécificité, et ce d'autant que les nouvelles techniques et l'arrivée de nouveaux professionnels les placent dans une posture d'infirmières spécialisées (SCHWEYER, 1996). Certaines professionnelles interprètent les récents élargissements de leur champ de compétence (cf infra) et la promotion progressive du rôle des sages-femmes comme étant essentiellement guidés par la lutte contre les déserts médicaux et la recherche d'économies : autrement dit, les pouvoirs publics auraient une gestion « utilitariste » des ressources humaines en santé (RICHARD-GUERROUDJ, 2014).

2. La revendication d'une expertise relationnelle genrée

Nous avons vu que l'apprentissage de la division du travail s'accompagne d'une intériorisation de la subordination au pouvoir médical. Dans une logique défensive, les sages-femmes se livrent à un travail de réinterprétation permanent de la spécificité de leur mission, notamment lorsque des innovations viennent bousculer la division du travail (CARRICABURU, 1994). Ainsi, dans le contexte de la médicalisation croissante des gestes de la parturition, les sages-femmes ont lutté pour défendre leur compétence dans certains segments spécifiques du suivi de la vie génésique des femmes

(cf supra). À cette fin, elles investissent le versant relationnel de leur activité, et développent une rhétorique selon laquelle leur profession saurait, mieux que les autres, faire un usage doux et raisonné de la technologie.

Cette mobilisation de l'empathie est un levier commun de légitimation des groupes dominés, dans un contexte de subordination ayant une dimension fortement genrée, où la division technique du travail correspond souvent à une division sexuelle (KERGOAT, 1985). Trait saillant de la rhétorique soignante, elle est revendiquée comme une qualité féminine (ARBORIO, 1999). La communauté d'expérience de la physiologie féminine permettrait aux sages-femmes de mieux comprendre les souffrances des femmes, et leur donnerait de plus importantes dispositions à la bienveillance (JACQUES, 2007). La connaissance empirique, intime, des moments où les femmes font l'expérience de leur vulnérabilité comme de leur puissance serait un gage de leur légitimité professionnelle. À ce titre, les propos de Julie sont éclairants. Elle évoque ce moment où un accouchement devient pathologique, l'obligeant à passer la main à un médecin :

« Tout d'un coup, le bébé ralentit, t'as plein d'autres patientes en travail qui sont en demande, et t'as cette situation en train de partir en vrille, donc t'appelles le médecin, il va venir t'aider, mais lui, il n'est pas content d'être réveillé à 4h du mat', donc forcément il ne va pas être super... heu... toujours très délicat, tu vois ? Alors que toi, t'as passé huit heures avec la femme, à être dans cet échange, cette délicatesse, et là t'as un bourrin qui va arriver... »

Julie, 37 ans, sage-femme hospitalière, maternité de niveau 1.

Cet extrait d'entretien exemplifie l'opposition des sages-femmes aux obstétricien.ne.s qui ne réfléchiraient qu'au prisme de l'intervention chirurgicale. Cette construction de l'expertise opère un renversement symbolique de la partition des champs de compétences définie dans le code de la santé publique : la légitimité professionnelle ne repose pas uniquement sur la capacité à discriminer les situations selon le curseur du pathologique, mais sur un ethos professionnel pensé comme « capacité à prendre soin d'autrui », défini comme « éthique du *care* »¹⁸ (TRONTO, 1993). Ce *care* est revendiqué comme féminin : il s'affirme comme disposition à appréhender à la fois les dimensions psychosociales d'un événement et le temps long de la physiologie. C'est radicalement contraire à la médecine d'urgence, centrée sur la technique, plus valorisée dans les représentations communes de l'expertise médicale (CARRICABURU, 1994). La rhétorique de l'empathie et de la patience fonde la légitimité du groupe professionnel sur l'accompagnement de la décision des femmes et la reconnaissance de leurs besoins physiologiques.

¹⁸ Le *care* renvoie, selon Joan Tronto, à une « activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde", de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie ».

« Nous, en tant que sages-femmes, on est toujours dans la décision de la femme. Si elle met une heure à pousser, eh ben, elle met une heure à pousser. C'est elle qui va décider ! Et on accompagnera sa décision. C'est bien ça l'âme, le cœur du métier de sage-femme. »

Chantal, SF libérale, retraitée.

Deux segments tendent en réalité à se construire au sein de la profession, qui se positionnent autour de cette polarité entre l'usage régulier de la technique et le versant relationnel du travail dans la pratique quotidienne des sages-femmes. Celles qui se revendiquent comme « hypertechniciennes », se situaient en 1994, plutôt dans les tranches d'âge les plus jeunes de la profession (CARRICABURU, 1994). Pour celles-là, l'expertise technique est posée comme fondement de leur professionnalité (CASTRA, 2003). Elles disent éprouver un certain attrait pour les situations d'urgence, et au bloc. Le côtoiement des médecins est susceptible pour elles de leur amener la considération du public et de l'institution hospitalière, avec l'idée que le prestige de la profession médicale rejaillit sur elles. Pour ces sages-femmes qui adhèrent à la domination du risque obstétrical, la médicalisation des gestes de la parturition n'est pas perçue comme générant une perte de sens de leur travail, mais comme le moyen d'encadrer leur pratique circonscrite à la physiologie. Elles sentent cependant que leur manque d'autonomie est par là renforcée.

Pour les sages-femmes qui mobilisent cette rhétorique de l'empathie dans la définition de leur juridiction, la qualité de la relation établie avec la patiente recherchée, est souvent à l'origine de l'engagement dans la profession. Dans leurs discours, elles mettent l'accent sur les effets iatrogènes du développement de la technique et de la médicalisation sur la définition du métier (NEGRIE et CASCALES, 2016 : 72). Elles expriment le regret de la perte de la compétence clinique : l'instrument devient un prolongement de la main de la sage-femme et supprime la connaissance empirique et le savoir-faire sensoriel. C'est un discours qu'en 1994, Danièle Carricaburu retrouvait davantage chez les plus anciennes sages-femmes, qui avaient commencé leur formation lorsque la technique n'était pas omniprésente. L'autre ressort de leur critique mise en avant par la sociologue est que la clinique suppose une prise en charge individualisée des patientes, alors que la technique standardise les approches. La parole revêt, dans cette rhétorique, une importance capitale du travail de care : la sage-femme est la première à recevoir les confidences des femmes, à pouvoir observer les difficultés relationnelles mère-enfant ou les conflits intrafamiliaux susceptibles de générer des violences et d'entraver le processus physiologique de la grossesse.

Mais Danièle Carricaburu nuance déjà ces propos en 1994 : ces deux compétences présentées comme antagonistes (la sage-femme « hypertechnicienne » et la sage-femme « relationnelle ») sont le plus souvent projetées sur autrui, et relativement articulées dans les pratiques. Par exemple, celles qui revendiquent de travailler en maternité de niveau I, pour échapper à « l'usine à bébés » sont aussi celles qui, dans le cadre de leur exercice, ont souvent recours à la technique. La sociologue retrouve

en 2007 cette idée que les définitions du risque obstétrical, et partant, des légitimités professionnelles, sont très variables d'un individu à l'autre au sein des différents groupes professionnels qu'elle a investigués. Et, à l'heure où nous rédigeons ce manuscrit, d'autres évolutions structurelles (cf infra) sont venues nuancer encore ces définitions déjà labiles. Notre enquête de terrain a montré l'importance du contexte d'exercice des professionnel.le.s dans les qualifications qu'ils attribuent à tel ou tel geste médical. Différentes variables sont à prendre en compte pour comprendre leurs discours, comme nous le montrerons pour l'IVG dans la partie suivante (V) : la taille de l'établissement, son statut, l'organisation des services, la rotation des personnels, la culture de l'établissement ; mais il faut aussi prendre en considération, à l'échelle individuelle, la trajectoire biographique et professionnelle des actrices, leur âge, l'intensité des liens (formels et informels) entretenus avec d'autres professionnel.le.s., etc. Nous avons rencontré par exemple Florence, sage-femme échographiste dans un centre périnatal de proximité dans une petite ville d'un département rural. Florence illustre très bien cette idée que l'investissement du versant relationnel n'est pas nécessairement synonyme d'un rejet de la technologie ni de la dimension scientifique de sa profession, au contraire.

Encadré 9. L'exemple de Florence, « relationnelle et technicienne »

Florence souffre des premières atteintes d'une polyarthrite rhumatoïde. La maladie ne l'effraie pas, elle affirme bien connaître bien les limites de son corps. Cette connaissance de la maladie lui permet, dit-elle, d'entrer dans des échanges très intimes avec ses patientes sur les questions médico-légales, symboliques et émotionnelles liées aux événements de la santé génésique, qu'elle prend le temps d'évoquer en consultation. Elle évoque par exemple la distance qu'elle recommande de prendre avec l'image échographique, quand une femme en demande d'IVG exprime sa culpabilité : « *Quand on fait une échographie à 5 semaines, on sait pas si c'est évolutif, une grossesse, hein ! Moi je leur dis : 'Je sais que vous êtes enceinte. Mais derrière, pfff, il peut se passer plein de choses !!! Mettez-vous pas la rate au court-bouillon... D'accord ? La loi française dit qu'un enfant n'est viable qu'à partir de 22 semaines, et tant qu'il n'est pas né, ça n'est pas une personne. Donc avant 22 semaines, c'est encore moins de rien de rien !!!' Mais c'est vrai que dès qu'une femme sait qu'elle est enceinte, elle s'imagine plus un gamin qui court dans la cour de ferme qu'un œuf qu'a rien dedans. C'est le fonctionnement tout à fait normal d'un imaginaire de grossesse* ». Pourtant, Florence jubile d'avoir recours à ce même instrument de diagnostic. Hors consultation, elle me répète souvent combien elle adore sa précision, et la joie qu'elle éprouve quand elle « *tombe sur des cas cliniques magnifiques* » qui mobilisent ses connaissances de la pathologie dans le suivi gynécologique comme dans le suivi de grossesse.

Extrait de notre journal de terrain, juillet 2018.

L'exemple de Florence est intéressant car il montre une sage-femme qui définit sa légitimité professionnelle justement dans l'articulation des ces deux types de compétences : dans son interaction avec les femmes, elle valorise le versant relationnel de la consultation. Elle s'efforce de se montrer rassurante, de répondre aux interrogations et aux angoisses de ses patientes, tout en indiquant qu'elle peut comprendre leurs ambivalences, leurs affects. Mais cela n'occulte en rien chez elle la satisfaction d'être en capacité de mobiliser des savoirs scientifiques, et de se sentir reconnue dans son expertise par les femmes et par ses collègues (appartenant à des groupes professionnels concurrents) lorsqu'en

tant que professionnelle de premier recours, elle reconnaît les signes d'une pathologie et fait entrer une patiente dans un parcours de soins. Nous nuancerons toutefois notre propos en soulignant ce qui, dans le cadre d'exercice de Florence, lui permet d'éprouver cette double satisfaction, et de définir sa juridiction dans l'articulation des compétences techniques et relationnelles. Seule sage-femme échographiste du CPP, travaillant en étroite collaboration avec un gynécologue médical (le Dr T.) qui, de par sa socialisation professionnelle, ne revendique pas la supériorité de sa compétence sur celle de sa collègue¹⁹, Florence exerce dans un contexte qui n'est pas concurrentiel, au contraire. L'éloignement géographique du CPP avec les autres structures médicales et hospitalières du département contribue à cette reconnaissance collective de ses savoirs experts et relationnels.

Nous allons dans le chapitre suivant revenir sur la manière dont la profession de sage-femme se saisit des évolutions structurelles du champ de la naissance et de la santé génésique pour faire reconnaître plus avant la légitimité de sa compétence, dans un contexte où la définition de la physiologie est elle-même l'objet d'élargissements progressifs.

¹⁹ Le Dr T., nous le soulignerons ultérieurement dans ce manuscrit, a été formé dans sa jeunesse en Belgique, et n'a pas obtenu le certificat qui lui permettait d'accomplir certains gestes chirurgicaux en France. Notre observation de terrain nous a permis d'apprécier combien le degré d'investissement des actrices dans une démarche de coopération avec les membres de groupes professionnels concurrents était corrélé au contexte d'exercice, aux trajectoires biographiques et professionnelles, ainsi qu'à la culture de l'établissement hospitalier ou du réseau local. Le Dr T., seul gynécologue dans un rayon de 50 km, est très apprécié par ses collègues, avec qui il entretient des liens forts. Il déjeune régulièrement avec les sages-femmes et les secrétaires du service, il leur demande leur avis dans certaines situations délicates (sur les aspects relationnels et sociaux de la prise en charge). Ces dernières plaisantent régulièrement avec lui du fait qu'il est en difficulté avec la photocopieuse, tout en s'empressant de l'aider à effectuer ses photocopies. Elles lui sont très attachées, s'inquiètent de ses moments de fatigue : à 72 ans, il a, me dit Florence, « 0,3 ETP de jours à récupérer. (Extrait de mon journal de terrain, juillet 2018).

CHAPITRE III. Un contexte de reconnaissance progressive de l'agentivité reproductive des femmes

Nous posons dans cette partie que le glissement paradigmatique qui s'opère actuellement autour des représentations sociales de l'IVG s'inscrit dans un contexte plus large de différentes mobilisations portant, dans le champ de la santé, sur la question de « l'agentivité reproductive » des femmes (UNNITHAN-KUMAR, 2005). Nous observerons l'incidence que ces questions ont sur les dynamiques professionnelles qui se font jour sur la scène du travail dans le champ de la santé génésique. Il est interpellé dans ses pratiques par les patientes, bousculé dans ses représentations, et conduit à prendre position dans un marché où l'offre de soins est concurrentielle. Il est lui-même encadré dans le champ médical, dont on a vu combien il était fortement hiérarchisé et structuré autour des rapports sociaux de genre. Nous suivrons l'invitation de Laure Béréni, en nous intéressant à la nature des liens qui unissent structurellement ce pôle professionnel aux autres pôles de « l'espace de la cause des femmes » (2012). L'appréhension des définitions contrastées des enjeux des différentes luttes au sein de ce pôle imbriqué dans le champ médical donne une vision plus fine des motifs de l'engagement des sages-femmes dans l'activité d'orthogénie et de ce qui se joue dans la division du travail abortif.

A. VERS UNE « RE »NATURALISATION DE LA NAISSANCE ?

L'administration biomédicale des naissances s'oppose aux représentations des parents pour qui les événements de la grossesse et de la naissance, ainsi que l'expérience de la parentalité s'inscrivent dans un autre régime de temporalité (CLAVANDIER, CHARRIER, 2015). Elle a fait l'objet de vives critiques de la part d'associations d'usager.e.s qui nourrissent le sentiment que ce phénomène de médicalisation se banalise, au détriment du bien-être des femmes et du respect de leurs souhaits pour cet événement. Ces pratiques sont jugées aussi en ce qu'elles sont reconduites « dans le déni des données issues de la physiologie et de la médecine factuelle », obéissant davantage « à des normes hospitalières qu'à l'attention portée à des profils cliniques individuels » (NEGRIE, et CASCALES, 2016 : 10-12) (cf infra).

I. La controverse scientifique autour du paradigme du risque obstétrical dans le champ médical

L'orientation épistémologique selon laquelle les bénéfices attendus des actes médicaux sont *a priori* supérieurs aux dommages possibles fait, à partir des années 1970, l'objet d'une controverse dans la communauté scientifique¹. Différentes études scientifiques ont battu en brèche les affirmations de la doxa obstétricale, en s'intéressant par exemple à la pratique de l'accouchement à domicile. Béatrice Jacques (2016) a recensé les principales d'entre elles², questionnant le lien de cause à effet entre la baisse de la mortalité maternelle et périnatale et l'augmentation du nombre de naissances à l'hôpital et la portée iatrogène des interventions pendant l'accouchement. Une étude comparative des risques encourus entre les accouchements en établissements hospitaliers et à domicile montre par exemple qu'aucun déclenchement ni rupture de la poche des eaux n'ont eu lieu à domicile (contre un taux de déclenchement de 9,7 % et de 50,3 % de rupture artificielle à l'hôpital), qu'aucun ocytocique³ n'a été utilisé au domicile (contre 66,3 % des parturientes hospitalisées). 64,3 % des femmes hospitalisées ont eu une péridurale, alors que dans le groupe domicile, seulement 11,9 % ont eu recours à l'homéopathie comme méthode d'indolorisation. Les extractions instrumentales ou chirurgicales ont été 10 fois plus fréquentes dans le groupe des femmes ayant accouché à l'hôpital (THEAU, 1998). Puis en 2013, Olsen et Clausen dans une méta-analyse également comparative, concluent qu'« il n'y a pas d'évidence à favoriser l'accouchement planifié à l'hôpital par rapport à celui planifié à la maison pour les femmes enceintes à bas risque » (OLSEN, CLAUSEN, 2013). Une autre méta-analyse montre que l'accouchement à domicile n'a pas d'incidence sur la mortalité périnatale, qu'elle soit intrapartum ou néonatale, des 24 premières heures et jusqu'aux sept premiers jours de vie, ni sur la mortalité maternelle. En revanche l'analyse remet en cause l'argument de l'augmentation du risque hémorragique. En outre, du fait de la distance à l'hôpital et son plateau technique, moins d'interventions médicales sont effectuées (épisiotomies, induction ou augmentation du travail, césariennes). L'étude pose l'hypothèse que le fait d'accoucher

¹ Dominique Raynaud donne cette définition de la controverse : « Une controverse scientifique se caractérise par la division persistante et publique de plusieurs membres d'une communauté scientifique, coalisés ou non, qui soutiennent des arguments contradictoires dans l'interprétation d'un phénomène donné », In *Sociologie des controverses scientifiques*, Paris, PUF, 2003, p. 8.

² Pour en savoir plus sur les arguments des défenseur.euse.s de la démedicalisation de la naissance, on pourra consulter les arguments des études citées par Béatrice Jacques (Ibid.) : A. Cochrane et coll., *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on the Health Service*, Londres, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972. G.J. Kloosterman, « The Dutch system of home birth », et L.E. Mehl, « The outcome of Home Delivery: Research in the United States », et, In S. Kitzinger et J.A. Davis, *The Place of Birth*, Oxford University Press, 1978 (respectivement pp.85-92 et pp.93-117). E.K. Ernst et K.A. Gordon, « Fifty three years of home birth experience at the frontier nursing service, Kentucky, 1925-1978 », In: D. Stewart et L. Stewart, *Compulsory Hospitalization, or Freedom of Choice in Childbirth ?*, Marble Hill, Mo, napsac, 1979, pp. 505-516. M. Tew, *Safer Childbirth? A Critical History of Maternity Care*, Londres, Chapman and Hall, 1990 (2e éd. 1995) ; I. Chalmers, M. Enkin, M. Keirse, *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford, Oxford University Press, 1989 ; M. Hatem, J. Sandall, D. Devan, H. Soltani, S. Gates, « Midwife-led versus other models of care for childbearing women », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4, art., 2008, In N. Richard-Guerroudj, « Le rôle des sages-femmes, ... », *op. cit.*, p. 87 à compléter!!!

³ Les ocytociques sont des médicaments pouvant provoquer ou stimuler des contractions de l'utérus. Ils sont utilisés dans les situations d'accouchement par les voies naturelles, pour que les contractions utérines soient régulières et efficaces.

dans un environnement familial influence positivement le processus et diminue les événements indésirables maternels (lacérations périnéales ou infections) et pour les nouveau-nés, à qui moins de médicaments ont été administrés et qui ont subi moins d'aspirations trachéales (FAUCON et BRILLAC, 2013). Une autre étude de grande ampleur, réalisée par des sages-femmes américaines (CHEYNEY *et al.*, 2014) confirme ces résultats, appuyant la rhétorique professionnelle selon laquelle les soins de qualité ne sont pas nécessairement synonymes d'une attitude interventionniste, plus fréquemment observée en milieu hospitalier.

Béatrice Jacques (2016) souligne cependant que ces études scientifiques ne remettent pas totalement en cause la biomédicalisation de la naissance. Bien qu'elles montrent des résultats positifs pour l'accouchement à domicile, leurs auteurs rappellent que ceux-ci ne constituent en rien une preuve, car ils ne remplissent jamais totalement les standards de l'*Evidence-Based Medicine* (EBM)⁴. La sociologue remarque que, dans ces articles scientifiques, l'accouchement à domicile n'est jamais recommandé au final : ce sont toujours les alternatives en milieux hospitaliers « sécuritaires » qui sont privilégiées (telles les maisons de naissance, cf. infra). Il semble qu'encore aujourd'hui, pour une grande partie du corps médical, l'accouchement à domicile ne puisse être reconnu comme une pratique légitime, malgré les résultats qu'il contribue lui-même à produire. Madeleine Akrich et Bernike Pasveer (1996) font en outre l'hypothèse « d'une continuité forte entre la médecine en tant que discipline, les pratiques médicales et l'expérience de ceux sur lesquels elle s'exerce, à savoir les patients ». Pour elles, cette interpénétration est possible par un travail sur les corps : les femmes ont, depuis les années 1950, été acculturées au savoir médical. C'est ce que montrent aussi les différentes enquêtes conduites auprès des parturientes et des couples après un accouchement à l'hôpital : leur satisfaction est plutôt bonne, meilleure cependant en clinique privée qu'à l'hôpital (MEMMI, 2016). La proximité et le niveau de sécurité restent toujours les premiers critères de choix de la structure de soins pour les accouchements.

⁴ Les arguments invoqués sont que les cohortes de ces études sont trop faibles, que les comparaisons internationales demeurent impossibles en raison de contextes culturels et politiques trop différents. Certains travaux sont récusés pour la confusion opérée entre accouchement à domicile souhaité et imprévu ou bien parce qu'ils n'offrent pas de comparaison. Le dernier argument tient à la nature même de l'événement : l'accouchement à domicile n'ayant pas pour vocation à être massivement imposé aux femmes, il ne peut s'agir que d'un choix. De ce fait, on ne pourra jamais administrer la preuve scientifique de l'intérêt de l'accouchement à domicile, puisqu'il sera toujours impossible de mener des études en double aveugle, l'un des fondements de l'EBM. Cf. Béatrice Jacques, « Où en est-on en 2015 de la reconnaissance de l'accouchement à la maison comme pratique alternative ? », 2016, op.cit.

II. Mobilisations pour des modèles alternatifs d'une naissance moins médicalisée

Quelques précurseurs ont cependant porté des réflexions sur les conditions de la naissance, qui ont contribué au mouvement de « re-naturalisation » de la relation mère-enfant. Dans les années 1950, sous l'impulsion de Fernand Lamaze (CARON-LEULLIEZ, 2006) et de ses travaux sur la préparation psychoprophylactique obstétricale, le dogme de la souffrance à l'accouchement commence à être critiqué. L'obstétricien pose le postulat que l'accouchement est un phénomène naturellement indolore, tandis que la douleur résulte d'un conditionnement inadéquat (VUILLE, 2000). Lamaze entend apprendre aux femmes, à partir d'une prise en compte de la composante psychique du processus physiologique de l'accouchement, à prévenir l'apparition de la douleur plutôt que de la traiter avec des produits pharmacologiques. L'objectif demeure cependant médical, et il est prolongé d'un objectif politique, celui d'apporter la démonstration de la supériorité de la science médicale soviétique sur la science « bourgeoise ». L'accouchement sans douleur servira finalement le maintien d'un certain ordre obstétrical (au double sens du respect de la tranquillité et de la hiérarchie (VUILLE, 2015). Virginie, sage-femme enseignante de 59 ans, déclare : « *C'était encore rien qu'une invention médicale d'un obstétricien pour ramener l'accouchement vers les spécialistes. Les sages-femmes ont été exclues de l'accouchement sans douleur* ».

Puis, dans les années 1970, l'obstétricien Frederick Leboyer ouvre un débat public sur l'accueil du nouveau-né et les gestes de la parturition pour que « l'enfant aborde le monde (...) sans violence » (LEBOYER, 2008)⁵. Michel Odent, chef de service à la maternité de Pithiviers, défend quant à lui l'idée selon laquelle l'intimité est un facteur indispensable au bon déroulement d'une naissance. Il entend replacer favoriser la part « pré-réflexive » des femmes pendant le processus de l'accouchement (MEMMI, 2016). Mais, pour favoriser leur potentiel instinctif (puisqu'elles seraient « naturellement préparées à l'accouchement »), une plus grande liberté doit être laissée aux femmes en travail⁶. Et, pour conforter leur sentiment de sécurité, le nombre d'intervenant.e.s en salle de naissance doit être limité. Michel Odent (1976) conseille également d'encourager la femme à se sentir forte de ses compétences, et dans cette perspective, d'éviter de lui faire subir d'actes invasifs (tels que des touchers vaginaux ou des contrôles de l'ouverture du col). La compréhension des processus hormonaux⁷ est l'une des bases d'une approche de l'accouchement comme événement biologique,

⁵ D'après cet obstétricien, « l'odyssée de la naissance » impose de déposer par exemple le nouveau-né sur le ventre de sa mère pour qu'il continue à en sentir la chaleur et le battement cardiaque. Le cordon ombilical doit être coupé uniquement lorsqu'il a cessé de battre, pour faciliter le passage à la respiration pulmonaire. Un temps de qualité doit être laissé à la mère et à l'enfant pour « être ensemble » : bruits excessifs, mouvements brusques et lumières trop intenses ne sont pas les bienvenus lorsqu'un enfant naît. On doit aussi à l'obstétricien l'introduction du massage néonatal.

⁶ L'obstétricien préconise de laisser les parturientes dormir, manger, marcher, crier, vomir, à leur guise pendant le travail.

⁷ L'ocytocine favorise les contractions de l'utérus. Les endorphines exercent un rôle antalgique, et l'adrénaline provoque le réflexe d'éjection du fœtus. Dans cette approche, par exemple, « la phase de désespérance » pendant l'accouchement, est perçue comme un comportement typique des femmes en travail. Gémissements, propos de désespoirs, pleurs, sont pensés comme « normaux » durant

psychologique et social. La physiologie de chaque parturiente doit être respectée, non seulement pour le « bien naître de l'enfant », mais aussi en prévention des hémorragies post-partum, des états dépressifs ou traumatiques pouvant survenir après l'accouchement. Plus tard, au tournant du 21^{ème} siècle, Paul Cesbron (2001) envisage lui aussi la violence comme étant inhérente à la spécialité de l'obstétrique, centrée sur la pathologie, plutôt que sur l'accompagnement des grossesses. Selon lui, les surveillances et les multiples dépistages de la grossesse s'apparentent à de la suspicion, et les extractions, qui sauvent des vies en cas de problème pendant la parturition demeurent des gestes intrusifs et violents.

Le filtre de la pathologie comme première intention sur le suivi de la grossesse et de l'accouchement est remis en question. Une montée des revendications sur l'humanisation et la réappropriation des naissances s'observe au cours des années 2000 (RIVARD, 2014) par la création de plateformes structurées demandant des changements de pratiques obstétricales⁸ (BRAUN et LALMAN, 2014), ou sur les réseaux sociaux qui servent alors d'espace de dénonciation (NEGRIE et CASCALES, 2016). En France, le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE), créé en 2003, rassemble près de 30 associations concernées par des questions relatives à la grossesse, la naissance, le post-partum⁹. Émergeant comme figure d'expert profane dans le système de santé, ce collectif entend dénoncer les excès de la médicalisation des naissances¹⁰ en revendiquant l'exercice d'un droit à choisir les conditions de l'accouchement¹¹. Le collectif souligne en outre le besoin d'intimité des femmes pendant cet événement privé, le besoin de conserver leur autonomie et d'être considérées comme des personnes responsables. La revendication est celle d'établir une relation de confiance avec, éventuellement, un personnel soignant qui demande leur consentement pour l'exécution des actes de surveillance du travail et pour toute décision médicale.

Un premier modèle s'oppose à la biomédicalisation de l'accouchement dans tous ses aspects de régulation sociale des conduites : l'usage des techniques, les représentations du risque, l'expertise scientifique des professionnels même sont refusés pour l'accompagnement de la grossesse et de la naissance, en ce qu'ils perturbent le processus physiologique de la naissance. Ce refus de la

cette phase, après laquelle la femme va se relever brusquement sous le coup d'une poussée d'adrénaline, et se mettre à pousser pour l'expulsion. Cette phase, bien que de courte durée après les longues heures de contraction de l'utérus, est un moment sensible, qui nécessite de la part des professionnels une présence bienveillante. Or, souvent, ce réflexe d'éjection n'est pas attendu en milieu hospitalier ; pour gagner du temps, la poussée de l'enfant est dirigée (NEGRIE et CASCALES, 2016).

⁸ On citera à titre d'exemple la Coalition for Improving Maternity Services qui est apparue à la fin des années 1990 ; l'International MotherBaby Childbirth Initiative (<https://icichildbirth.org>) ; le Regroupement-Naissance-Renaissance (<http://naissance-renaissance.qc.ca>), ou encore le White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (<https://whiteribbonalliance.org>).

⁹ Césarine, AFAR ou Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté, Maman Blues, Leche league ...).

¹⁰ Ce sont ainsi le recours systématique à la position dite « gynécologique » (couchée sur le dos, pieds dans les étriers, sans possibilité de mouvement du fait du contrôle du monitoring), le contrôle régulier de la dilatation du col, de la température et de la tension, l'environnement peu « hospitalier » de la salle de travail (lumières crues, intervention de multiples professionnels, appareillage), etc., qui sont critiqués.

¹¹ « L'accouchement à domicile en France en 2013. État des lieux et positions du ciane », (MOREL 2016, op. cit., pp. 321-337).

technologie et de l'autorité biomédicale s'articule à une conception de la féminité qui se revendique comme une « donnée de nature », entendue au sens de l'écoféminisme, non comme moyen de pérenniser et de justifier la domination patriarcale, mais selon une rhétorique critique qui mêle des arguments marxistes, écologistes et anarchistes, comme le support de revendications politiques plus larges, qui allient luttes pour la justice sociale et environnementale (LARRERE, 2017)¹², au motif que l'exploitation des ressources naturelles et l'assujettissement des peuples par des technologies invasives se sont particulièrement exercées sur le corps « fécond » des femmes [EAUBONNE, 1978]. Un autre modèle revendique une position intermédiaire, « post-moderne », qui envisage un syncrétisme des savoirs médicaux et traditionnels (DAVIS FLOYD, 2009). Dans ce modèle, moins radical, les professionnel.le.s ne sont pas pensé.e.s comme étant en position de toute-puissance. Les usagères sont encouragées à se positionner de façon active face à elleux, à refuser de rester passives face aux propositions de prises en charge qui sont questionnées. Ce modèle envisage des transformations du champ médical et hospitalier, avec une redistribution des rôles entre professionnels et usagères vis-à-vis des protocoles de soin.

L'accompagnement global (THOMAS, 2022)¹³ est l'une de ces alternatives. Cette prise en charge, qui allie le suivi pré, per et postnatal, a été relativement accessible sur tout le territoire jusque dans les années 1970, notamment grâce à la présence des sages-femmes dans les cliniques ouvertes¹⁴. Cette pratique, dont la demande est grandissante, est aujourd'hui proposée par certaines sages-femmes libérales, bien qu'elle rencontre des freins de différentes espèces (coûts assurantiels, difficultés pour accéder à un plateau technique, réticence des collègues hospitalières et ignorance des praticiens hospitaliers) (THOMAS, 2022). Les « maisons de naissance » sont aussi le fruit de ces ajustements des maternités hospitalières aux demandes des femmes et couples exprimant le besoin d'une prise en charge médicale plus personnalisée (CHARRIER, 2015), plus respectueuse du processus physiologique de la naissance. Mais ces ajustements ont nécessité du temps : le décret d'expérimentation des maisons de naissance est paru en 2015, presque vingt ans après son inscription

¹² L'autrice cite Ynestra King (2016 :112): « En essayant de sortir du piège de l'identification avec la nature dans une culture définie en opposition à la nature, on risque de tomber dans un autre piège, celui de l'antinaturalisme. La seule issue à la naturalisation et à la dévalorisation des femmes n'est donc pas de tourner le dos à la nature, de n'y voir qu'une invention des dominants pour mieux asseoir leur pouvoir sur les femmes et sur la nature. La naturalisation n'est pas la nature, critiquer la première, ce n'est pas rejeter la seconde, c'est au contraire montrer leur différence ».

¹³ Pour l'auteur, sage-femme de formation, l'accompagnement global de la maternité se déroule en pré, per et post-partum. La sage-femme qui le prend en charge délivre des conseils sur l'alimentation, le sommeil, les activités, peut accompagner ses recommandations de prescriptions en homéopathie, compléments alimentaires. Pendant l'accouchement, elle se rend aux côtés de la femme, quel que soit le lieu où celui-ci se déroule (y compris à l'hôpital où elle pourra accéder au plateau technique). L'accompagnement suppose un travail de confiance, dans le temps, durant lequel le professionnel de santé explique son raisonnement et sa démarche. C'est, d'après les sages-femmes enquêtées par Catherine Thomas, cette relation de confiance qui facilite la prise en charge de l'accouchement.

¹⁴ La fermeture des cliniques ouvertes et des petites maternités puis les refus fréquents des chefs de service d'accepter, comme la loi l'autorise, la présence des sages-femmes libérales au sein de leurs structures ont contraint ces praticiennes à n'avoir plus comme seul lieu d'exercice possible, que le domicile de leurs patientes pour répondre aux souhaits des couples. (Ibid).

dans les décrets de périnatalité de 1998¹⁵. Dans certains hôpitaux, les « salles nature »¹⁶ offrent un autre type de compromis : là, avant l'accouchement, la femme peut profiter d'une baignoire pour se relaxer pendant la dilatation du col et d'accessoires (ballons) qui vont l'aider à faciliter le travail. Elle est autorisée à marcher à sa guise. Puis, pendant l'accouchement, la patiente accompagnée par l'équipe médicale trouve, avec elle, la meilleure position dans laquelle elle veut donner naissance. Il n'est pas proposé de péridurale, sauf si les contractions deviennent trop douloureuses.

De ces mobilisations pour une naissance « respectée », « naturelle », « moins médicalisée », ont émergé de nouvelles modalités d'accompagnement de l'accouchement qui opèrent des ajustements avec le modèle biomédical sans qu'il soit remis en cause dans son intégralité. Des recherches ont montré en effet que la plupart des femmes refusent de renoncer totalement à la sécurisation de leur accouchement (JACQUES, 2007 : 132).

Geneviève Pruvost (2018) a montré l'étendue des variations lexicales autour de la définition de l'accouchement « naturel ». Quelques traits communs émergent cependant ; tous les modèles contestataires de la biomédicalisation (SAINT AMANT, 2013) s'articulent autour de la recherche d'une rupture des frontières entre experts profanes et experts certifiés qui régit le système des professions (ABBOTT, 1988), en portant la revendication d'apprentissages réciproques et d'un « travail conjoint » entre les parturientes et les professionnel.les (PRUVOST, 2018). Toutes ces réflexions envisagent la nécessité de créer un écosystème accueillant pour que les femmes puissent trouver leurs ressources propres, avec le moins possible d'adjuvant médicamenteux ou d'aide technique pendant l'accouchement. C'est à ce titre que nous considérons important de nous arrêter un instant sur les différentes alternatives qui sont proposées dans ces mobilisations, car, à notre sens, ces réflexions contribuent à l'émergence d'un contexte social où la profession de sage-femme (re)gagne en légitimité, dans l'opinion publique comme dans la conduite de l'action publique dans le champ de la santé reproductive.

¹⁵ Ces maisons de naissance sont gérées par des sages-femmes. Elles sont contigües à un établissement de santé avec lequel elles passent convention, ce qui garantit une meilleure qualité et sécurité des soins en cas de complication ou de nécessité de transfert. Elles offrent aux femmes une prise en charge moins technicienne du suivi de grossesse, de l'accouchement et du post-partum ; en revanche, elles n'assurent ni l'hébergement des parturientes et de leurs nouveau-nés ni la prise en charge des urgences obstétricales. Seules les femmes enceintes à bas risque de grossesse et d'accouchement sont concernées par ces structures. Plus largement répandues dans d'autres pays, la création des maisons de naissance en France a été rendue possible à titre expérimental grâce à la loi du 6 décembre 2013 et au décret du 30 juillet 2015 fixant les conditions de l'expérimentation. Afin de garantir une prise en charge optimale et sécurisée des femmes et des nouveau-nés, la haute autorité de santé (HAS) a participé à la mise en œuvre de cette expérimentation en publiant en septembre 2014 un cahier des charges définissant le cadre des futures maisons de naissance. 9 lieux d'expérimentation ont été retenus : le CALM à Paris, le « Premier cri » à Vitry sur Seine, la maison de naissance DOUMAIA à Castres, La Maison à Grenoble, le Temps de Naître à Baie-Mahault, la Joie de naître à Saint-Paul, les Premières heures au monde à Bourgoin-Jallieu, la Maison de naissance Alsace, MANALA à Sélestat et Un Nid pour Naître à Nancy. Ces structures ont été autorisées à fonctionner pour une durée de 5 ans, à titre expérimental, avant qu'une évaluation ne permette l'intégration définitive dans le code de la santé publique (chapitre III ter du livre III de la sixième partie du CSP). La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 dans son article 58 acte le principe des maisons de naissance intégré définitivement dans le CSP.

Pour Dominique Memmi (2014), ces revendications émergent cependant d'associations qui demeurent généralement éparées, de petite taille. Nous insisterons simplement sur le trait saillant qui nous intéresse pour la conduite de notre propos général dans la thèse : il nous semble ici que, dans cette perspective où l'accent est mis sur la physiologie de la naissance, le raisonnement probabiliste qui prévaut dans le modèle de la médecine basée sur les preuves (cf. chapitre 1, supra), s'inverse : là, le paradigme est construit autour d'une représentation des accouchements majoritairement prévisibles dans leur déclenchement spontané comme dans leur déroulement. Le paradigme se focalise sur la proportion majoritaire de non survenue des complications, ou de complications sans réelle gravité, ne nécessitant pas d'intervention urgente. C'est ce que nous explique Julie quand elle évoque les propos d'un chef de service durant l'un de ses stages au cours de sa formation initiale. Celui-ci se référerait sans doute aux réflexions de Michel Odent lorsqu'il disait que « *la meilleure sage-femme, c'est celle qui reste à tricoter près de la femme pendant le travail* »¹⁷.

B. EMERGENCE ET CONSTRUCTION DES VIOLENCES OBSTETRIQUES COMME PROBLEME PUBLIC

I. Une définition sujette à caution

L'usage de l'expression "violence obstétricale" et les revendications contre ces formes de violences s'inscrivent en France dans une continuité historique aussi bien dans leur lien avec les mouvements féministes que dans celui avec les méthodes de l'accouchement sans douleur ou de l'accouchement naturel (AZCUE, TAIN, 2021).

Les pratiques que recouvre l'expression ont pendant longtemps été perçues simplement comme des routines médicales. Il a fallu que convergent plusieurs mouvements d'usager.ère.s et mobilisations d'associations¹⁸ pour que le vécu douloureux des accouchements et des examens gynécologiques puisse être identifié comme « violences », devenir un problème appelant un débat public, et nécessiter l'intervention des autorités politiques légitimes (PADIOLEAU, 1982 : 25).

¹⁷ Julie, sage-femme hospitalière dans une maternité de niveau I, entretien informel, juillet 2021, extrait de notre journal de terrain.

¹⁸ En la matière, le rôle du Collectif Inter Associatif autour de la Naissance (CIANE) a été déterminant. Le collectif a mené plusieurs enquêtes sur le vécu de l'accouchement en procédant au recueil du témoignage des femmes et des couples et en publiant des rapports sur certaines des thématiques ayant émergé au cours de ces enquêtes, sur le respect des souhaits et du vécu de l'accouchement, le déclenchement et accélération du travail en 2012 ; sur la gestion de la douleur pendant les accouchements (2013), sur l'expression abdominale (2014) et encore sur la pratique du déclenchement (2015). Cf Intervention de Paule Boufferet, « Violences obstétricales : contexte et généralités », In colloque sur les violences faites aux femmes « Corps des femmes : violences et traumatismes », École de Maïeutique Marseille Méditerranée – Faculté de Médecine Aix-Marseille Université, avril 2018.

Encadré 10. L'émergence du problème public des violences obstétricales

Le concept de « violence obstétricale » a émergé au début des années 2000, en Amérique du Sud. Il fait ses premières apparitions dans des revues médicales, notamment en 2002 dans *The Lancet*¹⁹ et s'est ensuite répandu dans le monde anglo-saxon²⁰. En France, il commence à circuler dans les années 2010, notamment au travers des billets de Martin Winckler²¹ médecin et essayiste, et grâce à la popularité du blog « Marie accouche là »²² créé en 2013 par Marie-Hélène Lahaye, juriste et féministe. Celui-ci dénonce régulièrement les pratiques telles que le fait de percer la poche des eaux pour accélérer le travail, le recours excessif à l'injection d'ocytocine, la réalisation d'une épisiotomie sans en informer la patiente, ou l'imposition de la position dorsale pendant la parturition (JACQUES, 2019). Elle donne des violences obstétricales la définition suivante : il s'agit de « *Tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte* » (LAHAYE, 2018). En 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé publie une déclaration sur les négligences et mauvais traitements pendant l'accouchement, particulièrement propice à ces violences²³. Le concept se médiatise progressivement, notamment sur les réseaux sociaux²⁴. La polémique est lancée par Marlène Schiappa en juillet 2017²⁵ lorsqu'elle annonce au Sénat des chiffres sur le taux d'épisiotomie qui offusquent les professionnel.le.s de santé²⁶. La secrétaire d'État à l'Égalité entre les femmes et les hommes commande alors un rapport au Haut Conseil à l'Égalité (HCE) afin « d'objectiver le phénomène »²⁷, qui définira comme suit le concept : « *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés par un.e ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter)* » (HCE f/h, 2018). Le HCE F/H propose trois axes d'améliorations : « reconnaître l'existence et l'ampleur » des violences obstétricales, les « prévenir » notamment en approfondissant la formation médicale sur cette question, et « informer les femmes sur leur droit pour pouvoir condamner les pratiques sanctionnées par la loi ».

¹⁹ Ana Flávia PIRES, D'OLIVEIRA Lucas GRILO DINIZ Simone; Lilia Blima SCHRAIBER, 2002, « Violence against women in health-care institutions: an emerging problem » *The Lancet*, Volume 359, 9318, pp.1681-1685.

²⁰ Pour mieux appréhender la manière dont la prise de conscience de ce problème social s'est diffusée à travers le monde, ainsi que les difficultés rencontrées par les actrices pour en définir les contours, l'on pourra se reporter à la bibliographie établie par le collectif CIANE, Bibliographie sur les violences obstétricales, mars 2016 : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2016/04/Bibliographie-violenceobs-2016.pdf>

²¹ WINCKLER Martin, « Les violences faites aux femmes... par les médecins », 25 novembre 2009, disponible sur : <https://www.martinwinckler.com>

²² <https://marieaccouchela.net>

²³ Dès 1985, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rappelle que les interventions médicales inutiles pourraient être réduites lors des accouchements, en appliquant les principes du recueil du consentement et du droit de les refuser. L'institution pointe le recours massif aux césariennes dans les pays en voie de développement, notamment en Amérique latine. Et en 2014, le document intitulé « La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins » dénonce certaines pratiques telles que les soins non consentis, le manque de respect, l'abus d'autorité et la culpabilisation des patientes par les soignants. La question de la violation des droits fondamentaux (droit à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination) est aussi mentionnée dans ce texte. Disponible sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134589/WHO_RHR_14.23_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

²⁴ Dès novembre 2014, l'hashtag « #PayeTonUtérus » a été utilisé sur le réseau social Twitter. Il a fait émerger de nombreux témoignages de femmes ayant subi des mauvais traitements lors de leur suivi gynécologique et obstétrical.

²⁵ France Inter, « Marlène Schiappa au centre d'une nouvelle polémique, cette fois sur l'accouchement », 25 juillet 2017. Disponible sur <https://www.franceinter.fr/politique/marlene-schiappa-polemique-gynecologues-episiotomie>

²⁶ NISAND Israël « Lettre ouverte à Madame Marlène Schiappa, Secrétaire d'État chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes », 22 juillet 2017. Disponible sur : <http://www.cngof.fr>

²⁷ Ministère chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, de la diversité et de l'égalité des chances Demande de rapport au HCE sur les violences obstétricales, 24 juillet 2017.

Les recherches menées sur la question des différentes formes de violation des droits sexuels et reproductifs, tant en sciences humaines et sociales que dans la littérature grise, montrent la labilité de la catégorie des « violences obstétricales »²⁸. La législation vénézuélienne définit en 2007 le concept comme « *l'appropriation du corps et des processus de reproduction des femmes par le personnel soignant, s'exprimant par la déshumanisation, la prise en charge hiérarchique, la surmédicalisation et l'interprétation pathologique d'un processus naturel, lesquels facteurs produisent une perte d'autonomie et de liberté de choix au niveau du corps et de la sexualité, ce qui impacte négativement la qualité de vie des femmes* » (FAVRE, 2020). Le Mexique (2007) puis l'Argentine (2009) vont également inscrire ce concept dans leurs lois dans des termes quasi similaires (FAVRE, 2020). Cette institutionnalisation du concept intègre dans sa définition les critiques émises sur la médicalisation de la naissance et la violation du droit des femmes relatif à la santé reproductive et sexuelle : les violences obstétricales sont analysées à la fois comme violence institutionnelle et comme violence de genre. Cette lecture du problème social sera ensuite confirmée par les organisations internationales et la littérature scientifique²⁹.

²⁸ Le silence autour des maltraitances liées aux soins est distribué de manière très hétérogène dans la hiérarchie médicale. Et, selon A. Jelmer Brüggeman et Katarina Swahnberg, les gynécologues et les sages-femmes sont parmi les premières à en avoir reconnu l'existence. (In BRÜGGEMAN Jelmer, SWAHNBERG Katarina, 2014, « Staff silence about abuse in health care: An exploratory study at a Swedish women's clinic », *Clinical Ethics*, Vol 9, Issue 2-3, pp. 71-76). Les nouvelles modalités d'accompagnement de la naissance produisent des complications, qui placent les professionnel.le.s dans une spirale de médicalisation « défensive » selon Olza Fernández Ibone (« PTSD and obstetric violence », *Midwifery Today with International Midwife*, n°105, 2013, pp.48-49). D'autres professionnel.le.s attribuent les violences aux erreurs de communication avec les patientes, estimant que, par manque de temps, les médecins et les sages-femmes ne prennent pas la peine d'expliquer les gestes qui leur sont routiniers, tandis qu'ils sont méconnus des femmes. Parfois, c'est la dette de sommeil des soignant.e.s qui est invoquée pour justifier des pratiques violentes. Pour d'autres, c'est le défaut de soins qui produit les violences, que les interventions soient excessives ou qu'il s'agisse d'une non prise en compte de la douleur. C'est encore le fait même de toucher à l'intime qui est perçu, en soi, comme une intrusion. Certain.e.s soignant.es ont perçu ce déferlement de critiques comme « une exagération », une « déformation de la réalité ». Iels ont pu se sentir agressé.es par ces revendications féministes. Ainsi Naïma, médecin généraliste rencontrée lors de notre enquête de terrain, est sortie heurtée et furieuse d'une communication de Martin Winckler et Naïke Desquenes, organisée à Dijon par l'association départementale du Planning familial, en novembre 2021, à l'occasion de la réparation de l'ouvrage *Notre Corps, Nous-mêmes*. Ce manuel féministe historique paru d'abord en 1973 aux États-Unis, puis en France en 1977, a été élaboré pour sa nouvelle publication française à partir de témoignages de plus de 400 femmes cisgenres, et de quelques personnes trans et non-binaires, sur leurs vécus, leurs analyses, leurs ressources ou stratégies pour se défendre, s'émanciper et se réappropriier leur corps dans les pratiques de santé sexuelle et reproductive. Lors de cette présentation, il a été beaucoup question des violences obstétricales, Naïma, ulcérée d'entendre parler des mauvais traitements infligés par ces « brutes en blanc », selon l'expression tirée de l'ouvrage de Martin Winckler (2016), a quitté la salle avant la fin de la conférence. Lorsque, ultérieurement, nous lui en avons demandé la raison, elle nous a fait cette réponse : « *Mais ça me donne envie de crier, comme ces hommes qui se révoltent contre les propos des féministes en disant « not all men ». Ben voilà, c'est stéréotypé, les féministes n'ont pas le monopole de la bienveillance, je suis désolée !* » (Extrait de notre journal de terrain, novembre 2021).

²⁹ SADLER Michelle, DOS SANTOS Mário, RUIZ-BERDÚN Dolores, LEIVA ROJAS Gonzalo, SKOKO Elena, GILLEN Patricia, CLAUSEN Jette A, 2016, « Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence », *Reproductive Health Matters*, May;24(47), pp. 47-55. D'après ces auteures, en Argentine (2007) et au Mexique (2009), parmi les violences « *qu'exerce le personnel de santé sur le corps et les processus de reproduction des femmes* », sont décomptés « *l'abus de la médicalisation et la pathologisation des processus naturels* ». Les violences obstétricales sont donc pensées sur plusieurs plans ; au plan individuel, lorsque les gestes et les discours portent atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique de la femme ; au plan familial (lorsqu'ils ont une incidence sur le lien mère/enfant ou dans la vie conjugale de la patiente), et au plan systémique (lorsque celle-ci est confrontée, dans le champ médical, à un refus de soin et de suivi). En dernier lieu, les violences obstétricales sont aussi pensées au plan légal puisque les abus sont considérés comme une violation des droits fondamentaux. La négation du consentement éclairé dans les pratiques médicales et obstétricales entre aussi dans les définitions qui sont données de ces violences dans la littérature (BOWSER et HILL, 2010 ; BRÜGGEMANN, WIJMA et SWAHNBERG 2012 ; FREEDMAN et KRUK 2014 ; HODGES 2009 ; SCHROLL, KJAERGAARD et MIGTGAARD, 2013)

II. Une réception du problème public différenciée selon les professions

Celle-ci peine pourtant à faire consensus au sein des professions médicales. Les instances représentatives des deux professions de l'obstétrique, gynécologues-obstétriciens et sages-femmes, ne tardent pas à réagir sous forme de lettres ouvertes et communiqués de presse. Ainsi le CNGOF³⁰, le SYNGOF³¹ et le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)³² dénoncent une campagne de dénigrement. L'Académie de Médecine publie aussi un rapport (2018) rappelant les progrès opérés en matière d'amélioration de la sécurité du soin, et la nécessité d'un « dialogue apaisé » et d'une « confiance réciproque ». Une recherche menée pour l'obtention d'un diplôme de fin d'études de maïeutique (MACIAS, 2019) analyse les réactions des professionnel.le.s de santé à l'émergence de ces mobilisations contre les violences obstétricales. Cette étude montre que certain.e.s témoignent de leur compréhension et font montre d'empathie. Certain.e.s, comme les représentant.e.s des instances ordinale et syndicale, s'insurgent dans une attitude de défense corporatiste, contre cette agression faite envers une profession où les actrices s'engagent par « passion », tout en reconnaissant les progrès à effectuer. D'autres relativisent les violences en retournant le discours contre l'agressivité des patientes, en donnant des explications relatives à la subjectivité de la perception chez celles qui sont vulnérables, au manque de moyens et de temps dont pâtissent les professionnel.le.s dans l'exercice de leur travail (stress, dette de sommeil). D'autres encore relativisent en regrettant l'utilisation excessive de l'expression pour désigner des examens de routine. Le mémoire montre que ces représentations sont variables en fonction du contexte d'exercice.

De son côté, le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF)³³ salue l'initiative du rapport annoncé par Marlène Schiappa comme une « nécessité », tout en soulignant que l'expression de « violences obstétricales » est sujette à débat. En aucun cas, il ne s'agit de nier ni de minimiser le ressenti des femmes : celui-ci est directement lié aux conditions de leur accueil dans les établissements de santé, notamment à la place et au temps qui leur sont accordés, ainsi qu'à la qualité du dialogue entre celles-ci et les soignant.e.s. L'argument se déplace très vite sur l'incidence de l'organisation actuelle dans les maternités (sous-effectif, surcharge dans les salles de travail...) sur la qualité de la prise en charge des patientes, et, plus précisément, sur l'importance de l'accompagnement de sages-femmes car, lorsque suffisamment de moyens humains sont alloués dans

³⁰ Communiqué de presse du CNGOF, 25 juillet 2017. Les propos de Marlène Schiappa étaient selon le CNGOF « mal documentés » et « pourraient aggraver la défiance des femmes envers le corps médical dans son ensemble, mais aussi décourager de possibles vocations pour des spécialités médicales aujourd'hui en souffrance en termes démographiques ».

³¹ Bertrand de ROCHAMBEAU, président du syndicat national des gynécologues obstétriciens, « Violences obstétricales : « L'épisiotomie est un acte de prévention », 1 août 2017, <https://syngof.fr/espace-infos/informations-generales/violences-obstetricales-lepisiotomie-est-un-acte-de-prevention/>

³² Communiqué de presse du 25 juillet 2017, disponible sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/violences-obstetricales>

³³ Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, « Rapport sur les violences obstétricales : une nécessité », communiqué de presse du 27 juillet 2017, disponible sur <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/rapport-sur-les-violences-obstetricales-une-necessite/>

les services et lorsque la « *place centrale due aux femmes lors de leur grossesse et de leur accouchement* [leur est donnée] (...) *le nombre d'interventions (épisiotomies, extractions instrumentales) diminue et la satisfaction des femmes est plus élevée* ».

Encadré 11. La réception du problème des violences obstétricales dans la profession de sages-femmes

Lors d'une séance plénière, Geneviève Couraud vient présenter les résultats du rapport du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes paru en juin dernier (HCE f/h, 2018) sur les actes sexistes durant le suivi gynécologique. La salle est comble. Plusieurs applaudissements explosent à la fin de la présentation, la réaction collective est manifestement très émotionnelle. Une sage-femme se lève, réclame le micro, pour énoncer qu'elle voit à l'occasion de faire valoir la spécificité de l'approche de la profession, selon elle plus disposée à l'écoute. Elle est chaleureusement applaudie elle aussi. Une autre se lève à son tour, pour donner un avis plus circonspect. « *J'aimerais rappeler qu'on a été, toutes, humiliées et maltraitées nous-mêmes pendant notre formation initiale. La violence dans les services d'obstétrique n'est pas le fait d'individus isolés, elle est systémique, et nous-mêmes, prises dans cet engrenage, nous ne sommes pas toujours exemplaires dans l'accueil qu'on réserve aux femmes. Soyons honnêtes, ça nous arrive aussi de les brutaliser, faute de temps, et aussi parce qu'on n'a plus la possibilité de prendre du recul sur nos pratiques* ».

Congrès des sages-femmes libérales organisé en novembre 2018 à Auxerre. Extrait de notre journal de terrain.

Cette observation montre les usages stratégiques de la critique contre les violences obstétricales, que l'on retrouve dans les commentaires du CNOF : pour les sages-femmes, ce n'est pas tant la médicalisation de la naissance qui pose problème, mais la violation des droits fondamentaux. La notion est élargie à une approche qui articule la violence systémique et historique du système médical sur le corps des femmes, à une approche citoyenne ciblant les pratiques relationnelles entre usagères et soignant.e.s, ainsi qu'à des revendications propres à la profession. La rhétorique se fait « revendication de professionnalité (CASTRA, 2003) : la « crise » soulevée par la dénonciation des violences obstétricales est, pour cet auditoire, l'occasion d'un « travail de stabilisation de la juridiction » comme celle d'une renégociation de la coalition vis-à-vis des groupes professionnels concurrents dans le champ (ABBOTT, 1988). Les sages-femmes voient dans cette crise l'opportunité de défendre des compétences relationnelles qu'elles estiment consubstantielles à l'identité professionnelle du groupe.

L'émergence du débat sur les violences obstétricales produit donc, selon nous, un « effet de déconfinement » (GILBERT, HENRY, 2012) d'un certain nombre de thèmes revendiqués par la profession. Ceux-ci passent d'une sphère privée et/ou militante, ou du moins d'auditoires réduits, à une convocation du sujet dans l'espace public. De fait, dans un communiqué de presse en date du 29 juin 2018³⁴, le CNOF salue le rapport du HCE publié en 2018. Plusieurs points de ce rapport vont

³⁴ Communiqué de presse du CNOF, « Rapport du HCE : des pistes essentielles », 29 juin. 2018, disponible sur <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/rapport-du-hce-des-pistes-essentielles/>

dans le sens des revendications de l'instance ordinale : la crise invite à « placer l'usagère au centre des politiques de santé », comme la revendication avait été énoncée dans le *Livre Blanc*, dans lequel le CNOSF proposait la mise en place d'états généraux pour la santé génésique des femmes, qui doivent devenir actrices de leur santé grâce à un renforcement de l'information qui leur est dispensée. La proposition du HCE de renforcer l'éducation à la sexualité dans les établissements scolaires (BOUSQUET *et al.*, 2018) fait encore écho à une des propositions formulées par le *Livre Blanc des Sages-Femmes 2022*, celle de « renforcer la participation des sages-femmes à l'éducation à la vie sexuelle et affective, notamment par le financement des interventions »³⁵, dont la légitimité serait encore renforcée par l'instauration d'une consultation systématique proposée à tous les jeunes, garçons et filles. Le HCE f/h plaide également en faveur de la généralisation des maisons de naissance, ce que le CNOSF applaudit comme « seule alternative à la prise en charge en maternité (qui permette) de répondre à la demande des femmes tout en démontrant les bénéfices d'un suivi personnalisé. » Le Haut Conseil estime également qu'une augmentation significative des moyens financiers et humains dévolus aux maternités est nécessaire et appelle également à une révision des décrets de périnatalité afin de prévoir une augmentation des ressources humaines. L'Ordre des sages-femmes apporte bien entendu « son soutien inconditionnel à cette mesure, qui permettrait aux professionnels de santé d'accorder aux patients le temps qui leur est dû ». D'autres mesures proposées par le Haut Conseil sont saluées comme l'occasion de renégocier les coalitions dans le champ : il en appelle à une évolution des instances disciplinaires des Ordres, ainsi qu'à la responsabilisation des professionnels de santé via un renforcement de la formation³⁶, réclamée par la profession depuis plusieurs années.

Ces revendications vont dans le sens de l'émergence d'un discours sur l'importance du modèle de soins « midwifery-led » (« conduits par une sage-femme »), revendiqué pour sa capacité à améliorer la continuité des soins et faciliter la participation active de la femme à son accouchement³⁷. Plus récemment, le mouvement « Une femme- Une sage-femme », lancé le 11 novembre 2020, a

35 Il s'agit de l'une des propositions d'actions concrètes faisant suite à la proposition n1 : « Faire de la sage-femme un acteur de référence de la prévention et de la santé gynécologique des femmes » Livre Blanc Et si on parlait d'elles ?, cosigné par l'ANESF, l'Association nationale des sages-femmes coordinatrices, l'ANSFT, le CNSF, le CNOSF, l'ONSSF, la CNEMa, p.9.

36 Dans sa réponse à la question écrite n° 25235 de M. Fabien Genet (Saône-et-Loire - Les Républicains) publiée dans le JO Sénat du 04/11/2021, p.6200, le Ministère des solidarités et de la santé rappelle l'engagement pris par le gouvernement de créer une sixième année de formation pour les études de maïeutique, qui devait prendre effet dès la promotion 2022/2023 (réponse publiée dans le JO du Sénat le 13/01/2022, p.253.

37 Une revue systématique de la littérature a mis en évidence l'importance de ce modèle de soins, à partir de comparaisons. Dans la pratique sage-femme, les femmes étaient moins enclines à être hospitalisées en prénatal et à avoir une analgésie régionale, une épisiotomie, un accouchement instrumental et à connaître une mort fœtale à moins de 24 semaines de grossesse. Leurs bébés étaient hospitalisés pour une période moindre. Les femmes étaient aussi plus enclines à avoir un travail sans analgésie/anesthésie et un accouchement vaginal lorsqu'elles étaient assistées par une sage-femme familière. Les résultats sont consistants au niveau de risque, milieu de pratique et à l'organisation des soins. In Marie Hatem et al., « Comparaison des modèles de soins obstétricaux dirigés par les sages-femmes à d'autres modèles de soins offerts aux femmes enceintes : une revue systématique Cochrane », *Pratiques et Organisation des Soins*, 2009, 40(4), pp. 267-274.

rassemblé professionnel.le.s et usagères pour dénoncer la maltraitance dont peuvent être victimes les femmes, conséquence des effectifs insuffisants.

C. CONSTRUCTION DE LA SAGE-FEMME COMME AGENT DE PREMIER RECOURS EN SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

I. Le déploiement de l'action publique en santé sexuelle et reproductive

Une première définition de la santé sexuelle et reproductive est donnée à la Conférence du Caire en septembre 1994³⁸. Dans le programme d'action établi, l'amélioration de la condition des femmes, le renforcement de leur pouvoir sont présentés comme autant de conditions essentielles à la résolution du « problème » de la fécondité et de la croissance démographique, dans une perspective de développement durable. La communauté internationale reconnaît que l'univers de la reproduction et de la sexualité est un lieu d'exercice important des pratiques discriminatoires à l'égard des femmes. L'introduction des notions de santé et de droits reproductifs est liée à l'attention portée dans le Programme d'action des Nations Unies, à la question de l'égalité entre les sexes et au renforcement du pouvoir des femmes. (PELCHAT, 1995). Les actions envisagées ajoutent, au prisme de la sécurité sanitaire et du droit, la mention de libertés reproductives et de l'égalité d'accès aux soins. La santé sexuelle et reproductive est pensée dans une approche globale, incluant les dimensions sanitaire, affective, relationnelle, sociale et environnementale. Puis, en 2015, les Nations Unies identifient quatre objectifs en rapport avec la santé sexuelle : il s'agit d'assurer l'éducation (sexuelle) pour tous, de promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, d'améliorer la santé maternelle, de combattre le VIH et d'autres maladies. Un changement de paradigme s'opère dès lors, pour l'orientation stratégique des politiques en matière de santé : dépassant le seul cadre de la santé maternelle et infantile.

³⁸ Du 5 au 13 septembre 1994 s'est tenue au Caire la Troisième Conférence intergouvernementale des Nations Unies sur la population et le développement (CIPD), après celles de Bucarest en 1974 et de Mexico en 1984. La définition est la suivante : « Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre en matière de reproduction l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et en résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité, qui vise à améliorer la qualité de vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles. » (BOUVIER-COLLE, 2016).

Certaines mesures de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 ouvrent de nouvelles perspectives dans le champ de la santé sexuelle³⁹ : la notion de santé sexuelle et reproductive est introduite dans le Code de la santé publique (article 10). Une stratégie nationale Santé Sexuelle et reproductive a été mise en place en France, s'inscrivant dans une approche globale recommandée par l'OMS⁴⁰. Ce document de cadrage des politiques de santé en matière de santé sexuelle propose des modalités de l'éducation à la sexualité tout au long de la vie en intégrant au cadre conceptuel une optique d'égalité de genre, de sexe et d'orientation sexuelle. Les droits des individus sont pensés sans distinction de sexe, de genre, d'orientation, d'âge ou de situation économique, de manière à favoriser l'autodétermination des individus. Divers domaines disciplinaires sont mêlés en visant la transversalité des approches et la diversité des stratégies à mettre en œuvre. L'exclusion sociale et les inégalités entre les sexes deviennent des déterminants majeurs de la santé sexuelle.

Dans son rapport publié en 2016, le Haut Conseil de la Santé Publique⁴¹ rappelle la définition de la santé sexuelle de l'OMS⁴². Selon le HCSP, la santé sexuelle concerne ainsi toutes les personnes, quels que soient leur âge ou leur forme d'expression sexuelle. Elle repose sur la capacité de développer et maintenir des relations interpersonnelles, d'apprécier son propre corps, d'interagir avec les deux sexes de façon respectueuse, d'exprimer de l'affection, de l'amour et d'avoir des relations d'intimité d'une manière compatible avec ses propres valeurs. La santé reproductive implique que les personnes puissent avoir une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité avec la capacité et la liberté de décider ou non de concevoir des enfants, si elles le souhaitent et quand elles le désirent. La santé sexuelle englobe le développement sexuel et la santé reproductive (HCSP, 2016 : 7).

Dans le cadre d'une approche globale prônée par l'OMS (2007)⁴³, relayée par le European Center for Disease Prevention and Control (ECDC, 2013), une stratégie de santé sexuelle et reproductive a déjà été mise en œuvre par plusieurs pays⁴⁴. Le rapport des Nations Unies (ONU, 2015) concernant les objectifs du millénaire pour le développement (2015) identifie 4 objectifs en

³⁹ Parmi ces mesures, figurent également la suppression des restrictions en raison de l'orientation sexuelle pour le don du sang (article 40), la possibilité du recours à la médiation santé, ainsi qu'à l'interprétariat linguistique pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soin (article 90).

⁴⁰ WHO, 2010, *Developing Sexual Health : a framework for action*, WHO/RHR/HPR/10.22 Cette approche est relayée par l'European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), *Sexual Health Report*, 2011 CDC.

⁴¹ Haut Conseil de la Santé Publique, 2016, *Santé sexuelle et reproductive*, collection Avis et rapports, mars.

⁴² World Health Organization, 2006, "Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health" Disponible sur www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health/en/in dex.html.

⁴³ OMS, 2007, *Introduire des lignes directrices et outils de santé sexuelle et génésique dans les programmes nationaux : principes et processus d'adaptation et de mise en œuvre* [En ligne] Genève (CH)

⁴⁴ Soit l'Espagne, la Grèce, la Lettonie, la Norvège, Malte, les Pays Bas, la République Tchèque, le Royaume Uni, la Slovaquie en 2016, au moment de la publication du rapport du HCSP.

rapport avec la santé sexuelle : assurer l'éducation primaire pour tous, promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, améliorer la santé maternelle, combattre le VIH, le paludisme et d'autres maladies. L'évocation de la santé sexuelle étant encouragée au cours de la consultation médicale, l'OMS publie en mai 2015 le Guide sur la Communication Brève relative à la Sexualité »⁴⁵.

L'action publique en santé sexuelle et reproductive se déploie au travers de divers instruments et structures qui font appel à des sages-femmes dans l'exercice de leurs missions. En France, plusieurs plans nationaux de santé publique et des dispositions juridiques comportent ainsi une part d'objectifs en rapport avec la santé sexuelle et reproductive, sans véritable articulation explicite les uns avec les autres. Les plans « VIH-IST 2010-2014 »⁴⁶, « hépatites virales B et C 2009-2012 »⁴⁷, « cancer 2009-2013 »⁴⁸, « cancer 2014-2019 »⁴⁹ insistent sur l'importance des actions de prévention, d'éducation à la santé et de dépistage avec une attention sur les questions de l'accessibilité financière et du déploiement des actions de manière égale sur le territoire. Le plan gouvernemental de « lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013- 2017 »⁵⁰ souligne, dans sa prise en compte des risques sociaux, que « les femmes constituent une population à risque particulièrement élevé (grossesses non désirées, violences intrafamiliales, prostitution) ». Le plan « santé des jeunes 16/25 ans 2008-2010 »⁵¹ propose des mesures destinées à ajuster les dispositifs de prévention aux catégories de population concernées par des problématiques spécifiques (les « jeunes en situation de vulnérabilité », ou « non scolarisés », par exemple). Les différents plans périnatalité ont contribué à l'organisation de filières

⁴⁵ Ce guide vise à étendre l'utilisation de la Communication Brève relative à la sexualité aux professionnels en charge de l'offre de service de santé sexuelle, et principalement aux professionnels de soins de santé primaire. Cf. World Health Organization, *Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach* [En ligne]. Geneva, 2015, 72 p. Disponible sur http://www.santesexuelle-droitshumains.org/images/pdf/WHO_BSC_Guideline_Final_May_2015.pdf

⁴⁶ Ministère de la Santé et des Sports, Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 [En ligne]. Paris, Novembre 2010, 266 p. Le plan déploie quatre axes stratégiques en quatre programmes populationnels : la prévention, l'information et l'éducation pour la santé, le dépistage et la prise en charge sociale ainsi que la lutte contre les discriminations sont abordées dans une vision qui prend en compte les spécificités de populations particulières (jeunes, femmes, personnes handicapées) ou plus vulnérables face au risque d'infection (migrants, personnes LGBT, usagers de drogues, prostituées). Le plan préconise d'intégrer la prévention et la gestion des risques dans une démarche globale de promotion de la santé sexuelle. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf

⁴⁷ Direction générale de la santé, Plan national de lutte contre les Hépatites B et C 2009-2012 [En ligne], Paris, 2009, 88 p. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_Hepatites.pdf

⁴⁸ Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, INCa, Plan cancer 2009-2013 [En ligne], Paris : 2009, 138 p. Ce plan préconisait notamment la prévention des cancers d'origine infectieuse, notamment par l'augmentation de la couverture vaccinale vis-à-vis du vaccin HPV et du vaccin hépatite B Disponible : http://www.cnsa.fr/documentation/plancancer20092013_02112009.pdf

⁴⁹ Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, INCa Plan cancer 2014-2019 [En ligne]. Paris, Février 2014, 150 p. Le plan insiste sur l'importance de l'accessibilité financière et de la diversification des lieux et des opératrices de la vaccination, en même temps qu'il préconise la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

Disponible : http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer.pdf

⁵⁰ Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013- 2017 [En ligne], Paris, Septembre 2013, 82 p. Disponible sur http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_2013-2017/pdf/plan_gouvernemental_drogues_2013-2017_DF.pdf

⁵¹ Plan santé des jeunes 16-25 ans 2008-2010 [En ligne]. Paris : Direction générale de la santé ; 2008, 38 p. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Presentation_du_Plan_version_final.pdf

⁵¹ Avec des dispositifs tels que la création des «maisons des adolescents», la campagne de promotion du numéro vert « fil santé jeunes », la lutte contre la souffrance psychique liée à l'homosexualité, etc.

périnatales de prise en charge, avec une attention spécifique portée aux les femmes les plus défavorisées ou connaissant une grossesse à un âge tardif. Plus spécifiquement, le “Humanité, proximité, sécurité qualité”⁵² de 2005-2007, incite à respecter les dimensions psychologique et émotionnelle dans le processus de prise en charge de la femme et du couple. Puis le plan « lutte contre les violences faites aux femmes, 2014-2016 »⁵³, comporte dans son axe 3 une série de mesures visant à sensibiliser la population à la question des rapports de genres. Enfin, le « plan national de la vie étudiante » préconise l’amélioration de l’information sur les dispositifs contraceptifs, l’IVG médicamenteuse et la protection contre les IST par le préservatif. Il aborde la prévention en santé sexuelle en incluant des thématiques telles que le respect des orientations sexuelles, le droit à disposer de son corps, la rencontre et le respect de l’autre et la lutte contre le harcèlement sexuel. Des actions spécifiques sont prévues, telles que la création de centres d’éducation et de planification familiale au sein des services de santé universitaire, l’accueil d’étudiant.e.s de la filière maïeutique hors du contexte hospitalier pour faciliter les consultations, le développement de l’activité d’IVG médicamenteuse en ambulatoire, la possibilité pour les Services de Santé Universitaires (SSU) de réaliser des dépistages VIH-Hépatites B et C (en les intégrant au dispositif des CEGIDD). Et, depuis vingt ans, plusieurs dispositions juridiques ont été adoptées en faveur de l’éducation à la sexualité en milieu scolaire⁵⁴, ou relatives au contrôle des naissances⁵⁵.

Par ailleurs, les structures et dispositifs pouvant intervenir dans le champ de la santé sexuelle et reproductive ont évolué. De nombreux organismes sont impliqués dans une offre de santé sexuelle en France : les ministères chargés de la santé et des droits des femmes, de l’Éducation nationale, de la justice, de l’Intérieur, les agences régionales de santé (ARS), les conseils départementaux, les rectorats, les conseils régionaux, les villes. Ils s’appuient sur des structures publiques axées sur la prévention et le dépistage : les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)⁵⁶ et centres

⁵² Ministère chargé de la santé, Plan périnatalité 2005-2007 : “Humanité, proximité, sécurité, qualité” [En ligne]. Paris, 2004, 42 p. Disponible sur <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2004/planperinat.pdf>

⁵³ Ministère des droits des femmes, 4ème Plan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes 2014-2016 [En ligne]. Paris, 2014, 44 p. [Disponible : http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/11/4e-planVFF_221120131.pdf]

⁵⁴ Les circulaires d’avril 1996 puis de novembre 1998, rendent obligatoires deux heures par an minimum d’éducation à la sexualité pour les élèves de 4^{ème} et de 3^{ème} des collèges et lycées professionnels. La loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 oblige l’Éducation nationale à assurer « au moins trois séances annuelles d’information et d’éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées ». La circulaire du 17 février 2003 redéfinit les objectifs de l’éducation à la sexualité de l’école primaire jusqu’à la fin du lycée. La circulaire n° 2011-216 du 2 décembre 2011 relative à la politique éducative de santé dans les territoires académiques, réaffirme la nécessité de généraliser l’éducation à la sexualité. Les circulaires n° 2015-117, n° 2015-118 et n° 2015-119 du 10 novembre 2015 précisent respectivement la politique éducative, sociale et de santé en faveur des élèves d’une part et les missions des médecins et des infirmier.ère.s de l’Éducation nationale, d’autre part.

⁵⁵ Voir la deuxième partie de ce manuscrit.

⁵⁶ Décret n° 88-61 du 18 Janvier 1988 pris pour l’application de l’article L 355-23 du code de la santé publique concernant le dépistage de façon anonyme et gratuite du VIH. Les CDAG, créés en 1988 pour favoriser le dépistage du VIH sans risque de stigmatisation, ont vu leur mission élargie au dépistage des hépatites B et C. Ils étaient financés par l’Assurance maladie et habilités par les ARS Leurs fonctions comprenaient en outre l’accueil, l’information, l’évaluation des facteurs d’exposition, le conseil personnalisé, l’accompagnement vers une prise en charge médicale, psychologique et sociale en cas de besoin. Les CeGIDD ont été remplacé les CDAG à partir de janvier 2016, sous la responsabilité des ARS et avec un financement assuré par la sécurité sociale au moyen des fonds d’intervention régionaux (FIR). En plus du dépistage du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST)⁵⁷ aujourd'hui réunis en centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic (CEGIDD). Les établissements d'information en conseil conjugal et familial (EICCF) et centres de planification et d'éducation familiale (CPEF)⁵⁸, services de Protection maternelle et infantile (PMI), réseaux santé périnatalité (RSP), services de santé en milieu scolaire et universitaire et comités de coordination régionale de la lutte contre l'infection due au VIH (COREVIH) renforcent le maillage territorial des dispositifs de prévention. Nombre de ces structures emploient des sages-femmes, aux côtés d'autres structures plus spécifiquement centrées sur le soin.

Également, les comités de coordination régionale de la lutte contre l'infection due au VIH (COREVIH) ont été institués par le décret n°2005-1421 du 15 novembre 2005⁵⁸ relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. Implantés dans les établissements publics de santé couvrant un territoire de référence à un niveau infrarégional, régional ou interrégional, les COREVIH favorisent la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé grâce à des actions conduites auprès des populations générales ou ciblées. Ils contribuent également à la coordination de la recherche clinique et épidémiologique, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations des malades et des usagers du système de santé. Ils procèdent également à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH suivis à partir de 1991⁵⁹. Le travail de coordination des COREVIH a contribué à la montée en puissance des actions liées à la « vie affective et sexuelle » conformément aux recommandations du plan de santé publique sur le VIH- sida et les IST 2010-2014.

(IST), ces structures doivent offrir une approche globale de santé sexuelle et mieux cibler les publics les plus éloignés du dispositif de santé.

⁵⁷ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, article 71. Les CIDDIST ont succédé aux dispensaires antivénéériens (DAV) mis en place à partir de 1916. Financés par l'État, aussi habilités par les ARS et parfois en convention avec les Conseils départementaux, ils étaient chargés de réaliser le diagnostic et le dépistage anonyme de toutes les IST. Ils avaient aussi pour mission l'accueil, l'écoute, l'information, le conseil, l'évaluation du risque, les examens physiques et tests à visée diagnostique, la prescription de traitements, l'orientation pour la prise en charge médicale, psychologique, sociale. Les personnels pouvaient aussi proposer le dépistage et le traitement des partenaires des personnes venant consulter.

⁵⁸ Le décret du 24 avril 1972, en application de la loi Neuwirth de 1967, instaure le conseil conjugal et familial, dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), sous la responsabilité des conseils départementaux et les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) sous la compétence de l'État le dispensaient. L'ouverture d'un CPEF doit obligatoirement comprendre en plus du personnel médical qui le différencie de l'EICCF, une personne compétente en matière de conseil conjugal et familial. Ses missions sont définies réglementairement par l'article 2311-7 du code de la santé publique. Elles consistent à offrir des consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité, dispenser une information en matière de sexualité et d'éducation familiale ; conduire des entretiens pré et post IVG ; assurer la préparation à la vie de couple et à la fonction parentale ainsi que des entretiens de conseil conjugal. Les CPEF peuvent également réaliser les actions de prévention, dépistage et traitement des IST ; interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse ; accueil et le conseil aux personnes se trouvant dans des situations difficiles liées à des dysfonctionnements familiaux ou victimes de violences. En leur sein sont garanties gratuité pour les mineures et non-assurées sociales, et la confidentialité pour les personnes désirant garder le secret de leur consultation. Par le décret n°2018-169 du 7 mars 2018 relatif au fonctionnement des EICCF, et par DGCS/SD2C/SDFE/2018/202 du 23 août 2018 relative à la réforme des EICCF, les missions de ces derniers ont été étoffées dans le but de rapprocher leur fonctionnement de celui des autres établissements sociaux. Ces deux types de structures se différencient par les prestations proposées, la qualification des personnels, la nature et les conditions de délivrance des prestations et le public accueilli. Les CPEF peuvent être rattachés à un centre de PMI.

⁵⁹ Cohorte FHDH-ANRS CO4.

De leur côté, les réseaux santé périnatalité (RSP), créés par décret en 1998 ont vu leurs missions développées et précisées par la circulaire N°DHOS / 01 /03 / CNAMTS / 2006 / 151 du 30 mars 2006. Ils doivent participer localement à une prise en charge globale et continue de la grossesse (femme, couple et enfant) par l'intervention coordonnée des professionnel.le.s concerné.e.s (à l'hôpital comme en ville). Ils visent à assurer, d'amont en aval, un accès précoce à une prise en charge adaptée, l'organisation de la sortie de maternité, une meilleure prise en charge des transferts in utero et du post-partum, un suivi des nouveau-nés vulnérables, des évaluations ; des outils sont proposés comme le carnet de maternité ou le dossier périnatal partagé. Ces réseaux mènent des actions ciblées en santé publique, visant par exemple l'amélioration des échographies de dépistage, de diagnostic, du diagnostic anténatal, des interruptions médicales ou volontaires de grossesse. Ils œuvrent aussi dans la prévention des addictions (tabac, alcool, toxicomanie), et la promotion de l'allaitement maternel. Ils ont un rôle clé dans certaines prises en charge médico-psycho-sociales : les sages-femmes qui y travaillent peuvent effectuer l'entretien prénatal précoce (EPP) au 4^{ème} mois de la grossesse des femmes. Un accompagnement psycho-social périnatal peut être proposé, ou lors de deuil, en cas de comorbidités psychiatriques ou dans un contexte de précarité d'ordre socio-économique. Les particularités de populations spécifiques (adolescent.e.s, personnes présentant des comorbidités du fait de maladies chroniques, personnes en situation de handicap) et des problématiques régionales sont prises en compte dans les actions qui sont déployées. Une instruction en date de 2015⁶⁰ a donné des directives pour harmoniser leurs missions dans la déclinaison de priorités définies à l'échelle nationale. Notamment, les réseaux de santé en périnatalité doivent contribuer à l'amélioration de l'accès à l'IVG. Cependant, tous n'ont pas investi cette mission déjà présente dans le cahier des charges du 30 mars 2006 de la même manière⁶¹.

Ainsi, l'offre de services en matière de santé sexuelle et reproductive s'est déployée au fil du temps à la charnière des champs du sanitaire, du social et de l'éducatif. Cependant plusieurs études ont montré que ce déploiement s'est opéré de manière non concertée, réduisant sa lisibilité, tant pour le public que pour les professionnel.le.s (IGAS, JOURDAIN-MENNINGER et al., 2010), sans tenir compte des compétences communes et parfois redondantes dans des structures du même type (IGAS, AUBIN *et al.*, 2011). La création de nouvelles offres de soin en la matière (GEGIDD) est à saluer, tout comme celle de nouveaux outils de communication officielle (« la communication brève relative

⁶⁰ Instruction DGOS-PF3-R3-DGS-MC1 n° 2015-227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional.

⁶¹ Parmi les réseaux d'orthogénie et réseaux de périnatalité en région, on citera le REIVOC pour l'Occitanie Pyrénées Méditerranée (<https://reivoc.fr>), le PLEIRAA pour la Région Auvergne Rhône Alpes (<http://pleiraa.org>) le Réseau de périnatalité Calvados-Manche-Orne (<https://www.perinatbn.org/>) le réseau Nouvelle-Aquitaine (<https://rpna.fr/thematiques/interruption-volontaire-de-grossesse-ivg-namasb>) et en Centre val de Loire : <https://perinatalite-centre.fr>

à la sexualité »⁶², à destination des professionnel.le.s de santé, notamment), développés par l'INPES, le MFPPF⁶³ ou le gouvernement⁶⁴. Mais les dispositifs créés, n'ont pas nécessairement de lien entre eux : ils conservent une approche verticale pour réduire les morbidités (VIH, IST, hépatites, cancers, addictions, violences) ou transversale, pour s'adapter aux spécificités de certaines populations (personnes sous main de la justice, étudiant.e.s, personnes en situation de handicap) ou des territoires (volet des programmes pour les départements d'Outre-Mer). Comme l'offre des CEGIDD demeure sans articulation avec d'autres types de structures qui interviennent dans le champ de la de santé sexuelle et reproductive comme les centres de planification et d'éducation familiale, il est envisagé que ces derniers fusionnent pour devenir « centres de santé sexuelle ».

II. Le renforcement des compétences des sages-femmes en santé sexuelle

Après que Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, a lancé le 28 mars 2017 une stratégie globale d'amélioration et de promotion de la santé sexuelle des Français, la feuille de route 2018-2020 de la stratégie nationale de santé sexuelle⁶⁵ en a décliné les modalités de mise en œuvre. L'information et la formation y sont soulignées comme centrales (actions 1 à 6) : l'établissement d'un socle commun de connaissances scientifiques, psycho-sociales et juridiques aux professionnel.le.s de santé en exercice et en formation est reconnu comme nécessaire sur ces sujets, ainsi que sur les caractéristiques et les besoins spécifiques des populations les plus vulnérables ou les plus exposées. L'amélioration de leurs connaissances est pensée dans une approche interdisciplinaire : la prévention doit y être abordée dans ses dimensions socio-comportementales comme biomédicales. L'objectif est également de former tou.te.s les professionnel.le.s de premier recours à communiquer de façon efficace sur ces sujets, « avec empathie et sans jugement (afin) d'améliorer la communication et d'adapter leurs conseils, leur diagnostic et la prise en charge des usagers ». Il s'agit notamment d'améliorer leurs connaissances sur les caractéristiques et les besoins spécifiques des populations cibles, par exemple sur la question des cumuls d'addictions⁶⁶ ou sur les

⁶² « Communication brève relative à la sexualité (CBS), Recommandations pour une approche de santé publique », OMS, 2015, 72 pages. Disponible sur <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241549004>

⁶³ Soit par exemple les outils qui sont au cœur de la réflexion du programme « Genre et santé sexuelle », MFPPF. Cf. <https://www.planning-familial.org>

⁶⁴ Pour aller plus loin sur cette question, on pourra consulter le site de Santé Publique France . cf. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/outils/>

⁶⁵ Cette feuille de route comprend 26 mesures, et vise plusieurs objectifs à l'horizon 2030.

⁶⁶ Par exemple, les professionnel.le.s de santé sont incité.e.s à suivre des formations sur les pratiques de « chemsex », ou « sexe sous drogues » par contraction des mots anglais « chemical » pour « chimique » – et sexe). Cette appellation correspond à l'utilisation de produits psychoactifs pendant et pour les relations sexuelles. Les produits peuvent être sniffés, avalés, ou bien insérés dans l'anus. Dans la communauté gay, on parle plus particulièrement de *slam* pour l'usage intraveineux de substances psycho-actives dans un contexte sexuel. Les principaux produits utilisés sont les cathinomes, la méthamphétamine, le GHB/GBL/DB ou la kétamine. Cf. <https://www.sida-info-service.org/questions-chemsex>

barrières culturelles et les représentations liées à l'usage des contraceptifs (objectif 1.1.37 de l'axe III), ou encore sur les parcours des personnes trans (axe IV, objectif 1.2.62) et des populations originaires des zones d'endémie forte et les migrant.e.s, en particulier les femmes (axe IV, objectif 1.3).

La thématique de la santé sexuelle est donc intégrée dans le cadre de la réforme du 3ème cycle des études des professionnels de santé, portée par la Commission nationale des études de maïeutique, médecine, odontologie et pharmacie (CNEMMOP). La stratégie nationale de santé sexuelle prévoit également de développer l'offre de formation continue dans le champ de la santé sexuelle, en intégrant des techniques de communication relative à la sexualité, sur la plateforme de l'agence nationale du développement continu des professionnels de santé. Il est prévu d'ouvrir les CeGIDD comme terrains de stage aux médecins, infirmiers, sages-femmes, conseillères conjugales et familiales, à l'instar des CPEF, des services de PMI et centres d'orthogénie.

La stratégie nationale de santé sexuelle se donne pour objectif d'améliorer l'offre générale en santé sexuelle (actions 7 à 14) : à cette fin, le rôle des sages-femmes est reconnu ; elles comptent parmi les professionnel.le.s qui permettront d'étendre à tous les jeunes (garçons et filles) le bénéfice de la consultation longue IST/contraception « 15-18 ans » prévue par la convention médicale et qui devient « consultation longue santé sexuelle » (action n°11). Les autorités envisagent également la contribution des sages-femmes pour participer à l'effort pour augmenter la couverture vaccinale contre les IST (notamment par la vaccination contre le papillomavirus HPV). Elles sont intégrées comme actrices pouvant venir augmenter le nombre de centres de santé universitaires proposant les IVG par voie médicamenteuse⁶⁷ (axe III, objectif 2.48). Par ailleurs, le document de cadrage entend s'assurer que tous les CPEF soient en capacité de proposer cette méthode abortive. En matière de réduction des grossesses non désirées, il est prévu de renforcer la formation initiale des professionnel.le.s de santé, parmi lesquel.le.s sont inclus les médecins, les sages-femmes et les pharmaciens, notamment sur l'utilisation des différents moyens de contraception, la pause des DIU, anneau, etc. L'approche doit privilégier le choix éclairé des personnes (objectif 2.47). La collaboration entre professionnel.le.s de santé et actrices des associations est encouragée en vue de faciliter le parcours IVG et contraceptif (axe III, objectifs 2.42 et 2.51⁶⁸).

⁶⁷ Stratégie nationale de santé sexuelle, agenda 2017-2030, Ministère des Affaires sociales et de la santé, p. 32.

⁶⁸ L'objectif 2.50 pose que la délégation de compétence en matière de contraception et IVG doit être étudiée pour les IDE et les conseillères conjugales et familiales formées sous la responsabilité d'un médecin dans le cadre d'un protocole validé.

CHAPITRE IV. Les évolutions de la profession depuis les années 2000

Les évolutions du cadre réglementaire ont profondément modifié le métier de sage-femme depuis les années 2000. Leurs compétences se sont notamment renforcées dans le domaine de l'obstétrique et de la périnatalité, et élargies dans celui de la gynécologie. Dans ce chapitre, nous retracerons ces évolutions en gardant à l'esprit que chacune d'elles correspond à une avancée dans les luttes que mène la profession pour accroître sa légitimité auprès des pouvoirs publics, et qu'elle a des répercussions dans le système des écologies liées en santé sexuelle et reproductive. Elles contribuent à la fois à accroître la légitimité professionnelle du groupe dans la conduite de l'action publique en matière d'orthogénie, mais sont aussi responsables d'un brouillage des frontières de la juridiction, susceptible d'estomper leurs efforts pour se rendre plus visibles aux yeux de leur patientèle.

A. ÉVOLUTIONS RECENTES DU CHAMP DE COMPÉTENCE DES SAGES-FEMMES

Nous allons présenter maintenant les extensions successives du champ de compétence du groupe professionnel depuis les années 2000.

Le choix de ce repère temporel s'est imposé pour plusieurs raisons. D'abord, parce qu'avant cette période, la profession a connu peu d'évolutions statutaires. Il faut cependant souligner l'ouverture de la formation de sage-femme aux hommes, en 1982, sous l'impulsion d'une directive européenne de non-discrimination sexuelle¹ (JACQUES et PURGUES, 2012). Le niveau de recrutement à l'entrée en formation s'est élevé au baccalauréat en 1983, puis en 2003², l'admission en école de sages-femmes a été conditionnée à l'issue des épreuves de classement organisées à la fin de la première année du premier cycle des études médicales, avant de se faire par la PACES en 2011.

Notre choix de présenter ces évolutions du champ de compétence a été guidé à partir des années 2000 par le fait que la profession a connu la première grève d'importance de son histoire au printemps 2001. Elle s'est en effet fortement mobilisée en vue d'obtenir la revalorisation du statut et des

1 La loi n° 82-413 du 19 mai 1982 a modifié le second alinéa de l'article 6 de la loi n° 191 du 24 avril 1944 et la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 ainsi que certaines dispositions du Code de la santé publique relatives à la profession de sage-femme.

2 Décret n° 2003-422 du 7 mai 2003 modifiant le décret n° 85-1046 du 27 septembre 1985 relatif à l'organisation des études de sage-femme et à l'agrément et au fonctionnement des écoles de sages-femmes, article 7 : « les étudiants souhaitant suivre des études de sage-femme s'inscrivent en première année du premier cycle des études médicales dans une université liée par convention avec une école de sages-femmes. (...) pour être admis dans une école de sages-femmes, les étudiants doivent figurer en rang utile sur la liste de classement établie par l'unité de formation et de recherche médicale concernée à l'issue des épreuves de classement organisées à la fin de la première année du premier cycle des études médicales. »

rémunérations, ainsi qu'une augmentation de ses effectifs. Cette grève illustre l'essor du militantisme qui se fait jour durant ces années-là, en réponse aux réformes de grande ampleur menées sur le territoire dans le champ de la santé, telles que celles concernant la restructuration des hôpitaux, la politique de périnatalité et la régionalisation administrative (KNIBIEHLER, 2016). Nous considérons l'émergence des mobilisations catégorielles des sages-femmes comme n'étant pas sans lien avec l'entrée d'une frange minoritaire d'entre elles dans l'espace de la cause des femmes (BERENI, 2012), que nous étudierons plus en détails dans la dernière partie de ce manuscrit. C'est aussi en 2001 qu'a été votée la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception. C'est cette troisième raison qui a guidé le choix de ce repère temporel : nous avons vu combien cette loi avait contribué à déconstruire les représentations sociales de l'IVG comme « déviance », avec l'effort des pouvoirs publics pour normaliser sa prise en charge dans le système de soins. En considérant les évolutions culturelles évoquées dans les chapitres 1 et 2 de cette partie, nous faisons l'hypothèse d'une interaction forte entre le cadrage de l'action publique en matière de santé sexuelle et reproductive, les processus de catégorisation à l'œuvre dans ce champ et les mobilisations catégorielles des sages-femmes, visant à faire reconnaître leur légitimité professionnelle.

Nous présenterons les évolutions du champ de compétence des sages-femmes dans le tableau suivant.

Tableau 5. Évolution du champ de compétence des sages-femmes depuis les années 2000

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique	Les sages-femmes sont autorisées à suivre en toute autonomie une patiente, de la déclaration de grossesse jusqu'à la réalisation des soins postnataux du nouveau-né et de la mère Prescription possible de contraception hormonale en suites de couches, à l'examen postnatal ou après une IVG
Arrêté du 22 mars 2005	L'arrêté fixe la liste des vaccinations que peut réaliser une sage-femme : sur les femmes : Vaccination contre la rubéole, le tétanos ; la diphtérie ; la poliomyélite ; la coqueluche par le vaccin acellulaire ; l'hépatite B et la grippe. Sur les nouveau-nés : Vaccination par le BCG ; Vaccination contre l'hépatite B en association avec des immunoglobulines spécifiques anti-HBs chez le nouveau-né de mère porteuse de l'antigène anti-HBs.
Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance	Les sages-femmes exercent un rôle de prévention primaire avec la Conduite de l'entretien prénatal précoce (EPP) au 4 ^{ème} mois de grossesse
Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST)	Élargissement du champ de compétence, sous réserve de suivi de formation, à la réalisation des échographies gynécologiques, des actes d'acupuncture et d'ostéopathie. Les sages-femmes peuvent également conduire des consultations de contraception et de suivi gynécologique dans une logique de prévention auprès des femmes en bonne santé : elles peuvent dorénavant prescrire des contraceptifs hormonaux, poser des dispositifs contraceptifs sous-cutanés et intra-utérins.
Arrêté du 10 janvier 2011 (modifiant l'arrêté du 22 mars 2005)	Élargissement du champ de compétence à la vaccination des femmes contre la rubéole, la rougeole et les oreillons, mais également contre le papillomavirus humain (HPV) et le méningocoque C.

Arrêté du 12 octobre 2011	L'arrêté précise la liste des médicaments autorisés à la prescription aux femmes et aux enfants par les sages-femmes dans les cinq familles thérapeutiques : antibiotiques, contraceptifs, homéopathie, anti-inflammatoires non stéroïdiens et anti-sécrétoires gastriques
Arrêt du 3 mai 2012	Article D. 331-1 du code de la sécurité sociale : les sages-femmes peuvent prescrire des arrêts de travail, conformément au 4° de l'article L. 321-1, à une femme enceinte en cas de grossesse non pathologique. Article D. 331-2 du même code : la durée de l'arrêt de travail prescrit en application de l'article D. 331-1 ne saurait excéder 15 jours calendaires. La prescription d'un arrêt de travail par une sage-femme n'est pas susceptible de renouvellement ou de prolongation au-delà de ce délai. »
Décret n°2012-885 du 17 juillet 2012	Article D4151-20 du code de la santé publique : Les sages-femmes concourent aux activités cliniques d'assistance médicale à la procréation (AMP) réalisées avec ou sans tiers donneur ainsi qu'aux activités de dons de gamètes et d'accueil d'embryon (art.1). Elles exercent à ce titre au sein des centres d'AMP implantés dans les établissements de santé publics ou privés autorisés à pratiquer ces activités en application de l'article L. 2142-1. Les sages-femmes libérales peuvent également concourir aux activités cliniques d'AMP lorsqu'elles interviennent en tant que tiers extérieur dans le cadre des dispositions du 2° de l'article R. 2142-3.
Décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 des maisons de naissance	Le décret fixe les conditions de l'expérimentation des maisons de naissance.
Loi du 26 janvier 2016	Élargissement du champ de compétence à la prescription des substituts nicotiques et de la réalisation des IVG par voie médicamenteuse. Suivi d'une grossesse et réalisation de l'accouchement d'une mineure dans le consentement des titulaires de l'autorité parentale
Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016	Extension des compétences des sages-femmes : en matière d'IVG par voie médicamenteuse en matière de vaccination. Possibilité de prescription des substituts nicotiques
Arrêté du 8 août 2016	Mise en place systématique d'une consultation et d'un suivi spécialisés, destinés à toute femme enceinte fumant régulièrement, afin de sensibiliser à l'intérêt d'arrêter de fumer (expérimentation par régions d'une durée de 3 ans)
Arrêté du 10 octobre 2016	Extension des compétences des sages-femmes en matière de vaccination contre la varicelle.
Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 (1)	Article 58. Le Chapitre III ter du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique intègre les conditions de mise en œuvre des maisons de naissance. Art. L. 6323-4. : Les maisons de naissance s'inscrivent dans une offre de soins diversifiée pour assurer aux femmes le choix de l'accouchement le plus adapté à leurs besoins. La direction médicale des maisons de naissance est assurée par des sages-femmes. Chaque maison de naissance doit être contiguë à un établissement de santé autorisé pour l'activité de soins de gynécologie-obstétrique, avec lequel elle conclut une convention prévoyant notamment les modalités d'un transfert rapide des parturientes ou des nouveau-nés en cas de nécessité. Art. L. 6323-4-1 : Les maisons de naissance sont créées et gérées par plusieurs sages-femmes associées pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun de moyens nécessaires à cet exercice. La loi prévoit également la mise en place d'une expérimentation pour une durée de 3 ans de la pratique de l'IVG chirurgicale par des sages-femmes ayant réalisé la formation complémentaire obligatoire et justifiant des expériences spécifiques attendues (article 70) Consultation sexuelle longue pour les adolescents (garçons et filles) / (expérimentation d'1 an)

Décret n° 2021-248 du 4 mars 2021	Par dérogation à l'article L. 4151-2 du code de la santé publique, les sages-femmes peuvent prescrire les vaccins contre le COVID-19 aux femmes et à l'entourage de la femme enceinte et de l'enfant pendant la période postnatale à l'exception des personnes ayant des antécédents de réaction anaphylactique à un des composants de ces vaccins ou ayant présenté une réaction anaphylactique lors de la première injection. Elles peuvent aussi administrer les vaccins à toute personne, à l'exception des personnes ayant des antécédents de réaction anaphylactique à un des composants de ces vaccins ou ayant présenté une réaction anaphylactique lors de la première injection.
Instruction SGMCAS/2021/74 du 1 avril 2021	La sage-femme devient « référent périnatalité »
Loi n°2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (dite Loi RIST)	Les sages-femmes peuvent dorénavant dresser le constat d'incapacité de travailler donnant droit au versement d'indemnités journalières sans limite de durée et prolonger l'arrêt de travail. Elles peuvent également prescrire des dépistages et le traitement des IST. (article 7) La loi crée une nouvelle fonction de sage-femme référente, coordonnatrice de la prise en charge périnatale, qui garantira le lien avec la maternité afin de fluidifier, renforcer et rationaliser le parcours des femmes enceintes. (article 9). Les sages-femmes peuvent prescrire certains médicaments figurant sur une liste fixée et mise à jour par l'autorité administrative (article 10) Les sages-femmes peuvent, au même titre que les médecins traitants, adresser les patient.e.s à d'autres médecins dans le cadre du parcours de soin sans entraîner de majoration pour l'assuré.e.
Loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique	L'article 28 de cette loi énonce qu'en cas d'IMF, pour raisons maternelles comme fœtales, ou en cas de réduction embryonnaire, la femme peut désigner un médecin ou une sage-femme pour participer à la concertation préalable à la décision.
Décret n° 2021-1934 du 30 décembre 2021	L'article 1 fixe les conditions pour que les sages-femmes participent à l'expérimentation relative à l'exercice des IVG instrumentales en établissements de santé par des sages-femmes ³ . L'article 2 fixe les conditions pour l'établissement de santé permettre à une sage-femme de participer à cette expérimentation en son sein ⁴ . L'article 3 fixe les modalités de l'appel à projet pour cette expérimentation ainsi que celles des réponses des établissements à cet appel à projet.

³Elles doivent justifier d'une expérience professionnelle spécifique adaptée avec une qualification universitaire en orthogénie ou une expérience professionnelle préalable minimale d'un an dans le domaine de la santé de la femme dont six mois en orthogénie, complétée d'une formation théorique préalable de deux jours portant sur le geste chirurgical d'IVG, ses complications et l'analgésie locale, organisée par l'établissement de santé dans lequel exerce la sage-femme. Elles doivent également avoir suivi une formation pratique, constituée par l'observation d'au moins 30 actes d'IVG par voie instrumentale, complétée par la réalisation d'au moins trente actes, en présence d'un médecin formé à cette activité et disposant d'une expérience en la matière de plus de deux ans ou ayant réalisé plus de soixante actes. Cette formation est réalisée au sein de l'établissement de santé dans lequel exerce la sage-femme, sous réserve que celui-ci pratique les IVG par voie instrumentale, ou dans un établissement de santé avec lequel il a passé convention. Cette formation pratique donne lieu à une attestation du directeur de l'établissement siège de sa réalisation, établie sur validation du responsable médical concerné.

⁴ L'établissement doit avoir défini une procédure de recours en cas de besoin à un médecin compétent en matière d'interruptions volontaires de grossesse par voie instrumentale, à un gynécologue-obstétricien et à un anesthésiste-réanimateur, disponibles sur site, ainsi qu'à un médecin justifiant d'une expérience et d'une formation dans la pratique d'actes interventionnels, disponible sur site ou par convention avec un autre établissement autorisé à réaliser les embolisations artérielles. Il doit également avoir formalisé, s'il n'en dispose pas sur place, les conditions d'accès aux produits sanguins labiles. Et dans les cas où l'établissement de santé n'assure pas en son sein la formation pratique prévue à l'article 1er, il doit avoir signé une convention avec un établissement de santé pratiquant les interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale qui prévoit les conditions de mise en œuvre de cette formation. Il doit enfin avoir défini une procédure permettant de suivre les événements indésirables graves associés à l'exercice de l'interruptions volontaires de grossesse par voie instrumentale dans les conditions générales définies par l'article R. 1413-67 du code de la santé publique. L'établissement s'engage également à informer l'ARS compétente de la survenue d'évènement indésirable mentionné, et lui transmettre chaque année ainsi qu'au ministère en charge de la santé un rapport d'activité relatif à l'activité d'IVG réalisé le cas échéant en lien avec l'établissement de santé qui assure la formation pratique des sages-femmes s'ils sont distincts. Ce rapport comporte notamment le nombre de sages-femmes remplissant les critères précisés à l'article 1er du présent décret, le nombre d'IVG réalisées, ainsi que, le cas échéant, le nombre de complications et le nombre d'évènements indésirables graves constatés.

Arrêté du 1er mars 2022	<p>L'arrêté fixe la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à prescrire et à pratiquer :</p> <ul style="list-style-type: none"> Vaccination contre la rubéole, la rougeole et les oreillons. Vaccination contre le tétanos. Vaccination contre la diphtérie. Vaccination contre la poliomyélite Vaccination contre la coqueluche Vaccination contre l'hépatite B Vaccination contre la grippe. Vaccination contre le papillomavirus humain. Vaccination contre le méningocoque C Vaccination contre la varicelle.
Décret n° 2022-326 du 5 mars 2022	<p>Participation des sages-femmes au dépistage et au traitement des IST pour les femmes et leurs partenaires</p> <ul style="list-style-type: none"> Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (vih) Infection par le virus de l'hépatite b (vhb) Infection par le virus de l'hépatite c (vhc) Syphilis Trichomonas vaginalis Infection à herpes génital Infection à Chlamydia trachomatis Infection à Neisseria gonorrhoeae
Loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement	<p>L'article 2 étend le champ de compétence des sages-femmes à la prise en charge des IVG par voie instrumentale. Les modalités de mise en œuvre de cette extension de la compétence des sages-femmes (éléments relatifs à l'organisation des établissements de santé, à la formation exigée et aux expériences attendues des sages-femmes ainsi que leurs conditions de rémunération pour l'exercice de cette compétence) est à paraître.</p>
Décret n° 2022-611 du 21 avril 2022	<p>Le décret est relatif aux compétences vaccinales des sages-femmes.</p> <p>La sage-femme peut prescrire et pratiquer les vaccinations de la femme, de l'enfant et de l'entourage⁵ dont les pathologies sont précisées par arrêté (art. D. 4151-25.-i.), et ce dès la grossesse de la mère et pendant la période de huit semaines qui suit l'accouchement.</p>

Plusieurs constats s'imposent à la lecture de ce tableau. Quatre professions médicales sont donc aujourd'hui concernées par la prise en charge des spécificités de la santé des femmes⁶ : avec ces élargissements successifs de leur champ de compétence, les sages-femmes, aux côtés des médecins généralistes, sont des professionnelles de « premier recours »⁷ dans les parcours de soins, tandis que

⁵ L'entourage comprend, d'après le décret, les personnes vivant dans le même domicile que l'enfant ou fréquentant régulièrement ce domicile, ou étant chargées de sa garde régulière en ce lieu.

⁶ La HAS précise dans sa recommandation le type de suivi approprié en termes de professionnels de santé et le lieu d'accouchement ainsi que les modalités pour les femmes qui ne présentent pas de risques identifiés ». Lorsque la grossesse se déroule sans situation à risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme, un médecin généraliste, un.e gynécologue médical.e ou obstétricien(ne), selon le choix de la femme. Il revient à la femme de décider par quel.le professionnel.le de santé elle va se faire suivre lorsque le choix est possible ». (HAS, « Suivi et orientations des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées », mai 2016.)

⁷ Les soins de premier recours, aussi appelés soins primaires ou soins de proximité, représentent le premier niveau de contact entre la population et le système de santé. Selon l'article L. 1411-11 du Code de la santé publique, ces soins comprennent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients (1), la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique (2), l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social (3) et l'éducation pour la santé (4). Les soins de premier recours sont assurés par différents professionnels de santé, mais seuls les médecins traitants sont mentionnés dans le code de la santé publique, qui définit les missions des médecins généralistes de premier recours (article L. 4130-1). Entrée en vigueur avec la loi du 13 août 2004, la réforme de l'assurance maladie a engendré des obligations pour les patient.e.s, par la déclaration du médecin traitant et le respect du parcours de soins coordonné. Le médecin traitant devient le premier interlocuteur pour l'assuré.e.

les gynécologues médicaux et les gynécologues-obstétriciens constituent « la seconde ligne du recours de soin » (DOUGUET et VILBROD, 2021). L'accès à une sage-femme n'occasionne pas de majoration du ticket modérateur. Les femmes peuvent alors bénéficier d'un remboursement optimal de l'assurance maladie et de leur complémentaire santé.

Leur juridiction ne concerne plus uniquement des actes médicaux figurant dans le cadre du suivi de grossesse, de l'accompagnement du travail et de l'accouchement et les suites de couches, mais s'inscrit dans une conception plus large de la santé sexuelle et reproductive, dont nous avons précédemment rappelé la définition. Leur droit de prescription s'est considérablement élargi, elles participent à des parcours de haute technicité (l'AMP, le diagnostic anténatal) et détiennent dorénavant le droit de recourir à certains dispositifs techniques (l'échographe) et instruments (pour l'IVG). Ces deux avancées majeures les rapprochent de groupes professionnels concurrents, ce qui induit un revirement dans le travail de clôture de ces derniers. Elles peuvent exercer un rôle dans les parcours de soins des hommes : il s'agit, là aussi, d'une évolution importante, puisque les rapports sociaux de sexe comportent souvent des enjeux sociaux sous-jacents. La profession de sage-femme ne s'ordonne plus exclusivement autour des valeurs liées à la féminité. Tout comme l'apparition de praticiens masculins dans la profession, cette avancée aura sans doute des conséquences sur l'identité professionnelle (CHARRIER, 2004 ; DUBAR, 1996). Leur rôle est en outre renforcé dans la conduite de l'action publique en matière de prévention et de promotion de la santé, concomitamment du changement de paradigme qui s'opère en santé publique, avec l'éloignement du curato-centrisme du système de santé français fondé en 1945 (RAUDE, 2013). L'élargissement du champ de compétence à la pratique de l'IVG médicamenteuse d'abord (2016), puis instrumentale (2022) figure comme l'une des modalités du renforcement de la légitimité professionnelle du groupe. Nous allons voir maintenant que ces évolutions successives ont cependant été diversement reçues par les membres de la profession de sage-femme.

B. IMPACT DE CES EVOLUTIONS DANS LA PROFESSION

1. Le brouillage des frontières de la juridiction

Aujourd'hui, les portes d'entrée dans les parcours de suivi gynécologique et de suivi grossesse sont multiples : les médecins, gynécologues, obstétriciens, généralistes peuvent effectuer des actes médicaux et des actes de prévention qui relèvent des missions des sages-femmes. L'accès aux gynécologues médicaux.ales et obstétricien.ne.s peut se faire en accès direct, sans passer par le

médecin traitant pour certains motifs⁸. Le recours à l'un ou l'autre de ces praticiens induit par nature des parcours différents en fonction de la porte d'entrée du professionnel de santé et il relève d'une question d'offre et de demande dans les territoires, bien souvent liée à la démographie médicale de ces professions de santé (IGAS, 2021).

L'enquête de terrain a montré que nombre de sages-femmes ressentent ainsi aujourd'hui que si l'extension de leur champ de compétences a permis de renforcer la réponse à certains besoins, il n'a d'abord pas contribué à clarifier les parcours de soins. D'une part, la diversité des actrices professionnel.le.s du champ conduit à brouiller la perception que les femmes avaient des missions des sages-femmes. D'autre part, ces évolutions successives induisent des doutes relatifs aux pratiques professionnelles, comme elles font naître de nouveaux motifs de mécontentement sur la définition de la compétence. Domitille, sage-femme territoriale de 50 ans, s'emporte contre ce brouillage qui ne lui semble pas légitime :

« Donc y a une espèce de millefeuilles législatif, on ne sait plus ce qu'on a le droit de prescrire, ce qu'on n'a pas le droit de prescrire, y a des listes de médicaments qui changent toutes les trois secondes, et qui sont complètement obsolètes, qui répondent même pas, ne serait-ce qu'aux recommandations actuelles, c'est un truc de taré, quoi !!! Quand je prescris un médicament pour faire un avortement médicamenteux, j'ai le droit de prescrire des anti-inflammatoires à la femme, parce qu'elle va faire un avortement... Mais cette femme, elle revient trois mois plus tard, elle me dit : « J'ai mal au ventre parce que j'ai mes règles... Je ne PEUX PAS lui prescrire les anti-inflammatoires ! On est dans un truc de débiles ! »

2. L'usage différencié de ces nouvelles compétences

Mais ce brouillage n'est pas seulement dû au manque de lisibilité des dispositifs et de la labilité des frontières de la juridiction. Il est accentué aussi par le fait que les sages-femmes se saisissent différemment de ces élargissements de leur champ de compétences selon leur contexte d'exercice, leur statut, le secteur et le lieu d'exercice ou encore leur âge. Ainsi, la compétence en matière de réalisation des frottis cervico-utérins est-elle différemment exercée : il rencontre des résistances de la part des sages-femmes hospitalières qui ne le pratiquent pratiquement pas, puisque le suivi gynécologique est réservé aux gynécologues médicaux dans les hôpitaux. Aussi tendent-elles à considérer que cette nouvelle compétence les éloigne de leur cœur de métier, à la différence des sages-femmes libérales (JACQUES, 2022). Un effet générationnel s'observe également, les plus jeunes parmi ces dernières se tournant davantage vers cette pratique ; d'autres implantées en zone rurale et/ou dans des zones sous-dotées en gynécologues médicaux, répondent à ce besoin. Ces différences

⁸ Il s'agit de l'examen clinique périodique comportant des actes de dépistage, la prescription et le suivi de la contraception, le suivi de la grossesse et l'IVG médicamenteuse.

donnent parfois lieu au sentiment que cette pratique du dépistage chez les sages-femmes n'est légitime, aux yeux de la population et des groupes professionnels concurrents, que lorsqu'elle n'empiète pas sur le territoire du gynécologue (JACQUES, 2022). Les sages-femmes éprouvent alors avec une certaine amertume que leur champ de compétence n'a été élargi que dans une logique d'ajustement à la démographie médicale, ou dans une perspective d'amélioration de l'efficacité des politiques publiques en matière de santé sexuelle, du fait qu'elles permettent à l'État de réaliser des économies⁹. Notre enquête de terrain a montré qu'il en va de la compétence abortive comme de celle de la réalisation d'actes de dépistage, ainsi que l'exprime Florence :

« Y en a beaucoup qui disent : 'J'en ai marre d'être le bouche-trou de ces médecins qui veulent pas, machin, nin nin... Ouais, ça va bien, hein, on va pas tout faire la merde des autres !' C'est aussi quelque chose qui peut être pertinent à réfléchir, parce que... Les sages-femmes, on est content de les trouver, mais de temps en temps aussi, on est content de les mettre au placard ! A l'heure d'aujourd'hui, pour ça, ils sont contents de les trouver, hein, parce que personne ne veut faire l'IVG à certains endroits, donc ils sont contents qu'il y ait des sages-femmes qui veulent bien s'y coller ! »

Dans la cinquième partie de ce manuscrit, nous reviendrons plus en détails sur les liens existant entre les représentations de la pratique abortive et ses conditions d'exercice par les sages-femmes. Pour l'heure, nous soulignerons que d'après l'enquête de la DREES en 2007¹⁰ menée auprès des structures et des praticiens réalisant des IVG, un tiers du personnel intervenant dans les IVG sont des sages-femmes. Elles participaient plus souvent aux IVG dans le secteur public, où elles représentent 39% des professionnel.le.s concerné.e.s, que dans le secteur privé (4 %). Elles étaient également plus impliquées dans cette pratique dans les petits établissements que dans les gros qui emploient moins de sages-femmes.

D'une manière plus générale, nous nous contenterons de souligner que ces élargissements du champ de compétence sont parfois vécus comme une menace ou comme une forme de déqualification (ABBOTT, 1988 ; HUGHES, 1996) voire comme une déprofessionnalisation (VASSY, 2022), puisque ces compétences ne font l'objet d'aucun savoir spécialisé et ne répond à aucune construction sociale de non-substitutionnalité des tâches (DEMAILLY et DE LA BROISE, 2009).

⁹ la consultation chez une sage-femme est facturée 23 euros, contre 28 pour un.e gynécologue médicale de secteur 1. Or, ces professionnel.le.s sont nombreux.ses en secteur 2, parmi lesquel.le.s iels n'étaient que 38,5 à ne pas pratiquer le dépassement d'honoraires. In MOTET Laura, BEGUIN François 2017, « dépassements d'honoraires des gynécologues : des consultations supérieures à 120 euros à Paris », *Le Monde* du 27 décembre.

¹⁰ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/04-lenquete-aupres-des-structures-et-des-praticiens-realissant-des>

3. La dénonciation des insuffisances de l'action publique en matière de santé sexuelle et reproductive

Les sages-femmes ont le sentiment que ce brouillage des frontières de leur juridiction occasionne des défaillances dans la sécurité du suivi génésique des femmes, et que les avancées en matière de santé sexuelle et reproductive sont toujours largement insuffisantes. La profession construit sa rhétorique de défense du périmètre de sa juridiction sur cet argument¹¹. Le préambule du *Livre Blanc 2022*¹² fait ainsi état des carences du système périnatal et du fait que les recommandations nationales en matière de prévention ne sont que partiellement suivies : plus d'une femme sur 5 n'a pas de suivi gynécologique régulier¹³ ; plus de la moitié des femmes âgées de 15 à 64 ans (soit 20 millions de femmes selon les données de l'INSEE) ne suivent pas les recommandations de dépistage du cancer du col de l'utérus ou du cancer du sein. La population des femmes après 50 ans est celle qui se fait le moins dépister¹⁴. La deuxième cause de mort maternelle en France est désormais le suicide, le taux de mortalité périnatale avoisine 10 ‰ depuis 2014, loin de l'objectif fixé à 5 ‰. 9% des femmes ont déjà renoncé à utiliser une contraception en raison de son coût, les IST sont en augmentation de 10 % depuis 2012, tandis que l'accès à l'IVG reste complexe pour de nombreuses femmes. La réunion de plusieurs instances représentatives¹⁵ pour la rédaction du Livre Blanc en 2022 entend « lancer un signal fort », en se livrant à un travail de « revendication d'utilité » (BASZANGER, 1990 : 269) avec cette affirmation que « *les sages-femmes sont indispensables à la santé des femmes* »¹⁶.

C. NOUVELLES MOBILISATIONS CATEGORIELLES

Si la légitimité des sages-femmes dans le système de santé semble davantage reconnue, ces évolutions n'ont pas été assorties de la reconnaissance attendue¹⁷. Les sages-femmes ont le sentiment que leurs compétences demeurent méconnues, mal exploitées, tandis que le caractère médical de leur profession reste ignoré, voire méprisé¹⁸. Aussi, depuis de nombreux mois, un mouvement social rassemble les sages-femmes pour « garantir un accompagnement de qualité et de sécurité des femmes, dans le respect de leurs droits et de leurs choix ». Ces insuffisances nécessitent pour y remédier de

¹¹ CNOSF, Communiqué de presse, « Et si on parlait d'elles ? », 07/03/2022

¹² Livre blanc des sages-femmes 2022, *Et si on parlait d'elles ? 10 propositions par les sages-femmes pour la santé des et les droits des femmes*.

¹³ Sondage IFOP, 2017.

¹⁴ ONSSF, Le plan pour la santé des femmes, un avenir pour la profession de sage-femme, décembre 2017

¹⁵ CNOSF, CNSF, ONSSF, ANSFC, ANSFT, ANESF, CNEMa

¹⁶ Préambule du Livre Blanc, 2022, op. cit.

¹⁷ ONSSF, Les revendications des sages-femmes pour la santé des femmes.

¹⁸ Préambule du Livre Blanc, 2022, op. cit.

nouvelles évolutions de la profession. Son rôle préventif auprès de l'ensemble des publics doit être renforcé pour mieux protéger la santé des femmes ; leur place comme acteur de premier recours doit être valorisée¹⁹ et la formation doit être encore améliorée afin que la profession puisse assumer correctement ce rôle²⁰ et « occuper enfin une place légitime et reconnue dans le système de santé ».

1. Le sentiment de la perte de sens du métier

Ces élargissements successifs du champ de compétence sont bien ressentis comme la réponse à un besoin d'ajustement des politiques publiques en matière de santé sexuelle, mais ils contribuent à la dégradation de leurs conditions de travail. C'est cet objet de mobilisation qui, depuis plusieurs années, rassemble les membres de la profession de sages-femmes. D'après une enquête menée par le CNOSE en 2020, les sages-femmes sont en effet nombreuses à avoir envisagé de quitter leur métier (55% d'entre elles), et, parmi les sages-femmes hospitalières, à estimer ne pas avoir le temps de prodiguer des soins de qualité. L'ensemble des professionnelles, pratiquement (96%), pensent aussi que leur métier n'est pas suffisamment valorisé, que leurs compétences ne sont pas connues du grand public (76% des répondantes) et leurs rémunérations sont jugées insuffisantes par 73% d'entre elles : dans la fonction publique hospitalière, en effet, les rémunérations se distinguent peu de celles des auxiliaires médicaux, surtout en début de carrière. Les revenus moyens des sages-femmes libérales sont aussi parmi les plus bas, au sein des professionnels de santé libéraux. En 2017, le revenu d'activité annuel des sages-femmes libérales s'élève à 31 790 euros en moyenne. Plus de 10 % de ce

¹⁹ Parmi les actions concrètes proposées à cette fin, le Livre blanc propose de mentionner systématiquement les sages-femmes dans toutes les campagnes de santé publique. Renforcer la participation des sages-femmes à l'éducation à la vie sexuelle et affective, notamment par le financement des interventions. Supprimer la liste limitative de prescription des sages-femmes (médicaments, dispositifs médicaux et arrêts de travail) et donner la possibilité de prescrire les préservatifs aux hommes. Ouvrir aux sages-femmes la possibilité de vacciner les hommes contre le HPV. Développer une consultation longue de santé sexuelle, réalisée par les sages-femmes et les médecins, pour les adolescent.e.s et les jeunes adultes. Permettre aux sages-femmes de prescrire les examens de dépistage et les traitements des IST/ MST à l'ensemble de la population. Pour permettre aux sages-femmes de garantir réellement le droit des femmes à disposer de leur corps, la profession souhaite promouvoir l'expérimentation de la réalisation des IVG instrumentales par les sages-femmes et pérenniser cette nouvelle compétence par une publication rapide des textes d'application de la loi visant à renforcer le droit à l'avortement. Elle souhaite aussi que les sages-femmes puissent réaliser le premier entretien pré-stérilisation qui ouvre le début du délai légal de réflexion et mettre en place, dans chaque région un annuaire de planification familiale répertoriant l'ensemble des professionnels. le.s qui participent et réalisent les stérilisations et les IVG.

²⁰ Dans son rapport sur l'évolution de la profession de sage-femme paru en 2021, établi à partir d'entretiens menés auprès de différentes instances représentatives, l'IGAS formule plusieurs recommandations. Pour ce qui concerne la formation, le rapport préconise l'intégration universitaire pour toutes les écoles de sages-femmes, ainsi que la gestion des bourses étudiantes par le CROUS et non plus les régions (qui ont en charge la gestion des formations paramédicales). L'élaboration d'un plan destiné à finaliser le processus d'universitarisation est à ce titre envisagée. Le rapport recommande également de développer les enseignements et simulations communes entre médecins et sages-femmes, co-construits par les départements de médecine et de maïeutique ; de flécher davantage de bourses doctorales vers la recherche en maïeutique, afin d'augmenter le vivier de sages-femmes pouvant aspirer à des fonctions universitaires et de faciliter l'accès au deuxième grade pour les sages-femmes titulaires d'un master ou d'un doctorat. La création d'un statut bi-appartenant spécifique, hospitalier et universitaire, pour les enseignant.e.s sages-femmes, extensible aux autres formations en santé, est revendiqué comme nécessaire pour permettre l'association entre fonctions universitaires et fonctions cliniques. Dans l'attente de la création de ce statut, la profession souhaite recourir au statut de professeur associé, reconnaître la fonction de maître de stage au sein des établissements hospitaliers, qui devra faire l'objet d'une formation et d'un temps dédié, mais aussi ouvrir cette fonction aux sages-femmes libérales, en l'assortissant d'une indemnisation. Les équivalences vers les professions d'aide-soignante et d'auxiliaire de puériculture doivent être restaurées au niveau national, assortie de l'instauration d'une équivalence vers la profession d'infirmière. Confier au HCERES une mission d'évaluation de la formation initiale. Le CNOSE, le CNP sages-femmes et le CNGOF devraient se voir investis d'une mission conjointe d'évaluation du niveau de compétences acquises à l'issue de la formation. C'est seulement à la lumière de ces évaluations que la perspective d'une 6ème année de formation devra être véritablement envisagée, afin d'en définir les objectifs et modalités. (IGAS, 2021 : 8-9)

revenu provient d'une activité salariée, un tiers des sages-femmes libérales cumulant activités libérale et salariée. Ce revenu a diminué de 0,6 % en moyenne annuelle et en euros constants, après une hausse de 0,7 % entre 2014 et 2017. En 2018, le salaire net mensuel moyen en équivalent temps plein des sages-femmes dans le secteur hospitalier atteint 2 730 euros. Il est légèrement plus élevé dans le secteur hospitalier public (2 780 euros) et, dans une moindre mesure, dans le secteur privé non lucratif (2 625 euros), que dans le secteur privé lucratif (2 549 euros). C'est dans le secteur privé, et particulièrement dans le privé non lucratif qu'il est le plus dynamique, puisqu'il a progressé de 3,1 % en euros constants entre 2017 et 2018, contre 1,8 % dans le secteur privé lucratif et seulement 0,8 % à l'hôpital public (IGAS, 2021)

Elles sont 67% à estimer que leurs effectifs en maternité sont insuffisants. Les rythmes de travail sont jugés difficiles à supporter²¹, et elles sont nombreuses à souffrir d'un sentiment de faible considération comme du poids de la hiérarchie médicale au sein des services. Elles sont aussi très nombreuses à estimer ne pas avoir la possibilité d'exercer l'ensemble de leur mission, dont la physiologie (IGAS, 2021 : 21).

2. La revendication d'une reconnaissance statutaire de la profession

L'INSEE classait les sages-femmes au sein de la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés d'entreprise (PCS) dans la catégorie « Infirmiers, sages-femmes et professions assimilées », dans la grande catégorie des « professions intermédiaires » de la santé (catégorie 43). L'INSEE précise que la PCS n'est qu'une nomenclature statistique : elle n'est ni normative, ni une reconnaissance des qualifications ou des compétences, ni une échelle de valeur. L'Institut confirme que des travaux de redéfinition des professions ont été menés mais que, malgré cela, les sages-femmes sont restées dans cette catégorie²² dans une exigence de comparabilité dans le temps des séries statistiques. (IGAS, 2021 : 53). Malgré ces justifications, la profession ne se sent pas reconnue dans sa spécificité. L'on a vu, dans la partie précédente, combien cette question de la reconnaissance du caractère médical de la profession s'enracinait dans l'histoire du groupe professionnel, et combien ces luttes pour le faire reconnaître étaient constitutives de l'identité professionnelle des sages-femmes. Or, les extensions successives de leur champ de compétence

²¹ Le rapport de l'IGAS fait état de leur difficulté croissante à supporter les contraintes du fonctionnement hospitalier dues notamment au nombre de nuits et de week-ends à effectuer. De même, compte tenu des variations saisonnières du niveau d'activité d'accouchement (globalement plus élevé pendant les mois d'été qu'en début d'année), elles sont confrontées à une gestion plus rigide des équipes en matière de planification des congés annuels, contrairement à ce que permettent de nombreuses autres activités médicales (IGAS, 2021 : 43).

²² L'INSEE évoque les classifications de la nomenclature européenne et notamment sa division 86 « Activités pour la santé humaine » qui se décompose en trois groupes : Activités hospitalières, Activités des médecins et des dentistes, Autres activités pour la santé humaine.

depuis vingt ans n'ont pas apporté cette satisfaction que nous qualifierions d'identitaire à la profession, qui, de ce fait, s'estime lésée.

Encadré 12. Le statut particulier des sages-femmes hospitalières et territoriales

Le code de la santé publique (CSP), publié le 5 octobre 1953 par le décret n° 53-1001, définit la profession de sage-femme comme médicale. Celle-ci est encadrée par les articles L4151-1 à L4151-10 du titre V du CSP. Les compétences des sages-femmes sont décrites dans la quatrième partie du premier livre du Code de la Santé Publique. La profession de sage-femme est cependant intégrée dans la Fonction Publique Hospitalière (titre IV) pour les sages-femmes pratiquant en milieu hospitalier, et la Fonction Publique Territoriale (titre III) pour les sages-femmes territoriales. Les médecins et chirurgiens-dentistes relèvent quant à eux de la Fonction Publique d'État (titre II) au sein de laquelle ils ont un statut de Praticien Hospitalier (PH). Les pharmaciens rejoignent ce statut par la loi du 24 Juillet 1987 (relevant du décret du 6 mai 1988²³

D'après l'enquête du CNOF en 2021, plus de 87 % des sages-femmes hospitalières estiment que le statut actuel dans la fonction publique est inadapté. Elles revendiquent d'être reconnues, statutairement et au plan des rémunérations, à la hauteur des responsabilités qu'elles endossent dans le cadre de leur exercice. Elles sont nombreuses à souffrir du statut médical de sage-femme des hôpitaux, juridiquement créé en mars 2014 afin de théoriquement conforter le caractère médical de la profession et de permettre son positionnement comme praticien de premier recours dans le système de santé. En effet, elles estiment que ce statut est un modèle hybride médical et paramédical : il ne permet ni la reconnaissance du caractère médical de la profession, ni l'autonomie et l'indépendance de l'exercice. La question de l'obtention du statut de praticien hospitalier a été au cœur des revendications des grèves de 2001, puis de 2014²⁴ puis de nouveau, à l'occasion du Ségur de la Santé²⁵, et enfin lors des nouvelles grèves de 2021.

²³ Décret n°88-665 du 6 mai 1988 modifiant le décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers et rattachant les pharmaciens des hôpitaux au corps des praticiens hospitalier.

²⁴ Laurent BARBERON, « Les sages-femmes en quête de reconnaissance », syndicat CFTC, 19 janvier 2022, disponible sur <https://www.cftc.fr/actualites/social/les-sages-femmes-en-quete-de-reconnaissance>

²⁵Le Ségur de la Santé renvoie à une consultation des actrices du système de soins français qui s'est déroulé du 25 mai au 10 juillet 2020. Le nom « Ségur de la Santé » se réfère à l'adresse du Ministère de la Santé, avenue de Ségur à Paris. Le nom a été choisi par analogie avec « Le Grenelle » du Ministère du Travail en mai 1968. Lors du Ségur de la Santé, des concertations nationales ont été organisées à travers un comité Ségur national et un groupe de travail spécifique sur la question des carrières et des rémunérations, mais aussi par le recueil de retours d'expériences dans les territoires et par une consultation en ligne des professionnels de santé. Quatre thèmes avaient été définis : la question de la « transformation des métiers » avec l'objectif de revaloriser les professions de soignant.e.s ; la définition d'une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins, la simplification organisationnelle des services et la fédération des acteurs de santé au service des usagers. Ces différentes consultations ont donné lieu à des revalorisations des carrières. Cf. Ministère des Solidarités et de la Santé, *Ségur de la santé, Revalorisation des carrières*, dossier de presse, avril 2021.

Encadré 13. Le Code Noir des sages-femmes, grève du 7 octobre 2021²⁶

« De présence à Paris, je suis la manifestation organisée pour témoigner de la colère ressentie par la profession à la suite de la visioconférence du ministre de la Santé, Olivier Véran, quelques jours plus tôt. Le mot d'ordre, « Code Noir », fait suite au « Code rouge » déclenché en janvier dernier. Julie m'en explique la signification : le code rouge renvoie aux situations de césariennes déclenchées en extrême urgence (le délai entre la décision de césarienne et la naissance doit être de moins de 15 minutes, lorsque le pronostic vital de la mère ou du fœtus est engagé) L'expression de « code noir » renvoie donc à une situation d'urgence plus grave encore. Sur le trajet entre la place du 18 juin 1940 à Montparnasse et le ministère de la santé, je note les slogans inscrits sur les bannières. Les premiers, exprimant l'épuisement professionnel, sont centrés sur la revendication d'une meilleure reconnaissance salariale et statutaire : « 100 balles et même pas de Mars ! », « 9 euros la nuit, autant rester au lit ! », « A peine diplômée, déjà dégoûtée », « Métier formidable, reconnaissance fort minable ». Mais la plupart ont trait au cœur du métier, l'accompagnement de la naissance : « On vous a fait naître, il faut nous reconnaître », « Il faut accoucher d'un nouveau statut ». Celui-ci exprime le sentiment d'être exploitées : « Faut pas trop tirer sur le cordon ombilical ». Et, dans un registre plus familier, en inventant d'autres jeux de mots autour du schème de l'usure face à la pénibilité du travail, des slogans évoquent le suivi gynécologique, la rééducation périnéale ou la contraception dans leur dimension organique « On en a ras le col », « Ségur d'avaler la pilule », « Y a pas que le périnée qui craque », « Les sages-femmes se saignent », « La Cup est pleine ». Certains, adressés directement au Ministre de la Santé, (« Véran, quand t'es né, on t'a pas laissé tomber ! ») convoquent un imaginaire violent de la naissance, faisant appel à l'éthos hippocratique de tout soignant (prendre soin d'autrui sans discrimination), tout en revendiquant le besoin de conforter leur place au sein de la hiérarchie médicale. « Arrête de pousser » renverse le sens du verbe communément employé dans une salle d'accouchement. Il trace symboliquement une frontière du supportable dans la défense du territoire de leur juridiction. « Véran, hors de ma vulve ! » fait de l'organe sexuel féminin le lieu même de cette frontière, ce qui revient à essentialiser la profession. Et le très cru « seules mes patientes peuvent me chier sur la gueule » définit de quel côté, selon la profession, se place la grossièreté : c'est le manque de reconnaissance de la part des groupes concurrents dans la hiérarchie médicale et des responsables politiques qui est vécu comme une humiliation, et non l'occurrence possible de la défécation pendant un accouchement, qui fait l'objet du respect professionnel du processus physiologique du travail.²⁷ Cette convocation de l'image de déchet corporel questionne l'ordre institutionnel où la profession ne trouve pas sa juste place. « La sage-femme est l'avenir de la femme » opère aussi un renversement d'un vers de Louis Aragon²⁸ « L'avenir de l'homme est la femme » en attribuant à la profession le rôle (messianique ?) de conforter l'agentivité de leur patientèle. Un autre slogan revendique ce même rôle : « La société de demain naît entre nos mains ». Le genre de la patientèle n'est plus ici l'enjeu de la revendication, fondée sur l'éthique de la responsabilité : le slogan a alors une portée universaliste. « Cigognes, pas pigeons » puise dans la culture folklorique de l'enfantement pour dénoncer l'usurpation dont se sent historiquement victime la profession, quand cet autre (« Les sages-femmes ragent contre la machine ») donne une totalité plus radicale à la dénonciation de l'ordre institutionnel²⁹.

Extrait de notre journal de terrain, octobre 2021.

²⁶ Le rapport de l'IGAS a été rendu public le 10 septembre, quelques jours avant l'organisation d'une visioconférence du ministre de la Santé, Olivier Véran, avec la profession, le 16 septembre. Ses annonces ont provoqué des appels à la grève dans la foulée. L'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes (ONSSF) a lancé le mot d'ordre pour le week-end du 24 au 26 septembre et le 7 octobre, très vite rejointe par les associations des étudiantes, enseignantes, territoriales, libérales et coordinatrices. Selon l'ONSSF, plus de 150 maternités et 60 % des cabinets libéraux ont répondu à l'appel. La CFTC a déposé un préavis national de grève pour tout le mois d'octobre. Le syndicat FO a déposé un préavis pour le 28 septembre. La date du jeudi 7 octobre a été retenue pour une grande grève et une manifestation nationale à Paris, y compris par l'Ufmict-CGT et l'Union nationale syndicale des sages-femmes (UNSSF).

²⁷ La défécation pendant un accouchement est fréquente, du fait des contractions. Elle est considérée par les professionnel.le.s, non comme un désagrément, mais comme le signe du bon déroulement du travail. (Extrait de mon journal de terrain).

²⁸ Aragon Louis, 1963, *Le Fou d'Elsa*, Paris, Gallimard.

²⁹ Le slogan se réfère au groupe musical californien, Rage Against The Machine de la fin des années 1990, connu pour ses prises de position contre le racisme, le capitalisme et la mondialisation.

Les revalorisations salariales et les primes accordées par le gouvernement³⁰ n'ont pas satisfait pas la demande de reconnaissance statutaire du groupe professionnel, eu égard au niveau de compétences et aux responsabilités endossées. Pour les instances représentatives de la profession, le calcul est biaisé³¹. Pour l'UNSSF, la revalorisation proposée est bien loin de celle (entre 130 et 150 points d'indice) que l'Union considère comme ayant dû être une base de négociation. Pour Camille Dumortier, présidente de l'ONSSF, le ministère a « *fait semblant* » de considérer la profession avec les augmentations proposées. Elle argue que les infirmières anesthésistes ont obtenu une prime plus importante, et que les sages-femmes des urgences obstétricales ont été exclues de la prime d'urgence. Sa dénonciation s'articule autour de l'argument des « *centaines de millions d'euros d'économies réalisées à travers les sages-femmes, avec la réduction de la durée moyenne de séjour et les sorties précoces, nos nouvelles compétences, etc.* » (*Ibid*). Le syndicat Force Ouvrière demande une revalorisation de 200 points d'indice, soit 936 euros en moyenne. De son côté, l'Union Fédérale des Médecins, Ingénieurs, Cadres et Techniciens-CGT (UNIFMCT-CGT) revendique une augmentation de 1000 euros nets pour toutes et demande que le salaire soit équivalent à 2,3 fois le Smic en début de carrière – soit 2830 euros nets en début de carrière et 220 points d'indice supplémentaires -, un doublement du salaire sans obstacle sur la carrière et l'attribution d'une prime d'exercice médical. La revendication ne porte pas sur *un rattrapage de salaire, mais vise un repositionnement dans les grilles à hauteur des compétences médicales* », selon Vincent Porteous, représentant de l'Ufmict-CGT (*Ibid*).

Les arbitrages du ministre ne satisfont pas davantage les sages-femmes de la fonction publique territoriale. Certes, par homologie avec la fonction publique hospitalière, la sage-femme territoriale bénéficiera des mêmes revalorisations des grilles salariales, mais pas plus de la prime que du complément de traitement indiciaire. L'Association nationale des sages-femmes territoriales (ANSFT) estime que les professionnelles territoriales sont traitées comme des « *sous-fonctionnaires du service public* ». Micheline Boivineau, présidente de l'ANSFT, déplore une « *tentative de cloisonnement et de division de la profession* » qui crée « *une grande déception et de la souffrance* »,

³⁰ Dans le cadre du Ségur de la Santé, le gouvernement a accordé une revalorisation mensuelle de 183 euros nets accordée en juin 2021 à 1,5 million de soignants du secteur public. La profession s'est sentie flouée par les propositions du Ministre de la Santé dans sa visioconférence du 16 septembre, annonçant « *4400 euros nets par an de revalorisation salariale, soit l'équivalent d'un treizième, voire d'un quatorzième mois* » pour les hospitalières, soit 365 euros nets mensuels. Il a précisé que le complément de traitement indiciaire de 183 euros mensuel, que les hospitalières perçoivent depuis janvier 2021, était inclus dans les 365 euros nets mensuels annoncés. Dans ce calcul, Olivier Véran incluait « *une prime de 100 euros nets par mois* » dès janvier 2022 et une revalorisation de la grille salariale permettant « *un gain de 22 points d'indice en moyenne* ».

³¹ Une fois retiré des 365 euros annoncés le complément de traitement indiciaire déjà accordé et la prime de 100 euros, il ne reste que 82 euros. Cela ne correspond qu'à 17,52 points d'indice et non 22 points comme annoncés par le ministre (le point d'indice est fixé à 4,68 euros depuis le 1^{er} février 2017). Or le rapport de l'IGAS préconisait pourtant une revalorisation dix fois plus conséquente, de 175 points d'indice en moyenne, soit 819 euros mensuels. In Nour RICHARD-GUERROUDJ, « Olivier Véran met de nouveau les sages-femmes dans la rue le 7 octobre », *Profession Sage-Femme*, 1^{er} octobre 2021.

qui s'ajoute au « retard pour transposer les grilles indiciaires entre les fonctions publiques ». Les sages-femmes libérales s'inscrivent aussi en faux par rapport aux annonces d'Olivier Véran, en raison du blocage de la négociation conventionnelle, d'après l'UNSSF et l'ONSSF qui estiment que « *L'enveloppe de 18 millions d'euros pour une revalorisation des actes existants ou la création de nouveaux actes est insuffisante* », par exemple pour le dépistage de la dépression du post-partum implique une consultation longue et un tarif adapté, comparativement à l'entretien postnatal périnatal proposé par la CPAM à un tarif inférieur à une consultation et une visite (*Ibid*).

Un protocole d'accord pour améliorer l'attractivité et les organisations de travail de la profession de sage-femme est signé le lundi le 22 novembre 2021 par trois syndicats représentatifs de la fonction publique (FO, CFDT et UNSA), le gouvernement et la fédération hospitalière publique. Ce protocole complète les annonces du ministre des solidarités et de la santé du 16 septembre 2021: revalorisation des grilles indiciaires des sages-femmes dans la fonction publique hospitalière et des sages-femmes territoriales, doublement des ratios promus/promouvables dans la fonction publique hospitalière à 22% pour les années 2022, 2023 et 2024, versement d'une prime d'exercice médicale de 240 euros nets appliquée à l'ensemble des sages-femmes titulaires ou contractuelles de la fonction publique hospitalière³² (mais pas aux sages-femmes territoriales). Les syndicats professionnels en raison de la place de la profession dans la fonction publique ne sont pas partis satisfaits de cet accord. La hausse de rémunération ne soutient pas suffisamment l'attractivité de la profession ni ne correspond pas à une reconnaissance du caractère médical de la profession. Par ailleurs, cette augmentation est constituée majoritairement de primes, et les conditions de transposition de cet accord salarial aux sages-femmes salariées du privé et du privé lucratif restent floues. Les sages-femmes territoriales sont toujours exclues de la prime d'exercice médical. Enfin, aucune revalorisation des actes n'est prévue dans ce protocole d'accord. La proposition d'affirmation du caractère médical de la profession dans une seule instruction qui n'a pas de caractère obligatoire est enfin reçue comme une mesure symbolique jugée insuffisante³³.

La profession réclame par ailleurs la mise en conformité de l'encadrement des maternités aux textes statutaires, qui posent que ces postes peuvent être occupés par des sages-femmes. Le CNOSF considère le rattachement quasi systématique des sages-femmes au plan de développement professionnel continu des professions paramédicales, qui accorde aux salarié.e.s un nombre de jours dédiés à la formation continue inférieure à celui des professions médicales. Les enveloppes

³² La Fonction Publique Hospitalière (FPH) est structurée par la loi n°86-33 du 9 janvier 1986, quant au statut des sages-femmes hospitalières, celui-ci est défini par le décret n° 89-611 du 1 Septembre 1989. Les sages-femmes sont classées dans la catégorie A des professionnel.le.s de l'hôpital (commune aux infirmières, puéricultrices, psychologues, directeurs des soins, cadres de santé...), et sont placées dans une branche où le niveau d'étude est plafonné à Bac + 3.

³³ CNOSF, Signature d'un protocole d'accord pour la profession », 23 novembre 2021.

budgétaires dédiées à la formation continue sont estimées trop réduites, et les actions de formations non conformes à leurs attentes.

De même, la profession regrette toujours que, dans un certain nombre d'établissements de santé, la gestion des sages-femmes continue à être assurée par la Direction des Soins Infirmiers (DSI) malgré la circulaire du 3 Mai 2002 qui préconise leur gestion par la direction des affaires médicales (qui régit les professions médicales de l'hôpital). Mais cette circulaire, qui par ailleurs précise que l'activité des sages-femmes est également encadrée par les sages-femmes cadres et cadres supérieures, est peu appliquée (puisqu'elle évoque une simple possibilité, et non une obligation). Ainsi, d'un côté, les sages-femmes relèvent d'une instance administrative qui organise le système hospitalier, et de l'autre, elles obéissent à une autorité intra-professionnelle d'autres sages-femmes appartenant à un grade supérieur. Déjà, en 2014, l'UNSSF avait réclamé que l'ambiguïté entre professions médicales et paramédicales soit levée, en réclamant une gestion des sages-femmes par la Direction des Affaires Médicales ou la Direction des Ressources Humaines (la Direction des Soins Infirmiers devant être réservée aux paramédicaux). L'UNSSF précisait que ce sont aux sages-femmes d'assurer « *la responsabilité médicale des unités physiologiques au sein des établissements de santé* »³⁴. Cependant, l'ensemble de ces mesures ne nécessitait pas selon l'UNSSF un changement de statut. Une sortie de la FPH conduirait à « *une détérioration des conditions réelles de travail pour les sages-femmes* »³⁵.

³⁴ UNSSF - Zoom sur l'élaboration du socle commun du statut des sages-femmes - 4 février 2014

³⁵ UNSSF - Pour la poursuite d'une concertation collective - 18 Mars 2014

D. ÉMERGENCE DE NOUVELLES LUTTES DEFINITIONNELLES AUTOUR DU VOLET RELATIONNEL DE LA COMPETENCE DES SAGES-FEMMES

1. La concurrence des doulas

Encadré 14. L'accompagnement proposé par les doulas

Le terme « doula » désigne des femmes qui proposent leurs services aux futurs parents pour délivrer un accompagnement non médical, du début de la grossesse au post-partum, en complément du suivi médical normal. Ce service est apparu sous cette dénomination aux Etats-Unis dans les années 1980. Leur connaissance, essentiellement empirique, est fondée le plus souvent sur une expérience personnelle de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement. Leur rémunération est personnalisée³⁶. Elles entendent informer, accompagner, soutenir moralement et physiquement les couples, en fonction de leur choix et de leurs décisions, et servir de lien avec le personnel médical. Le soutien physique à la femme peut comporter divers exercices de relaxation, massages, chants, positions, respiration pour aider à réduire les perceptions douloureuses pendant le travail. Elles rencontrent les parents plusieurs fois au cours de la grossesse, lors de visites à domicile ou en cabinet, avec un nombre de visites variable. Après l'accouchement, elles répondent aux questions des accouchées, souvent désespérées face aux soins et aux doutes que soulèvent l'allaitement (phénomènes d'engorgement mammaire, sentiment de manquer de lait, crevasses, etc.), l'épisiotomie, ou tout simplement la fatigue des suites de couches³⁷. Leur objectif se rapproche donc à la fois de l'accompagnement familial traditionnel, du travail classique de la sage-femme libérale et de l'obstétricien en clientèle privée. Leur activité consiste à assister les parturientes par tous moyens reconnus, non médicamenteux, afin de leur procurer confort physique et moral et de les préparer à l'accouchement auquel elles assistent. Actuellement, les doulas revendiquent la création d'un statut spécifique d'aide à la personne, hors cadre médical ou paramédical, avec une formation et une pratique reconnue par le Ministère du Travail.

Plusieurs travaux américains ont montré l'importance d'une présence et d'un soutien continu d'une femme à une autre pendant le travail (SOSA, KENNEL, KLAUS *et al.* 1980 ; KLAUS, KENNEL, ROBERTSON, 1986 ; KENNEL, KLAUS, MC GRATH *et al.*, 1991)³⁸. En 1992, l'association Doulas Of North America (DONA) est fondée aux Etats-Unis, rebaptisée « DONA International » en raison de la progression du nombre des membres et de leur origine. On y distingue les « Birth doulas » qui accompagnent le couple avant et pendant la naissance et les « Post Partum doulas ». « DONA international » a donné naissance à d'autres associations aux Etats-Unis, au Canada, puis dans d'autres pays, notamment en Europe. En France, elles apparaissent en 2003,

³⁶ Les 5 à 10 visites réparties sur la grossesse et les suites de couches sont facturées de 40 à 70 euros la visite, la présence à l'accouchement de 250 à 400 euros en moyenne. D'autres doulas préfèrent travailler au forfait (400 à 700 euros pour l'ensemble des prestations). L'association ALNA propose, à la suite du premier entretien gratuit, un forfait de 300 euros pour l'accouchement auquel s'ajoutent au moins trois entretiens prénataux et une visite postnatale, facturés 40 euros par entretien, soit un minimum de 420 euros. Les meilleurs résultats seraient obtenus lorsque la doula est engagée de façon privée par les parents, rémunérée par eux et est indépendante de l'institution médicale. Ces actes ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale et ne sont pris en compte par aucun organisme. <https://doulas.info/une-doula-cest-quoi/questions-frequentes/>

³⁷ Sur le sujet de la dépression post-partum et du désarroi des accouchées, voir le film d'Aude Pépin, *A la vie !* sorti en Octobre 2019. Le film est centré quant à lui sur le travail des sages-femmes libérales en suites de couches, porté par la figure médiatique de Chantal Birman, dont nous traiterons dans la cinquième partie de ce manuscrit.

³⁸ Ces différents travaux ont montré que, lorsque les femmes sont accompagnées au cours de l'accouchement, il est observé une diminution de la durée du travail, du recours à une perfusion d'ocytocine, de la médication contre la douleur, des extractions instrumentales, des accouchements par césarienne, ainsi qu'une diminution des transferts de l'enfant en unité de soins intensifs, ainsi que la réduction du nombre des dépressions du post-partum.

regroupées au sein de plusieurs petites associations³⁹, avec une audience encore assez marginale. D'après le rapport de l'Académie de Médecine⁴⁰, elles étaient une cinquantaine en exercice et une centaine en formation en 2009. Selon l'association « Doulas de France », 138 naissances sur plus de 800000 ont été accompagnées en 2006, parmi lesquelles 34% ont eu lieu à domicile. La nature de leur clientèle est aussi assez difficile à préciser. Mis à part quelques couples d'origine anglo-saxonne, il semble que les personnes faisant appel aux doulas appartiennent le plus souvent à la classe moyenne ou supérieure, urbaine, disposant de capitaux scolaires et culturels, adeptes de médecines alternatives (PANIER, 2007).

Leur apparition est l'objet de vives controverses au sein de l'ensemble de la hiérarchie médicale. Elle est liée, pour l'Académie de Médecine (2008), au contexte économique et social actuel en Occident, où les femmes travaillent, vivent éloignées de leur cercle familial quand elles sont mères célibataires ou qu'elles vivent dans un tissu social fragilisé. L'augmentation de l'individualisme, l'engouement actuel pour les techniques de développement personnel, les médecines alternatives et le coaching sont d'autres motifs avancés par l'institution pour expliquer l'attraction exercée par les doulas, dans un contexte de surmédicalisation de la surveillance du fœtus et du travail. L'Académie de Médecine se montre également très circonspecte⁴¹ à l'égard de l'aptitude des associations de doulas à utiliser les réseaux sociaux, de leur « *sens développé du lobbying* » (2008 :6) comme de la résonance médiatique dont elles bénéficient⁴². Elles ont participé en 2006 aux entretiens de Bichat tout comme aux « États généraux de la Naissance » organisés à Châteauroux par le CIANE⁴³. Aux

³⁹ L'association des « Accompagnantes à la naissance » (ALNA) a été créée en 2003 à Lyon, par une jeune femme formée en Angleterre. C'est la seule formation qui donnerait le droit de porter le titre d' « Accompagnante à la naissance », nom déposé à l'Institut National de la Propriété Industrielle. Elle opère une distinction entre Accompagnante à la naissance et une doula : une accompagnante à la naissance doit être une femme ayant accouché et ayant allaité son enfant, ce qui n'est pas obligatoire pour d'autres associations. Cette association a rédigé un code de déontologie qui pose l'obligation du respect dû aux professionnels de la naissance : médecins, sages-femmes, auxiliaires de puériculture. L'association « Doulas de France » a été créée à Paris en 2006. Les doulas recensées dans l'annuaire de l'association s'engagent à respecter une charte qui insiste sur la neutralité que doit observer la doula. Une troisième association « A. Strada » siège à Aubagne et se prénomme « Accompagnante en périnatalité ». D'autres accompagnantes sont formées au Canada par l'école « Mère et Monde ».

⁴⁰ Rapport au nom de la Commission X (Maternité - Enfance – Adolescence), « Les Doulas : une profession émergente ? », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2008, tome 192, n° 6, pp. 1237-1252

⁴¹ Il y a beaucoup de guillemets dans ce rapport. La teneur des formes de rhétorique employées est également assez virulente. Le schème dominant est celui du danger latent qu'elles représentent, qu'on devine dans des formules du type « Elles s'introduisent dans les services hospitaliers, parfois sur injonction des autorités administratives, par le biais de relations amicales. »

⁴² Plusieurs articles sont parus au sujet des différents types d'accompagnement qu'elles proposent dans différents périodiques et journaux féminins. L'on pourra consulter notamment les articles suivants, dont la liste n'est pas exhaustive : « Une doula pour les futures mères », *Ça m'intéresse*, n°412, juin 2015, p.59 ; Sophie Lavent, « Accouchement : les bonnes raisons de faire appel à une doula », *femmeactuelle.fr*, 13 janvier 2016 ; « Profession : doula », *La Maison des maternelles*, 19 février 2018 ; « Violences gynécologiques : en parler pour prévenir », *L'Est Républicain*, 19 février 2019. « Yoga, doula, acupuncture : comment gérer sa grossesse et son accouchement avec sérénité », *20 minutes*, 25 avril 2019 ; Sylvie Saint-Jacques, « Moins seules pour avorter », *Le Devoir*, 3 juin 2019 ; Laurène Daycard, « Thanadoulas, ces doulas qui vous accompagnent dans la mort », *Elle*, 7 avril 2021 ; « La doula, une accompagnatrice de la grossesse et de la naissance », *Parents*, du 17 août 2021 ; Clémence Boyer ; « Dove finance des doulas pour réduire la mortalité maternelle des femmes noires », *Madmoizelle*, 30 août 2021 ; « A boire et à langer », *Causette* n°127, novembre 2021. Une revue de presse est disponible sur <https://doulas.info/revuedepresse/medias/> Elles ont aussi fait l'objet de reportage à la télévision, à la radio et sur Internet <https://doulas.info/revuedepresse/medias/page/2/>.

⁴³ CIANE, Communiqué de presse, « Les États Généraux de la Naissance 2006 22-23-24 SEPTEMBRE 2006 A CHATEAUROUX, « Quelle naissance demain ? ».

côtés du Collège National des Sages-Femmes et du CNGOF⁴⁴ comme de la commission nationale de la Naissance, l'Académie de Médecine se prononce clairement dans son rapport contre la création de la « profession » de doulas qui s'exposent à « *l'exercice illégal de la médecine* » : l'argument n'est pas sans rappeler le travail de clôture du marché que la profession a accompli deux siècles plus tôt pour asseoir sa domination sur les sages-femmes. L'institution met en garde contre la reconnaissance officielle de la formation et de la fonction de doula ; la nature variée et « *parfois insolite* » des contenus d'enseignement, et une « *qualité discutable des intervenants et des jurys d'examen* », comme « *la brièveté de l'expérience pratique* » induisent une mise en danger des femmes. L'institution désigne la sage-femme « *accompagnante idéale* » de la maternité physiologique, exercice « *qui requiert une expérience médicale acquise au cours d'un enseignement de qualité* ». Pour contrer l'augmentation du nombre de doulas, l'institution recommande le développement d'autres instruments de l'action publique et de dispositifs en matière de périnatalité tels que l'entretien prénatal précoce, les séances de préparation à la naissance, le « projet de naissance »⁴⁵, l'expérimentation des maisons de naissance, l'ouverture de salles de naissance physiologiques dans les maternités, l'ouverture des salles d'accouchement à des accompagnant.es familier.ère.s de la parturiente (autres que le père⁴⁶), le déploiement des réseaux de périnatalité et aussi l'augmentation des effectifs de sages-femmes hospitalières, territoriales et libérales, ainsi que celui des aides à domicile.

Au sein de la profession de sage-femme, la méfiance envers les doulas fait consensus⁴⁷, bien qu'elle s'exprime en termes plus ou moins mesurés. Pour beaucoup, ce type d'accompagnement proposé est « *une mauvaise réponse à une vraie question* »⁴⁸ : les rangs se resserrent autour de la défense de leur juridiction ; les sages-femmes revendiquent un nombre d'années d'études important, et font valoir leur appartenance aux corps des professions médicales. Pour Charlotte Chataux⁴⁹ de l'ANSFL, la déshumanisation des maternités, l'isolement des femmes et jeunes couples expliquent la

⁴⁴ Dépêche de l'APMnews, « Les obstétriciens et les sages-femmes se prononcent contre la reconnaissance des doulas », mercredi 26 septembre 2007 ; <https://www.apmnews.com/freestory/10/171122/les-obstetriciens-et-les-sages-femmes-se-prononcent-contre-la-reconnaissance-des-doulas>. Philippe Descamps, chef de service de gynécologie obstétrique du CHU d'Angers, également responsable de la communication du CNGOF, s'est exprimé en ces termes : « *Ce n'est pas parce qu'on se casse une jambe qu'on peut devenir orthopédiste !* ». In FLYE SAINTE-MARIE Bénédicte, 2009, « les doulas : un accompagnement controversé », dossier « Bientôt maman », *Côté Mômes*, avril.

⁴⁵ Un projet de naissance » est établi avec les parents, présenté à la sage-femme ou à l'obstétricien lors de la grossesse. Dans ce projet sont discutés les modalités des différentes étapes de l'accouchement : travail, naissance, soins à l'enfant, à la mère, délivrance, accueil du nouveau-né, présence d'autres personnes à l'accouchement, etc. Ce projet repose sur le concept que la femme a le droit d'être informée du déroulement de son accouchement et d'énoncer ses souhaits, mais aussi de participer à la prise de décision des différentes interventions faites sur elle ou son enfant, voire de les refuser. Ce texte n'a pas de valeur légale mais a une valeur morale.

⁴⁶ A la condition qu'ils soient soumis.es à l'obligation de ne pas interférer dans les décisions médicales.

⁴⁷ *La Gazette de Femmes/sages-femmes*, dossier « Regards sur la situation : doulas et sages-femmes », 4^{ème} trimestre 2009, n°62, pp.12-33.

⁴⁸ L'on notera que, lorsqu'il s'agit de défendre sa juridiction, cette forme de rhétorique est massivement adoptée par la profession, qui la rejette lorsqu'il s'est agi de lutter pour obtenir l'allongement des délais de l'avortement (cf. deuxième partie de ce manuscrit), ou l'élargissement de leur champ de compétence à la pratique de l'IVG instrumentale (cf. partie suivante).

⁴⁹ *La Gazette de Femmes/sages-femmes*, dossier « Regards sur la situation : doulas et sages-femmes », op. cit. , pp. 12-14.

demande d'accompagnement par une doula pensée comme « *coach de grossesse* ». Mais les sages-femmes sont aussi les « *victimes* » des fermetures des maternités, des restrictions budgétaires ; elle s'interroge sur les coûts induits par l'intervention des doulas et les inégalités sociales qu'elle engendre, et surenchérit avec l'argument de l'enfermement des sages-femmes dans le rôle de techniciennes dans ce contexte de surmédicalisation et de subordination de sa profession, qui n'a d'autre alternative, pour « *reprendre cette place auprès des femmes* » que l'exercice libéral (suivi de grossesse sans accouchement), et plus rarement l'accompagnement global avec AAD ou accès au plateau technique des établissements hospitaliers. L'ANSFL souhaite ne pas rajouter un intervenant dans l'ensemble des professionnel.le.s qui participent au suivi de grossesse et à l'accouchement déjà parcellisé. Pour Joëlle Terrien⁵⁰, sage-femme libérale ; la doula n'exerce pas une profession puisqu'elle n'a pas reçu de véritable formation : elle ne peut être qu'une « *dame de compagnie* » sans compétences ni connaissances reconnues sur la grossesse. Elle a cette formule qui synthétise tout l'objet de cette partie de notre démonstration : « *la doula met le doigt là où ça fait mal dans la profession de sage-femme* », car elle réactualise tous les conflits identitaires d'une profession historiquement construite sous la domination des groupes professionnels concurrents, sans moyen de faire reconnaître son autonomie. Pour elle, en effet, les sages-femmes sont devenues de simples « *auxiliaires des médecins* » à partir des années 1950, trop occupées à « *remplir des dossiers et poser des perfusions* » pour pouvoir exercer leur fonction « *essentielle* » d'accompagnantes des femmes pendant la grossesse et l'accouchement. Et les élargissements successifs de leur champ de compétence fragilisent la profession, en rendant illisible leur rôle aux yeux des femmes. Mme Keller, présidente du CNOSF, tient les mêmes propos dans ce dossier⁵¹ : les sages-femmes sont dans l'impossibilité structurelle de proposer aux femmes un accompagnement global de la grossesse dans les établissements publics ou privés, car elles n'ont que très rarement la possibilité d'accéder aux plateaux techniques, mais les doulas n'ont que leur « *seule expérience de mère à faire valoir* », elles ne peuvent qu'être dans « *l'improvisation* » de leur rôle, puisque seules les sages-femmes sont formées. Pour cette représentante de l'institution ordinale, les doulas ne résoudre pas le problème de la surmédicalisation ni celui du manque de respect de la physiologie. Pour y répondre, il convient au contraire de valoriser la profession de sages-femmes, d'abord en augmentant ses effectifs dans les établissements hospitaliers, en améliorant son autonomie pour ne plus avoir à subir une organisation. L'opposition du CNOSF n'est pas exprimée par sa présidente d'alors « *par corporatisme* » mais « *dans un souci de santé publique* » car les doulas, du fait qu'elles ne sont pas professionnelles de santé, sont dans l'impossibilité d'apprécier la survenue d'une situation à risque, voire une pathologie. Dans cette même revue, Chantal Birman regrette que l'institutionnalisation de la profession de sages-

⁵⁰ « Etre auprès des femmes », *Ibid.*, pp. 19-22.

⁵¹ *Ibid.*, pp. 23-25.

femmes les pressurise : le « *travail à la chaîne* » induit par l'idéologie néolibérale qui sous-tend l'organisation des soins ne leur laisse plus le temps d'accompagner correctement les femmes. Pour la sage-femme militante, le moteur du travail de la profession est « *l'instinct* » qui les pousse à entrer en salle de travail lorsqu'elles pressentent que « *quelque chose doit être surveillé* » avant même qu'aucune machine ne donne l'indication d'un glissement vers la dystocie. Or, si une doula occupe cette place, le risque est que la sage-femme se coupe de cet « instinct » : cela représente un danger car « *seule la sage-femme peut allier intuition et technique* ». De manière provocatrice, elle préconise d'interdire à une sage-femme de « suivre plus de deux femmes à la fois », anticipant sur la revendication d'« une femme, une sage-femme » qui sera scandée par la profession les années suivantes. Sa réponse s'aligne sur celle de l'ANSFL et du CNOSF : les doulas sont une « mauvaise réponse au vrai problème de la surcharge de travail », et, en même temps qu'elle envisage le soutien aux maisons de naissance comme solution, elle souligne l'importance de « *remettre la sage-femme dans le suivi et le gynécologue dans l'intervention* ».

2. La confusion avec la juridiction des conseillères conjugales et familiales

L'activité de conseil conjugal et familial (CCF) existe en France depuis les années 1930, conçue dans le milieu associatif catholique pour la préparation des jeunes au mariage. Elle se développe au début des années 1960, exercée souvent de manière bénévole, au sein d'associations aux valeurs et aux obédiences opposées⁵², dans les mouvements catholiques confessionnels comme dans les mouvements féministes, au Planning Familial surtout. La question de la salarisation et de la professionnalisation du CCEF s'est posée dès la fin des années 1960, avec le vote de la loi Neuwirth (1967) qui conduit à la création du Conseil Supérieur de l'Information Sexuelle (CSIS, 1973) et avec celui de la loi Veil (1975) qui instaure un entretien pré-IVG alors obligatoire pour toutes les femmes, avec une personne formée au conseil conjugal et familial. C'est l'occasion pour ces associations de faire valoir leur expertise et leur spécificité (FLAHAUT, 2013). Aujourd'hui, cette activité, qui occupe en France environ 2 200 personnes, (salarisées, en libéral ou bénévoles) dont 95 % sont des femmes (GAL *et al.*, 2006), reste en recherche de reconnaissance et d'unité. L'activité, qui s'exerce tant dans des PMI que dans des centres de planification et d'éducation familiale, des centres d'orthogénie ou des établissements d'information et de conseil conjugal, ne correspond en effet à aucun statut dans les conventions collectives (à une exception près), ni dans les statuts de la fonction publique hospitalière ni dans ceux de la fonction publique territoriale. Divers organismes agréés par

52 On citera l'Association française des centres de consultation conjugale (AFCCC), créée en 1961 par le psychiatre et psychanalyste Jean Lemaire ; le Clerc Amour et famille, créé en réaction aux activités du Planning en 1962 par le père Denis Sonnet ; la Fédération nationale Couples et familles, issue d'une scission au sein du Clerc, au début des années 1960 et reconnue en 1966.

l'État délivrent ainsi des formations au conseil conjugal et familial, mais aucun diplôme d'État n'existe encore à ce jour. Aussi les employeurs, essentiellement des personnes publiques, sont-ils amenés à prendre en compte la profession non pas au regard de l'activité de CCF mais au titre d'une activité considérée en proximité, ou encore, parfois, au regard de la formation initiale de la personne concernée⁵³. Un collectif représentant les diverses associations de CCF s'est créé, entreprenant des démarches auprès de la Commission nationale de certification professionnelle (CNCP) pour donner une visibilité et un statut à cette profession. La certification CCF a finalement été enregistrée au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) suite à la décision de la Commission du 24 février 2022, pour une durée de 3 ans⁵⁴. Des travaux ont expliqué les difficultés récurrentes pour obtenir cette reconnaissance par les divergences idéologiques entre organismes de formation, notamment sur la question de l'avortement (GAL *et al.* 2006 ; PHILIPPE, 2007, 2008).

Autour de ce flou, des luttes définitionnelles relatives au territoire d'exercice existent entre les conseillères conjugales et familiales et les sages-femmes dans le champ de la planification, du conseil et de l'éducation familiale. Les sages-femmes peuvent en effet représenter un groupe professionnel concurrent, notamment lorsque, dans le cadre de leur exercice en centre d'IVG ou en CPEF, elles font valoir l'étendue de leur expertise, à la fois médicale et relationnelle, qui les rend compétentes dans les différentes missions d'accueil des publics, en particulier lors de la réalisation des entretiens pré et post IVG proposés aux femmes dans les parcours, mais aussi lors des interventions en milieu scolaire pour les séances dédiées à l'éducation à la vie affective et sexuelle prévue dans la loi. Une étudiante sage-femme, dans son mémoire de fin d'études, l'affirme ainsi en 2018 à la fin de son travail de recherche :

« La sage-femme paraît avoir toute sa place dans l'animation de ces séances de prévention. Elle peut apporter une information concrète pour assurer la connaissance des relais et ressources disponibles par les jeunes mais aussi échanger sur les questions relationnelles. En effet sa formation initiale, par les connaissances théoriques qu'elle acquiert et qu'elle peut partager, lui permet de tenir un rôle en santé publique. Mais elle est largement incitée à développer une approche globale, à tenir compte tant des dimensions physiques que psychologiques et sociales dans une démarche de prévention en santé. En effet, partageant les moments intimes de la vie des couples qu'elle accompagne, la sage-femme doit s'appliquer à instaurer une relation de confiance. L'écoute des différentes attentes permettant un suivi individualisé et centré sur le couple, l'adaptabilité, la faculté de réassurance, sont des qualités humaines déterminantes. La position d'accompagnatrice qu'elle recherche, l'approche empathique qu'elle ambitionne,

53 Réponse du Ministère des solidarités et de la santé publiée dans le JO Sénat du 25/01/2018 – p. 326 à la question écrite n° 02468 de Mme Michelle Meunier (Loire-Atlantique - SOCR), publiée dans le JO Sénat du 14/12/2017, p. 4461. Cf. <https://www.senat.fr/questions/base/2017/qSEQ171202468.html>

54 Cf. fiche RNCP36217, disponible sur <https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/36217/>

favorisent une interaction équilibrée, bienveillante. Accompagner les jeunes dans leur cheminement apparaît être une mission adaptée à cette fonction. »⁵⁵

Les schèmes mobilisés dans cette rhétorique professionnelle (l'écoute active, l'approche globale de la santé sexuelle et reproductive, la capacité d'empathie), autant que le ton de l'évidence créé par la conjugaison au présent, le connecteur logique « en effet » qui confirme ici ce qui est présenté comme une vérité – à peine nuancé par l'usage de modalisateurs tels que les verbes « pouvoir », « paraître », « apparaître »- soulignent combien la profession s'estime légitime dans l'exercice de cette mission⁵⁶. Lors de notre propre enquête de terrain, nous avons pu constater l'intérêt des étudiantes sages-femmes, tant pour les questions abordées dans le cadre de ces interventions en milieu scolaire, que pour la posture que cette fonction invite à prendre, qui les décentre des connaissances techniques, scientifiques et cliniques. Elles voient dans les actions de promotion de la santé, que l'effectuation. du « service sanitaire »⁵⁷ leur a déjà permis d'aborder, un lieu où mobiliser leurs compétences relationnelles :

« Cette année comme les précédentes, beaucoup des thèmes pressentis pour les actions imaginées ont pour cadre les séances d'éducation à la vie affective et sexuelle. Ces sujets portent sur la sensibilisation à la question du consentement, aux transidentités, à la lutte contre l'homophobie, et à la sexualité des personnes en situation de handicap, et aussi sur la contraception. Les étudiantes sont très animées, enthousiasmées par cet exercice, malgré sa difficulté formelle⁵⁸. Cette fois, c'est le caractère de l'évidence d'aborder ces sujets avec des publics différents qui me frappe dans cette promotion, ainsi que leur volonté de se confronter aux représentations sociales des sexualités chez des jeunes dans l'enseignement secondaire. Chaque projet a, d'une manière ou d'une autre, pour objectif de déconstruire des stéréotypes. Elles expriment leur envie d'aller à la rencontre d'élèves de classes de collègue, en évoquant leurs souvenirs de l'absence ou des insuffisances qu'elles ont ressenties, adolescentes, à l'abord de ces questions ».

Extrait de notre journal de terrain, mars 2022.

⁵⁵ CAILLIEZ Philippine, 2018, « Éducation à la sexualité. Évaluation des pratiques professionnelles. Étude qualitative menée auprès des professionnels intervenant au titre des centres de planification et d'éducation familiale dans les collèges publics du Finistère », École de sages-femmes de Brest.

⁵⁶ Nous insisterons, dans le chapitre suivant, sur le rôle des mémoires de fin d'études dans le système des écologies liées en santé sexuelle et reproductive. En se donnant le gage de la scientificité dans la conduite de leurs recherches. Les sages-femmes investissent cet espace discursif pour déployer auprès de différents auditoires – futures étudiantes, universitaires, médecins-, des rhétoriques de légitimation de leurs savoirs afin de s'emparer de nouvelles sphères de travail.

⁵⁷ Selon l'article 4 de l'arrêté du 12 juin 2018, le service sanitaire est destiné à initier les étudiant.e.s en santé à la prévention et à la promotion de la santé. Ce dispositif est pensé comme un instrument d'action publique déployé en vue de lutter contre les inégalités sociales de santé en visant des publics « fragiles ». Défini à l'article D. 4071-2 du code de la santé publique, il est d'une durée totale de six semaines à temps plein, sans nécessité de continuité entre celles-ci ; la moitié est consacrée à la réalisation de l'action concrète. Ce service comprend la durée de la formation théorique des étudiants à la prévention, celle du travail personnel de l'étudiant, celle de la préparation de l'action de prévention, ainsi que celle de la réalisation de l'action et de son évaluation en fonction des spécificités de chaque cursus et des terrains où est effectuée l'action ».

⁵⁸ Durant quatre années consécutives, nous sommes intervenue dans une école de sages-femmes, dans le cadre d'un cours sur méthodologie de projet en santé publique, en partenariat avec l'IREPS de la région. Dans ce cours de 4^{ème} année, les étudiantes devaient par petit groupe imaginer un projet d'action de santé publique sur le sujet de leur choix. Pour ce faire, elles étaient invitées à établir d'abord un état de la littérature sur le sujet en question, identifier une problématique et proposer une action destinée à répondre à cette dernière. Dans la « fiche projet » qui fait l'objet de l'évaluation de ce cours, elles avaient pour consigne de formaliser les objectifs (principaux et secondaires) de l'action, de décrire la manière dont celle-ci s'opérationnaliserait (car il s'agit d'un projet fictif), d'identifier les partenaires qu'elles mobiliseraient sur le territoire pour la déployer, de présenter un budget prévisionnel et des indicateurs d'évaluation de l'action.

En pratique, comme au plan théorique, l'investissement par les sages-femmes de cet espace de l'intervention en milieu scolaire questionne la définition des frontières des juridictions respectives des groupes qui se font concurrence sur ces terrains. En revendiquant des connaissances théoriques en sciences humaines et sociales, notamment sur les questions relatives aux rapports sociaux de genre, elles soulignent davantage leur légitimité à intervenir dans les espaces professionnels où ces compétences sont valorisées, en l'occurrence dans le cadre des entretiens psycho-sociaux dans le parcours d'IVG. Ce faisant, elles se placent en concurrentes des conseillères conjugales et familiales.

Des travaux ont éclairé les difficultés de l'exercice de cette activité du conseil conjugal et familial. La faiblesse des rémunérations et la rareté des postes à temps plein placent ceux qui l'exercent dans la précarité et/ou dans l'obligation de cumuler des emplois (FLAHAUT, 2013) : iels sont d'ailleurs en grand nombre à maintenir une activité dans le domaine médico-social dont iels sont issu.e.s (infirmières, psychologues, animateurices, éducatrice.s), pour ne pas subir de déclassement professionnel. D'autres envisagent de se former à un métier proche, davantage reconnu, tel que la médiation familiale, la thérapie familiale ou la sexologie. Un nombre important de conseillères conjugales et familiales exercent à titre bénévole (IGAS, 2006 : 17). . Cela témoigne du fait que cette activité a, dans les années 1930, souvent été exercée par des femmes issues d'une bourgeoisie éclairée, pour laquelle la question économique de la rétribution du travail des femmes ne se posait pas (FLAHAUT, 2013).

Le manque de reconnaissance institutionnelle dont souffre le groupe professionnel est aussi le produit de l'histoire des luttes définitionnelles au sein du Planning Familial dans les années 1960 et 1970. Longtemps, en effet, les conseillères conjugales et familiales, attachées pour beaucoup à l'esprit des associations d'éducation populaire qui les avaient formées, ont manifesté leur refus de médicaliser une activité qui relevait, selon elles, du social et du politique. La professionnalisation de l'activité, notamment au travers du projet de création d'un institut de sexologie contre lequel elles s'étaient positionnées en 1973⁵⁹, aurait sapé les bases d'une pratique envisagée comme support d'une critique radicale des rapports sociaux de sexe. L'accueil des publics en matière de sexualité était pensé comme un ressort de l'émancipation des femmes (NAUDIER, 2007 :136).

Notre enquête de terrain a montré les rivalités qui peuvent se faire jour entre les sages-femmes, qui, fortes de leur expertise à la fois médicale et relationnelle, ont investi l'espace institutionnel des entretiens psycho-sociaux dans les parcours d'IVG, au lendemain du vote de la loi Veil. Lors du conseil d'administration de l'ANSFO du 4 novembre 2020, les sages-femmes ont cet échange, à

⁵⁹ Cette année est marquée par l'épisode de « la révolte des CCF » lors du dixième congrès du MFPF de 1973 à Paris, ainsi que par l'élection de Simone Iff, conseillère conjugale et familiale, à la présidence de la Confédération. Cette élection marque le tournant féministe du mouvement, même s'il faudra attendre encore dix ans pour que cet infléchissement politique soit inscrit dans les statuts de l'association. Cf. BARD Christine, MOSSUZ-LAVAU Janine (eds), 2007, *Le Planning familial : histoire et mémoire, 1956-2006*. Rennes, Presses universitaires de Rennes « Archives du féminisme ».

propos de la modification des contenus du site internet dédié à l'activité de l'association. Elles questionnent la nécessité de supprimer la mention de l'effectuation des entretiens d'IVG, parmi les missions possibles des sages-femmes dans les parcours abortifs. Leur débat porte sur l'empiètement que cela occasionne sur le territoire d'exercice des conseillères conjugales et familiales :

Chantal : *Le statut de conseillère n'existe pas... C'est vachement dur, en ce moment, pour elles. Elles bagarrent depuis 25 ans... Elles craignent de disparaître ! C'est pour ça qu'elles nous en veulent !!!*

Elodie : *Ben, ok, on marchait sur leurs plates-bandes il y a quelques années, mais normalement, plus maintenant, puisqu'on se positionne sur le médical, là, on se positionne pas sur le psycho-social...*

Juliette : *- Ouais, faut toujours trouver un coupable... (rires)*

Domitille : *Mais sur notre site, c'est encore noté que les sages-femmes peuvent faire l'entretien pré-IVG. Et ça les fâche énormément, ça, les conseillères conjugales...*

Elodie : *C'est vrai que pendant longtemps, on le sait, les sages-femmes qui bossaient dans les centres d'IVG, elles étaient pas sur un positionnement médical et elles faisaient les entretiens psycho-sociaux... Y a quand même une discussion qui a moins lieu d'être maintenant... Faut avoir ça en tête. On est dans cette confusion, parce que pendant des années, y a pas eu beaucoup de sages-femmes dans les centres d'IVG. Mais les rares sages-femmes qui y bossaient, elles faisaient des entretiens psycho-sociaux, donc elles avaient la casquette de conseillère conjugale!*

Domitille : *Parce que quand on regarde le texte de loi, c'est bien écrit que c'est quelqu'un qui a une qualification en conseil conjugal et familial qui doit faire les entretiens, et la sage-femme n'a pas cette qualification. Sauf si elle l'a en plus ! Et de mon point de vue, dans un centre d'IVG, la sage-femme, que ça soit clair : soit la sage-femme, elle a ce fonctionnement d'entretiens psycho-sociaux, et elle doit pas se lancer à faire l'échographie de datation, à prescrire la mifégyne et le misopristol, et dans ce cas-là, elle fait une formation de conseillère conjugale et elle devient.. Enfin voilà, moi, je trouve que c'est difficile d'avoir les deux casquettes... Les deux postures et les deux attentes sont différentes, quand même.... Dire lundi, je fais les consultations médicales, et puis mardi je ferai les entretiens psycho-sociaux... Non ! Dans une consultation médicale, la personne qui est en face de nous, elle attend pas la même chose que si elle est dans un entretien avec une CCF ! »*

Conseil d'administration de l'ANSFO, 4 novembre 2020. Extrait de notre journal de terrain.

Un rapport de l'IGAS publié en juin 2011 analysait les ressorts de cette confusion qu'évoque Elodie. Il ressortait que les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale pâtissaient d'une dispersion des compétences et des responsabilités institutionnelles (entre l'Etat et les collectivités régionales et départementales en charge du déploiement des politiques en matière sanitaire et sociale) ainsi que d'un faible niveau de pilotage. Le rapport montrait également que l'offre se déployait de manière très inégale sur le territoire, à la fois au plan géographique – puisque certains départements – ruraux- ne comptaient aucun CPEF, et au plan opérationnel, puisqu'en fonction de

l'implantation des sites (dans un service hospitalier, en PMI ou en ville), les professionnel.le.s n'y proposaient pas strictement les mêmes types de services. Le plus souvent, le dispositif était souvent fortement « sanitaire »⁶⁰, comptant une part importante de personnels du champ médical et paramédical. L'activité des CPEF apparaissait en outre orientée majoritairement vers la clinique (à 62%), pour les consultations de contraception et d'IVG.

Dans ce type de CPEF, (très fréquemment implantés dans un établissement hospitalier), il était habituel que les sages-femmes soient mobilisées, notamment, pour les interventions en milieu scolaire, de manière à exercer une fonction d'appel des collégien.ne.s et lycéen.ne.s :

« J'ai mis en place ça sur mon secteur, les interventions scolaires pour remplir les consultations du centre de planification. Informer les jeunes, c'est une mission complémentaire au suivi des grossesses, à la préparation à la naissance. Les jeunes, je me rendais bien compte qu'ils n'étaient pas informé.e.s et que nous on avait des grossesses non désirées chez des jeunes. Donc voilà si on veut éviter ça il faut à tout prix se lancer sur les collèges et lycées de secteur ».

Jacqueline, sage-femme territoriale, 57 ans⁶¹.

CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous avons pris soin de montrer les difficultés éprouvées par les différent.e.s professionnel.le.s du champ de la naissance pour établir, dans le contexte des évolutions sociétales actuelles, une définition stable de ce qui relève du « physiologique » et du « pathologique » dans les situations qu'ils ont à traiter. Ces difficultés rejaillissent sur les pratiques dans la division du travail. La qualification des événements de la santé reproductive, historiquement construite, et donc évolutive, revêt ainsi une importance capitale : elle rejaillit sur la définition des juridictions respectives des groupes professionnels, des finalités de leur activité comme du rôle respectif que leurs membres jouent dans les coopérations interprofessionnelles, lorsque leurs légitimités sont concurrentes. De fait, les conflits de légitimité divergent en fonction des définitions qui sont données

⁶⁰ La mission de l'IGAS avait compté, pour le rapport publié en 2011, 1827 ETP de médecins, 758 ETP de sages-femmes, et 1028 ETP d'infirmières, contre 267 ETP de conseillères conjugales et familiales.

⁶¹ Nous empruntons, avec son accord, cet extrait d'entretien au matériel récolté par une étudiante sage-femme dont nous avons encadré la recherche pour la réalisation de son mémoire de fin d'études sur les enjeux de l'éducation à la sexualité. (STEGEN, 2021). Dans son mémoire, Constance Stegen montre que, si l'offre d'éducation à la vie affective et sexuelle est assurée par du personnel infirmier, des conseillères conjugales et familiales, des sages-femmes, des enseignant.e.s (en SVT, en histoire, etc.), des médecins, tous.tes n'ont pas la même formation au module d'éducation à la vie qui constitue le premier socle de la formation des conseillères conjugales. Ainsi, une sage-femme territoriale revendique la complémentarité des approches au sein du CPEF où elle exerce : « En 4^{ème} c'est plus vie affective et sexuelle, c'est la relation amoureuse, voilà donc je trouve que c'est moins notre domaine de sage-femme, la relation des ados, toutes ces choses-là, la découverte amoureuse. Tout ça, c'est plus du domaine de la conseillère, moi je me sens moins à l'aise de parler de ça, je me sens pas assez compétente, et puis en 3^{ème} la demande c'est plutôt sur les infections sexuellement transmissibles où là c'est tout à fait dans nos cordes de sage-femme ». Ainsi, dans son CPEF, l'équipe a résolu la confusion en répartissant les heures d'intervention selon un programme pré-établi, où les champs de compétence sont respectés.

du périmètre de compétence des actrices. De même, les opérations pour tenter de les résoudre diffèrent selon que les professionnels définissent le sujet de soins de telle ou telle façon.

Il nous a semblé nécessaire de poser le contexte de ces évolutions, comme de leurs incidences sur les luttes définitionnelles que les sages-femmes mènent auprès de différents auditoires pour défendre le territoire de leur juridiction. Nous allons maintenant nous centrer plus précisément sur la manière dont les sages-femmes se saisissent de la pratique de l'IVG, cet objet du travail médical dont on a vu dans les parties précédentes de ce manuscrit combien la qualification médicale était objet de débats.

5^{ème} PARTIE : L'IVG COMME NOUVEL OBJET DU TRAVAIL MÉDICAL POUR LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

Ces dynamiques professionnelles s'inscrivent dans le projet politique de partage des compétences et de libération de temps médical, au service de la résorption des déserts médicaux et d'amélioration de l'accès à l'IVG en France (MAUREY, 2020). Cet objectif est ainsi synthétisé par Elodie, sage-femme hospitalière :

« Plus on forme de professionnel.le.s à cette activité, plus on améliore l'accès à l'IVG, donc diminution des délais de prise en charge, parce qu'on est plus nombreux à réaliser ce geste, et aussi voilà d'améliorer l'offre, ça permet de donner un réel choix de méthodes d'IVG pour les femmes ».

Nous allons maintenant nous intéresser à la manière dont cette dynamique se traduit en pratique au sein du groupe professionnel. Nous avons vu, au travers de l'analyse de la culture du problème public de l'IVG, combien la progressive « démedicalisation » de l'orthogénie demeurait cependant controversée dans le champ politique et médical. Tenue hors de la juridiction du groupe professionnel depuis son institutionnalisation et pendant près de trois siècles, la pratique de l'IVG n'a guère été investie par les sages-femmes au lendemain de la loi Veil. Ces dernières pouvaient néanmoins participer à quelques-unes du faisceau de tâches dans la division du travail abortif au sein des établissements de santé, pour ce qui relevait de leur champ de compétence (l'accueil et l'accompagnement des femmes, voire la conduite des entretiens), parfois sous délégation médicale, puis de manière autonome pour les consultations de contraception à partir du premier élargissement de leur champ de compétence établi en 2009. Puis la prescription de l'IVG médicamenteuse est devenue légale avec un nouvel élargissement de leur champ de compétence obtenu en 2016. Ces développements successifs bouleversent l'économie des collaborations autour de la pratique de l'orthogénie, dans un système marqué à la fois par la concurrence et par un brouillage des frontières des territoires d'exercice des différents groupes professionnels impliqués (ABBOTT, 1988). Nous avons vu en effet que les rôles des différent.e.s professionnel.le.s mobilisé.e.s dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive sont loin d'être univoques. Les prérogatives des un.e.s et des autres ne sont jamais totalement exclusives : certain.e.s gynécologues poursuivent une logique d'hyper spécialisation

dans le but de tracer les lignes délimitant leur territoire en propre, d'autres empiètent sur le territoire de la physiologie, ce qui a des répercussions sur les professions voisines.

L'orthogénie devient donc progressivement, pour le groupe professionnel, l'objet d'un nouveau savoir abstrait, donc professionnalisable. Elle entre en tant que nouvel enjeu dans les luttes définitionnelles de leur territoire d'exercice, face aux auditoires que représentent les groupes professionnels concurrents, l'État et la patientèle. Mais comment les sages-femmes se saisissent-elles réellement de cet enjeu ?

Les enquêtes nationales périnatales (2010, 2016, 2021) montrent que tendanciellement, les nouvelles compétences sont surtout mises en œuvre par les plus jeunes des sages-femmes. Certaines font l'unanimité, comme le fait de pouvoir mener l'entretien prénatal précoce, qui correspond bien à ce que les sages-femmes définissent comme relevant de leur « cœur de métier ». D'autres font l'objet de débats, voire de controverse (ONDPS, 2021 : 15). Les premières analyses menées à l'échelle nationale laissent entendre que la compétence en orthogénie représente une opportunité pour le segment libéral de la profession : au mois de janvier 2020, soit environ 4 années après l'autorisation de pratique, 3,5% des sages-femmes libérales étaient ainsi conventionnées avec un établissement de santé dans le but de réaliser des avortements médicamenteux. En 2018, elles avaient déjà réalisé 10% des IVG hors établissement de santé¹. Mais ces chiffres appellent des analyses plus poussées, car sur le terrain, les réalités sont contrastées. Leur niveau d'implication dans le « faisceau de tâches » qu'implique l'activité d'IVG demeure toujours très variable.

Dans cette partie, nous tâcherons en premier lieu de donner des éléments quantitatifs pour objectiver davantage la participation du groupe professionnel à la division du travail abortif depuis 2016, à partir du traitement des données dont nous avons pu disposer dans le cadre de notre contrat CIFRE avec l'ORS Bourgogne Franche Comté (chapitre 1). Ensuite, nous tâcherons de montrer que cet engagement de la profession dans l'activité d'orthogénie revêt des sens différents pour les professionnel.le.s de santé en général, et pour les sages-femmes a fortiori, selon la configuration de leur contexte d'exercice (soit selon le lieu d'implantation du cabinet libéral, selon que les praticiennes exercent en solo ou dans un collectif de travail pour les sages-femmes libérales, selon l'organisation des soins à l'échelle territoriale et à l'échelle des services dans les établissements hospitaliers pour les sages-femmes salariées des fonctions publique hospitalière et territoriale). Nous poursuivrons cet effort d'appréhension des sens

¹ CNOSE, « 45 ans après la loi Veil, les sages-femmes peuvent améliorer l'accès à l'IVG ».

donnés à ce nouvel objet du travail médical pour les sages-femmes, en nous intéressant aux modalités de la construction du sens de ce mandat nouvellement attribué au cours des différentes étapes de leurs socialisations professionnelles.

CHAPITRE I. La participation effective des sages-femmes à l'activité d'orthogénie. Éléments quantitatifs

Pour cette recherche, nous avons bénéficié d'un contrat CIFRE (2017-2020) au sein de l'Observatoire régional de santé BFC. Pour financer notre salaire, l'ORS BFC a obtenu des subsides dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'Agence Régionale de Santé BFC. En charge du déploiement de la politique publique en matière d'IVG, celle-ci nous a donc mandatée pour connaître, sur un plan quantitatif et qualitatif, la part effectivement prise par les sages-femmes dans l'activité d'orthogénie sur le territoire régional¹. Les données quantitatives qui seront présentées dans cette cinquième partie correspondent donc à la commande institutionnelle qui nous a été passée². Nous avons en effet eu accès aux données de santé ainsi qu'aux outils de traitement statistique dont dispose l'ORS BFC, en tant que structure rattachée à la Fédération nationale des ORS qui, dans le cadre de la convention pluriannuelle d'objectifs signée avec le Ministère de la santé, facilite l'accès aux principales bases de santé pour les études menées dans le cadre de leurs missions. Pour dénombrer les IVG, c'est donc le Système national des données de santé (SNDS) qui a été utilisé. Puis, pour analyser le suivi des parcours des IVG réalisées en ville ou à l'hôpital sur le territoire régional, deux bases de données ont été exploitées : le Datamart de consommation Inter-Régimes (DCIR), qui contient l'ensemble des soins de ville remboursés pour les bénéficiaires de l'Assurance Maladie³, et le Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) qui recense l'activité des hôpitaux publics et privés⁴.

¹ Voir la première partie de ce manuscrit, consacrée à l'itération de la démarche de recherche.

² Nous avons bénéficié, à ce titre, de l'aide réellement précieuse de la chargée d'études quantitatives, Caroline Bonnet, salariée de l'ORS. C'est elle qui a gracieusement procédé à l'extraction des données du SNDS, et qui en a effectué le traitement. Mais, puisque l'exploitation de cette base de données est permise dans le cadre réglementaire des études commandées aux ORS, nous n'avons pu étendre le périmètre de l'enquête quantitative à l'ensemble du territoire national.

³ Cette base de données permet de réaliser des études sur la consommation de soins des bénéficiaires, ainsi que sur les pratiques des professionnels de santé.

⁴ Cette base de données a pour vocation de servir à évaluer et rémunérer l'activité des établissements, et répartir les ressources en fonction des besoins quantifiés. Elle sert aussi à réaliser des études de santé publique et épidémiologiques.

A. DISTRIBUTION DE L'OFFRE DE SOINS EN MATIERE DE PERINATALITE ET DE GYNECOLOGIE EN BFC

Dans un premier temps, nous avons pris soin de connaître l'offre de soins dans le champ de la périnatalité, telle qu'elle se décline sur le territoire, tant dans le secteur public que privé, en établissements hospitaliers et centres périnataux de proximité. Ce premier point de contexte est nécessaire pour comprendre comment la division du travail abortif entre groupes professionnels concurrents infléchit la manière dont leurs membres font sens de cet objet du travail médical toujours controversé.

En 2017, lorsque nous avons commencé notre recherche, la région comptait, d'après l'INSEE, 565 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, soit 6% de moins qu'en 2010. Cette baisse de la démographie a donc une incidence sur le nombre des naissances (INSEE, 2019) L'offre sanitaire dans la région a donc évolué en fonction des politiques publiques menées et de la prise en compte des besoins par les autorités sanitaires. Cette dernière tend à être repensée en « offre territoriale coordonnée », notamment au travers du lien ville-hôpital⁵, avec, notamment, le renforcement des collaborations avec les professionnel.le.s libéraux.ale.s (KNIBIEHLER, 2016) et les services de la PMI (SAÏAS, CLAVEL, BODARD, 2018 ; MOLENAT, MORARD-DUBEY, ROEGIERS, 2019).

Si l'offre de soins des zones urbaines peut être considérée comme satisfaisante, de nombreuses zones rurales de la Bourgogne sont confrontées à un désert médical. La densité régionale des gynécologues-obstétricien.ne.s, pédiatres et anesthésistes réanimateurices est systématiquement nettement inférieure à la densité nationale avec une situation inégale selon les départements, en particulier dans l'Yonne pour les gynécologues et les anesthésistes et dans la Nièvre pour les anesthésistes et pédiatres. Alors que la Bourgogne représente 2,5 % de la population française, le personnel médical (libéraux.ales et salarié.e.s) de la région ne représentait au 1er janvier 2013 que 2,3 % des médecins généralistes, 2,1 % des spécialistes, 2,2 % des spécialistes libéraux.ales en gynécologie-obstétrique, 2,3 % des anesthésistes-

⁵ Lancé le 13 octobre 2017 par le Premier Ministre, Edouard Philippe, et la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, le plan pour renforcer l'accès territorial aux soins vise à doter chaque territoire d'un projet de santé adapté pour permettre l'accès de tous les Français à des soins de qualité. Le plan fonde sa dynamique sur une démarche partant des territoires, et associant l'ensemble des acteurs du parcours de soins : professionnel.le.s de santé, collectivités territoriales, élu.e.s locaux.ales et usager.e.s. Le plan accès aux soins repose sur quatre priorités à partir desquelles les territoires mettront en place des actions, en fonction de leurs besoins spécifiques : accroissement du temps médical et soignant ; mise en œuvre des outils de télémédecine, organisation des professionnel.le.s de santé pour assurer des soins coordonnés, notamment en réponse aux demandes de soins non programmés ; déploiement d'innovations sur le territoire à partir des initiatives locales. In Ministère des solidarités et de la santé, « Renforcer l'accès territorial aux soins. Fiche région Bourgogne Franche-Comté »

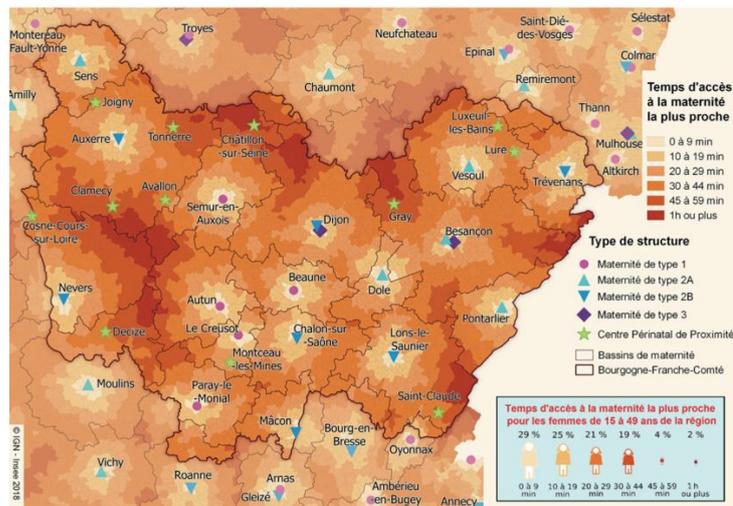
réanimateurices et surtout 1,4 % des pédiatres. La situation de la démographie médicale, estimée défavorable en Bourgogne, risque de se dégrader, ce qui pourrait entraîner de nouvelles fermetures de maternités alors même que la distance entre établissements rend nécessaire le maintien de certaines, du fait qu'il n'y ait pas d'alternative dans un rayon acceptable.

D'après le rapport de la Cour des Comptes (2014)⁶, entre 1998 et 2003, la Bourgogne était la région la plus touchée par les fermetures de maternités avec un taux de fermeture de 36 %. Entre 2000 et 2009 le nombre de maternités est passé de 20 à 15 avec la fermeture de deux maternités privées implantées en zone urbaine, (Chenôve en 2000 dans l'agglomération dijonnaise et la clinique d'Auxerre en 2001) et de trois maternités publiques desservant des zones enclavées du Morvan et du Châtillonnais (Avallon dans l'Yonne en 2002, Clamecy dans la Nièvre et Châtillon-sur-Seine dans la Côte d'Or en 2008). La réduction importante du nombre de maternités, intervenue avant 2006 à l'initiative de l'ARH, se fondait essentiellement sur l'insuffisante sécurité sanitaire des petites maternités assurant entre 300 et 400 naissances par an. Les établissements concernés se trouvaient de surcroît tous dans des situations financières extrêmement déficitaires. Toutes les fermetures de maternités ont donné lieu à la mise en place de centres périnataux de proximité (CPP)⁷, par exemple à Joigny en 2000, puis à Clamecy, Châtillon-sur-Seine, Montceau-les-Mines et Decize entre 2008 et 2010, et à Cosne-Cours-sur-Loire et Saint-Claude en 2018. La clinique de Montbéliard a fermé en 2015 pour raisons économiques, et les sites de l'hôpital Nord Franche-Comté de Belfort et de Montbéliard ont été regroupés à Trévenans en 2017. La région compte donc aujourd'hui 19 maternités (ayant pris en charge 27000 accouchements en 2017) et 12 CPP. Ces établissements emploient 909 équivalents temps plein (ETP) en 2018. La moitié de ce personnel correspond à des postes de sages-femmes ; 25% de ces ETP sont ensuite occupés par du personnel infirmier, et 1/5 correspond à des médecins, (hors internes), qui peuvent être gynécologues-obstétricien.ne.s, pédiatres, ou encore des anesthésistes réanimateurices (INSEE, 2019).

⁶ Cour des Comptes, Chambres régionales et territoriales des comptes, 2014, *LES MATERNITÉS CAHIER 2 : ANALYSES RÉGIONALES Auvergne, Bourgogne, Guyane, Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Poitou-Charentes, Provence-Alpes Côte d'Azur*, pp. 17-26.

⁷ Cette évolution d'une maternité en CPP est due au fait que le nombre d'accouchements était considéré comme trop faible selon les autorités sanitaires (autrement dit, il était inférieur au seuil réglementaire de 300 par an), ce qui est jugé insuffisant pour garantir la sécurité des soins aux patientes.

Cette offre est répartie sur le territoire comme suit :



Sources : ARS, Distantier Metric et Recensement de la population 2015, traitement INSEE

Il fallait ensuite tenir compte de l'offre en cabinet libéral ou mixte. Puisqu'ils peuvent procéder au suivi des grossesses et contribuer pour partie au suivi gynécologique des femmes, les médecins généralistes sont pris en compte dans cette offre⁸. Le tableau suivant présente l'évolution des effectifs de ces professionnel.le.s en BFC sur 5 ans.

⁸ L'enquête périnatale de 2016 indique que dans près de la moitié des cas (52,1 %) la déclaration de grossesse a été effectuée par un gynécologue-obstétricien en ville, et pour 18,5 % des femmes par un généraliste. La part des déclarations de grossesse effectuées par une sage-femme a augmenté entre 2010 et 2016, de 1,1 % à 5,8 % pour les sages-femmes libérales et de 3,4 % à 7,4 % pour les sages-femmes en maternité. Une gynécologue-obstétricienne en ville était consultée au moins une fois par 57,0 % des femmes et une sage-femme à la maternité par 40,7 % des femmes. La place prise par les médecins généralistes dans le suivi prénatal a diminué depuis 2010, 19,3 % des femmes ayant consulté un généraliste en 2016 contre 23,8 % en 2010, et la part des consultations auprès d'une sage-femme libérale a augmenté, passant de 16,0 % en 2010 à 25,2 % en 2016. (*Enquête nationale périnatale, Rapport 2016 Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010*, pp. 43-44.) Tous les professionnels de médecine générale ne proposent pas cette offre de soins. Celle-ci est variable en fonction de leur trajectoire de formation initiale et continue. Les résultats du troisième panel national médecins généralistes libéraux, conduits en 2014-2015, indiquent par exemple que 42 % des praticiens interrogés déclarent avoir effectué un stage de gynécologie-obstétrique au cours de leur deuxième cycle uniquement, 19 % au cours de leur troisième cycle uniquement (résidanat ou internat en fonction de la période de formation) et 12 % au cours des deuxième et troisième cycles. Ces proportions varient fortement en fonction de l'âge des médecins, lequel reflète la période au cours de laquelle ils ont réalisé leur formation initiale et la place faite à la gynécologie et à l'obstétrique dans le programme suivi. Ainsi, parmi les médecins âgés de moins de 40 ans, 56 % ont effectué un semestre de résidanat ou d'internat dans le secteur de la gynécologie-obstétrique et seuls 9 % n'ont suivi aucun stage universitaire dans ce domaine. Ces proportions s'établissent respectivement à 26 % et 30 % parmi les praticiens âgés de 60 ans ou plus. (ONDPS, 2021 : 91)

Tableau 6. Évolution du nombre de praticien.ne.s de médecine de ville en Bourgogne Franche-Comté (2017-2022)

	Gynécologues (médicaux.ales ⁹ et obstétricien.ne.s)	Médecins généralistes	Sages-femmes	Ensemble
2017	158	2 694	224	3 076
2018	161	2 670	234	3 065
2019	161	2 670	248	3 079
2020		2 599	264	
2021		2 522	264	
2022		2 507	274	

Source : ASIP-Santé RPPS, (en exercice libéral ou mixte), traitement DREES¹⁰

Ce tableau illustre les évolutions tendanciennes relevées en France : les effectifs des gynécologues-obstétricien.ne.s¹¹ en activité, tous modes d'exercice confondus, ont très récemment augmenté (bien que très faiblement). Après la décroissance des effectifs observée dans la première décennie du XXI^{ème} siècle, un rattrapage a été observé : ils étaient 3945 en 1990, 4657 en 1997, puis 4 253 en 2013 mais 5 030 en 2018¹², d'après le traitement des données du RRPS de la DREES (ONDPS, 2021 : 96). Des travaux ont montré que la densité¹³ des professionnels.le.s spécialistes de gynécologie-obstétrique et médicale en exercice libéral ou mixte est, en région, partout inférieure aux moyennes nationales, sauf en Côte d'Or et sur le territoire de Belfort.

⁹ La région BFC est l'une de celles qui comptent le moins de médecins spécialisé.e.s en gynécologie médicale. Cf. <https://fr.statista.com/statistiques/520339/nombre-medecins-gynecologie-medicale-region-france/>

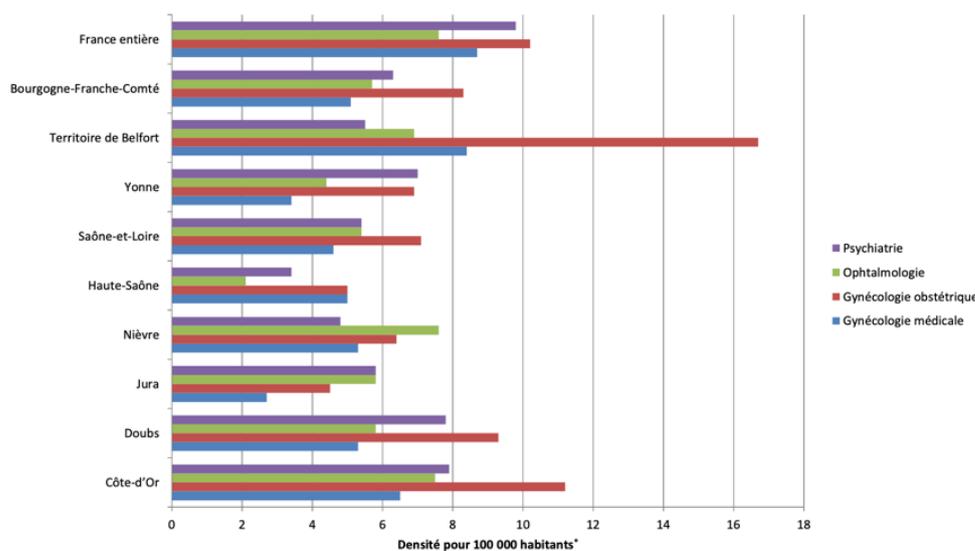
¹⁰ Cf. drees.shinyapps.io/demographie-ps/

¹¹ Jusqu'à la réforme de l'internat de 1984, le certificat d'études spécialisées (CES) en gynécologie-obstétrique co-existait avec le CES en gynécologie médicale. Le CES de gynécologie-obstétrique a été créé en 1955 dans la continuité du titre d'accoucheur instauré en 1881 et le CES de gynécologie médicale date de 1963. « La France est l'un des rares pays à avoir développé dans l'après-guerre une spécialité médicale de gynécologie, séparée de la chirurgie et de l'obstétrique » (HARDY, 2015 : 18). Sous réserve d'effectuer une année de formation supplémentaire dans un service hospitalier agréé, il était possible de passer du CES en gynécologie-obstétrique au CES en gynécologie médicale et inversement. La réforme de 1984 a instauré l'internat obligatoire pour les futurs médecins spécialistes et a remplacé le CES – qui n'était alors qu'une certification – par le diplôme d'études spécialisées (DES) (ONDPS, 2021 : 86). La réforme de 1984 a aussi conduit à la suppression de l'ancien CES en gynécologie médicale et à l'intégration de cette spécialité dans le nouveau DES de gynécologie-obstétrique et gynécologie médicale. Cette disparition s'expliquerait par la nécessité d'harmoniser les diplômes français pour permettre la mobilité des médecins en Europe, mais aussi par la volonté de réduire les dépenses de santé en supprimant « les spécialités qui ne paraissent pas indispensables aux pouvoirs publics » (ROUMEAS, 2006 : 214). La discipline de gynécologie médicale est rétablie en 2003 via le décret n° 2003-85 du 30 janvier 2003 venu scinder le DES de gynécologie-obstétrique et de gynécologie médicale en deux DES, « gynécologie-obstétrique » et « gynécologie médicale » . (Voir ONDPS, 2021, pour le détail des formations depuis 2017 ; p.87 et suivantes)

¹² En 2018, ceux qui exercent exclusivement en libéral sont 36,4 %, contre 38,2 % de salarié.e.s. La pratique mixte rassemble 23,3 % des effectifs et les salarié.e.s dans d'autres cadres de travail ne sont que 2,1 %. (ONDPS, 2021 : 96)

¹³ La densité médicale désigne le nombre de professionnels de santé par rapport à la population d'un territoire donné (nombre de professionnels.le.s. pour 100 000 habitants). Elle permet d'appréhender l'offre de soins en déterminant si elle est excédentaire ou déficitaire par rapport à la population concernée. C'est une variable essentielle pour analyser l'état du système de santé.

Densité de professionnels libéraux ou mixtes, selon la zone d'exercice et la spécialité

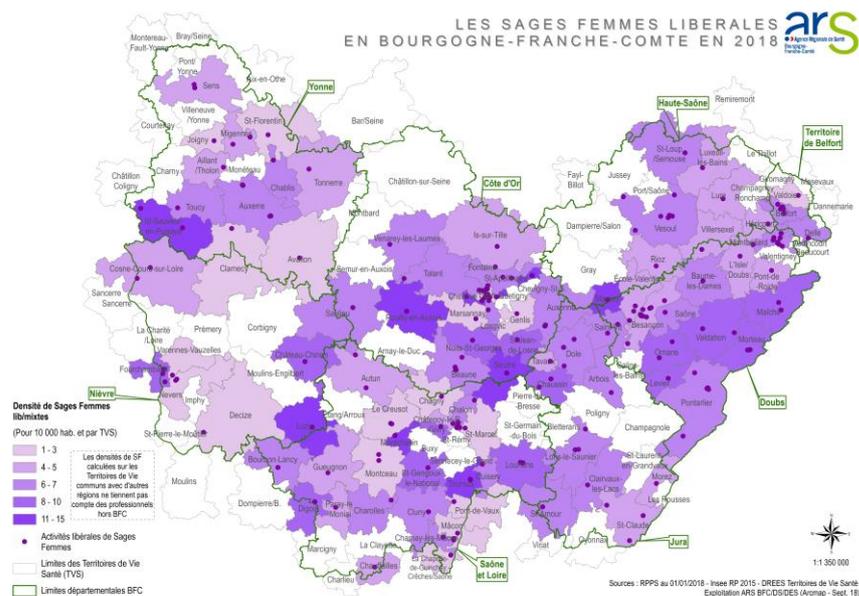


La baisse du nombre de médecins généralistes est sensible dans la région, bien que de très importantes disparités soient observées selon les départements¹⁴. Dans la partie qui précède, nous avons souligné l'augmentation de l'exercice libéral au sein du groupe professionnel des sages-femmes en Bourgogne Franche-Comté partout sur le territoire national. Leur proportion augmente, relativement à l'effectif total des sages-femmes (hospitalières, territoriales et libérales) : sur 954 sages-femmes en exercice au 1^{er} janvier 2022, l'on compte 274 sages-femmes en exercice libéral et/ou mixte. Cet effectif représente 28,7% de l'ensemble du nombre de professionnelles en région : la proportion s'élevait à 22,75% en 2017¹⁵.

Mais leur répartition est inégale sur le territoire de la région, ainsi que le montre cette carte de la densité des sages-femmes libérales sur le territoire régional en 2018.

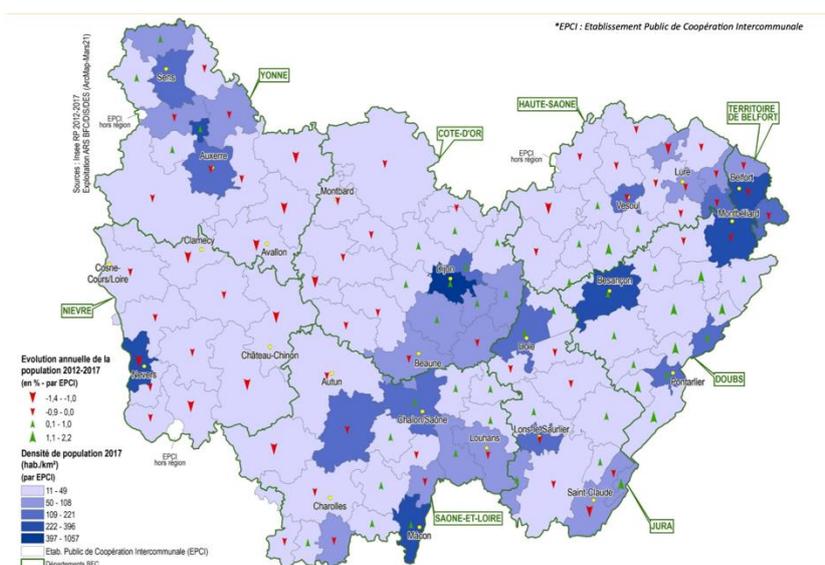
¹⁴ Pour plus de détails, l'on pourra consulter BOUET Patrick, GERARD-VARET Jean-François (dir), *L'Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2020*, Conseil National de l'Ordre des Médecins. Ce document rend compte très en finesse des disparités importantes qui existent sur le territoire : la baisse s'avère plus modérée qu'elle n'a pu être, mais les situations sont extrêmement variables d'un département à l'autre. Depuis 2010, les déséquilibres territoriaux tendent à s'aggraver, quel que soit le groupe de spécialités, et quel que soit le statut (libéral ou salarié) (cartes n°36 à 40, pp.104-109). Et cette tendance est due aux pertes qui s'accroissent dans les départements qui étaient déjà en situation inférieure. En Bourgogne, les variations du nombre d'inscrit.e.s à l'Ordre en dix ans sont par exemple très variables : + 18% dans le Territoire de Belfort entre 2010 et 2020, + 6% en Côte d'Or et + 3% dans le Doubs, mais l'Yonne accuse une perte de 21% sur la même période (pp. 34-35). L'Atlas rend notamment compte d'une importante féminisation de la profession, qui contribue au rajeunissement de la pyramide des âges, elle-même variable d'un département à l'autre. Parmi les jeunes médecins généralistes (moins de 40 ans), les femmes représentent 65%, contre 62% chez les spécialistes médicaux et 48% chez les spécialistes chirurgicaux.

¹⁵ Pour connaître plus précisément l'évolution des effectifs de sages-femmes par département et par secteur d'exercice (public ou privé), l'on pourra se référer aux parutions des Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social (STATISS) des années 2018 à 2022 sur le site de l'ARS BFC, disponible sur <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/statiss-1>



La carte indique que certaines zones, le plus souvent rurales (en particulier le Nord de la Nièvre, le Chatillonnais et le Nord-Ouest de la Côte d'Or, l'Ouest et une partie du Nord-Est de la Haute- Saône, une bonne partie du Jura, les zones à l'Est et à l'Ouest de Chalon-sur-Saône en Saône-et-Loire ainsi que le Sud-Est du département) n'avaient pas, ou très peu, de sages-femmes libérales ou travaillant en exercice mixte installées sur leur territoire en 2018 (densité inférieure à 3 sages-femmes pour 10 000 habitant.es). Or, lorsque l'on analyse cette dispersion au regard de la densité de population des femmes d'âge fécond, il apparaît que celle-ci ne semble pas en constituer le facteur explicatif : certaines zones, qui montrent la densité de population la plus forte, n'ont pas forcément une part plus importante de sages-femmes libérales ou mixtes, ou inversement. Nous avons déjà évoqué le découplage qui se produit entre la très forte augmentation de l'effectif des sages-femmes en activité par rapport à l'évolution beaucoup plus lente du nombre de femmes d'âge fécond, ce qui a pour incidence une baisse du nombre des naissances par sage-femme (ONDPS, 2016 :39).

Densité et évolution de la population par EPCI en Bourgogne Franche-Comté en 2017



Source : STATISS -SCORE SANTE 2020

Le tableau ci-dessous précise la répartition territoriale des sages-femmes libérales en 2022, et la proportion que cet effectif représente par rapport au total des effectifs des professionnelles, rapportés au nombre de naissances et au taux de fécondité dans chaque département de la région.

Tableau 7. Proportion des sages-femmes libérales en Bourgogne Franche-Comté sur l'ensemble des effectifs en 2022

	Effectifs des SF libérales ou mixtes	Effectifs totaux des SF en exercice	% des SF libérales ou mixtes	Nombre de naissances domiciliées en 2019	Taux de fécondité en 2020 ¹⁶ ‰
Côte-d'Or	59	198	29,8	5 062	43,5
Saône-et-Loire	48	182	26,3	4 742	48
Yonne	24	104	23	3 172	51,5
Nièvre	11	57	19,3	1 522	45,2
Doubs	71	204	34,8	5 757	49,2
Jura	26	83	31,3	2 364	48,4
Haute Saône	20	56	35,7	2 044	46,5
Territoire de Belfort	15	70	21,4	1 451	51,8

Source : ASIP-Santé RPPS, (en exercice libéral ou mixte), INSEE, traitement DREES¹⁷

¹⁶https://www.scoresante.org/tableauficheStatiss.aspx?id=142&fra=1&zon=Bou_&dr=21000_25000_39000_58000_70000_71000_89000_90000_&c=11

¹⁷ Le tableau présente les effectifs des sages-femmes et la proportion parmi elles de sages-femmes libérales ou mixtes en 2022, au regard du nombre de naissances (2019) et du taux de fécondité (2020) pour chaque département de la région. Chaque fois, ce sont les données les plus récentes disponibles pour une même année et l'ensemble des départements qui ont été utilisées. Pour l'année 2021, nous n'avons pu trouver des estimations précoces provisoires, ce qui explique le décalage temporel des données de ce tableau.

On voit ainsi, sur ces cartes et sur ce tableau, que certaines zones concentrent les effectifs et les densités de sages-femmes : c'est notamment le cas pour la Côte-d'Or et le Doubs. La présence des grands centres hospitaliers universitaires à Dijon et Besançon l'explique pour partie. Mais leur répartition appelle des commentaires plus nuancés. L'on constate que certaines zones, qui connaissent une augmentation de leur population (avec des taux de fécondité élevée, comme le Nord de l'Yonne et plus récemment pour le territoire de Belfort) ne comptabilisent pas un nombre de sages-femmes très important ; elles sont comparativement plus nombreuses dans le Jura, où la fécondité est moins importante¹⁸. De même, les cartes et le tableau font ressortir le fait que comparativement à la Bourgogne, sur l'ensemble de la Franche-Comté, une part plus importante de l'activité des sages-femmes est exercée à titre libéral (près du tiers, sauf dans le territoire de Belfort). Une responsable du parcours maternité-périnatalité du Schéma Régional de Santé¹⁹ que nous avons rencontrée à l'ARS au début de notre enquête de terrain avait donné quelques précisions sur cet état de fait :

« L'organisation des soins est moins descendante, en Franche-Comté. Il se crée plus de réseaux informels, et les services ont davantage d'autonomie, il y a une culture différente du partage d'expériences entre professionnel.le.s. D'autres formes de réflexion se développent, des pratiques, il y a peut-être moins de rapports de force entre les professions. Mais ils ont moins de ressources, aussi ; il y a plus de médecins étrangers en Franche-Comté, et la gestion de la pénurie se fait davantage à flux tendu. Et on ne travaille pas forcément avec le territoire d'à côté ».

Entretien (non enregistré, pris en note) avec Nicole, ARS. Extrait de notre journal de terrain, avril 2017.

B. PARTICIPATION DES SAGES-FEMMES A L'ACTIVITE D'ORTHOGENIE EN BFC

Nicole nous explique, au seuil de notre entrée sur le terrain, que cette question de la gestion de la pénurie de professionnel.le.s en périnatalité est dans certains territoires si complexe que, selon ses termes, « *le champ de l'IVG est minoritaire* ». C'est avec cette remarque préalable que nous avons procédé à une analyse plus fine de la pratique de l'IVG en

¹⁸ D'après le Diagnostic régional effectué par l'ORS BFC en 2017, préalablement à l'élaboration du Projet Régional de Santé (2) pour les années 2018-2028, le Doubs (44 %), la Côte-d'Or (43,5 %) et le Territoire de Belfort (43 %) présentent les proportions de femmes en âge de procréer les plus élevées au contraire de la Nièvre (34,7 %), de la Saône-et-Loire (37,3 %) et de l'Yonne (38,5 %). Au niveau infra-départemental les proportions de femmes de 15-49 ans varient de 29 % (Bazois/Sud Morvan/Entre Loire et Morvan/Portes Sud Morvan) à 52 % (Rousses-Haut Jura) selon les EPCI. (Disponible sur <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/media/28165/download?inline>, p.16)

¹⁹ https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2018-07/PRS2_BFC_SRS-2_1ere_Partie.pdf

région, dans ce contexte. En 2020, l'Agence régionale de santé BFC fournissait sur son site la carte des professionnel.le.s et des ressources disponibles sur son territoire pour les parcours d'IVG, accompagnée de ce commentaire : « La région ne souffre pas d'un manque de ressources pour accéder à l'IVG »²⁰. Nous reproduisons ici cette carte :



L'ARS BFC a ainsi répertorié, sur son territoire, 20 centres d'orthogénie où sont pratiquées les IVG chirurgicales, 26 centres d'orthogénie où sont pratiquées les IVG médicamenteuses, et 36 CPEF où, théoriquement, l'IVG peut être pratiquée par voie médicamenteuse également – bien qu'en réalité, le déploiement de ce type d'offre soit très peu effectif à l'échelle nationale comme sur le territoire de notre enquête de terrain²¹. Nous avons été mandatée par la responsable de la commission IVG du réseau périnatalité de Bourgogne pour effectuer une pyramide des âges des professionnel.le.s, qui prennent en charge des IVG (cf infra). Pour ce faire, l'ARS BFC nous a confié l'annuaire de ceux-ci, ce qui nous a permis de décompter l'ensemble des professionnel.le.s (salarié.e.s et exerçant en cabinet libéral) pour la Bourgogne uniquement, la liste pour la Franche-Comté ayant été impossible à obtenir²².

²⁰ <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/interruption-volontaire-de-grossesse-en-bourgogne-franche-comte>

²¹ Cf. deuxième partie du manuscrit consacrée à la culture du problème public de l'IVG.

²² Il nous a été impossible d'obtenir un annuaire de ce type pour la Franche-Comté. Ainsi que nous l'évoquons dans la partie méthodologie de ce manuscrit, notre demande a provoqué une réaction très défensive de la part de notre personne ressource à l'ARS, Nicole. Elle nous a expliqué que, puisque cette demande émanait de la responsable du réseau périnatalité de Bourgogne, elle pouvait nous transmettre ces données, mais qu'elle n'avait pas la latitude de nous transmettre celles de la Franche-Comté. Le motif évoqué pour expliquer ce refus était que le réseau périnatalité franc-comtois n'avait pas émis cette demande, et partant, que la transmission de cet annuaire pouvait nuire à la demande d'anonymat des médecins et des sages-femmes. Nous avons interprété ce refus comme l'expression des arrangements qui peuvent se faire jour dans l'organisation des soins en matière

L'annuaire en question donnait les adresses et les numéros des secrétariats des sites (cabinets des professionnel.les ou des établissements). Il nous a fallu les joindre au téléphone, pour connaître la composition des équipes au sein des services assurant une offre d'orthogénie. Nous avons ainsi recueilli les informations suivantes : 91 personnes interviennent en Bourgogne dans l'organisation de l'offre d'IVG, comme salarié.e.s ou en libéral, parmi lesquel.le.s nous avons décompté 20 gynécologues-obstétricien.ne.s et/ou médical.e.s (soit 22% de l'effectif), 32 médecins généralistes (35%) et 39 sages-femmes (43%). Ensuite, la carte permet d'établir le décompte des professionnel.le.s répertorié.e.s par l'ARS BFC comme étant en capacité de proposer une offre d'IVG médicamenteuse dans leur cabinet libéral.

Tableau 8. Nombre de professionnel.le.s libéraux.ales ayant, en 2020, signé une convention avec un établissement de santé pour effectuer des IVG médicamenteuses dans leur cabinet de ville

	Médecins généralistes	Sages-femmes	Gynécologues-obstétriciens
Doubs	11	5	2
Jura	-	4	1
Territoire de Belfort	-	2	1
Haute-Saône	1	1	-
Total Franche-Comté	12	12	4
Côte d'Or	5	5	1
Saône-et-Loire	-	3	-
Nièvre	9	1	-
Yonne	-	-	-
Total Bourgogne	14	9	1
Total Bourgogne-Franche-Comté	26	21	5

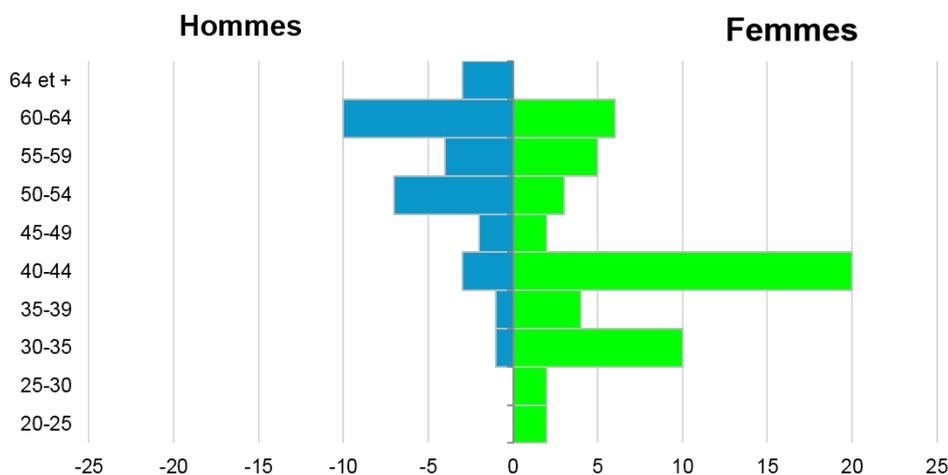
Source : ARS BFC, 2020.

D'après ce tableau, de manière générale sur le territoire, l'on constate que les effectifs sont encore très faibles : l'on décomptait, en 2020, 52 professionnel.le.s de santé exerçant en libéral en BFC, parmi lesquel.les les sages-femmes représentent 40% des effectifs, et les médecins généralistes, la moitié. Elles sont aussi plus nombreuses en Franche-Comté à proposer la méthode médicamenteuse en libéral. L'offre d'orthogénie est assurée en très grande majorité par les établissements hospitaliers, voire exclusivement dans certains départements (ainsi de l'Yonne et la Saône-et-Loire, en Bourgogne).

d'orthogénie, et de fait, de l'autonomie plus grande revendiquée vis-à-vis de l'ARS des professionnel.le.s de Franche-Comté. Ce faisant, ayant eu interdiction formelle de contacter les établissements de Franche-Comté, je n'ai pu procéder au même décompte que celui effectué en Bourgogne.

A partir des données déclaratives récoltées lors de ce travail d'enquête, nous avons établi la pyramide des âges suivante pour les professionnel.le.s de santé décompté.e.s comme assurant la prise en charge de diverses tâches (hors secrétariat) dans l'activité d'IVG en Bourgogne :

Pyramides des âges des professionnel.le.s assurant la prise en charge de l'IVG en Bourgogne



Source : annuaire des professionnel.le.s du réseau périnatalité de Bourgogne, 2018. Traitement ORS

L'analyse démographique effectuée à partir de l'annuaire des professionnel.le.s exerçant une activité d'orthogénie dans la région Bourgogne fait apparaître que la participation des sages-femmes contribue au renforcement de la féminisation ainsi qu'au rajeunissement des praticien.ne.s investies dans ce champ.

Puis, grâce aux données auxquelles nous avons eu accès via l'ORS BFC²³, nous avons pu procéder au décompte des IVG (chirurgicales et médicamenteuses) effectuées en opérant une distinction entre celles qui avaient été effectuées au sein d'un établissement hospitalier, en CPEF et celles qui l'avaient été en cabinet libéral, sur l'ensemble des départements de la région,

²³ La méthode d'identification des IVG dans le SNDS est commune à l'ensemble des ORS : les IVG hospitalières correspondent aux séjours en Médecine, Chirurgie, Obstétrique codés « o04 : avortement médical » en Diagnostic Principal (DP) et « z64.0 : difficultés liées à une grossesse non désirées » en Diagnostic associé (DAS). L'acte CCAM permet de distinguer les IVG médicamenteuses (codées « jnpj001 ») ou chirurgicales (codées « jnjd002 »). Enfin, l'activité de l'acte codée « 4 : gestes d'anesthésie générale ou locorégionale (réalisés pour l'actes principal), permet d'identifier l'IVG avec anesthésie pour les actes chirurgicaux. Ensuite, les IVG hors établissements hospitaliers sont identifiées à partir de la prestation de référence codée « 3329 : forfait médicament IVG ville ». La catégorie de l'établissement permet ensuite de distinguer les IVG selon le lieu de réalisation hors cabinet libéral (en centres de santé, centres de PMI ou CPEF). Enfin, parmi les IVG en cabinet libéral, la nature de l'activité des professionnel.le.s permet d'identifier celles qui ont été réalisées par des sages-femmes (modalité 21) ; lorsqu'il s'agit d'un médecin, la spécialité médicale du praticien ayant réalisé l'IVG est précisée (en particulier 1, 22 ou 23 pour médecin généraliste, et 7, 70 ou 79 pour gynécologue).

en comparant trois années consécutives (pour lesquelles les données étaient disponibles, au moment où nous réalisons ce décompte). Ces données sont compilées dans le tableau suivant :

Tableau 9. Nombre d'IVG réalisées par des résidentes de BFC entre 2017 et 2019²⁴, selon le type de prise en charge et le département de résidence

	IVG en établissement hospitalier			IVG en médecine de ville			Nombre total des IVG		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Côte-d'Or	749	612	575	337	436	494	1 086	1 048	1 069
Nièvre	299	316	321	115	145	164	414	461	485
Saône-et-Loire	1 080	1 030	1 081	82	152	160	1 162	1 182	1 241
Yonne	776	774	775	189	215	220	965	989	995
Doubs	972	969	893	402	473	560	1 374	1 442	1 453
Jura	536	512	484	26	62	77	562	574	561
Haute-Saône	312	483	313	224	86	215	536	569	528
Territoire de Belfort	399	390	395	12	21	35	411	411	430
Bourgogne Franche-Comté	5 123	5 086	4 837	1 387	1 590	1 935	6 510	6 676	6 762

Source : SNDS (DCIR, PMSI) 2017-2019 - Exploitation ORS

Ces chiffres montrent des évolutions similaires à celles que nous avons mentionnées, à l'échelle nationale, dans la première partie de ce manuscrit. Tout d'abord, ils indiquent un recours à l'IVG comme pratique fréquente, relativement stable, partout sur le territoire (avec des différences qui s'expliquent par les profils démographiques des départements). De même, ces chiffres montrent une évolution des modalités de la prise en charge, avec un très net report de la pratique vers la médecine de ville, dans tous les départements.

L'analyse de la répartition des IVG en Bourgogne Franche-Comté selon le type de prise en charge (en établissement hospitalier, en centre de santé ou en médecine de ville) et selon la méthode utilisée (par voie instrumentale avec anesthésie générale ou locale, ou par voie médicamenteuse) confirme ainsi l'essor du dispositif médicamenteux, documenté aussi à l'échelle nationale, ici présenté sur trois années dans le tableau suivant :

Tableau 10. Répartition des IVG en BFC selon le type de prise en charge et la méthode utilisée

	2017	2018	2019
Établissement hospitalier/ méthode instrumentale avec anesthésie générale	1 846	1 753	1 751
Établissement hospitalier/ méthode instrumentale sans anesthésie	353	320	241

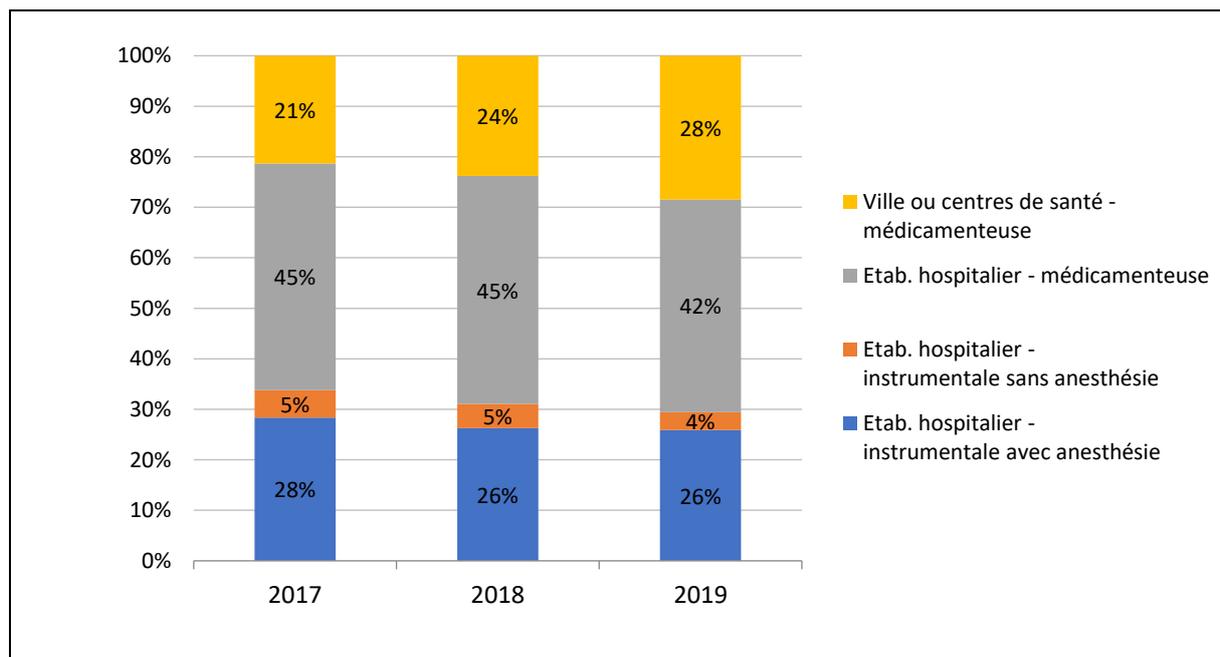
²⁴ L'augmentation du nombre d'IVG à l'échelle nationale en 2019 a été discutée dans la première partie de ce manuscrit. Nous ne reviendrons pas sur ce point ; signalons simplement qu'à l'échelle régionale, cette augmentation est retrouvée pour cette même période.

Établissement hospitalier/ méthode médicamenteuse	2 924	3 013	2 845
Cabinet libéral en ville ou centre de santé	1 387	1 590	1 925
Total	6 510	6 676	6 762

Source : SNDS (DCIR, PMSI) 2017-2019 - Exploitation ORS BFC

Soit le tableau suivant, qui permet de mieux visualiser cet essor pour la région :

**Répartition en % des IVG effectuées en BFC (2017-2019)
selon le type de prise en charge et selon la méthode utilisée²⁵**



Source : SNDS (DCIR, PMSI) 2017-2019 - Exploitation ORS

Ensuite, lorsque l'on procède à un décompte du pourcentage des IVG réalisées par voie médicamenteuse en fonction des départements, il apparaît que cette méthode abortive progresse dans pratiquement tous les départements de la région.

Tableau 11. Part des IVG effectuées par voie médicamenteuse en centre de santé ou en médecine de ville (en %)

	2017	2018	2019
Côte d'Or	31	41,6	46,9
Nièvre	27,8	31,5	33,8
Saône-et-Loire	7,1	12,9	12,9
Yonne	19,6	21,7	22,1

²⁵ L'appellation « sans anesthésie » ne signifie pas qu'aucune méthode analgésique et antalgique n'a été utilisée au cours de l'intervention chirurgicale, mais qu'il s'agit d'une anesthésie locale, qui ne mobilise pas nécessairement du temps de bloc opératoire. Elle n'est donc pas comptabilisée sous la même catégorie dans le SNDS.

Doubs	29,3	32,8	38,5
Jura	4,6	10,8	13,7
Haute-Saône ²⁶	41,8	15,1	40,7
Territoire de Belfort	2,9	5,1	8,5
Bourgogne Franche- Comté	21,3	23,8	28,5

Source : SNDS (DCIR, PMSI) 2017-2019 - Exploitation ORS

Cependant, des différences apparaissent. En Côte-d'Or, dans le Doubs, le Jura et le Territoire de Belfort, cet essor du dispositif abortif est très net : la proportion est pratiquement trois fois supérieure dans le territoire de Belfort et dans le Jura, par exemple. Mais cette progression est moins sensible dans l'Yonne (+3% entre 2017 et 2019), ce que nous expliquons par le fait qu'aucun.e professionnel.le libéral.e n'avait signé de convention avec un établissement de santé jusqu'en 2020 (voir tableau Z, supra). Elle est moindre aussi en Saône-et-Loire, où, là non plus, iels ne sont pas en grand nombre (3 seulement sur le département en 2020). Pour expliquer la baisse soudaine de la proportion en Haute-Saône en 2018, nous faisons l'hypothèse d'un départ en retraite du médecin généraliste ou de la sage-femme qui proposait cette offre dans leur cabinet de ville, ou de la baisse de l'activité d'un centre d'orthogénie. En 2017, le département comptait avec la Haute-Loire, l'Ardèche, et l'Ain, parmi ceux qui, en France, étaient repérés pour connaître l'un des plus importants « taux de fuite » des femmes pour aller avorter dans un autre département que celui de leur résidence (+ de 40%)²⁷.

Ces disparités s'expliquent par les dynamiques démographiques locales, notamment pour ce qui concerne la démographie professionnelle, comme nous le verrons plus loin. Quoi qu'il en soit, la promotion du dispositif abortif médicamenteux dans l'offre de soins a occasionné un bouleversement des pratiques et des représentations de l'activité d'orthogénie. Il est un « objet-réseau » (BOISSONNAT, 2003) en ce qu'il permet de faire converger les valeurs et les intérêts divergents des actrices professionnel.le.s du champ médical et de l'action publique. Attractif, il est le support des évolutions organisationnelles induites par la loi HPST de juillet 2009, qui

²⁶ L'évolution a de quoi surprendre, et nous ne disposons pas des éléments permettant de l'expliquer. Nous pouvons faire l'hypothèse de la suspension temporaire de l'activité d'un.e seul.e professionnel.le de ville, pour congé maternité par exemple, et qui n'aurait trouvé personne pour le ou la suppléer dans cette activité durant son absence. Au cours de notre enquête, nous avons rencontré un cas inverse dans le département de la Saône-et-Loire, où la sage-femme libérale de S. qui réalisait des IVG médicamenteuses a insisté pour que sa remplaçante en effectue elle aussi, le temps du remplacement. Mais sa remplaçante, Béragère, a souligné combien cela relevait du « coup de bol », car, si elle s'est montrée disposée ensuite, elle était récalcitrante au moment de sa prise de poste.

²⁷ COSTIL Mathilde, GITTUS Sylvie, BEGUIN François, 2019, « Près de 8 % des centres pratiquant l'IVG en France ont fermé en dix ans », *Le Monde* du 27 septembre.

faisait de la performance l'un des axes principaux d'une organisation territoriale du système de santé, notamment au travers du « virage ambulatoire » qui recentre l'hôpital sur les activités de soins et non plus sur l'hébergement. Le dispositif abortif permet en effet un gain d'efficacité et d'optimisation des temps d'utilisation des infrastructures (blocs opératoires, lits, etc.) tout en étant une source d'économie en moyens humains. Il fait en outre converger les objectifs des agences régionales de santé chargées de décliner en région le programme national d'action de renforcement de l'accès à l'IVG mis en place en janvier 2015, mais aussi des conseils départementaux tenus par le décret du 6 mai 2009 à l'obligation de permettre le conventionnement des centres de planification ou d'éducation familiale, des centres de santé ou des praticiens pour l'accès à l'IVG médicamenteuse. Il rencontre également l'intérêt des professionnels de santé libéraux qui y voient le moyen de rendre service à leur clientèle. Il a permis de raccourcir les délais d'attente et le développement des prises en charge à des âges gestationnels plus précoces. Près de 70 % des IVG étaient réalisées ainsi en 2019, contre en 30 % en 2001 (VILAIN, 2020).

L'objet de notre recherche pour cette thèse était d'appréhender notamment la part effectivement prise, de nos jours, par les sages-femmes libérales dans le déploiement de l'activité d'orthogénie en Bourgogne Franche-Comté. Toujours grâce à cet accès privilégié aux données du SNDS que notre statut de doctorante sous contrat CIFRE avec l'ORS BFC a permis, nous avons pu retracer l'évolution du nombre de praticien.ne.s ayant réalisé au moins une IVG entre 2017 et 2019, hors centre de santé, PMI et CPEF en BFC. Soit, à partir des données issues du RPPS, le nombre de professionnel.le.s libéraux.ales ou mixtes en BFC :

Tableau 12. Effectifs de professionnel.le.s libéraux.ales ou mixtes en BFC en 2017, 2018, 2019

	Gynécologues	Médecins généralistes	Sages-femmes	Ensemble
2017	158	2 694	224	3 076
2018	161	2 670	234	3 065
2019	161	2 670	248	3 079

Tableau 13. Évolution du nombre de praticien.ne.s de médecine de ville (hors Centre de santé/Centre de PMI/CPEF) ayant réalisé au moins une IVG entre 2017 et 2019 en BFC

	Gynécologues		Médecins généralistes		Sages-femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2017	13	8,2	25	0,9	4	1,8	42	1,4
2018	14	8,7	26	1	14	6	54	1,8
2019	16	9,9	25	0,9	17	6,9	58	1,9
Évolution du nombre entre 2017 et 2019	+ 3		0		+ 13		+ 16	

Source : SNDS (DCIR, PMSI) 2017-2019 - Exploitation ORS

Malgré le peu de données disponibles au moment où nous avons commencé leur exploitation, celle-ci fait apparaître que la profession de sages-femmes a investi très rapidement le champ de l'orthogénie dans la région. En trois ans, le nombre de professionnelles ayant signé une convention avec un établissement de santé pour proposer l'IVG médicamenteuse dans leur cabinet de ville a été multiplié par 4 (et par 5 en 4 ans, puisque l'ARS en dénombrait 21 en 2020, voir tableau 8, supra).

Mais c'est l'analyse de la distribution du nombre effectif d'IVG réalisées en ville par chaque type de professionnel.le.s qui rend le mieux compte de l'importance qu'ont pris très vite les sages-femmes libérales dans l'activité d'orthogénie (+ 1710 % en trois ans).

Tableau 14. Nombre d'IVG réalisées en ville, enregistrées par type de professionnel.le.s (hors centres de santé et CPEF)

	2017	2018	2019	Évolution 2017-2019
Gynécologues	373	427	402	7,8%
Médecins généralistes	931	843	1 127	+21,1%
Sages-femmes	10	132	181	+ 1 710%
Ensemble	1 314	1 402	1 710	+ 30,1%

Source : SNDS (DCIR, PMSI) 2017-2019. Exploitation ORS Bourgogne Franche Comté

CHAPITRE II. Formes et enjeux de la participation des sages-femmes à l'activité d'orthogénie

Le dispositif médicamenteux (RU 486) a engagé un remaniement des rapports entre actrices. Les analyses statistiques régulièrement publiées sur l'IVG montrent qu'il est aujourd'hui la voie de recours principal à l'avortement en France. Nous avons souligné qu'il fait figure d'« objet-réseau » (BOISSENET, 2003) en tant qu'il exerce une « fonction de convergence » entre différents mondes sociaux hétérogènes : il permet d'établir des principes communs de coopération, dans l'objectif fixé par les autorités publiques de fluidifier les parcours d'IVG et d'améliorer le taux de réponse à la demande par la structuration des réseaux ville-hôpital.

Nous allons maintenant présenter ce que notre enquête de terrain nous a appris du sens que prend cette nouvelle compétence pour les sages-femmes, et des manières dont elles s'impliquent dans cette activité, aux côtés de membres de groupes professionnels concurrents dans le champ de la santé sexuelle et reproductive. Sa prise en charge n'a rien d'une évidence pour elleux : l'enquête montre que la construction de l'orthogénie comme « objet du travail médical » (HARDY, 2015) dépend des contextes d'exercice et de la place prise par les sages-femmes dans la division du travail abortif, pour les libérales à l'échelle d'un territoire (la ville, le département). En plaçant la focale d'analyse à l'échelle plus fine, celle d'une ville ou plus encore celle des services des établissements hospitaliers, l'enquête a montré également que l'on retrouve cette même hétérogénéité des modalités d'organisation de la division du travail abortif.

A. DIVERSITES DES MODALITES D'INTERVENTION EN ETABLISSEMENT DE SANTE ET EN LIBERAL

Tout d'abord, il convient de préciser que la pratique de l'IVG n'exige pas de logique de spécialisation. Elle exige bien un savoir-faire particulier et des compétences propres, validées par des formations qualifiantes¹ mais l'orthogénie demeure pratiquée parmi un ensemble

¹ Les connaissances nécessaires à la compréhension de la santé génésique font partie du tronc commun dispensé dans les études médicales (GELLY, 2006), mais des formations plus spécifiques permettent aux médecins généralistes et aux sages-femmes, dans le cadre d'une formation continue, d'acquérir des compétences pour exercer une activité de gynécologie. Les diplômes interuniversitaires (DIU) « régulation des naissances », « contraception et orthogénie », font partie de ces formations possibles. Elles n'offrent pas toutes le même degré de qualification, selon les modalités selon lesquelles elles sont dispensées. Le DIU

d'autres activités spécifiques, au croisement de plusieurs segments, tels que la médecine reproductive, la gynécologie obstétrique, la médecine générale, ou le suivi de grossesse. Il faut également souligner que la prise en charge de l'IVG se décline en un « faisceau de tâches » (HUGHES, 1996) déclinées dans les protocoles construits dans le respect des lois et des recommandations (HAS, CNGOF). Ces tâches comprennent la première consultation de recueil de demande d'IVG, la transmission d'informations médico-sociales relatives à la procédure abortive, une échographie de datation ou la réalisation d'un bilan sanguin, le recueil du consentement, l'administration de la Mifegyne destinée à interrompre le processus de la grossesse puis du misoprostol qui provoque l'expulsion du produit de la grossesse ; enfin, parmi ce faisceau de tâches, les protocoles incluent la consultation post-IVG destinée à s'assurer de la bonne évacuation de la grossesse et le suivi contraceptif de la femme. Plusieurs groupes professionnels, n'appartenant pas tous au champ médical et paramédical, peuvent être impliqués dans l'effectuation de chacune de ces tâches : gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux, médecins généralistes, anesthésistes-réanimateurices, sages-femmes, conseillères conjugales et familiales, psychologues, assistant.es de service sociaux, infirmiers de bloc, infirmiers, radiologues, agent.e.s de laboratoire, secrétaires médicales, pharmacien.ne.s. Aussi, il faut rappeler que les sages-femmes participaient bien avant le premier élargissement de leur champ de compétence à l'orthogénie en 2016 à cette division du travail abortif, effectuant certains gestes médicaux sous délégation médicale.

Régulation des naissances : orthogénie, socio-épidémiologie, contraception IVG, prévention des risques liés à la sexualité à la faculté de santé de Paris se déroule sur 120 heures (110 d'enseignements théoriques qui abordent les dimensions de la pratique dans l'histoire, sous l'angle épidémiologique, en sociologie, en droit, en philosophie, en éthique, selon les « religions et cultures », en psychologie et dans les représentations cinématographiques). Sont abordées aussi les dimensions strictement médicales concernant les différentes contraceptions, - dont « les contraceptions difficiles », les interactions médicamenteuses et les thématiques de recherche et d'innovations qui s'ouvrent dans le champ à l'heure actuelle. La formation comprend également des réflexions sur les aspects psycho-sociaux de la prise en charge, notamment pour les mineures, et sous l'angle organisationnel dans les CIVG. Une réflexion est menée aussi sur la prévention des risques liés à la sexualité (IST, violences sexuelles), les missions et organisations des CPEF, l'éducation à la sexualité et les interventions en milieu scolaire. 10 heures d'ateliers pratiques complètent ce volume d'heures qui se déploie au rythme de 2 journées par mois. La formation comprend un stage obligatoire de 20 heures, et elle est validée par la rédaction d'un mémoire. Elle est ouverte aux médecins, sages-femmes, infirmier.ère.s, internes ou toute personne acceptée par les responsables de l'enseignement, sur lettre de motivation. La responsable de ce DIU est Sophie Gaudu, présidente du REVHO. A l'université de la Sorbonne, un DIU « contraception et orthogénie » est dispensé sur une durée de 80 heures réparties en 50h sur une semaine, et 30h dévolues à la réalisation d'un mémoire (cf. fc.sorbonne-universite.fr) ; à la faculté de médecine de l'université Grenoble Alpes, le DIU Sexualité, contraception et IVG se déroule sur 58h (en 3 sessions) et 40h de stage réparties tout au long de l'année sur 10 ½ journées. Pour ce qui relève de la sexualité, le programme contient des enseignements très orientés sur ses aspects médicaux (troubles sexuels chez la femme : « dyspareunie », « vaginismes », troubles du désir et du plaisir, « troubles sexuels et génitaux chez l'homme : éjaculation prématurée, insuffisance érectile, anéjaculation, infections », « pathologies médicales et sexualité (cardiologie, endocrinologie, neurologie, oncologie) ») (cf. formations.univ-grenoble-alpes.fr). Ce ne sont là que des exemples, car nous n'avons pas procédé à une revue systématique des contenus des programmes de chaque formation sur l'orthogénie, ni pu interroger de responsables de ces formations (malgré plusieurs requêtes restées sans réponse), ni procédé à une analyse par entretiens auprès de professionnel.le.s ayant suivi ces différentes formations. Ce pourrait être l'objet d'une recherche ultérieure, qui procéderait à la manière qu'avait adoptée Maud Gelly pour la formation initiale des médecins, et qui se focaliserait plus spécifiquement sur l'évolution des représentations des professionnel.le.s avant et après ces formations continues.

Aussi l'enquête de terrain s'est-elle d'abord centrée sur l'objectivation des différentes manières, pour les sages-femmes, d'intervenir dans le champ de l'orthogénie. Une première différence s'impose à l'observation : le travail effectué dans la prise en charge de l'IVG est variable, selon que la prise en charge est assurée dans toute sa continuité par un.e seul.e et même professionnel.le, ou qu'elle se subdivise en un « faisceau de tâches » (HUGHES, 1996). Au sein d'un service de gynécologie-obstétrique, elle fait généralement l'objet d'une division technique, morale et sexuelle du travail abortif, tandis qu'en cabinet libéral, la sage-femme dispose de davantage d'autonomie, assurant le plus souvent seule l'entièreté des consultations du parcours, même si la femme avortante peut être amenée à consulter plusieurs professionnel.les différent.es au cours de celui-ci (pour réaliser son échographie de datation ou faire les prélèvements sanguins nécessaires, par exemple).

Les modalités d'intervention des sages-femmes dans l'ensemble du parcours de prise en charge de l'IVG prennent des formes multiples selon les choix organisationnels effectués au sein des services. La répartition des tâches peut ainsi être très segmentée, ou au contraire laisser une marge de manœuvre plus grande aux professionnel.le.s, leur permettant de contribuer à la construction de l'« ordre négocié » (STRAUSS, 1992) autour de l'acte médical, au sein du service.

I. La division technique du travail abortif dans les établissements de santé

Le faisceau de tâches du parcours d'IVG est réparti entre différent.e.s professionnel.le.s, en fonction de choix opérés par le ou la cadre de santé dans les services ayant une activité d'orthogénie. Ces choix sont commandés par des contraintes budgétaires, réglementaires et organisationnelles, mais aussi en fonction de la place qu'occupe l'établissement dans la déclinaison territoriale des politiques publiques de prise en charge de l'IVG.

Sur le territoire régional de notre enquête, l'on compte deux centres hospitaliers universitaires (CHU). L'un d'eux, que nous nommerons arbitrairement CHU1, appartient par exemple à un groupement hospitalier de territoire (GHT)² qui comprend un hôpital situé dans

² Le développement de la « médecine de parcours », inscrit dans la stratégie nationale de santé et la loi de santé de 2016, suppose une meilleure coordination territoriale entre offreurs hospitaliers afin de faciliter la prise en charge continue des patient.e.s entre établissements de spécialisations de niveaux de recours différents. Cela passe par la mise en cohérence des projets médicaux des établissements d'un territoire, dans le cadre d'une approche orientée « patient.e » et non plus « structure ». Il s'agit, à travers l'élaboration d'un projet médical partagé, de favoriser l'émergence de filières de soins territorialisées et d'organiser la gradation de l'offre de soins, afin de garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. L'objectif est de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical. Les GHT sont un dispositif conventionnel, obligatoire depuis juillet 2016, entre établissements publics de santé d'un même territoire, par lequel ils s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée

une ville d'un département limitrophe, C.3. La mise en place de ce GHT a modifié le parcours IVG à l'échelle du périmètre territorial défini ; ainsi, au centre hospitalier de C.3, avant la mise en œuvre de cet instrument d'action publique en matière de santé en 2016, le chef du service de gynécologie-obstétrique imposait que les IVG soient prises en charge uniquement par des gynécologues. Puis, le changement de l'équipe d'encadrement occasionné par cette réorganisation territoriale, s'est traduit par une entière redistribution des tâches au sein du service. L'équipe de sages-femmes hospitalières s'est vu attribuer en 2018 l'exclusivité de la pratique de l'IVG médicamenteuse jusqu'à 14 SA, dans le cadre d'une expérimentation. Tandis qu'au CIVG du CHU1, les sages-femmes hospitalières ne sont pas du tout comprises dans le personnel dédié à la prise en charge des IVG médicamenteuses et chirurgicales : là, c'est une infirmière qui assure la surveillance post-opératoire. Ailleurs, ce peut être des sages-femmes à qui cette tâche est confiée, ainsi du CH de la ville de C1, où l'orthogénie est prise en charge dans le service des grossesses pathologiques.

La répartition des rôles entre sages-femmes du service peut également être décidée en fonction des compétences respectives des professionnel.le.s : lorsqu'une sage-femme est en possession d'un diplôme d'échographe, elle est en capacité d'assurer toutes les consultations du parcours d'IVG au sein d'un service. Sinon, son rôle sera circonscrit aux consultations médicales et/ou psychosociales de demande d'IVG, à celles où le dispositif médicamenteux est prescrit et/ou administré, et à la consultation de visite, post IVG. Ainsi, en fonction de la présence d'un.e gynécologue (obstétricien.ne ou médical.e) dans le service, et des choix organisationnels dans la répartition du temps de travail des un.e.s et des autres, la sage-femme échographe peut-elle suivre les patientes sur l'entièreté du parcours de prise en charge des IVG. Au CPP de C2, par exemple, deux gynécologues viennent en alternance effectuer des consultations, une journée, au rythme de trois fois par mois. Denise est le plus souvent seule à pouvoir réaliser des échographies de datation pour les parcours d'IVG :

« Oui c'est à moi que ça incombe. (rires). Enfin il y a des jours où je ne suis pas là, alors ... En général on essaye de caler un rendez-vous au plus vite, soit le jour même, soit le lendemain, quoi ! Et ça marche pas trop mal, sauf quand... Certaines semaines, quand les journées sont vraiment hyper bookées, ou que... Pendant mes vacances, ou les RTT, ou la récupération, tout ça, machin... Alors en fonction de l'interrogatoire, au téléphone... Les dernières règles, tout ça.... Ben si je suis pas

du patient, formalisée dans un projet médical partagé. Le principe est d'inciter les établissements de santé à mutualiser leurs équipes médicales et à répartir les activités de façon à ce que chaque structure trouve son positionnement dans la région. Les GHT organisent la complémentarité des établissements de santé, en prenant en compte la spécificité de chacun dans la construction de l'offre de soins. Dès juillet 2016, 135 groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont été constitués pour favoriser le travail en réseau des plus de 850 hôpitaux français. Cf. <https://www.ars.sante.fr/les-groupements-hospitaliers-de-territoires>

là, mes collègues disent... 'Écoutez il faut quand même faire une échographie assez rapidement, donc essayez de vous diriger soit sur D1, soit S1, T., ou C3. »

Denise cite alors des villes plus ou moins éloignées de C3, dans un périmètre de 90 km. L'on devine, au ton grave qu'elle emploie en énumérant les distances, le souci que cette sage-femme a des contraintes (et des inégalités sociales) que son absence impose alors aux femmes. Et, du même coup, l'on entend la charge mentale que cela représente pour elle.

La répartition des tâches, ainsi que l'organisation même des parcours d'IVG entre professionnel.le.s peut aussi dépendre de la structuration des espaces dans les services des établissements de santé. Dans trois centres périnataux de proximité situés en zone rurale, (D2, C2, M2), un accès au bloc opératoire est possible rapidement dans le centre hospitalier où est intégré le CPP. La proximité spatiale des personnels urgentistes comme du matériel opératoire spécifique sécurisent la pratique des sages-femmes, par exemple en cas d'hémorragie au cours d'une IVG en ambulatoire. Cette proximité peut aussi faciliter l'ajustement des protocoles de prise en charge, dont on peut voir ici qu'il est guidé aussi par les représentations sociales des actrices. Florence s'exprime en ces termes, qui montrent combien les normes de perception définissent les limites du tolérable pour cet acte médical si peu « anodin » pour une majorité de professionnel.le.s de santé, et qui disent bien les discriminations auxquelles les femmes sont soumises dans les parcours de prise en charge :

« Chez nous, ici, au CPP on fait que jusqu'à 7 SA, la médicamenteuse. Mais bon... Si c'est une femme qui a accouché trois fois... On fait jusqu'à 8, hein... En revanche, si c'est pour une jeune de 18 ans qu'en serait déjà à sa troisième... Ben là, ça m'est déjà arrivé, zou, à 6,5 SA, c'était direct la chirurgie avec implant ! C'est bon, elle est sortie couverte ! ».

II. Le renforcement du brouillage des frontières de la juridiction

Comme nous l'avons évoqué dans les précédents chapitres de ce manuscrit, les frontières de la juridiction de la profession de sage-femme sont l'objet de luttes définitionnelles permanentes, depuis son institution. Et, loin de les préciser davantage, les élargissements successifs de son champ de compétence n'ont pas nécessairement contribué à la revaloriser sur un plan salarial, ni à le rendre plus lisible aux yeux de sa patientèle. L'enquête a montré que l'intégration de la compétence abortive est très variablement perçue par les professionnelles (généralement hospitalières ou territoriales). Certaines, qui effectuaient déjà avant la publication de la loi de 2016 quelques-unes des tâches du travail abortif sous délégation médicale, n'ont pas eu la sensation d'obtenir une gratification symbolique, du fait qu'elles n'ont

pas senti que cela renforçait véritablement leur place dans les rangs de la hiérarchie médicale. Pour le dire en mobilisant les termes de la sociologie interactionniste (HUGHES, 1996), certaines ont la sensation que cet élargissement du champ de compétence correspondait à l'obtention d'une nouvelle licence, entendue comme autorisation à exercer certaines activités qui ne leur étaient jusqu'alors pas permises, mais sans que cette obtention s'accompagne de l'obtention d'un quelconque monopole dans l'exercice de ces nouvelles fonctions.

« Soit c'est des IVG médicamenteuses, donc elles ont déjà eu les explications, elles ont déjà pris une partie des médicaments à la maison, et moi je leur redonne des médicaments à deux reprises, dans le matin, et puis je les surveille. Ben, pour vérifier si elles saignent, vérifier leurs constantes, vérifier qu'elles aient pas mal, leur donner ce qu'il faut si elles ont mal, tout ça, et puis après elles partent en début d'après-midi, et là je leur redonne tous leurs papiers, je leur donne des explications pour la suite, le contrôle échographique, tout ça... Et sinon c'est des IVG chirurgicales. On les prépare pour qu'elles partent au bloc. On les fait se dévêtir, on vérifie qu'elles aient pas de bijoux, pas de vernis à ongle, tout ça, on leur met leur chemise d'opérée... En fait, c'est pas vraiment une grande préparation, c'est préparer entre guillemets. Une fois que c'est fait, pareil, je surveille leurs constantes, leurs douleurs, mais l'acte en lui-même, je gère pas du tout. »

Aurélie use des guillemets dans le récit de son travail comme pour souligner qu'elle n'y décèle le recours à aucune compétence particulière. Elle décrit certains des gestes qu'une infirmière ou une même une aide-soignante peut faire, avant et après l'intervention chirurgicale. La dernière phrase de cet extrait souligne son impression de ne pas participer à la « scène » centrale de l'IVG, qui, pratiquement, ne la concerne pas. En évoquant l'organisation de soins dans la maternité de niveau 2B où elle travaille depuis plus de 10 ans, elle décrit donc sa participation à la division du travail abortif comme une charge supplémentaire à assumer, dans un contexte déjà très tendu où l'alternance des postes dans des services différents interdit en quelque sorte l'acquisition d'une quelconque spécificité :

« Là où je suis, on tourne un peu sur tous les services : les salles d'accouchement, les suites de couches, les grossesses pathologiques, et c'est là où on fait aussi les surveillances des IVG. (...) Moi ça me gêne un peu... Quand le service de grossesses pathologiques il est plein, t'as huit patientes. Alors, quand tu dois t'occuper déjà pleinement de huit patientes qu'ont des soucis, c'est déjà beaucoup, et donc peut se rajouter des IVG... On a deux chambres ; des chambres doubles... Donc on peut avoir 4 patientes en plus. Mais bon, de toutes façons c'est comme ça, j'ai pas le choix. Et donc, ben voilà, si t'as 4 nénettes en plus de ton service³, on n'a pas le temps de s'en occuper correctement. »

Cornélia revendique pour sa part l'exercice de la clause de conscience, en raison de ses convictions religieuses car pour cette jeune sage-femme, la pratique de l'IVG s'apparente à un

³ C'est nous qui soulignons.

acte de trahison de sa déontologie. Cette conduite d'évitement est, on l'a vu, une possibilité institutionnalisée de soustraction à une obligation juridique, avec la légitimité du droit, qui « fournit le cadre de la solution à la contestation dont il fait l'objet » (HIEZ, 2006) ?

« Moi, j'ai pas envie d'être dans la pratique de l'IVG, quoi. Ils n'arrêtent pas de parler de supprimer la clause de conscience : ça, moi, le jour où ils demandent ça... Je pense que là, pour le coup, je m'installe en libéral. Parce que ça voudrait dire que ce serait obligé que je m'en occupe, et ça... Je veux pas ! ».

Nous interprétons ainsi les propos de Cornélia : l'invocation de la clause de conscience n'est pas uniquement une manière pour elle de faire valoir la distinction qu'elle opère entre le droit des femmes et son sens moral. Elle est aussi une manière de défendre les frontières qu'elle entend donner à sa juridiction.

Les modalités d'intervention des sages-femmes varient aussi selon la place et le rôle laissés aux conseillères conjugales dans les services. Dans les centres hospitaliers qui disposent d'un centre d'orthogénie, l'observation a montré que celles-ci se voient confier des rôles très différents : à P., ce sont les conseillères conjugales qui administrent la Mifegyne® à la femme dans son parcours d'IVG, bien qu'elles n'aient pas la compétence nécessaire pour la prescrire. L'équipe de direction du centre d'orthogénie, ayant réfléchi à l'importance de la ritualisation du moment où la femme absorbe le comprimé qui va déclencher l'expulsion, juge important qu'un accompagnement psychologique spécifique lui soit alors proposé. Une salle est réservée à ce moment, sans ordinateur ni bureau, avec des fauteuils en vis-à-vis et une petite table basse, lumières tamisées et reproductions de compositions florales aux murs. La conseillère conjugale présente dans le service au moment de cette consultation⁴ endosse ce rôle d'accompagnement de la femme, dont on a vu aussi combien il pouvait être apprécié par les sages-femmes qui valorisent le versant relationnel de leur rôle auprès des patientes. Mais toutes ne vivent pas la présence des conseillères conjugales comme un empiètement potentiel de leur territoire d'exercice. Au contraire, les différentes compétences associées à chaque groupe sont, dans les représentations des actrices professionnelles, parfois pressenties dans leur articulation, où elles sont respectivement valorisées et par la hiérarchie, et par les patientes. Au CPP de M2, sur une demande des membres de l'équipe, l'organisation du parcours est prévue de telle manière que les femmes en demande d'IVG sont accueillies lors de leur première consultation par un binôme composé d'une sage-femme et d'une conseillère conjugale.

« C'est important de se répartir la charge émotionnelle de l'entretien. Des fois, y a des trucs qui nous font bouillir mais on sait qu'on doit pas le montrer... Chacune

⁴ L'établissement compte 1 ETP de conseillère conjugale, qu'occupent deux personnes employées à mi-temps.

absorbe... On voit bien, dans nos binômes, que la femme, elle dit pas la même chose à l'une ou à l'autre. Pis ça change, on se passe le relais, au cours de l'entretien... »
Marie, SF hospitalière, 39 ans, CPP, M2

B. REVENDICATION DE PROFESSIONNALITE COMME STRATEGIE DE DEFENSE DE LA JURIDICTION

Dans certains établissements hospitaliers, en CPEF ou en cabinet libéral, les sages-femmes valorisent au contraire l'activité d'orthogénie. Les consultations du parcours sont perçues comme des temps particuliers, où elles peuvent exercer à la fois leurs compétences médicales et relationnelles.

1. La revendication de la compétence relationnelle

La première peut être l'occasion d'une demande d'explicitation du contexte de survenue de la grossesse non désirée, en vue d'ajuster ultérieurement la méthode de contraception, et d'expression des ressentis de la patiente :

« Je leur demande ce qu'elles savent de l'IVG, comment ça se passe dans leur tête »

Bérangère, 34 ans, SF libérale, cabinet partagé, zone rurale.

D'autres fois, la revendication de professionnalité et de leur expertise relationnelle passe au contraire par un refus de demander les motifs de la demande d'IVG, qu'elles perçoivent comme l'exercice d'une violence symbolique du corps médical sur les femmes. Certaines sages-femmes affirment ne pas vouloir endosser cette fonction de contrôle social de la médicalisation de l'acte abortif qu'elles ont pu connaître chez d'autres professionnel.les du champ, chez des consœurs ou dans des groupes professionnels concurrents.

« Je leur dis : 'Je ne suis pas là pour vous demander la raison. Je suis là juste pour vous aider à trouver la méthode qui vous convient le mieux' »

Laura, SF libérale⁵

L'enquête a montré que pratiquement toutes les sages-femmes intègrent, dans les propos introductifs qu'elles leur tiennent, que leurs patientes sont, en face d'elles, « *au bon endroit* » pour effectuer une IVG, en insistant sur le non jugement et la bienveillance qu'elles revendiquent à leur égard dans le cadre de cet accompagnement. Il s'agit, certes, de procéder à un travail de construction de la confiance des patientes. Mais nous interprétons cette insistance

⁵ Nous empruntons, avec son accord, cet extrait d'entretien au matériel de terrain récolté par une étudiante sage-femme dont nous avons encadré la recherche de terrain et la rédaction du mémoire de fin d'études, en 2019.

comme un schème de la rhétorique de « revendication de professionnalité » (CASTRA, 2003) destinée à marquer les frontières de leur juridiction.

« J'ai des retours sur des IVG qui se sont très mal passées, avec des personnes qui étaient inhumaines... Des patientes qui n'ont pas eu les bonnes explications... Je ne dis pas que je suis parfaite au niveau des explications, mais humainement, je fais mon possible. »

Bérangère, SF libérale, 34 ans, zone rurale.

Les sages-femmes revendiquent de passer beaucoup de temps à l'explication de ce qu'implique les différentes méthodes abortives. En s'appuyant notamment sur les dossiers guides qu'elles se procurent auprès des institutions officielles, elles évoquent les avantages et les inconvénients en termes organisationnels pour la femme (pour la gestion des saignements suite à l'expulsion), de risque médical, d'efficacité, de douleurs, et sur un plan symbolique, pour s'assurer que les patientes feront un choix éclairé en optant pour la méthode médicamenteuse :

« Je démystifie un petit peu [...] parce que j'ai l'impression dans la tête des patientes, médicamenteux c'est vachement plus simple qu'au bloc. Et puis je leur dis aussi que dans les IVG médicamenteuses....c'est elles qui font l'acte. »

Laura, SF libérale.

Les sages-femmes rencontrées attachent une grande importance à la bonne compréhension des explications reçues par les femmes sur les procédures en consultation. Et, dans le contexte d'émergence du problème public des violences obstétricales, elles se montrent très attentives à ce que chaque geste de l'examen clinique soit bien reçu des femmes. Florence se soucie particulièrement de recueillir leur consentement pour toutes les étapes de la datation échographique :

« Si la dame veut pas voir l'écran, on va pas mettre de bruit pour écouter les bruits de cœur. Et pis, éventuellement, on va passer voie haute ! Y a des professionnel.le.s qui font que les échographies endovaginales.... C'est quand même une intrusion ! Alors après, y a des dames qui le veulent bien... Mais est-ce qu'on a le droit de poser la question à la femme ? Oui. Est-ce que la femme a le droit de choisir sa voie haute, sa voie basse ? OUI. Est-ce que le professionnel peut, à un moment donné, demander à passer par voie basse ? OUI, mais ça se discute. Quand on amène les choses en disant : « Madame, je m'excuse, mais voie haute, là, je vois pas, et il faut quand même que je sache si le sac que je vois... Si vous êtes... Et savoir où se trouve ce sac, parce que ça ne sera pas la même prise en charge. ». Et par contre, dire : « Est-ce qu'on vous a déjà fait une échographie endo-vaginale ? Non ? Bon, parce que c'est quelque chose qui n'est pas très agréable, hein, sachez, mais c'est pas douloureux. »

Les sages-femmes rencontrées se disent aussi fortes de leur connaissance des sentiments ambivalents que toute grossesse peut susciter. La communauté d'appartenance au genre féminin les rend d'après elles, comme l'entend Aurélie, plus susceptibles de comprendre l'expérience de la grossesse :

« Avoir des enfants, moi, ça a changé ma vision de la grossesse, de tous les problèmes que ça peut engendrer, et physiques, et psychologiques... dans un couple... après l'arrivée de Bébé... Avant, j'avais tendance à me dire : 'Pfff... Elles sont un peu totoches... Elles sont empotées... Et pis elles se posent de ces questions !' ben ouais, mais en fait, ça amène plein de chamboulements ! Tout le monde parle des grossesses comme un truc tout beau, tout rose, un bébé, c'est trop mignon, trop chou, et tout... Ben, pas que, quoi ! Y a des gens qui aiment pas être enceintes... Et franchement, moi ça m'a pas plu ! Déjà rien que ça, rassurer des femmes qui se sentent pas vraiment hyper à l'aise enceintes, et pis qui culpabilisent parce que « Ben ouais mais toutes les copines, elles trouvent ça trop bien, et tout... »

Aussi, fortes de cette connaissance, elles affirment ne pas postuler que l'ambivalence soit propre à la demande d'IVG. Attentives aux bouleversements qu'elles peuvent « éventuellement déclencher par les questions », elles prennent soin d'affirmer leur disponibilité en donnant un numéro où elles resteront joignables pour répondre à toutes les questions ou les rassurer pendant le temps de la procédure abortive à domicile.

« Je me rends disponible. Si c'est le week-end, je vais pas dire « Allez salut, bon courage ! ». Tant pis pour moi, c'est mon cabinet, donc je suis là. Une fois, j'étais à Ikéa, quelqu'un m'a appelé : 'Est-ce que je peux prendre plus de médicaments pour avoir moins mal ?' ; et on a parlé... Y avait les clients, mon mari, j'étais avec les enfants. Je discute beaucoup, parce que sur certains trucs, on est en zone grise, ça dépend des femmes ! Tu peux penser perdre énormément de sang, mais moi, je vais peut-être trouver ça léger... C'est pour ça que c'est important de connaître les femmes, de savoir qui elles sont comme patientes. Je leur demande « quand tu as tes règles, est-ce que tu perds beaucoup de sang ? ». Ce genre de questions. Après une heure de consultation, si j'ai vu que la personne est plutôt du type (elle prend une voix aiguë et un ton dramatique) : « Ooooooh !!! Ohhhh !!! », ou au contraire du genre (elle prend un ton calme) : « Oh, pffff, ça va aller ! », Donc après l'IVG et si cette première personne m'appelle (elle reprend la même voix aiguë que précédemment) : 'Ohhh je vais mourir !!!', moi je peux lui dire tranquillement : « Ohh je pense que ça va aller, quand même' ».

Anna, SF libérale, L., zone rurale.

L'enquête a montré que, pour les sages-femmes qui pratiquent régulièrement des IVG, l'usage du téléphone est très courant, nous dirions même « normal » pour souligner notre propos ⁶ : il permet de garder un lien de proximité, d'instaurer la confiance de la patiente, voire

⁶ Nous avons vu dans la partie sur la culture du problème public de l'IVG (II), et nous le reverrons plus loin dans cette partie que les dispositifs de télémédecine peuvent faire l'objet de controverses dans les arènes politiques et institutionnelles, notamment sur les questions de fiabilité et de sécurité, tout comme sur celles du relâchement du contrôle social sur la pratique de régulation des naissances.

d'éviter des déplacements estimés coûteux pour les femmes (en particulier dans les zones rurales).

Les sages-femmes revendiquent aussi de consacrer un temps relativement long pour les consultations pour les IVG. Christelle explique le déroulement des étapes d'une première consultation d'orthogénie en CPEF, en insistant sur

« En orthogénie, c'est une heure pour la consultation. Je leur demande la date des dernières règles, si c'est régulier habituellement... Si elles ont déjà rencontré quelqu'un pour cette demande d'IVG, pour savoir où on en est (dans le parcours). Je programme tout en fonction du terme, je dis qu'on peut peut-être envisager telle ou telle prise en charge, médicamenteuse ou par aspiration. J'explique les différences, ça prend du temps... Après, on discute de la contraception. Où elles en sont avec. Si elles en avaient une, qu'est-ce qui s'est passé ? Est-ce qu'il y a eu des oublis ? Voilà, on en discute. « Qu'est-ce que vous envisagez ensuite ? ». Et ça prend du temps aussi. Après, je leur remets les documents qu'elles doivent compléter et signer. Je leur parle, qu'elles peuvent rencontrer une conseillère conjugale et familiale. « Vous pourrez discuter et puis si besoin, la revoir après, quand vous voulez ». Donc elles sont informées. Voilà, et donc la contraception, ça prend beaucoup de temps. Et je leur demande aussi si elles ont un conjoint, ce qu'il en pense, comment elles sont soutenues par rapport à ça. »

Ce rapport au temps long est l'un des schèmes principaux de la rhétorique professionnelle : il est, rappelons-le, constitutif d'une identité professionnelle dévolue à l'accompagnement des processus physiologiques dans leur durée « normale ». Notons que les médecins généralistes impliqué.e.s dans l'activité d'orthogénie que nous avons rencontré.e.s soulignent tous.tes, également, la nécessité de réserver du temps pour les consultations d'orthogénie. La différence tient majoritairement dans le fait qu'iels le décrivent comme une interaction chronophage, complexe à intégrer dans un planning serré :

« Moi, je les fais toujours le soir, ces consultations, comme ça je sais que je peux donner autant de temps qu'elles le souhaitent ».

Thibaut, MG.

« En ville, j'avoue que ça m'intéresse pas forcément de le faire. C'est une telle paperasse ! Moi, si j'inclus ça dans mon cabinet, s'il faut que je me bloque une heure, et alors au hasard, hein, parce que si la dame elle appelle et qu'on est ric-rac pour la date... Enfin voilà, moi je veux bien faire plein de choses, mais je veux quand même aller chercher mes enfants chez la nourrice le soir, je peux pas trop déborder, quoi. »

Emilie, MG, vacataire en centre d'orthogénie.

Ensuite ce sont des consultations qui les placent face à leurs propres représentations de la grossesse, et qui les mettent souvent en difficulté :

« Je m'attendais pas à une charge émotionnelle aussi intense. Comme on s'adresse quand même à des tout début de grossesse, je pensais plus me retrouver face à des femmes qui avaient pas forcément encore investi leur grossesse. »

Thibaut, MG.

Il ne s'agit pas là de distinguer d'une manière schématique les compétences des sages-femmes. Ces dernières ne disent pas éprouver moins de difficultés relationnelles que les membres des groupes professionnels concurrents : l'enquête a en outre montré (nous y reviendrons) que ces compétences peuvent s'acquérir au cours des trajectoires biographique et professionnelle, et qu'elles sont le produit d'une « socialisation continue » (DARMON, 2016). Nous soulignons seulement que les sages-femmes intègrent la valorisation de cette compétence dans les formes de rhétorique qu'elles emploient pour justifier leur légitimité à prendre en charge des IVG. Le sens de l'empathie et le fait d'accepter de « prendre » (et non « perdre ») du temps pour leurs patientes sont, dans ces formes de rhétorique, revendiqués comme faisant partie de leur ethos professionnel, voire comme relevant de dispositions genrées. Affirmer qu'elles prennent en charge les patientes pour une IVG comme elles le feraient pour tout autre événement de la santé génésique qui relève du champ du physiologique, que la démonstration de leur « bienveillance » ou de leur « empathie » fait partie de ce travail de construction de la confiance dans le temps long est une manière de défendre les frontières de leur juridiction. Laura, sage-femme libérale, affirme par exemple qu'après une IVG médicamenteuse⁷, « avec [elle], les patientes reviennent pour la visite de contrôle », comme si elle souhaita marquer la différence avec les autres groupes professionnels concurrents, qui expriment facilement leur inquiétude face lorsque les femmes esquivent cette dernière consultation du parcours. L'argument du temps long consacré aux patientes est, en sus d'un argument pour souligner leur légitimité professionnelle, un schème par lequel les sages-femmes revendiquent leur autonomie, dont on a vu combien cette dernière était précieuse dans les luttes

⁷ L'enquête de terrain a montré que cette « défection » des femmes à la visite de contrôle était un sujet de préoccupation très important pour l'ensemble de nos interviewé.e.s, quel que soit leur groupe professionnel d'appartenance. Nous avons vu, là aussi, que ce souci du respect des procédures dissimulait des inquiétudes relatives au bon déroulement médico-légal du parcours d'IVG, pour des questions de sécurité, où l'on voit la prégnance du paradigme du risque. Mais l'analyse des débats et controverses qui se font jour sur les évolutions des dispositifs a montré aussi l'attachement des professionnel.le.s à l'exercice d'un contrôle social que la loi de 1975 avait instauré sur les pratiques abortives en les médicalisant.

définitionnelles qui les opposent aux gynécologues comme aux médecins. Anna le synthétise superbement :

« C'est mon cabinet à MOI, c'est MOI qui décide comment je travaille ! Je veux prendre du temps pour les gens, en fait. Parce que... Je VEUX pas me dépêcher. »

Anna, SF libérale.

2. La revendication de la compétence médico-légale

Les sages-femmes détaillent aussi l'ensemble des démarches qui doivent être accomplies dans le parcours : datation de la grossesse par bilan sanguin et/ou échographie, confirmation de la demande avec recueil du consentement, arrêt de travail éventuel, contrôle de la vacuité utérine après la méthode médicamenteuse. La précision qu'elles emploient dans cette étape des premières consultations est le signe aussi d'une volonté de prouver leur légitimité professionnelle dans leur participation à la conduite de l'action publique en matière d'orthogénie. Elles témoignent de la même rigueur que nous avons rencontrée dans les propos des médecins généralistes ou des gynécologues-obstétricien.ne.s, qui expriment un grand souci du respect des procédures médico-légales des consultations d'orthogénie.

« Au départ, je voulais vraiment être SÛR de passer à côté de rien. Les deux ou trois premières fois, c'était plus un interrogatoire policier. J'avais ma check-list sur une feuille, et puis je disais : « Voilà, alors... Est-ce que vous avez ça, est-ce que vous avez ça ? ça ? ça ? ». Je voulais vraiment être dans un truc cadenassé, sécuritaire, faire courir de risques à personne. Mais j'étais vraiment dans les contre-indications... Maintenant je me suis organisé, c'est la magie de l'informatique, hein ! J'ai un logiciel, je me suis fait une patiente IVG, où j'ai enregistré toute ma check liste, tchac-tchac, et maintenant, dans la conversation, je remplis au fur et à mesure ma check-list. »

Thibaut, MG.

Parfois, dans la rhétorique des sages-femmes destinée à construire leur professionnalité en la matière, l'argument générationnel vient étayer la comparaison à des professionnel.les appartenant à des groupes concurrents, plus âgés⁸, qu'elles estiment moins au fait des évolutions de la législation :

« Et je suis apparue dans la consultation parce que... (Elle sourit). Parce qu'avant, Monsieur L., le gynécologue, il était pas très, très strict avec la loi... Surtout au niveau des documents, ce qu'il fallait vraiment signer et tout ce qu'il fallait remplir, donc c'est moi qui m'en suis chargée. Avant... Y avait des choses qui avaient été

⁸ Christelle a 52 ans, et le gynécologue dont elle parle a l'âge de partir en retraite.

complètement omises, qui avaient pas été complètement... C'était pas dans les règles, quoi. Pas dans les règles. »

Christelle, SF hospitalière, Centre d'orthogénie de S1.

Dans tous les cas, les sages-femmes veillent à contrôler l'absence de contre-indication à la méthode abortive. Dans les bilans sanguins qu'elles prescrivent avant l'IVG, respectant les procédures recommandées (HAS 2021), elles procèdent à la détermination du groupe sanguin (si besoin), à la recherche d'anticorps irréguliers (RAI), à la numération de formule sanguine (NFS), et à connaître les marqueurs de la coagulation. Elles prescrivent aussi des antidouleurs⁹. Puis, pour la vérification de la bonne effectuation du processus abortif, elles prescrivent des bilans sanguins destinés à contrôler la cinétique des BhCG et/ou une échographie de contrôle de la vacuité utérine. Ces procédures ne diffèrent pas de celles auxquelles se plient un.e gynécologue obstétricien.ne ou médicale. Mais les sages-femmes rencontrées affirment haut et fort les expliquer en détail à leurs patientes, comme pour marquer, là encore, les frontières de leur juridiction avec les groupes professionnels concurrents qui, eux (c'est le sous-entendu) ne les expliquent pas « autant ».

C. CONSTRUCTION COLLECTIVE DU SENS DE LA PRATIQUE DE L'ORTHOGENIE

Dans la perspective interactionniste proposée par Everett C. Hughes (1996), nous considérons que le sens attribué par les sages-femmes à l'exercice de l'activité d'orthogénie récemment intégrée à leur champ de compétence est le produit d'une construction sociale. Hughes souligne les différents niveaux impliqués dans la signification donnée au travail. Sa construction implique celui ou celle qui le réalise avec ses pairs, ainsi qu'avec les membres d'autres groupes professionnels sur la scène du travail, mais aussi avec le système social dans lequel le travail en question s'inscrit. Nous nous intéresserons donc, dans cette partie, aux différentes manières dont le sens du mandat est construit en orthogénie, d'abord à l'échelle des collectifs de travail.

Suivant la méthode d'analyse de Hughes, nous nous sommes intéressée à la manière dont l'activité d'orthogénie se distribuait au sein des services des établissements hospitaliers ou dans les centres de santé et les CPEF, lorsque nous avons rencontré des personnels salarié.e.s, et à

⁹ Il peut s'agir de molécules antalgiques telles que le phloroglucinol, le paracétamol, parfois de l'ibuprofène et de la lamaline. Elles prescrivent aussi des anti-vomitifs, à au cas par cas.

l'échelle d'une ville, d'un département ou de la région, dans les liens des professionnel.les libéraux.ales avec l'hôpital et les autres professionnel.le.s impliqué.e.s du champ. Nous avons donc été attentive, dans nos entretiens comme dans nos observations, à appréhender ce qui relevait des postes de travail tels qu'ils étaient décrits, mais aussi au travail effectué par leurs collègues, membres (ou non) d'autres catégories professionnelles. Nous avons porté une attention particulière aux frontières que les actrices définissaient entre leur poste et celui des autres professionnel.le.s du champ médical, paramédical et psycho-social. L'enquête commençait alors que la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 avait induit de possibles changements organisationnels au sein des services, puisque les sages-femmes venaient de se voir attribuer le droit (la « licence », dans les termes de HUGHES) de prescrire l'IVG médicamenteuse. Le moment était donc propice pour observer la (re)distribution des différentes tâches de l'activité d'orthogénie au sein des services et des territoires, dans ses frontières avec les autres activités menées dans le cadre de l'exercice des enquêté.e.s, ainsi que la hiérarchie des valeurs associées à chacune d'elles. Nous voulions appréhender l'influence des contextes d'exercice sur la construction du sens de l'activité d'orthogénie, plus particulièrement pour les sages-femmes.

L'enquête a ainsi montré que la signification du sens donné à l'activité d'orthogénie dépend étroitement des modalités de collaboration des professionnel.le.s autour de cette activité. Comme l'avait soutenu Hughes, la division technique du travail recoupe une autre forme de division du travail, morale cette fois : il ressort de l'enquête que l'activité d'orthogénie demeure perçue comme indigne, monotone, frappée du sceau du tabou, lorsqu'elle est pratiquée dans une organisation du travail très segmentée, au sein de laquelle les actrices ne disposent que d'une très faible marge de manœuvre ou d'autonomie pour négocier leur rôle au sein des collaborations autour de cette activité. C'est au travers des propos de professionnel.le.s dont les conditions d'exercice présentaient des caractéristiques spécifiques que ce résultat est apparu. Il s'est agi de médecins généralistes exerçant en zone péri-urbaine, venant faire des vacances dans de grands établissements hospitaliers (Emmanuel, Émilie) : là, le temps de leur vacation est court, pris sur leur temps de travail dans leur cabinet libéral, ce qui induit un coût (organisationnel et financier) ; iels ne se sentent pas intégré.e.s aux collectifs de travail dans les services où iels interviennent ponctuellement. Cette solitude leur pèse, leur engagement dans l'activité est donc parfois fragile. Il s'est agi aussi de Thérèse, dont on a vu qu'elle peinait à trouver une place où elle se sente pleinement autonome, du fait de son statut qui la relie à deux institutions (le CHU1 et la PMI). Il s'est s'agi aussi de sages-femmes (Cornélia, Aurélie,

Bernadette), qui exercent dans de grands centres hospitaliers, où l'activité d'orthogénie est scindée dans plusieurs étages, articulées à plusieurs services, ou dans des CPP en zones rurales. Peu nombreux.ses dans le corpus de nos enquêtés.e.s, dont on a vu qu'il était majoritairement constitué de praticien.ne.s très impliqué.e.s dans l'activité d'orthogénie, iels ont cependant tous.tes cette particularité de pratiquer des IVG dans des conditions qu'iels jugent peu favorables au maintien d'un engagement fort dans la pratique, du fait qu'iels la vivent comme étant un « sale boulot » délégué. Ceux-là peinent à dépasser l'horizon normatif d'une activité médicalisée pensée pour exercer un contrôle social sur le recours à la pratique abortive.

I. Une pratique perçue comme un « sale boulot » dans les organisations de travail où domine la segmentation des tâches

Nous avons précédemment montré qu'au sein de certains services ou établissements hospitaliers, la segmentation des tâches était très rigoureuse entre les personnels, et qu'une division du travail très stricte pouvait être opérée au plan technique. Ce type d'organisation du travail se trouve souvent dans des établissements hospitaliers très importants, notamment dans les maternités réalisant plus de 1000 accouchements par an, et a fortiori, réalisant plus de 1000 IVG par an. Mais notre enquête a montré que la taille de l'établissements, ainsi que le volume d'activité, ne sont pas les seuls facteurs (ni même les principaux) de la reconduction de la représentation dominante de l'orthogénie comme activité dévalorisante dans la « culture du problème public de l'IVG »¹⁰ dans le champ médical. Lorsque l'établissement ou le service est engagé dans une logique de spécialisation dans une activité précise (la procréation médicalement assistée, par exemple, ou encore l'oncologie gynécologique), les groupes professionnels se trouvent pris dans une quête pour établir un monopole sur l'exercice de l'activité en question, qui se trouve professionnalisée. L'enjeu est alors celui de la légitimité et de la respectabilité dans la division du travail. Cette quête pour l'établissement d'un monopole passe par le jeu combiné de la délimitation des activités sources de gratification et de la délégation des tâches jugées au contraire ingrates, soit le « sale boulot » dans la terminologie de Hughes. Là, l'objet de travail est le plus souvent frappé de désaveu, voire de condamnation; et ceux qui sont en charge de son traitement se voient contaminé.e.s par ce même jugement. Or nous avons vu précédemment combien la prise en charge des IVG – en particulier chirurgicales- était une activité médicale sujette à controverse. Cette activité placerait les professionnel.les au contact d'une « souillure » (DOUGLAS, 1966). Même officialisée, et

¹⁰ Cf. Nous en avons retracé les traits saillants dans la seconde partie de ce manuscrit.

effectuée dans le respect du cadre médico-légal, l'intervention constitue pour ses opératrices le franchissement d'une barrière symbolique. Le fait d'être responsable sur un plan technique de l'effectuation du geste semble accentuer la gravité de ce dernier. C'est ainsi que nous interprétons la récurrence de cette litote du « geste qui n'est pas anodin » dans les propos de tous.les les enquêté.e.s, qui revient à en euphémiser la charge agressive. L'IVG chirurgicale suppose l'intrusion dans un organe, l'utérus, dont la nécessité de forcer la fermeture sur lui-même par le col semble pour certain.e.s redoubler la violence symbolique de l'effraction de l'enveloppe de la peau comme dans tout geste chirurgical, (POUCHELLE, 2003, 2008). Iels donnent alors à percevoir leur représentation d'une forme de sacralité de ce « lieu », ainsi que l'engagement de leur responsabilité comme de leur propre corps dans la manipulation d'instruments (speculum, bougies, canules nécessaires à l'aspiration). Les rares professionnel.le.s qui, sur l'ensemble de notre corpus – trois seulement - ont accepté de décrire les gestes abortifs, font entendre qu'iels ne se départissent pas d'une certaine représentation d'une rencontre avec la mort, source d'effroi. C'est particulièrement sensible dans les propos d'Émilie, médecin généraliste vacataire en centre d'IVG :

« Je vois vraiment la différence entre une médicamenteuse et une chir'. Faut pas se leurrer. Le geste, c'est une IVG, ok. Mais entre faire prendre deux comprimés à une femme, et aller aspirer dans son utérus, avec la vision des choses, le bruit des choses, l'aspect glauque du bloc, heu... C'est quand même pas pareil. Une IVG chirurgicale, c'est... La violence du truc !!! C'est PAS un geste anodin ! J'suis désolée... (...) Vous faites une IVG, c'est une position gynéco, ça saigne de partout, c'est dégueulasse, avec les bulles du truc, c'est beurk ! »

En insistant sur le « PAS » du « geste pas anodin », il nous semble qu'Émilie tient à lever le voile sur ce qu'habituellement, les opératrices passent sous silence, comme s'il s'agissait d'un pacte tacite pour ne pas soulever plus de controverses que l'IVG n'en soulève déjà. Cette professionnelle raconte avec colère dans la suite de son entretien qu'un anesthésiste l'a récemment saluée au bloc en la dénommant « *la tueuse à gages* ». Les registres de légitimation de l'effectuation de l'acte (en termes juridiques, techniques et relationnels) opèrent alors comme une stratégie de défense contre le stigmatisme que confèrerait aux professionnel.le.s le fait d'effectuer un geste abortif. Et, lorsque ce geste s'effectue sous anesthésie générale, il est même associé pour Émilie à l'exercice d'un rapport de domination, à la fois sur le plan de l'interaction physique, parce que l'opératrice intervient sur le corps de la femme (« en position gynéco »,

couché, réduit à l'immobilité par l'anesthésie, le sexe dénudé offert aux regards de tous.tes les intervenant.es du bloc) et sur le plan des rapports sociaux de genre¹¹.

La prise en charge de l'IVG est donc considérée comme un « sale boulot » dans la perspective interactionniste : comme telle, elle tend à être délégué à un personnel de rang inférieur. L'enquête montre ainsi que ce paradigme est dominant dans le champ médical, enchâssé dans la culture du problème public de l'IVG. Aussi les professionnel.le.s peinent-ils à considérer cet acte comme relevant structurellement du champ de leur domaine d'intervention.

« C'est vrai qu'un peu partout en France où je suis passé, bon, y avait pas mal d'endroits où effectivement, on laissait aux remplaçants la dernière roue du carrosse, les IVG, parce que personne voulait les faire... Mais j'ai quand même BEAUCOUP rencontré de gens qui avaient un peu de mauvaise volonté, quoi, par rapport à ça. Pas motivés. »

Joseph, GO, L1.

L'enquête montre en outre un phénomène de délégation en cascade du sale boulot abortif dans la hiérarchie médicale : les gynécologues obstétriciens le délèguent aux gynécologues médicaux, qui le délèguent aux internes lorsqu'il s'agit de les former, et ceux-ci en retour apprécient de voir cet acte délégué aux médecins généralistes :

« Les internes font les aspirations des grossesses avancées. D'ailleurs, en fait c'est souvent les Med Gé qui font les IVG. Les gynécos, ils disent bien que c'est pas leur job, quoi ! Eux, ils sont là pour mettre au monde, ils sont pas là pour y mettre un terme, quoi ! »

Émilie, MG.

Dans la poursuite de l'objectif d'amélioration de l'accès à l'IVG défini par les pouvoirs publics, le dispositif médicamenteux est entré dans le jeu de délégation de ce « sale boulot » qui permet celui de la délimitation des territoires d'exercice des professionnel.le.s et de définition d'un monopole. Marjorie, sage-femme, interprète cette délégation dans le cadre plus large des rapports de pouvoir qui se jouent pendant l'internat où les étudiant.e.s en médecine

¹¹Dans son entretien, Émilie insiste sur ce point. Elle supporte mal que les femmes ne puissent pas prendre part aux interactions au bloc opératoire : *« vous arrivez au bloc... La porte s'ouvre automatiquement. Tout le monde va et vient dans le couloir ! Et la dame, elle est endormie, intubée, en position gynéco. Pis faut dire que quand même, la plupart des infirmiers anesthésistes, et tout, ce sont des hommes ! Enfin, moi je me dis, dans ce moment-là, la femme est une proie. On est endormie, nue, en position jambes écartées, sur une table d'opération... L'autre fois, le préparateur, le panseur, c'était un jeune homme... Et ça m'a perturbée, voilà, de le voir badigeonner, de machiner, pas à la va-vite, mais avec ces grands gestes qu'on fait, sans pudeur, quoi... Et se retrouver là, avec son grand truc, dans le vagin de la dame, à nettoyer... »*

sont socialisé.e.s à l'apprentissage de la chirurgie « par claques » (ZOLESIO, 2013). Les sages-femmes, qui demeurent en position de dominées, en essuient les conséquences :

« On leur donnait pas leur choix, aux internes, hein, donc je pense que ça faisait un peu... « Moi je peine, donc toi aussi, tu peines ! »

L'extension de la prise en charge médicamenteuse est promue dans les sphères décisionnelles, en particulier par le biais des recommandations du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France¹². Florence traduit en ces termes son sentiment que son groupe professionnel sert de variable d'ajustement dans les choix organisationnels des services, lorsqu'il s'agit de faire des économies budgétaires, et encore plus particulièrement lorsqu'il s'agit de planifier la division du travail abortif, où elles sont assignées à exécuter le sale boulot :

« Les sages-femmes, on est content de les trouver, mais de temps en temps aussi, on est content de les mettre au placard ! Voilà, aujourd'hui, pour ça, ils sont contents de les trouver, hein, parce que personne ne veut faire l'IVG à certains endroits, donc ils sont contents qu'il y en ait qui veulent bien s'y coller ».

Aussi les sages-femmes hospitalières, prises dans ce jeu de la délimitation d'un monopole d'exercice, comme s'il était dans leur habitus de tout faire pour défendre leur juridiction¹³, se trouvent-elles également à déléguer des tâches subalternes à des collègues de rang inférieur dans la hiérarchie, selon l'ordre des priorités qu'elles accordent aux tâches à effectuer.

« T'as d'un côté des grossesses, d'un côté des 'plus grossesses' Je suis pas dans les mêmes conditions, du coup, je privilégie... Quoi, je privilégie... Je devrais pas dire ça, mais... Moi c'est important que je fasse mon travail dans le service des grossesses patho parce qu'il y a plein de trucs à faire, et c'est vrai que... Ben si j'ai pas le temps, c'est l'auxiliaire de puériculture, qui est avec moi dans le service, qui en gros, va faire mon travail à côté, quoi... »

Aurélie, maternité de niveau 2B.

Le phénomène de délégation du sale boulot trouve même son aboutissement avec l'augmentation de la méthode médicamenteuse : ce sont alors les avortantes à qui l'institution délègue alors le geste abortif. Les raisons invoquées pour justifier ce recours sont d'ordre économique et managérial, articulées à une rhétorique de légitimation de ces choix organisationnels par l'argument d'une réponse donnée à une demande sociale :

12 « Entre 9 et 14 SA, les méthodes instrumentale et médicamenteuse devraient pouvoir être proposées. Les femmes doivent être informées des avantages et des inconvénients de chacune des méthodes en fonction du terme et des effets secondaires afin de faire un choix en fonction de leur situation personnelle et de leur ressenti par rapport à la technique. ». CNGOF, 2016, *Recommandations pour la pratique clinique. L'interruption volontaire de grossesse*, p.578.

13 Cf. parties III et IV de ce manuscrit

« L'hôpital nous a demandé de faire plus d'IVG médicamenteuses. Parce que ça revenait trop cher, de... Comme d'habitude, c'est toujours une histoire de sous, ça coûte trop cher, le bloc ! Donc pour limiter, on a déjà augmenté le terme ! On est passé de 7 semaines à 9... (..) Donc, le bloc est content, l'hôpital est content, bon, nous... On est contents aussi, hein... Pis les femmes sont contentes ! C'est tout ! »

Bernadette, sage-femme, centre d'orthogénie, 59 ans

La voie médicamenteuse est ainsi adoptée par les services hospitaliers parce qu'elle permet des économies comme de libérer du temps et du matériel médical pour une offre de soins plus rentable, telle que la ponction d'ovocytes dans le cadre des techniques de procréation médicalement assistée. La réalisation des IVG médicamenteuses au domicile des patientes est analysée dans nombre de travaux de sociologie comme une transgression de la division domicile/public (MATHIEU, RUAULT, 2014), produisant une invisibilisation du travail abortif des femmes (THIZY, 2021). Ce renvoi à la sphère de l'intime est aussi perçu comme une dépolitisation des enjeux que sous-tend l'avortement (MATHIEU, 2022). Les professionnel.le.s sont conscient.e.s que cette délégation du travail abortif aux femmes suppose en effet qu'elles prennent en charge la partie la plus violente du geste, du fait qu'elles se voient déléguer le travail de contrôle de l'expulsion de l'embryon (SCHNEGG, 2007; BOLTANSKI, 2004 ; PHETERSON, 2001), même avec des protocoles de prise en charge incluant un ajustement du dosage des antalgiques pour accompagner le travail de gestion de la douleur¹⁴ :

« A priori, le principe, c'est la patiente qui choisit ; on propose, on incite... Quand c'est vraiment des grossesses avancées, on a le droit aussi jusqu'à 14 semaines, de faire la technique médicale. Mais nous, ici, dans notre protocole, on a limité à 12. Parce qu'honnêtement... Se retrouver avec le machin pendu entre les jambes... Pas sûr que sur le vécu, ce soit parfait !!! »

Joseph, GO, centre hospitalier de L1.

Notre enquête a montré qu'un certain nombre d'établissements proposaient des IVG par voie médicamenteuse jusqu'à 14 SA. Au centre hospitalier de C4, dans le cadre de ce protocole, l'accompagnement des femmes qui avortent jusqu'à ce délai est alors exclusivement pris en charge par les sages-femmes : nous reviendrons sur cet arrangement organisationnel qui, pour l'essentiel, satisfait énormément les professionnelles impliquées (cf. infra). Il n'en reste pas moins que l'une d'elles, Wendy, vit mal « de devoir aller récupérer le fœtus dans la culotte de

¹⁴ « Les recommandations du CNGOF peuvent être suivies avec ce choix de privilégier la méthode médicamenteuse, voire de la proposer exclusivement. Mais la question des douleurs et des complications des IVG aux âges gestationnels dits tardifs préoccupe les professionnel.le.s rencontré.e.s. Une phase d'expérimentation préalable, encadrée et évaluée selon des règles strictes, peut être mise en place avant l'adoption d'un protocole de prise en charge des avortements par voie médicamenteuse au-delà de 12 SA. D'autres fois, les cadres et chef.fe.s de service se basent sur des retours d'expérience dans d'autres établissements de santé. C'est l'un des sujets d'échanges importants lors des staffs organisés par la commission IVG du réseau périnatal ». Extrait de notre journal de terrain, mars 2018.

la dame ou dans les toilettes »¹⁵, épreuve « violente » à laquelle elle se fait un devoir de préparer les femmes lorsque le terme de la grossesse est avancé et que ces dernières ne lui semblent « pas conscientes de ce qui peut arriver (...) Alors je leur dis que c'est possible qu'elle voit un fœtus avec des petits bras et des petites jambes ». Wendy partage avec ses collègues la crainte d'une hémorragie, d'un échec de la méthode qui oblige à une reprise chirurgicale, ou encore que la femme ressente cette expérience comme un traumatisme et qu'alors « elle regrette d'avoir fait le choix de la méthode médicamenteuse ». Dans le mémoire qu'elle a réalisé sur la mise en place de ce protocole médicamenteux, B. explique que ce dernier a été adopté pour diverses raisons, parmi lesquelles les sages-femmes de la maternité de C4 rapportent le fait que « le chef de service freine un peu sur les IVG chir', il ne veut pas faire les petits termes ni les termes avancés, et puis il n'y a pas beaucoup de place dans le programme de bloc non plus ». Ici, pour partie, il nous semble que les sages-femmes partagent, aux côtés des avortantes, une même expérience de la délégation de ce qui est perçu comme la plus violente et la plus pénible des tâches du faisceau de la prise en charge de l'IVG.

L'analyse du corpus d'entretiens montre que, dans ces conditions, la rationalisation et la définition de l'activité d'orthogénie s'accompagne d'une fermeture de l'horizon du pensable, avec la fixation de schèmes de pensée et d'action. Malgré l'institutionnalisation de la prise en charge de l'IVG et sa légalisation, celle-ci demeure un acte qui va à l'encontre des valeurs morales des professionnels de santé en ce qu'il est violent, dégradant, impur. Il place ces derniers dans une situation paradoxale : engagés dans la profession pour « rendre la santé » aux patients qui s'adressent à eux, ils font, pour l'IVG, face à une demande qui ne relève pas de la maladie, et dont ils ne peuvent tirer aucun prestige puisqu'il ne s'agit pas alors de restaurer un ordre perturbé par la maladie. Cette demande particulière les prive de leur prestige, puisqu'ils sont aussi placés en position de simple exécutant (GELLY, 2006). Et malgré tout le travail de redéfinition auquel ils se livrent pour qualifier le « produit de la grossesse » comme « fœtus tumoral » (Boltanski, 2004) afin de légitimer de « donner la mort », ce qui va à l'encontre des valeurs fondamentales de la médecine (Paillet, 2007), ils n'échappent pas au sentiment d'entrer au contact de l'impur, et d'être contaminés par ce stigmat.

Lorsque les conditions structurelles d'effectuation du travail abortif ne favorisent ni l'autonomie des professionnel.le.s, ni leur participation à un travail envisagé sous le mode de la coopération, les membres des différents groupes professionnels expriment une sensibilité

¹⁵ Ces extraits d'entretien sont empruntés avec son accord à l'étudiante dont nous avons encadré la recherche sur « l'Etat des lieux de l'IVG médicamenteuse à la maternité de C4 », en 2019.

commune à ce peu de valeur de l'IVG. Dit autrement, il nous est apparu que les conditions d'exercice de la pratique de l'orthogénie, dans des organisations du travail où les tâches sont très segmentées, ne permettent pas de trouver d'arrangement cognitif et pratique permettant de dépasser l'incompatibilité irréductible des composantes du « modèle de l'engendrement » que nous emprunterons au cadre conceptuel développé par Luc Boltanski dans *La Condition fœtale* (2004). Notre enquête de terrain a montré que ce dépassement, ou au contraire son impossibilité, ne sont pas le produit d'une distribution simpliste entre « ceux qui pratiquent des IVG » et « ceux qui n'en pratiquent pas ». Dans la volonté d'adopter une approche compréhensive de la distribution de ces représentations en apparence très clivées, nous avons cherché à connaître les contextes et les facteurs de la fixation des normes et des valeurs professionnelles, ou au contraire la production d'un sens nouveau du mandat exercé en orthogénie.

Or, l'enquête nous a donné à voir que, parmi ces facteurs, les conditions d'exercice de la pratique de l'orthogénie expliquent l'inertie des représentations stigmatisantes de l'IVG chez les professionnel.le.s de santé, ou, au contraire donc, leur possible évolution. Il est ressorti de l'analyse des entretiens comme des observations que, dans les contextes d'exercice où la division du travail est très segmentée, et où, partant, le travail abortif devient par le jeu de la délégation du sale boulot un enjeu pour la délimitation des juridictions professionnelles, il est difficile de construire une représentation de l'IVG permettant de donner un sens autre que dégradant à l'activité d'orthogénie.

Avant de présenter ce résultat de notre analyse du matériel de terrain, nous allons brièvement présenter les grands traits du cadre conceptuel de la grammaire de l'engendrement, mobilisé par Boltanski.

Encadré 15. La tension irréductible de l'avortement dans la grammaire de l'engendrement de Luc Boltanski

Ce modèle d'analyse présente les contraintes symboliques qui président à l'entrée des êtres humains dans la société. Ainsi, deux contraintes sont au cœur du contrat social : la première repose sur le principe de l'unicité des êtres, et la seconde sur le postulat de leur nature remplaçable, qui fonde la possibilité du renouvellement démocratique des sociétés humaines. La première contrainte de singularisation des êtres humains passe par l'accomplissement d'un geste symbolique de confirmation de l'humanité des « êtres dans la chair » que sont les fœtus, et de leur inscription dans des groupes d'appartenance humains. Ce geste de reconnaissance de l'humanité des êtres dans la chair ne se produit pas uniquement à la naissance ; il parcourt l'engendrement de bout en bout. Ce processus marque l'entrée des êtres selon la chair dans la parenté et dans la cité, ou dans un univers régi par des normes de justice : il s'agit d'une adoption symbolique qui passe par la parole, entendue comme ayant une dimension illocutoire. Cette première contrainte de confirmation par la parole des êtres dans la chair fonde la singularité des

êtres humains ; c'est cette opération qui substitue, à des êtres remplaçables, des êtres singularisés. La reconnaissance symbolique soustrait le fœtus à une mise en équivalence des êtres simplement engendrés selon la chair. Mais cette adoption, pour avoir toute sa force de singularisation, doit pouvoir ne pas être opérée¹⁶. En effet, c'est la possibilité même de NE PAS faire advenir cette reconnaissance qui donne sa radicalité à la différence entre l'appartenance à la catégorie des êtres dans la chair et l'appartenance à celle des êtres confirmés par la parole. L'engendrement, dans sa dimension affirmative, (créatrice de la valeur singulière des êtres confirmés par la parole) incorpore la possibilité de sa négation : la possibilité même de l'avortement donne son sens et son poids à l'opération d'adoption symbolique du fœtus qui l'arrache à la labilité des circonstances. La possibilité de la distinction entre les êtres engendrés, opérée par la parole, n'est pas possible sans la possibilité de l'avortement.

L'opération de singularisation doit être *transmise*, par un être dont la singularité est elle-même reconnue. C'est généralement la femme, qui donne son acquiescement à ce qui advient dans la grossesse. L'institution de la différence possède donc un caractère foncièrement arbitraire, entendu comme émanant d'un mouvement inspiré par un arbitre qui, par le geste d'adoption symbolique, transfère sa singularité à un autre. De la sorte, n'importe quel être dans la chair pourrait être confirmé par la parole dans son humanité, aussi bien que ne pas l'être : cette opération de singularisation comprend donc la possibilité de la substituabilité des êtres, placés dans une même classe d'équivalence. Pour qu'il n'y ait pas d'eugénisme, l'élection de la confirmation doit se faire, pour Boltanski, « sous un voile d'ignorance », autrement dit, sans tenir compte de propriétés préalablement attachées aux êtres par la chair élus, que ne possèderaient pas les êtres par la chair rejetés. Il en ressort que l'adoption symbolique, opérée par la mère, suppose la possibilité d'une discrimination entre des embryons que rien ne distingue.

Or, ce principe n'est pas pensable, au plan social. Une deuxième contrainte s'impose alors dans le modèle de l'engendrement, antinomique de la première : la contrainte de non-discrimination, imposée depuis une position d'extériorité à l'opérateur de la distinction, qui impose de ne pas faire subir aux êtres par la chair un sort que la société ne voudrait pas faire subir aux êtres confirmés par la parole. Les deux contraintes du modèle de l'engendrement font système : elles sont dans une relation dialogique d'incompatibilité foncière et pourtant nécessaire. Aucun compromis n'est possible, la tension qui existe entre ces deux contraintes demeure indépassable. Ce caractère contradictoire, pour être supporté, doit être tenu caché : son dévoilement demeure insupportable.

Les outils théoriques de cette sociologie de l'engendrement sont pertinents pour montrer comment les professionnel.les du champ peinent à se défaire, 45 ans après le vote de la loi, des exigences normatives du monopole médical construit avec le dispositif juridique et médical d'encadrement de l'avortement prévu par la « loi de compromis » de 1975 (BAJOS et FERRAND, 2011). D'une part, les professionnel.le.s sont, irréductiblement, dans cette position d'extériorité puisqu'ils ne sont pas les prescripteurices de l'IVG (c'est la femme qui en fait la demande, et qui le confirme par une déclaration signée) : iels demeurent les exécutant.e.s du

¹⁶ L'auteur part du principe que si tous les êtres engendrés à la suite d'un quelconque rapprochement sexuel allaient nécessairement à terme et prenaient tous place dans la société, alors l'acquiescement « aurait un caractère de nécessité qui le contredirait en tant que tel. » (BOLTANSKI, 2004 :77)

geste abortif, soit dans la position de ceux qui, sauf à exercer la clause de conscience, acceptent l'arbitrarité fondamentale de la décision de la femme qui institue qu'elle ne souhaite pas confirmer par la parole cet être par la chair. Pour autant, iels sont tenu.e.s par la loi comme par l'éthique comme par leur ethos professionnel, à respecter la contrainte de non-discrimination entre les êtres. Face à ces deux injonctions antagonistes, les professionnel.le.s demeurent dans une situation d'incertitude où la normalisation de l'activité d'orthogénie semble impossible.

1. L'impossible normalisation de l'activité d'orthogénie

Selon Boltanski, le statut de l'avortement ne PEUT PAS être stabilisé : entendu comme possibilité, il est difficilement accepté comme accomplissement, du fait notamment de son irréversibilité radicale. Il ne peut donc être ni totalement empêché, ni totalement légitimé. Pour que cette contradiction puisse continuer à être, et que l'engendrement produise des « êtres dans la chair » « confirmés par la parole », il paraît nécessaire que l'avortement soit tenu dans l'espace de l'officieux. Pensé comme une nécessité, il ne doit pas moins en rester un « événement », sans commune mesure, un « accident ».

Le caractère insurmontable de la contradiction entre les deux contraintes du modèle explique que, bien que la pratique de l'avortement soit légalisée depuis plus de 45 ans, le processus de normalisation de l'IVG demeure toujours inachevé. Les professionnel.les s'accordent sur les bienfaits de l'encadrement institutionnel de l'acte abortif, nécessaire selon elleux pour que celui-ci se déroule dans des conditions de sécurité maximale pour la santé des femmes, en même temps qu'il évite sa banalisation. Cependant l'enquête montre que les actrices appartenant à divers groupes professionnels partagent une même difficulté à tenir un discours sur leur pratique de l'orthogénie où, derrière la revendication d'un « non jugement » de la demande d'IVG, ne s'infiltrent pas l'expression d'un rejet ou, précisément, un jugement sur cette demande. Dans ce glissement s'entend l'impossibilité de la banalisation de l'IVG, qui demeure ni totalement un délit, ni totalement un droit.

Le schème de la légalité de la pratique a pratiquement ouvert tous les entretiens :

« On a le droit de faire ça en France, c'est légiféré, c'est une loi. A partir de là, personne n'a le droit de dire le contraire. »

Claire, MG, 48 ans, vacataire en centre d'orthogénie.

Cette neutralité revendiquée par les membres de tous les groupes professionnels rencontrés (depuis les secrétaires médicales jusqu'aux gynécologues obstétriciens) souligne que la demande d'IVG est entendue, respectée, et que la prise en charge de l'avortement doit être intégrée dans une offre de soins normalisée qui répond à une obligation de service public. La femme en demande d'IVG est la prescriptrice de l'intervention, qu'elle soit médicamenteuse ou chirurgicale, et les professionnel.les sont là pour leur permettre d'exercer leur droit et s'assurer de la bonne mise en œuvre des procédures d'interruption de la grossesse, dans le respect du cadre médico-légal imposé :

« On est là pour répondre à la demande. (...) On fait notre boulot, le plus proprement possible. Et on devrait être dans une offre où on devrait proposer à la femme toutes les possibilités. »

Joseph, GO, 59 ans, chef de pôle d'un centre hospitalier, L.1.

L'avortement semble avoir perdu son caractère moralement et pénalement répréhensible. Ainsi, les professionnel.les interrogé.es sur les modalités de leur pratique de l'orthogénie développent une rhétorique du non jugement à l'égard des avortantes.

« J'essaye d'être très neutre, je ne suis jamais là à culpabiliser, ou en tous cas à rappeler à la patiente qu'elle aurait peut-être eu d'autres choix... (...). Je suis pas là pour juger. Je souhaite qu'il y en ait le moins possible, mais bon, à partir du moment où c'est une demande de la patiente, je reste très en retrait. »

Emmanuel, 55 ans, MG, vacataire en centre d'orthogénie, D1

Ce dernier verbatim nous semble caractéristique du travail opéré pour « tenir » ensemble les deux contraintes irréconciliables : la posture adoptée par ce médecin est d'abord décrite comme le fruit d'un effort (« j'essaye »), fourni pour se rapprocher, d'une part, d'un horizon idéal de non-jugement (exigé par l'éthos professionnel, qui oblige à respecter le cadre légal de la pratique, dont le caractère impératif se devine par l'usage répété d'adverbes indicateurs d'un superlatif absolu « très » et « jamais ») et d'autre part vers un autre horizon normatif idéal, l'obtention d'une efficacité et une observance contraceptives pratiquement totales, afin qu'il y ait « le moins possible » d'IVG chaque année.

La position d'extériorité occupée par les professionnel.le.s leur fait sentir l'importance de la contrainte de non-discrimination dans le modèle de l'engendrement développé par Luc Boltanski. L'effectuation du geste abortif engage les professionnel.les sur un plan pratique et éthique : s'ils acceptent la possibilité de l'avortement comme corolaire nécessaire de la première des contraintes de l'engendrement, son caractère arbitraire leur est cependant difficilement supportable, surtout dans la répétition et la quotidienneté de leur participation à

l'activité d'orthogénie, devenue possible au prix d'opérations de manipulation ontologique du fœtus destinées à « escamoter ce que l'avortement faisait disparaître » (BOLTANSKI, 2004 : 144) effectuées dans le cadre de « l'arrangement par projet »¹⁷. Cette construction opère en effet une distinction symbolique entre deux catégories fœtales : le « fœtus authentique », objet d'un projet parental, et le fœtus qualifié de « tumoral », embryon accidentel qui ne fera l'objet d'aucune confirmation, et qui pourra donc être avorté. L'avortement appartient bien aux dimensions officielles de l'engendrement par projet, puisqu'il est légalisé et organisé dans le cadre de l'institution médicale. Mais, et c'est là le point nodal de notre argumentation, en marge de cette reconnaissance officielle, pour Boltanski l'avortement porte aussi tout le poids de ce qui, dans le cadre de cet arrangement, « relève de l'échec et de l'irreprésentable ». Nous mobilisons ce cadre de pensée pour montrer que ces constructions de catégories fœtales, si elles ont permis au plan social de normaliser l'avortement, ne suffisent pas à le stabiliser dans les représentations comme dans les pratiques des professionnel.les de l'orthogénie qui sont ici l'objet de notre analyse. L'enquête a en effet montré que les tensions entre les deux contraintes du modèle de l'engendrement, même pensé selon l'arrangement par projet, resurgissent toujours.

2. La fixation d'une représentation de l'IVG dominée par l'effroi

L'enquête a également fait apparaître que, dans des organisations de travail où les professionnel.le.s exécutent des tâches segmentées dans le faisceau de celles qui constituent le parcours d'IVG, ceux à qui est confiée l'effectuation du geste opératoire peuvent, s'ils ne sont pas soutenu.e.s par un collectif de travail qui étaye symboliquement et cognitivement leur pratique, le vivre comme une source d'effroi. Luc Boltanski, soulignant les dimensions anthropologiques de l'avortement, explique que ce dernier est tolérable, à condition de pouvoir

¹⁷ Luc Boltanski développe l'idée que les sociétés ont procédé à différents types d'arrangements permettant d'estomper la tension entre les deux contraintes contradictoires du modèle d'engendrement. Trois arrangements ont d'abord été selon lui adoptés : l'arrangement spirituel avec le divin en est le premier, selon lequel tout être qui vient dans la chair est en quelque sorte préconfirmé dans son humanité en tant qu'enfant de Dieu, et ainsi appelé au salut ; tous les êtres qui viennent dans la chair, selon cet arrangement, se valent, car ils sont tous par principe susceptibles d'être sauvés. Dans le second arrangement, centré sur la famille nucléaire et l'ordre domestique, l'instance de préconfirmation des êtres dans la chair est le système de parenté qui attribue une place singulière à chacun d'eux dans une filiation. Le troisième arrangement est, plus théoriquement selon l'auteur, passé avec l'État-nation qui préconfirme tous les êtres de chair en tant qu'ils occupent une place dans la société et qu'ils ont un rôle utile à la collectivité. Cet arrangement par l'État renvoie à la biopolitique décrite par Foucault, se donnant pour but l'entretien de populations nombreuses et bien portantes, pour les besoins de la guerre et de l'économie. L'arrangement par projet est le dernier de ces arrangements, rendu possible par le développement des technologies contraceptives. Le projet désigne « l'accord par lequel se lient un homme et une femme dans l'intention de réaliser un enfant » (p.132) : être issu d'un projet parental est la condition pour que s'opère le transfert de singularité par lequel un être dans la chair est confirmé dans son humanité.

« fermer les yeux » sur la possibilité qu'il puisse être. Or, s'occuper du geste opératoire place les professionnel.les dans l'obligation de VOIR l'interruption de la grossesse en train de se produire. L'effectuation du geste abortif correspond à une opération de dévoilement de ce qui, pour être supportable, doit rester dans le domaine de l'officieux. L'écoulement du sang, la matérialité même des déchets trophoblastiques semble réduire à néant l'opération de manipulation ontologique qui vise à construire l'embryon comme « fœtus tumoral », et rendre visible ce que le produit de l'expulsion conserverait d'une forme de sacralité (LIARTE, 2007)¹⁸. Thérèse nous fait entendre ce qui résiste de cette sacralité dans l'imaginaire du corps, chez les professionnel.les même les plus investi.es dans l'activité d'orthogénie.

« On provoque des saignements, on provoque l'expulsion d'un œuf, et du coup, on provoque ce que tout le monde peut en voir, ce que tout le monde peut en croire, la quantité des saignements... C'est vrai que c'est impressionnant ! ».

Dans la situation d'entretien, au moment où elle prononce ces paroles, Thérèse nous fait signe qu'elle préférerait que nous coupions l'enregistreur, comme si ses propos touchaient à une forme de tabou corrélé à un geste qui demeurerait proprement transgressif. Elle évoquait alors les résistances des professionnel.le.s face à l'idée d'un déploiement de l'activité d'IVG médicamenteuse en ambulatoire dans les locaux mêmes des centres de planification. La médiation opérée par le dispositif médicamenteux permet de rendre plus abstraite l'IVG, notamment du fait que l'expulsion se produit au domicile des femmes ; elle est alors soustraite au regard des soignant.es.

La sociologie a montré la particularité des gestes opératoires pour les chirurgien.ne.s, ainsi que leurs effets sur les représentations, notamment sur le statut particulier de « non personne » qui est accordé à l'opéré.e pendant l'intervention. La personne peut être, de manière momentanée, mise entre parenthèses pour laisser place à un corps objectivé, fouillé (PENEFF, 1997). Une distanciation fonctionnelle, nécessaire pour la réalisation du geste technique, s'opère vis-à-vis des patient.e.s endormi.e.s. Le contexte chirurgical ne favorise pas l'investissement dans la relation, ni l'expression de relations empathiques à l'égard des patient.e.s. Rappelons à cet égard la faible part accordée à la voie chirurgicale avec anesthésie locale pour l'IVG que les statistiques officielles indiquent¹⁹ : celle-ci engage davantage les

¹⁸ Pour Aurélien Liarte, même dans nos sociétés sécularisées, le corps est toujours l'objet d'un investissement sacralisant. Selon lui, le « sacré continue à exister dans et par le corps, mais à notre insu, et d'une manière tellement diffuse que nous n'en avons pas toujours conscience ». Il cite également Roger Caillois pour qui « même l'existence la plus désacralisée conserve encore les traces d'une valorisation religieuse du Monde », dans *Le Sacré et le Profane*. (« Le corps, territoire politique du sacré », in *Noesis*, 12/ 2007).

¹⁹ En 2021, selon le traitement DREES des données du SNDS, sur l'ensemble des IVG chirurgicales réalisées en France dans les établissements hospitaliers, les IVG sous anesthésies générales représentaient 79%. La part des interventions sous anesthésie

praticien.ne.s dans la relation²⁰. Elle instaure un espace de parole où les praticien.ne.s sont le plus directement confronté.e.s à la contradiction irréductible dans le modèle de l'engendrement. De là, l'on comprend qu'ils soient en plus grand nombre à préférer la distanciation relationnelle induite par l'anesthésie générale, qui leur permet de se concentrer uniquement sur la dimension technique du geste opératoire. Certains entretiens évoquent l'effroi avec lequel les professionnel.les doivent composer, au moment où quelque chose intervient durant l'effectuation du geste opératoire, venant comme par effraction introduire une requalification du « fœtus tumoral » qu'ils sont en train d'aspirer. Émilie rapporte le sentiment d'horreur qu'elle a ressenti lorsque la pensée soudaine d'avoir affaire à un corps humain, et non à une structure indistincte de cellules lors de l'une de ses premières interventions.

« J'étais concentrée sur ma canule, à tourner (...) Et y a une espèce de truc jaune, le trophoblaste jaunâtre, qui vient... J'avais bien vu qu'il y avait un point noir... Je tournais, j'étais là, sur mon geste... Le but du jeu, c'est que je perfore pas un utérus pendant que j'aspire. J'étais en mode 'Je regarde ce que je fais'. Et voilà l'étudiante sage-femme qui passe la tête par-dessus mon épaule et qui demande comme ça : 'C'est quoi, le truc noir ?'. Alors F. qui regarde et qui dit : « Oh ben ça doit être un œil... Si tu regardes en dessous, tu dois voir le deuxième.' Moi, je tournais, et là soudain le truc noir, c'est devenu un œil... Je me suis dit : 'Elle aurait pas pu se taire, sans déconner ?'. Techniquement, sur le coup, ça allait, j'étais contente. Par contre, le soir... Quand je suis rentrée chez moi, que je suis montée dans la voiture... Ce satané œil, là !!! J'étais vraiment restée là-dessus. Ouais, quand je suis allée me coucher, j'avais cette histoire de l'œil, quoi, je voyais ce truc dans la canule, avec ce point noir... J'ai pas bien dormi... Je pense que j'en ai rêvé deux jours... »

La confrontation à la chair, entendue comme le domaine du désarticulé, du démantelé ; en ce qu'elle « donne à voir » les transformations organiques produites par l'aspiration, est l'un des moments où l'avortement fait apparaître la tension entre les deux contraintes de l'engendrement, irréconciliables. Avec l'effroi, vient la sidération.

Tout se passe donc comme si la pratique de l'orthogénie devait donc demeurer à l'abri des regards du grand public. Cette construction du tabou pèse d'abord sur les femmes, pour qui, longtemps, l'avortement est demeuré un « événement » (ERNAUX, 2000), entendu au sens de « fait d'une importance notable, qui attire l'attention par son caractère exceptionnel, démesuré », qu'il convenait de garder secret pour ne pas être frappée du stigmate de la déviance,

locale ne représentait donc que 21%. Cette proportion est variable selon les établissements et selon les régions. En Bourgogne Franche-Comté, par exemple, elle n'atteint que 11% cette même année, et l'évolution est à la baisse, puisqu'en 2016, elle était de 19%. Cf. data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/3647_ivg/information/

²⁰ L'Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception détaille ainsi la procédure : « La femme est consciente lors de l'intervention. Le médecin pose un spéculum dans le vagin (...) et injecte le produit anesthésique dans le col et la partie haute du vagin. Le médecin attend que l'anesthésie fasse effet avant de procéder à la dilatation du col de l'utérus puis à l'aspiration. La patiente peut poser des questions ou parler de ses sensations aux professionnel.le.s. » Cf. avortementancic.net/spip.php?article252

voire de la criminalité. L'enquête a montré que le tabou frappe aussi les professionnel.les du champ de l'orthogénie, tenu.es dans l'espace de l'officieux, du fait de la dimension incommunicable de l'IVG. Car rendre publique sa participation à l'activité d'orthogénie, c'est d'abord prendre le risque de s'exposer aux violences des activistes pro-life. Un grand nombre des enquêté.es (les plus âgé.es du corpus) rapporte en effet le souvenir des procédures d'intimidation ou les agressions qu'iels (ou leurs collègues) ont subies avant la loi Neiertz du 27 janvier 1993 punissant « l'entrave à avortement volontaire ». Dans les premières années de son exercice, Thérèse a dû, par exemple, affronter les activistes qui venaient s'enchaîner aux grilles du CIVG où elle exerçait, ou encore qui s'infiltraient parmi la patientèle pour venir dissuader les femmes d'avorter, durant leur parcours d'IVG. Émilie, qui n'a pas connu ces manifestations hostiles, renchérit pourtant :

« Non ça je peux le raconter à mes collègues médecins, ils vont comprendre mon effroi sur certaines choses... Je vais pas raconter ça à l'apéro à mes copains le week-end, ça c'est pas possible, ils se diraient que je suis une grande malade ! Moi qui parle beaucoup de tout, qui rigole de tout... Je reste évasive au possible sur ce que je fais là. Les gens savent que je fais des IVG, mais le côté technique de la chirurgie, je le garde pour moi ; je veux pas faire peur. (...) Je me rends compte que ça, je laisse volontairement... Inconsciemment, ou quoi ? Une espèce de tabou là-dessus. Je veux surtout pas que mon entourage puisse se rendre compte à quel point c'est moche, une IVG chirurgicale. Et c'est bien un des rares trucs où voilà, j'arrive pas à en rigoler... On arrive toujours à se marrer pour tout, nous, les médecins ! Même en soins palliatifs, je crois que je me marrerais plus ! ».

3. La reconduction de la tension entre légitimité et déviance des demandes d'IVG

Nous avons vu que l'affirmation de la légitimité de l'acte médical ravale en premier lieu les questionnements et les ambivalences des acteurices sur la pratique de l'orthogénie. Mais, dans le temps long des entretiens, les professionnel.les abordent progressivement certaines dimensions restant à leurs yeux problématiques dans cette pratique. Derrière la rationalisation de l'impératif de non jugement, tous.tes montrent que la neutralité et la rhétorique de bienveillance ne vont pas toujours et pas nécessairement de soi, face à certaines des demandes d'avortement. Joseph, gynécologue-obstétricien, 59 ans, l'affirme :

« Y a des situations dans lesquelles... Pff, ça nous interpelle, on peut pas rester complètement neutre... Le fait de dire : 'je fais mon boulot, j'en ai rien à foutre', c'est pas vrai, ou alors je sais pas, y en a peut-être pour qui c'est vrai, mais on n'est pas des machines, hein !!! »

En suivant la démonstration de Luc Boltanski, nous avons vu que l'avortement reste suspendu entre ce qui est de l'ordre de l'acceptable, du possible, et ce qui, comme accomplissement, même légalisé, est de l'ordre du transgressif. Pour que ce possible puisse être, il doit demeurer dans cet espace de l'officieux. Or, certaines situations jettent une lumière trop vive sur la contradiction entre les deux contraintes de l'engendrement. Ce dévoilement laisse les professionnel.les dans un embarras éthique, émotionnel et pratique qui explique la mise en crise d'un éthos professionnel affirmé comme étant guidé par l'impératif de bienveillance à l'égard de la demande d'IVG. Il apparaît que la confrontation à la discrimination arbitraire des embryons peut empêcher les professionnel.le.s de construire une représentation normalisée de la pratique de l'IVG. Cette activité médicale demeure l'objet de questionnements éthiques soutenus par différents registres d'incertitudes dans la confrontation entre les normes médicales et sociales. Le caractère légal de l'acte ne vient pas clore les « dilemmes intérieurs, remises en question et négociations - plus ou moins explicités- autour de la dichotomie entre le bien et le mal », rencontrés chez les professionnel.les qui se trouvent porté.e.s « sur le terrain de la régulation normative », lorsqu'ils s'attèlent à la prise en charge des interruptions de grossesse en général, volontaires ou nécessitées pour des motifs médicaux (WEBER *et al.*, 2008).

La littérature sociologique, en particulier la littérature critique féministe, a déjà montré l'inertie des représentations négatives attachées à l'IVG, malgré les acquis législatifs. Notamment, elle a montré que l'avortement a été historiquement construit comme la « mauvaise » méthode de contrôle des naissances (MATHIEU, 2019). L'enquête montre, sur ce point, la persistance des certitudes normatives sur la contraception dans le milieu médical français : pour les professionnel.les rencontrés, la variété, l'efficacité médicale et l'accessibilité des dispositifs contraceptifs sont « suffisamment bonnes » pour que l'IVG soit pensée comme problème à éviter. Sa prise en charge est envisagée comme secondaire, par rapport à la prévention des grossesses non désirées :

« Cette loi sur l'IVG, c'est important qu'elle soit là, parce qu'il y avait trop de choses qui se faisaient par derrière, dangereuses pour les femmes, mais c'est pas la solution. On a un rôle à jouer, là-dedans. Parce que, finalement, des moyens de contraception, on en a des tonnes, qui sont efficaces, mais au final, le nombre d'IVG ne diminue pas. Donc c'est qu'il y a bien un problème quelque part. Après, je pense qu'on n'informe pas assez bien les femmes. »

Cornélia, 33 ans, SF hospitalière.

Dans son approche résolument sanitaire de l'IVG, cette jeune sage-femme souligne que l'encadrement médical s'inscrit comme une protection contre le risque de banalisation de

l'avortement. Son adhésion à la croyance en l'efficacité contraceptive s'articule à l'idée, très répandue elle aussi, qu'une « bonne²¹ » éducation à la sexualité permettrait l'acquisition progressive de savoirs et de compétences suffisantes pour rendre possibles des choix éclairés et responsables. Celle-ci s'accompagne d'un questionnement inquiet sur la stabilité des chiffres annuels de l'IVG en France, alors même que les sociologues ont depuis longtemps souligné son caractère incompressible du fait du « nouveau régime de la maternité » lié au « paradoxe contraceptif français » (BAJOS et FERRAND, 2006)²². Cependant, dans cette représentation, la foi en l'efficacité contraceptive est telle qu'elle occulte une réflexion sur les logiques décisionnelles du recours à l'avortement. La difficulté à penser les pendants de ce paradoxe participe de la construction de l'avortement comme problème de santé publique et la continuité d'une représentation de l'IVG comme droit « pas comme les autres » (BAJOS et FERRAND, 2011).

Un « devoir contraceptif » s'impose pour les femmes dans les représentations des professionnel.les de santé. La récurrence de la mention du temps réservé au réajustement de la méthode contraceptive dans les consultations post IVG montre, pour elleux, son caractère d'évidence. La distance prise par les femmes avec les normes contraceptives est une source de désarroi :

« C'est vrai que moi, j'ai du mal à les laisser partir sans contraception. Quand elles me disent : 'j'en veux pas', je leur dis : 'Vous savez, c'est difficile pour moi de vous laisser repartir sans ! Parce que j'ai peur de vous revoir ! »

Claire, MG, T1.

L'avortement apparaît donc toujours comme la sanction d'un « échec contraceptif », dont la faute incombe le plus souvent aux avortantes, faute d'une bonne observance contraceptive, condition nécessaire de l'efficacité médicale des dispositifs. La légitimité du recours à l'IVG reste donc problématique, malgré la liberté accordée aux femmes. Le discours massivement tenu par nos enquêt.e.s, foncièrement paradoxal, reflète le compromis de la loi de 1975, entre le soutien d'un droit des femmes à disposer de leur corps et l'exercice d'un contrôle social par l'institution médicale. L'IVG est communément pensée comme légitime, tant qu'elle ne

²¹ Cette sage-femme, qui se revendique catholique pratiquante, développe dans le fil de l'entretien ce qu'elle entend par « bonne » éducation à la sexualité, sous-tendue par des représentations hétéronormatives, dans lesquelles la sexualité se doit d'être affective, orientée vers la construction d'un lien de couple.

²² Selon Nathalie Bajos et Michelle Ferrand, une nouvelle composante de la norme procréative a émergé ; articulée autour du postulat de la disponibilité affective et sociale nécessaire de la mère pour poursuivre une grossesse. Cet infléchissement de la norme procréative explique pour les auteurs l'augmentation de la probabilité du recours à l'IVG en cas de grossesse non désirée. Bien que le nombre de celles-ci aient diminué depuis l'apparition de la contraception, les deux mouvements démographiques se compensent, expliquant la stabilité des chiffres de l'IVG depuis 1975.

représente pas une transgression majeure à la norme reproductive ainsi qu'à la norme de la parentalité dans le système de genre hétéronormatif, pour les cas de grossesses sous contraceptif ou dans les âges aux extrémités de la fertilité. Elle est tolérée aussi lorsque la grossesse survient dans un couple affectivement instable ou vivant dans des conditions socialement non valorisées pour la parentalité, et en cas de maladie. Les professionnel.les rencontrés évoquent tous.tes des figures idéal-typiques de patientes pour qui la demande d'IVG suscite leur compréhension. Il s'agit de « *la femme de 45 ans à qui on a dit qu'elle n'aurait jamais d'enfant et qui tombe enceinte* » et de « *l'ado de 14 ans qui vient à 12 semaines parce qu'elle a pas compris qu'elle était enceinte* »²³. Mais l'IVG n'est plus légitime, sitôt qu'elle est réitérée trois fois ou plus dans la vie d'une même femme. La demande d'IVG est très vite associée à un comportement déviant qui fait aussitôt l'objet d'une stigmatisation sociale. Là, les déterminants économiques et sociaux de la survenue des grossesses non désirées, et plus particulièrement de la réitération de ces dernières sont avancés, mais non pas pour être pensés dans leur dimension politique. La précarité devient, dans cette représentation, incorporée, presque essentialisée :

« Le deuxième, bon, ça peut arriver, hein. Un avortement dans la jeunesse, un plus tard... Mais y en a, c'est le cinquième ou le sixième... Et on a nos abonnées aux IVG, hein... Oh ben ça, y a du milieu social, aussi, hein ! (...) Y a rien à faire, on a nos habituées ! (Tape du poing sur la table). Mais c'est quand même une certaine catégorie...».

Bernadette, SF, 59 ans, CH.

Selon ces normes, également, les femmes en demande d'IVG tardives sont fréquemment jugées irresponsables, faute d'avoir été « capables » de repérer l'aménorrhée ou de faire les démarches nécessaires dans les délais déterminés par la loi. Cet extrait d'entretien montre l'attitude d'un grand nombre de professionnel.les à l'égard de l'IVG : sa prise en charge peine à se faire sans rappel à l'ordre en matière de vie sexuelle et reproductive. Elle légitime l'encadrement institutionnel des avortantes, qui s'inscrit dans la continuité de l'histoire du contrôle politique exercé sur les sexualités des femmes (DEVREUX, FERRAND-PICARD, 1982).

Dans les conditions structurelles où elle se produit le plus souvent, la pratique de l'orthogénie ne permet pas d'endosser un positionnement professionnel autre que celui, dominant, qui n'interroge pas les normes reproductives, les normes de la parentalité et les normes de genre.

²³ Extraits du journal de terrain.

II. Les conditions structurelles d'exercice de l'orthogénie permettant l'élaboration d'un sens positif du mandat

L'enquête de terrain a montré que l'engagement des professionnel.le.s de santé est le produit d'interactions, susceptibles de générer une fermeture de l'horizon du pensable sur la pratique de l'IVG, comme nous venons de le voir, mais aussi, dans d'autres contextes, d'introduire une démarche réflexive sur leurs pratiques. Dans certains contextes d'exercice que nous allons détailler, la prise en charge de l'IVG n'est pas envisagée seulement comme une réponse obligatoire du service public à une demande sociale. Elle fait l'objet d'une réflexion qui construit la pratique de l'IVG comme un véritable objet du travail médical.

Nous allons donc montrer que l'établissement de coopérations interprofessionnelles compte parmi les conditions structurelles qui, au plan collectif, permettent aux praticien.ne.s de construire un sens positif du mandat en orthogénie, en dépassant la contradiction irréductible inhérente au modèle de l'engendrement.

Nous avons vu que la division du travail abortif est définie par un ensemble de facteurs. Elle est encadrée sur un plan réglementaire par la définition des champs de compétence des différents groupes professionnels impliqués dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Elle traduit aussi des contraintes organisationnelles obéissant à des logiques politiques et gestionnaires (BELORGEY, 2010) liées aux transformations du système de santé. De nombreux textes de lois ont en effet paru depuis les années 2000, dans le but de dépasser les cloisonnements du système de santé (BERGERON et CASTEL, 2014). Les pratiques coopératives sont ainsi promues au travers de l'organisation de « réseaux » (BERCOT et DE CONINCK, 2006) ou de dispositifs, tel qu'ASALEE qui permet la coopération entre médecins généralistes et personnel infirmier (FOURNIER *et al.*, 2018). Des mécanismes de régulation sont nécessaires pour permettre à ces pratiques de coopération de perdurer (FRIEDBERG, 1994). La division du travail abortif est également rendue possible par le truchement de dispositifs sociotechniques tel que RU 486 qui permet l'articulation de la prise en charge de l'IVG hospitalière à la médecine de ville. Le dispositif médicamenteux modifie en effet l'économie des coopérations entre actrices, en matière de prise en charge de l'IVG. Son introduction dans l'éventail des instruments et des procédures à disposition des professionnel.le.s de santé a induit un changement dans la division technique du travail.

Nous partirons plutôt ici d'une définition des coopérations entendues dans une approche interactionniste, attentive aux négociations développées entre professionnel.le.s pour « travailler ensemble » au sein de micro-situations de travail. Ces coopérations concernent l'ensemble du « faisceau de tâches » entendu au sens de Hughes, qui peuvent être effectuées en même temps, successivement ou alternativement, de façon récurrente et/ou ponctuelle, par plusieurs travailleuses de statuts divers, dans un (mi)lieu commun ou sur plusieurs sites, suivant des objectifs diversement partagés (JOSEPH, 1994). L'enquête a donné à voir que l'activité d'IVG n'est pas uniquement inscrite dans des rapports de pouvoir et dans une dynamique de délégation du sale boulot, mais au contraire dans une dynamique de partage des savoirs et des rôles entre professionnel.le.s. Là, l'on observe que dans ces contextes d'exercice où la question des frontières professionnelles est pensée dans une logique de coopération et non de concurrence, l'activité d'orthogénie est définie dans un sens nouveau, qui permet le dépassement de la contradiction inhérente au modèle de l'engendrement.

Bon c'était déjà un petit peu le cas, mais j'aimerais encore plus, quoi, l'idée vraiment d'avoir un pôle territorial où tous les soignants intéressés par la santé des femmes se retrouvent, quoi, que ça soit des généralistes, des sages-femmes, des gynécos... Voilà... Et partagent l'expérience, et partagent les protocoles, et qu'on ait une cohérence dans la prise en charge, quoi. »

Joseph, GO.

1. Les supports de la création d'une culture commune autour de l'activité d'orthogénie

L'analyse du corpus des entretiens a montré que la capacité de comprendre les particularités de la prise en charge de l'IVG supposait d'acquérir une posture professionnelle particulière. Les consultations d'IVG confrontent en effet les professionnels de santé à une demande de soins qui outrepassse la seule compétence diagnostique (la femme sait pourquoi elle vient) et clinique (la femme sait ce qu'elle souhaite). Il ne s'agit pas pour elleux de traiter une maladie ou un symptôme, mais d'accueillir une femme qui n'est pas malade, et qui donne à voir l'irréductibilité d'une liberté ontologique, jusque dans les limites les plus extrêmes de la vulnérabilité parfois.

« C'est pas un boulot d'interne, quoi ! C'est un boulot de gens qui ont déjà un bagage.. Ya quand même beaucoup de femmes qui souffrent, et ces femmes-là, elles ont besoin d'être écoutées. Voilà, c'est pas juste une consultation où... « Oui bonjour Madame, vous... »... (ton de commerçant). Bah, j'en ai connu, hein, des copains qui distribuaient des comprimés de Mifegyne®, du Cytotec® par-dessus la jambe... Voilà, c'est pas ma conception des choses ! (rires). »

Joseph, GO, chef de pôle, L1.

Cette rhétorique d'expertise (PARADEISE, 1985) distingue la « rhétorique du besoin » (réponse à un besoin des femmes), d'une « rhétorique relationnelle » qui s'articule autour de schèmes tels que la capacité à se montrer bienveillant, sans jugement, ou comme celui de la capacité à reconnaître l'ambivalence particulière de la demande d'IVG, d'accueillir la volonté des femmes d'exercer leur droit à disposer de leur corps *en même temps* que leur tristesse, leurs doutes, leurs angoisses, etc. susceptible par exemple d'induire une prise de distance avec la logique paternaliste sous-jacente au colloque singulier entre médecin et malade. Or, ces compétences se construisent collectivement

a) La polyvalence ou la spécificité du poste

L'enquête a montré qu'une réflexion était parfois menée sur le sens donné à la place de l'activité d'orthogénie dans la division technique du travail à l'échelle de l'hôpital tout entier. Le débat porte alors sur la nécessité de dédier exclusivement certains postes à cette activité, contrairement à une distribution du personnel dans l'organisation des plannings privilégiant la polyvalence, dans une logique de gestion des urgences, plutôt que d'attacher un.e professionnel.le à un service précis. Cette réflexion concerne tout particulièrement les sages-femmes, comme l'évoque Elodie, qui travaille dans un centre d'IVG d'un hôpital parisien. Selon elle, le turn-over sur les postes dans l'organisation des plannings nuit au plein accomplissement de la mission de planification familiale et de l'orthogénie :

« C'est important, le positionnement des sages-femmes dans les centres d'IVG... qu'elles soient motivées, volontaires, formées, bien sûr. Par exemple à l'Association des centres de régulation des naissances de l'AP-HP²⁴, on insiste beaucoup sur l'importance qu'il y ait des équipes dédiées, pour pas qu'on soit prises par les activités de maternité... Et qu'il y ait une vraie place de la planification familiale dans ces établissements... Quand on n'est pas sur des équipes dédiées, hé ben, l'infirmière, on la prend pour la salle de naissance, l'aide-soignante, on la prend pour les suites de couches et finalement, cette activité de planification familiale, elle meurt, ou bien elle fait pas ce qu'elle pourrait faire pour les femmes. »

Elodie, SF, Conseil d'administration ANSFO, octobre 2020

Jacques, gynécologue-obstétricien à l'hôpital de T1, nuance l'argument en décentrant le raisonnement : « *Il ne faut pas être trop parano sur l'IVG* ». Il élabore une critique plus large de l'organisation hospitalière tout entière en attribuant à la « *politique de création des pôles qui*

²⁴ Assistance publique Hôpitaux de Paris

regroupent plusieurs services » la responsabilité de la mobilité des personnels, nuisible au degré d'engagement dans l'activité d'orthogénie. Alliée à une segmentation trop importante des tâches, celle-ci peut selon leurs dires empêcher les salarié.es ou les vacataires de s'impliquer durablement et de comprendre la particularité des prises en charge. Notamment, il peut entraîner des dissonances cognitives qui générerait ce que certain.e.s enquêté.e.s ont imaginé en évoquant « *une certaine schizophrénie* ».

Mais ce turn-over peut au contraire être pensé comme se trouvant au fondement de cette culture commune, socle des coopérations. Dans le contexte d'une telle organisation, la participation régulière à l'activité d'orthogénie, en alternance, peut permettre de briser la rigidité des frontières professionnelles, et, partant, de créer un collectif de travail où l'ensemble des savoirs contribue à l'élaboration d'une représentation de la santé sexuelle et reproductive perçue dans sa globalité. Ainsi, pour Jacques, c'est le rôle du chef de service et du cadre de santé d'impulser cette organisation du travail :

Jacques : « Mais parce que... Mais c'est une volonté aussi du service que la sage-femme soit pas... »

Nina : « Qu'elle soit polyvalente, oui. »

Jacques : « Polyvalente, et pas... Dans ses attributions, et pas uniquement qu'aux consultations... »

Nina : « Oui, de se sortir un peu de la salle d'ac, justement, de son train-train quotidien... »

Jacques : « Oui, Nina, voyez, elle fait aussi des consultations d'acupuncture à d'autres moments... »

Entretien de groupe au pôle de la femme, de la-mère et de l'enfant de l'hôpital T1

Dans cet hôpital, sur la base du volontariat, un pool de sages-femmes occupe en alternance, à raison de trois semaines par an, le poste dédié à l'orthogénie. Cette gestion des plannings tient compte des vacances et des obligations respectives des unes et des autres : par exemple Nina continue ses consultations d'acupuncture. Ce fonctionnement a selon leurs dires l'avantage de permettre que le poste ne soit jamais vacant, même pendant les périodes de congés ou en cas d'arrêt maladie d'une salariée. Elles sont accompagnées de Claire, médecin généraliste, qui effectue des vacations (3 demi-journées par semaine) dans le service, et de Jacques. Ils affirment que ce collectif de travail fonctionne « *en bonne intelligence* »²⁵ et qu'il

²⁵ Il nous semble important de rappeler les conditions de passation de cet entretien, prévu pour être individuel, et devenu collectif le jour-même, sur l'impulsion de Jacques ayant invité ses collègues à venir le rejoindre. (Il a également téléphoné à la cadre du service dans cette intention – cette dernière n'a pu se libérer dans l'immédiat, mais nous a priée de l'attendre quelques instants pour nous recevoir ensuite en entretien). En ouvrant la porte à Nina, Jacques lui a cédé sa place derrière le bureau, où elle s'est réjouie de prendre temporairement « *le fauteuil du chef* ». Tous trois ont évoqué ensemble leur parcours, et les modalités de leur engagement dans cette organisation basée sur le turn-over des sages-femmes. L'entretien a été investi comme

offre à tous.tes « *une respiration* ». Nina explique ce que cette organisation a contribué à faire évoluer ses représentations comme sa manière de travailler :

« Voir d'autres gens, partager d'autres pratiques, avoir aussi d'autres interactions, ben déjà avec Jacques et Claire, et pis avec les patientes, parce que c'est pas du tout le même rapport que quand on travaille en salle, je trouve. Moi j'ai commencé l'ortho.... Sans trop savoir ce que j'allais y trouver... Et j'avais un peu l'idée que c'était que des gamines, qu'il fallait un peu moraliser et tout ça, et en fait, pas du tout !!! Pas du tout, et je me suis rendue compte qu'à un moment donné de ma vie, j'aurais pu être cette femme qui est en face... »

Cette organisation permet la construction collective d'une expertise qui relève d'une vision globale de la santé, incluant ses dimensions biomédicale, psychologique, sociale, environnementale et politique et attentive à l'ensemble de ses déterminants. Pour Jacques, cette organisation du service rendu en santé sexuelle et reproductive implique d'inclure l'orthogénie à part entière. C'est selon lui « *une attitude politique, au sens social* ». C'est d'ailleurs pendant ce seul entretien, parmi tout notre corpus, que les enquêté.e.s évoqueront la question de l'IVG en tant que problème public, en s'inquiétant des orientations réactionnaires des politiques de santé en la matière aux Etats-Unis, en Pologne et en Italie.

b) L'inscription de la coopération dans le maillage local et le rôle de l'interconnaissance

L'observation a montré que les acteurs coopèrent dans l'objectif d'améliorer la prise en charge de l'IVG en établissant entre eux un accord en évolution permanente. Le dispositif médicamenteux se présente comme l'un des supports au travers desquels la prise en charge de l'IVG relève d'un « ordre social négocié » (STRAUSS, 1992). Les formes de la coopération entre les professionnel.le.s impliqué.e.s dans la prise en charge de l'IVG dépendent d'abord de leur répartition géographique comme de la densité et de leur accessibilité. L'établissement de pratiques coopératives à l'échelle locale ne peut occulter les différentes contraintes (territoriales, organisationnelles, et démographiques) pesant sur la possibilité de s'inscrire dans un réseau « ville-hôpital » qui contribue à « écrêter » les flux des IVG chirurgicales vers les plus gros centres hospitaliers. Ainsi, dans certaines zones qualifiées de « déserts médicaux », la médecine de ville n'est pas toujours en capacité de prendre en charge l'IVG médicamenteuse :

« Ici, y a que les gynécos qui font les IVG...(...) On n'a pas de médecin en ville qui fait des IVG med... Enfin, la population des généralistes est plutôt vieillissante ; du coup, ben... On est coincés, quoi ! Ils sont archi pleins, donc ils ont pas la demande de faire cet acte en plus... (...) Je veux dire, on est bientôt en zone sous-dotée...

espace réflexif, où iels ont débattu ensemble des modalités de « la bonne prise en charge de l'IVG. (Extrait de notre journal de terrain).

C'est catastrophique ! Tout le monde prend sa retraite, les patients n'ont pas de médecin traitant, déjà ! Donc c'est pas pour rajouter en plus l'activité d'IVG... »

Gaëlle, GO, CH, M3

Mais c'est aussi la qualité des liens d'interconnaissance qui fonde la solidité du maillage territorial existant entre les signataires d'une convention pour la pratique de l'IVG médicamenteuse. Un travail de construction de la confiance est nécessaire pour fédérer les professionnel.le.s autour de l'activité d'orthogénie :

Jacques : - Le rapport ville-hôpital me paraît indispensable ! Si on n'a pas ce rapport-là, c'est catastrophique... En région parisienne, c'est une cata, les gens se connaissent pas, et de ce fait-là, ils s'appellent pas... Et y a un hospitalo-centrisme, voyez ? On reste dans des attitudes complètement... Complètement sclérosées.

Claire : - Ben oui!!! Enfin, quand on est en libéral, tout seul, dans son cabinet... Appeler quelqu'un qu'on connaît, avec qui on a l'habitude de discuter, c'est toujours plus facile psychiquement, que d'appeler sans savoir sur qui on va tomber, et pis comment on va être reçu, surtout ! (Rires). Parce que, y a des fois, quand même, heu... On appelle, et on se fait envoyer chier, mais alors, joyeusement ! C'est « Démerdez-vous ! », et pis voilà, quoi !

Jacques : - Oui, c'est évident, que la transmission orale, elle a... Elle humanise les...

Claire : - Ben, ça améliore la qualité des soins, hein, ni plus ni moins ! »

La disposition des professionnel.le.s libéraux.ales, et plus particulièrement des sages-femmes, tient beaucoup à l'élaboration et à l'entretien de tels liens d'interconnaissance, ainsi qu'à l'ouverture des établissements hospitaliers envers ces dernières.

Sandrine (la coordinatrice) a pris des sages-femmes qui font des consultations, elle leur a fait une formation approfondie, avec des sages-femmes de l'extérieur aussi... Elle en fait assez régulièrement. Ouais, on a des bons rapports avec les sages-femmes libérales. D'ailleurs, on les voit régulièrement... Effectivement, on organise des formations en interne où elles viennent. Ben oui, on a des sages-femmes libérales qui viennent faire des accouchements en plateau technique ! Donc ça, c'est sympa... Ouais, c'est cette idée, d'avoir une ouverture...

Joseph, GO chef de pôle « femmes, mères, enfants », CH L1, 2017.

Leur engagement dans l'activité d'orthogénie peut ici être lue comme un contre-don, en réponse à l'acceptation de leur demande d'accès au plateau technique de l'hôpital, pour proposer à leurs patientes un service d'accompagnement global de la grossesse, qui repose sur la possibilité de les suivre jusqu'au moment de l'accouchement. (On a vu que ce type d'organisation demeurerait rare à l'heure actuelle en France).

Ce travail de négociation implique de clarifier les découpages territoriaux, pour que les pratiques coopératives puissent s'instaurer en bonne intelligence entre les actrices. La fermeture d'une maternité, négociée avec l'ouverture d'un centre périnatal de proximité où se pratiqueront des avortements, induit une réallocation des ressources et des postes de travail, dont la gestion peut être complexe. Joseph, GO, l'explique pour son territoire :

« Il fallu regrouper des sages-femmes... Alors ! Savoir qui les paye... Elles sont titulaires de S1... Mais elles travaillent pour L1... Qui les paye ? Comment on fait ? Alors, on paye, et pis on rembourse... Si y a des rachats... Parce qu'il y en a qui sont venues travailler ici... Donc elles sont toujours payées par S1 mais l'hôpital de L1 rembourse à S1 le salaire des sages-femmes qui sont venues travailler ici... »

La négociation de la division du travail abortif entre établissements est contrainte par les orientations des politiques de santé pilotées par l'Agence Régionale de Santé. La réforme territoriale visant à réduire le nombre de régions métropolitaines²⁶ adoptée en vue de réduire les coûts de fonctionnement et d'optimiser la gouvernance territoriale ne s'est pourtant pas toujours traduite par une clarification de l'exercice des compétences, ce qui a occasionné des frictions avec d'autres collectivités territoriales et d'autres acteurs institutionnels de santé en région. Ainsi, l'enquête a montré une mauvaise articulation des réseaux périnatalité de Bourgogne et de Franche-Comté : leur organisation diffère tant qu'une harmonisation des pratiques semble impossible. En Franche-Comté, l'organisation du réseau périnatalité est structurée de manière horizontale, les acteurs de santé revendiquent leur autonomie dans l'exercice de leurs missions, contrairement à la Bourgogne. Ysaline, sage-femme responsable du réseau périnatalité régional, évoque la difficile articulation des missions des réseaux pré-existants, qui ont conservé leurs modes de faire :

« Le premier cahier des charges des réseaux périnatalité a été réactualisé en 2015. Il a été très clairement intégré la notion de participer au développement et à l'organisation de l'IVG dans les régions. Nous, en Bourgogne, on l'avait vraiment intégré dès le départ. En Franche-Comté, c'était un élément qui était pas du tout intégré au réseau périnatal. Donc heu... Nous, on a pu bénéficier de cette antériorité. Et quand l'ARS nous a demandé, il y a deux ans, de nous réunir sur l'IVG... Nous, on était déjà en avance par rapport à ce qui était demandé, par exemple sur l'état des lieux des ressources. Et puis, sur le partage des expériences, contrairement à la Franche-Comté. (...) On conserve deux réseaux, avec deux entités différentes, mais... On a des groupes de travail communs. Y a pas forcément cette proximité-là dans la réflexion, avec la Franche-Comté... Au niveau de l'ARS, on nous a pas du tout demandé de travailler... Enfin, oui, de venir au niveau de la Franche-Comté, heu... Pour impulser quoi que ce soit. »

²⁶ Loi du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions

c) La nécessité d'effectuer un travail de médiation pour établir les coopérations

L'observation montre aussi que l'effectivité des coopérations interprofessionnelles au sein des réseaux ville-hôpital repose sur certain.e.s actrices qui, de par leur trajectoire biographique, militante, professionnelle, se démarquent par un très fort engagement dans la prise en charge de l'IVG. La diffusion du RU 486 renforce structurellement leur rôle : iels exercent une fonction de médiation dans l'opération de traduction de la poursuite de l'objectif de santé publique d'amélioration de l'accès à l'IVG en France. Florence évoque l'importance de son ancrage dans le territoire. Elle évoque son travail de mobilisation des professionnel.le.s de santé, mais aussi du champ médico-social et éducatif, autour de la nécessité de construire cette culture commune autour de l'activité d'IVG :

« Ah ben oui oui, c'est moi qui suis devenue la référente!!! C'est sûr que... J'ai tellement crié haut et fort qu'on était en danger, que je pense qu'à un moment donné, ils ont dû m'entendre ! »

Florence, coordinatrice du réseau périnatalité du département, sait que l'accès à l'IVG est menacé par l'exercice de la clause de conscience de nombreux gynécologues dans l'hôpital voisin, mais aussi par le grand nombre de prochains départs en retraite. Son travail consiste à rappeler aux actrices institutionnel.le.s et politiques leurs obligations :

« On a essayé de ramener au CPEF, heu... Leur mission première, voilà ! C'est-à-dire de répondre à une population ! (...) Donc, pour la deuxième session de formation organisée, y avait les sages-femmes hospitalières, et puis les sages-femmes de la PMI parce que l'objectif était que le conseil départemental puisse faire les IVG médicamenteuses... Aussi ! Et c'était pas gagné, parce que faut la signature du président du Conseil départemental... Donc ça veut dire... un politique ! Que ce politique a une ligne de conduite, par rapport à une vision politique, etc... Est-ce que ça rentre dans leur champ de vision politique, hein ? (...) »

Certain.e.s y consacrent un temps important dans la répartition de leur temps de travail - parfois de manière bénévole. C'est le cas de Florence, qui accepte d'effectuer d'importants déplacements sur son temps de vacances si l'organisation d'une réunion du réseau périnatalité l'exige.

« Il lui est arrivé de faire des déplacements de plus de 100 km avec sa voiture personnelle pour raccompagner une jeune fille qui souhaitait conserver son anonymat et qui n'avait pas demandé à ses parents de l'accompagner dans son parcours d'IVG. Elle était, comme la loi l'exige, accompagnée d'un adulte référent – son petit ami – mais celui-ci n'avait pas de véhicule. Florence a dû raccompagner la jeune fille à son internat, avant l'heure officielle de fermeture du lycée, pour n'éveiller les soupçons de personne dans l'équipe d'encadrement pédagogique qui, en cas d'absence, aurait été contrainte d'en informer les parents »

Extrait de notre journal de terrain, D2.

La fonction de médiation consiste aussi, pour Florence, à veiller au bon accomplissement du conventionnement entre professionnel.le.s libéraux.ales, établissements de santé et agence régionale de santé. Cela suppose d'insister parfois auprès des chef.fe.s de service pour hâter le déroulement de la procédure. Elle monte des formations et veille à la communication des informations utiles à la fédération des actrices du réseau, menant un travail de construction de la confiance dans le déploiement du dispositif médicamenteux :

« Il fallait soutenir l'équipe du Conseil départemental, en disant : « Bon, vous inquiétez pas, les professionnel.le.s seront vos relais, iels seront là pour vous aider, pas pour vous enfoncer ! (...) Parce que ça, c'est le problème de l'inconnu... Et on se réjouit maintenant dans le département, d'avoir créé, suite à cette formation médecins-sages-femmes, des liens et des contacts, pour pouvoir répondre à leurs problématiques, mais TRES rapidement ! Très très rapidement... Donc en 2016, les premiers... Y a eu une deuxième... Parce qu'y a eu une demande de médecins supplémentaires pour être formés ! Donc on a relancé une deuxième formation, où là, on a intégré les sages-femmes hospitalières. Et donc y a un groupe de neuf sages-femmes de qui s'est formé... »

Reconnaissant les tensions existant dans l'espace social en matière d'accès à l'IVG, ces médiatrices envisagent que les modalités de maîtrise de celles-ci ne peuvent être construites à l'échelle individuelle, et qu'elle doit au contraire faire l'objet d'une action collective, entendue dans son double sens de mobilisation d'un grand nombre d'actrices en vue d'obtenir un changement social. Il s'agit pour elleux de penser la division du travail abortif à une échelle locale qui dépasse celle des établissements, fondée sur le partage des tâches et des savoirs, pour instaurer un processus de décloisonnement. Florence présente son rôle de coordinatrice du réseau périnatalité départemental en ces termes, en juillet 2018 :

« C'était dire, on va apprendre à essayer de travailler tous ensemble, y en a qui vont avoir cette mission-là, et d'autres, peut-être d'autres missions, et ça va permettre d'avoir un parcours qui soit... Est-ce qu'on va arriver à ce que des dames qui souhaitaient une IVG soient pas hors délais ? Et c'était ça, aussi, permettre le choix de la méthode... Dans le département, ça s'arrête à 7 semaines hors établissement de santé, et en établissements de santé, ça va jusqu'à 9. Donc pour qu'on puisse offrir avant 7 semaines, faut de la rapidité, des rendez-vous, faut de la réactivité... Voilà, c'est une volonté d'équipe à l'échelle de tout le réseau »

Car, si l'organisation de ces réseaux ville-hôpital peine à se mettre en place faute de professionnel.le.s impliqué.e.s, certes, c'est aussi à cause d'un manque de coordination. En juillet 2018, Florence nous explique que l'effort d'engagement des un.e.s dans la pratique de l'orthogénie suppose d'être soutenu par des choix organisationnels au sein des établissements hospitaliers, par une organisation territoriale qu'il faut veiller à rendre effective et efficiente,

ainsi que par un soutien financier. Les pratiques coopératives autour d'une activité qui peine à être construite comme objet du travail médical, non seulement ne se décrètent pas, mais elles sont aussi toujours menacées, faute de soutiens suffisants :

« Est-ce qu'Émilie acceptera de faire l'intervention des patientes qu'elle a pas vues d'abord en consultation ? Ça veut dire qu'il y ait un travail de confiance, soit avec les sages-femmes, soit avec les confrères, un travail vraiment cadré, et... Pour l'instant, niveau gynéco, à l'hôpital, heu... Normalement, ils doivent essayer d'embaucher des gens qui pratiqueraient l'IVG. Mais on connaît la pénurie de personnels et la difficulté de recrutement dans les déserts médicaux ! Pour l'instant, on n'en trouve pas, donc c'est clair qu'il faut pas non plus que ce soit un critère de sélection trop important ! Donc après, l'idée, ce serait qu'Émilie ait des confrères généralistes, qui veuillent bien aussi faire une autre vacation, parce que moi, j'ai peur que si elle reste seule, elle s'essouffle !!! (...) Et elle est jeune, et pis c'est une libérale, quand même... Donc tout dépend comment on la soutient au sein de l'équipe. »²⁷

Celleux que nous appelons « les médiateurices » opèrent un travail d'argumentation auprès de leurs pairs, généralement dans des espaces de socialisation professionnelle (congrès, colloques) afin de renforcer la légitimité de l'activité d'orthogénie, toujours dévaluée (sinon controversée) au plan technique et symbolique comme au plan financier. Leur argumentation est construite autour du schème du respect du cadre médico-légal de cette pratique. Iels se montrent garant.e.s de son adéquation avec l'éthos professionnel :

« C'est des questions... « Est-ce que je vais bien faire ? Est-ce que je vais pas me tromper ? Quel est le risque ? Je sais qu'il y a un risque, mais même s'il est minime, ça peut bien tomber sur moi... »... (...) Donc après, on a la chance, quand même, d'avoir des recommandations... D'avoir un réseau régional qui travaille sur le dossier aussi, et qui intègre toutes les problématiques, et qui accompagne les établissements qui le souhaitent, aussi... »

²⁷ Or, l'enquête a montré que cet engagement était en effet très fragile. Quelques mois plus tard, en décembre 2018, Émilie déjà épuisée, a commencé à se désengager : « Le seul créneau du bloc qui lui est laissé est le vendredi de 12h à 14h15, mais des retards se produisent souvent, ce qui oblige les femmes à attendre parfois pendant plusieurs heures au sein du service, donc à rentrer chez elles très tard, et ce qui génère pour Emilie une perte de revenus et des problèmes d'organisation des plages de travail à son cabinet. Elle a déjà demandé à la direction de l'hôpital de modifier les plannings, pour obtenir une journée entière de consultations et d'interventions chirurgicales. Cette modification a été refusée par la direction et la chefferie de service. Emilie exprime sa colère face à ce qu'elle prend pour de la déconsidération des patientes et d'elle-même: Pour protester, elle a cessé son activité chirurgicale au centre hospitalier et n'assure plus que les consultations en orthogénie pour des IVG médicamenteuses. Cela a des répercussions sur l'activité d'IVG puisque, depuis son départ et le départ en retraite de la gynécologue obstétricienne dont elle a pris la relève, le seul accès à une IVG chirurgicale est offerte par le Docteur T. dans le centre périnatal le plus proche – à 40 km. Le docteur T. n'a d'ailleurs pas pu se rendre au staff aujourd'hui, puisqu'il est mobilisé ce matin au bloc de son établissement pour des IVG chirurgicales, dont le nombre a d'ailleurs considérablement augmenté du fait de ce dysfonctionnement organisationnel. Emilie ajoute que cette organisation nécessite une grande vigilance de la part des secrétaires, car il leur faut s'assurer que les femmes qui sollicitent une demande d'IVG n'aient pas besoin d'une IVG chirurgicale. Comme Emilie ne peut plus proposer qu'une réponse médicamenteuse, si les secrétaires ne prennent pas cette précaution au moment de la prise de rendez-vous, faute de disponibilités du bloc opératoire, la réponse médicamenteuse proposée sera inadaptée, et cela pourra poser des problèmes très sensibles pour les termes avancés (même si les délais de rendez-vous au CPP le plus proche sont courts, il y a un risque d'engorgement). Extrait de notre journal de terrain. Récit de la prise de parole d'Émilie, MG, (vacation d'orthogénie à l'hôpital) lors du staff de la commission IVG du réseau périnatalité régional, décembre 2018.

Leur travail d'argumentation consiste en la réaffirmation des normes qui encadrent cette pratique : iels explicitent les procédures administratives (détail des forfaits pour la cotation des actes, modalités de remboursements des médicaments que les professionnel.le.s en cabinet de ville doivent fournir aux patientes) mais aussi les procédures médicales (dosages médicamenteux, temporalité des parcours, éligibilité des méthodes en fonction des termes gestationnels, contre-indications, prescription des antalgiques, etc.), renvoient aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, en particulier lorsque celles émanant d'instances différentes (HAS ; CNGOF) font apparaître des contradictions. Iels procèdent au rappel des évolutions de la loi (suppression du délai de réflexion, recueil du consentement, allongement des délais légaux pour les différentes méthodes abortives), évoquent les résultats des évaluations suite aux expérimentations menées pour l'ajustement de certaines procédures, etc). Pour se prémunir de la critique de banalisation de l'IVG, iels insistent en outre sur le partage des responsabilités, entre celles qui sont données aux patientes (notamment dans l'effectuation du contrôle du bon déroulement des différentes étapes de l'IVG à domicile, dans le contrôle de la régularité et de la quantité des saignements, dans celui de l'effectivité de l'expulsion, dans la gestion de la douleur avec la prise d'antalgiques²⁸) et celle qui incombe aux professionnel.le.s de santé médecin en insistant par exemple sur le temps nécessaire à la dispense d'une information de qualité aux femmes. Leur travail d'argumentation revient ainsi à une revendication de professionnalité (CASTRA, 2003) en appui sur leur rationalité biomédicale, et sur la tradition d'assistance associée à leur profession. Cette double conception de l'éthique et ce double registre de légitimation permettent d'affirmer que cette prise en charge n'entre pas en confrontation avec les principes adoptés dans d'autres champs de leur pratique médicale.

Ce travail de médiation contribue à la construction de l'orthogénie comme objet du travail médical, ainsi qu'à l'évolution des représentations des professionnel.le.s. Au congrès des sages-femmes libérales de novembre 2018, Marjorie Agen témoigne de l'importance qu'ont eue les mobilisations de l'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO) :

« Je pense que tout le monde n'est pas encore sensibilisé. Mais ça progresse. Tenir un stand comme ça, y a encore 5 ou 6 ans, tu pouvais avoir des regards, ou... La nénette qui passe et qui dit « Ah non non, moi j'en ferai jamais ! », mais sur un ton vachement plus agressif que ce que tu as pu voir tout à l'heure, là... Heu, ça devient

28 Le contrôle de l'efficacité de la méthode par les β HCG, soit par dosage plasmatique soit par dosage urinaire, est d'après les recommandations HAS 2010 fiable, facile à faire et à lire par la patiente. Environ 30% des patientes ne viennent pas à cette visite et ne font aucun contrôle, se fiant à leur ressenti pour juger de l'efficacité de la méthode.

presque une évidence que les sages-femmes commencent à faire des IVG, je pense que c'est notre petit travail, au fur et à mesure, qui a permis ça. »

Parmi les sages-femmes que nous avons rencontrées lors de notre enquête de terrain, nous identifions deux sages-femmes appartenant à cette catégorie ; il s'agit de Florence et de Marjorie, qui, d'ailleurs, ont toutes deux été des personnes – ressources pour notre démarche d'enquête – comme si la facilitation d'une recherche sur leur pratique trouvait spontanément sa place dans leur travail de médiation. Elles ont des profils sociaux similaires : toutes deux sont issues de milieu agricole, nées dans une famille nombreuse, et, âgées d'une quarantaine d'années au moment où nous les rencontrons, sont au mitan de leur carrière. Elles se distinguent par un « poly-engagement » (SAWICKI, SIMEANT, 2009) dans diverses associations militantes, sportives, culturelles ou confessionnelles qui nourrit, sinon explique, le sens de la solidarité dont elles font preuve dans leurs interactions avec autrui dans le cadre de leur travail. Elles sont dotées d'un fort capital d'autochtonie, entendu comme l'ensemble des ressources que procure l'appartenance à des réseaux de relations localisés. Ces ressources symboliques ne tiennent pas d'un capital économique, ni culturel, mais de la notoriété qu'elles ont acquise et entretenue sur un territoire singulier (RENAHY, 2010), en lien avec leur trajectoire professionnelle. Leur connaissance des enjeux financiers aussi bien que des rapports de pouvoir entre les actrices du champ, comme leur expertise pratique et relationnelle, leur ont permis de voir reconnaître leur légitimité à jouer ce rôle de médiation. Dotée.s aussi d'un grand pragmatisme, elles connaissent les ressources comme les limites de l'action collective, et ont vu reconnaître leur capacité à se positionner comme porte-parole :

« Chantal, elle me traite de Mac Gyver... Genre il faut résoudre un truc, on va trouver une solution, on va se débrouiller ! (rires). A l'hôpital, y a eu des moments où j'ai remplacé la cadre... Et quand tu l'as fait un moment, et que ça roulé, ben qui c'est qu'on vient voir quand la cadre, elle est pas là ? Ben c'est toi ! A ce moment-là, on avait toutes les commandes générales de tout l'hôpital... (...) On commandait tout, du PQ aux médocs, de tout ce qu'y avait besoin dans la maternité... Donc tu devenais pilier (...) Du coup, ça te fait faire un peu de logistique !. Et t'es en lien permanent avec les autres. Même si aujourd'hui, je gère de moins en moins de commandes, parce qu'on est informatisés, parce qu'on a pu sectoriser... Enfin je suis encore la légende du coin, quand il manque un truc. On dit 'Va voir Marjo, elle va savoir comment trouver', quoi »

Marjorie, SF hospitalière

d) Les espaces collectifs de construction du sens de la pratique en orthogénie

L'enquête de terrain a mis en évidence que les professionnel.le.s de santé, pour ne pas rester dans la sidération où les place l'impossible résolution de la contradiction irréductible du

modèle de l'engendrement, ont besoin de disposer de temps et d'espaces d'échanges où construire collectivement le sens de la pratique en orthogénie. C'est ce qui les aide à envisager que toutes les femmes ne vivent pas l'IVG de la même manière, en fonction de leur situation sociale et de leur état émotionnel au moment de l'IVG, de leur histoire personnelle, du sens qu'elles donnent à cette grossesse, mais aussi de leurs représentations sociales du couple, de la relation amoureuse, de la famille, du corps, de la sexualité, etc.

« Je suis sortie de l'utérus obstétrical. Dans la formation de sages-femmes, on te concentre sur l'obstétrique, et t'en oublies qu'il y a une femme avec une histoire, derrière. Tu te retrouves à devoir constater cette globalité de cette femme qui a découvert un jour une sexualité, plus ou moins heureuse, qui a eu des expériences ou pas, bénéfiques ou négatives. »

Marjorie, SF hospitalière

La prise en compte de ces différents éléments les aide à avoir une attitude réflexive sur leurs pratiques professionnelles, et à co-construire le cadre de ce qu'ils envisagent comme « la bonne prise en charge de l'IVG ».

Certain.e.s actrices rencontrées ont exprimé l'importance qu'ils accordaient, dans cette perspective, aux séances d'analyse de la pratique professionnelle, qui ont pu se mettre en place dans la lignée des groupes Balint. Ces séances, qui doivent leur nom à leur fondateur Michael Balint, sont encadrées par des psychothérapeutes ou des psychanalystes. Elles sont destinées à soutenir et donner sens à la relation de soins en aidant les professionnel.le.s à analyser les situations qu'ils estiment problématiques, notamment dans leur dimension conflictuelle, ainsi qu'à trouver « la distance professionnelle nécessaire » (REZNIK, 2009).²⁹ Lorsqu'elles sont organisées au sein des équipes dans les établissements hospitaliers ou les centres de santé, soutenues par l'équipe encadrante et l'administration qui acceptent de les

²⁹ Le portail Analyse des Pratiques Professionnelles détaille les objectifs et les contenus de ces séances qui reposent sur une concertation entre équipes, responsables des services, et intervenant.e.s. Elles sont destinées à donner collectivement du sens et de la cohérence à l'exercice professionnel, lorsque celui-ci conduit à la confrontation avec des situations qui mettent les soignant.e.s en difficulté. L'intervenant.e s'efforcera, dans le déroulement des séances, d'intégrer la diversité des actrices et les différences de points de vue. Le travail peut être centré aussi sur les équipes, leurs fonctionnements, les relations entre les membres, leur organisation. Il s'agit de permettre aux praticien.ne.s de mettre en mots leur vécu professionnel en lien avec la pratique et ses difficultés, de porter l'attention sur ses impacts émotionnels, de mettre au jour les dynamiques et les enjeux sous-jacents aux problématiques énoncées par les participant.e.s dans la relation d'accompagnement. L'analyse de la pratique professionnelle permet à chacun.e de prendre du recul et de réfléchir à ses propres modes de fonctionnement et modalités d'intervention. L'intervenant.e propose des outils d'analyse et différents modèles de compréhension des situations afin d'offrir une plus grande adaptation des réponses proposées, en favorisant l'émergence d'hypothèses ainsi que la production d'options nouvelles dans les modalités d'accompagnement. Le travail vise à mettre au jour les symétries et des asymétries dans la relation, à contribuer à la reconnaissance des motivations individuelles et à leur mise en relation avec les rôles professionnels, à identifier les représentations, les croyances et résonances personnelles ainsi que leur incidence sur les pratiques. Les professionnel.le.s de santé sont ainsi invité.e.s à différencier leur fonction et de leur personne, l'intention et de l'action, et iels apprennent par là les frontières à poser pour le respect de soi et des autres dans le cadre de leur mission. Les séances contribuent au développement des compétences relationnelles, au repérage du cadrage de l'action et des différentes articulations au sein des équipes. Elles sont pensées pour aider au développement des coopérations. Cf. analysedespratiques.com/intervention-et-groupes-d-analyse-des-pratiques

financer, elles permettent la prise en compte des déterminants sociaux et psycho-affectifs de la survenue des grossesses non désirées, de réfléchir à leur survenue dans une dimension systémique

Ces séances sont souvent mentionnées comme le cadre qui leur a permis l'évolution de leurs représentations. Ils ont pu, dans ce cadre, exprimer leur désarroi, en comprendre la source, adopter un regard réflexif sur les modalités du contrôle social exercé dans le cadre des consultations d'orthogénie, d'appréhender la violence symbolique de la logique paternaliste sous-jacente au colloque singulier (DENISE, DIVAY *et al.*, 2022) et de fonder leur éthique du care en orthogénie :

« Y en a qui viennent pour la cinquième fois... Les premières fois, ça me gonflait un peu, j'avais tendance à les engueuler... Et après... On a tout un travail de réflexion, de supervision, avec un psychanalyste ou un psychologue, et ça a changé... »
Pierre, MG

D'autres professionnel.le.s valorisent la participation à des colloques où les pratiques professionnelles sont envisagées au prisme des sciences sociales, qui les aident à se décentrer de leur seul regard clinique sur la pratique de l'IVG :

« Paul Cesbron³⁰, c'est LA personne en obstétrique qui a compris qu'on ne pouvait pas avancer en obstétrique si on n'avancait pas du côté de la culture générale... Lui, c'était un passionné d'Histoire.... Lui, il pense que c'est par le passé qu'on comprend l'avenir, voilà (...) Y a d'autres éléments qui peuvent te permettre une... Par exemple, la philo peut te permettre une réflexion vraiment plus. Plus... Enfin, dans un sens plus profond, moins linéaire... Comme ça... Enfin, plus horizontale ».

Chantal Birman, congrès des sages-femmes libérales, 2018.

Pour d'autres, la réflexion sur l'orthogénie s'est étayée dès lors qu'ils ont pu disposer d'un temps de travail hors de leur contexte habituel d'exercice, ce qui leur permet de rencontrer d'autres publics, d'entretenir un réseau de partenaires, de confronter ses pratiques. Christelle insiste beaucoup sur l'importance d'une prise de distance avec son lieu de travail et sa mission en orthogénie, comme si la position d'extériorité que cela lui donne est aussi ce qui permet de faire sens dans la pratique.

³⁰ Paul Cesbron, gynécologue-obstétricien, ancien militant communiste, engagé pour les droits des femmes et la médecine de proximité, a été l'un des co-fondateurs de l'ANCIC en 1979. Il a aussi fondé la Société d'Histoire de la naissance en 2000, qui organise plusieurs journées d'études chaque année, sur des questions relatives à la naissance. Y participent différent.e.s actrices du monde universitaire, philosophes, sociologues, historiens et psychologues, aux côtés de professionnel.le.s de la santé sexuelle et reproductive.

« Le fait de travailler au centre de planification, donc de travailler pour le Conseil Départemental, j'ai un temps extérieur qui me convient très bien. Avec une ouverture sur ce qui se passe sur le département, qui me plaît énormément. (...) j'ai un temps extérieur pour faire mes interventions en milieu scolaire. Mon temps extérieur, je l'utilise aussi pour les réunions qui se passent sur DI., la plupart du temps. C'est très intéressant, d'avoir ce temps extérieur. Je me suis aussi rapprochée de la coordinatrice de la région, voilà, du réseau périnatal, et du coup, de la commission IVG. »

Christelle, sage-femme en centre d'orthogénie, CH de S1.

e) La fonction support du secrétariat

L'enquête a montré aussi le rôle central du secrétariat dans la construction de ce que les actrices définissent comme le « bon accueil des femmes » : il faut selon elleux avoir des compétences organisationnelles (pour permettre une orientation rapide des femmes dans leur parcours, en fonction des temps de présence des professionnel.le.s dans les services et des calendriers gestationnels), disposer de certains savoirs médicaux pour être en capacité de dispenser des informations précises (notamment au téléphone, puisque les secrétaires³¹ sont les premières interlocutrices des femmes), mais aussi des compétences relationnelles (respect de la discrétion, non jugement, sens de l'écoute).

Jacques, gynécologue-obstétricien, est responsable d'un pôle Femmes-mères-enfants dans un hôpital récemment construit, qui effectue plus de 3000 accouchements par an et environ 1000 IVG. L'administration de l'hôpital, pour gérer un tel volume d'activité, avait préalablement pensé l'organisation du secrétariat du pôle avec une équipe de 22 secrétaires dont une partie tournerait en alternance pour gérer l'activité de l'orthogénie. Jacques s'est opposé à cette conception managériale en imposant le principe d'un fonctionnement avec un secrétariat spécifiquement dédié à l'orthogénie :

« J'ai dit : 'Je veux pas travailler comme ça, c'est pas possible !' (...) Il faut que les femmes aient une personnalisation dans leur sortie. Et j'ai réussi... Y a plus que 5 secrétaires, qui tournent à tour de rôle, toujours les mêmes, avec qui on entretient des liens... Faut impliquer tous les professionnels. Mais la direction voulait tout mutualiser... Pour eux, tout le monde peut tout faire : non !!! C'est pas vrai ! On ne fait bien que ce qu'on fait souvent. (...) Pour éviter l'absentéisme, les gens, faut qu'ils aient l'impression qu'ils ont tous un rôle à jouer, qu'ils se sentent indispensables ! »

³¹ Nous faisons là aussi le choix d'employer le féminin pluriel pour désigner les personnes qui occupent cette fonction, du fait du fort taux de féminisation des postes occupés (90%) In *Cabinets médicaux. Portraits statistiques*, Observatoire des Métiers des professions médicales, 2014.

L'observation a montré qu'il pouvait en être autrement, dans un contexte d'exercice très différent. Il s'agissait cette fois du CPP de D2, de petite taille, avec une équipe beaucoup plus réduite, qui comprenait seulement deux secrétaires (à 0,8 ETP chacune). Là c'est l'autonomie laissée aux secrétaires dans la gestion de leurs interactions avec les professionnel.le.s de santé qui a été donnée à voir. Cette marge de manœuvre est souvent saisie pour participer à la construction d'un service de qualité rendue aux femmes dans les parcours d'IVG.

« Stéphanie entre, furieuse, dans le bureau de Florence. L'anesthésiste qui vient de recevoir J. (13 ans) fait obstacle à l'intervention chirurgicale prévue le surlendemain, au prétexte qu'un délai de réflexion d'une semaine n'a pas été respecté. La mère et la fille sont dans son bureau, effondrées. Stéphanie s'emporte : 'Si je m'écoutais, je l'emplâtrerais ! J'ai téléphoné en bas [pour joindre l'anesthésiste, au premier étage du centre hospitalier] pour dire qu'il avait pas le droit, je voulais descendre le livret pour lui montrer que c'était écrit noir sur blanc, que non, c'est plus une semaine, la réflexion !'. (...) »

Extrait de notre journal de terrain, CPP de D2., juillet 2018.

Finalement c'est le Docteur T. qui descendra argumenter avec l'anesthésiste, et obtiendra que l'IVG ait lieu comme convenu. Mais, sans l'intervention scandalisée de Stéphanie, celui-ci n'en aurait pas été informé, et l'anesthésiste aurait pu obtenir que l'intervention soit repoussée. C'est aussi parce que les patientes ont senti qu'elles pouvaient venir pleurer dans le bureau de Stéphanie.

f) Le rôle du compagnonnage

L'article R.4127-68-1 du code de la santé publique³² rappelle le principe du compagnonnage dans la transmission des savoirs en médecine. L'observation a permis de constater que, lorsqu'une forme de compagnonnage existe entre un médecin et une sage-femme, l'établissement d'une culture commune leur permet de construire la pratique de l'IVG comme un objet du travail médical au même titre que les autres.

Dans le CPP de D2, Florence travaille aux côtés d'un gynécologue, le Dr. T, le premier à être arrivé dans la maternité (alors qu'elle n'était pas fermée), il y a près de trente ans. Iels se connaissent donc depuis le début de la carrière de Florence ; iels ont vécu, ensemble, les évolutions du service, et travaillent en relation étroite dans un cadre qui permet des interactions fréquentes, car les locaux sont petits (2 bureaux, 4 salles de consultations, 1 pièce équipée d'un échographe, qu'iels partagent, 1 secrétariat, 1 chambre, 1 kitchenette qui sert de salle de pause). Un lien de connivence et de respect mutuel s'est tissé entre elle et lui au fil du temps, peut-être en lien avec leurs deux trajectoires biographiques et professionnelles : formé d'abord en Belgique, puis en région parisienne, le Dr T. ne s'est jamais senti en position de domination, du fait qu'il

³² Le médecin partage ses connaissances et son expérience avec les étudiants internes en médecine durant leur formation dans un esprit de compagnonnage, de considération et de respect mutuel

ne possède pas l'expertise théorique d'un obstétricien³³. Elle a une grande curiosité intellectuelle, un goût de l'apprentissage des savoirs pratiques et scientifiques, qu'elle souligne avec fierté, en même temps qu'elle fait preuve de beaucoup de pragmatisme (ses collègues se tournent vers elle lorsqu'il faut résoudre un problème pratique). Au cours des observations que nous avons pu mener, il nous est arrivé de voir la sage-femme et le gynécologue « échanger » des dossiers et des rendez-vous avec des patientes, en fonction de contraintes qui pouvaient survenir de manière impromptue, mobilisant soudainement l'une ou l'autre. Il n'était pas rare que le Dr T., en situation d'incertitude, vienne solliciter l'aide de Florence, qui occupait dans les mêmes locaux un mi-temps dédié à un poste administratif d'encadrement. Nous retraçons ici un échange. La secrétaire frappe un jour à la porte du bureau :

La secrétaire :- Florence ? Heu... Faudrait que tu voies....

Florence : - Alors, elle est enceinte ?

La secrétaire : - Non, par contre, faudrait vraiment que tu voies.

Florence se tourne vers moi : « Alors, voilà, je suis au bureau, mais des fois, voilà... » (Elle enfle précipitamment sa blouse pour rejoindre le Dr. T. en consultation.).

La secrétaire, riant : « Je savais que ça l'attirerait ! », puis à l'attention de Florence qui est déjà dans le couloir : « Oui, apparemment, c'est un dossier pour toi ».

Extrait de notre journal de terrain, juillet 2018.

Ce compagnonnage leur permet d'approfondir leur sens clinique, pour les « cas complexes » sur le plan médical comme sur le plan psycho-social. Iels ont par exemple effectué à tour de rôle le suivi de la grossesse d'Amandine, patiente schizophrène accompagnée aussi par les services de la PMI. La question de la sollicitation des services de la protection de l'enfance au moment de l'accouchement a été l'objet de nombreux débats entre le Docteur T. et Florence durant le temps de notre présence sur le terrain, dans leurs bureaux ou en salle de pause. Pour les IVG, iels partagent ce même souci d'avoir une attitude empathique envers les femmes.

Nous les avons vus se mobiliser pour le cas d'Emeline, 14 ans, venue en consultation avec sa mère. L'adolescente est calme, déterminée, un peu intimidée ; sa mère est quant à elle effondrée. Pendant la première demie heure de consultation, Florence fait « comme d'habitude », s'adresse posément à elles deux, expliquant les procédures à suivre, les choix à effectuer, les rendez-vous à prendre. Puis, sentant la profonde détresse de la mère, Florence est sortie de la salle d'échographie où elle les recevait, pour aller chercher le Docteur T. qui n'avait pas de patiente à cette heure-ci. Elle lui a demandé de prendre son relais en poursuivant la consultation « type » avec la jeune fille, et a invité la mère à venir lui parler, seule, dans une salle à part.

Extrait de notre journal de terrain, juillet 2018.

³³ Journal de terrain, entretien avec le docteur T., juillet 2019.

2. La valorisation de l'autonomie professionnelle

L'enquête a montré que, lorsque les professionnelles peuvent faire valoir leur autonomie dans l'organisation du travail, que ce soit dans le cadre d'un exercice libéral ou au sein d'une équipe, iels sont davantage enclin.e.s à exprimer le sentiment de proposer une prise en charge qu'iels estiment bonne, et qui les valorise en retour.

a) En exercice collectif

C'est le cas dans la ville C4, où un groupe de sages-femmes de la maternité s'occupe de toute l'activité d'IVG, qui se pratique presque exclusivement par voie médicamenteuse, jusqu'à 14SA. Plusieurs facteurs structurels expliquent qu'elles exercent ce monopole sur l'activité d'orthogénie. Avant la mise en place de ce protocole, le choix de la méthode abortive était déjà contraint, la maternité ne proposant pas d'intervention chirurgicale sous anesthésie locale, et très peu d'interventions chirurgicales de toute manière, car d'après Wendy « *le chef de service freine un peu sur les IVG chir, il ne veut pas faire les petits termes ni les termes avancés, et puis il n'y a pas beaucoup de place dans le programme de bloc non plus* ». Souvent, les femmes qui demandaient des IVG chirurgicales étaient renvoyées au CHU1 du département voisin avec lequel il est lié par un GHT. En outre, beaucoup de médecins qui étaient en capacité de prendre en charge les IVG sont depuis peu parti.e.s en retraite, dans la maternité, et aucun médecin généraliste ni gynécologue médical ne propose cette offre de service en médecine de ville. La petite équipe de sages-femmes du CIVG, au nombre de 5 à l'époque de l'enquête, toutes âgées de moins de 50 ans, n'était pas satisfaite des conditions de prise en charge. Wendy raconte : « *On donnait des mif (Mifegyne) entre deux portes* ». La loi de modernisation de notre système de santé en 2016 est venue conforter leur souhait de repenser un protocole de prise en charge, en leur offrant la légitimité qui leur manquait. Cette volonté rencontrant celle du chef de service (qui pouvait là entièrement leur déléguer cette prise en charge), elles ont mis en place un protocole d'expérimentation, avec une prise en charge par voie médicamenteuse exclusive jusqu'à 14 SA. « *Là, ça nous donnait l'autonomie dans la gestion des IVG médicamenteuses* », explique Wendy et « *le sentiment de faire mieux que les médecins* », car elles procèdent alors au suivi global des patientes. La représentation qu'il s'agit là d'un meilleur accompagnement tient selon elles au fait que les avortantes ne rencontrent plus de multiples interlocuteurices durant leur parcours d'IVG. Nous faisons l'hypothèse que c'est aussi parce que le travail abortif ne fait plus l'objet d'une division qu'entre une ou deux sages-femmes, sur quoi, ce faisant, elles ont ce sentiment d'exercer un monopole sur l'activité d'orthogénie. Cet engagement a été

confirmé par leur montée en compétences : l'une des sages-femmes a suivi un DIU d'orthogénie aussitôt après la publication du décret d'application de la loi, en 2017, et les autres ont suivi une formation plus courte en interne (via l'organisme Medicformation). L'expérimentation menée en 2018 est d'abord reçue avec méfiance, pour dire le moins, au sein de leur communauté professionnelle. Wendy rapporte qu'au staff de la commission IVG en décembre 2017, les médecins à qui avait été annoncée l'expérimentation « *ont failli faire une attaque* »³⁴. Mais, procédant à une évaluation stricte de ce dispositif, elles ont été en mesure de présenter les très bons résultats de l'expérimentation l'année suivante, lors du staff où nous étions présente³⁵. Confortées dans leur expertise par ces résultats, les sages-femmes effectuaient pendant cette présentation un travail de « construction de la confiance » auprès des groupes professionnels concurrents, qui faisait valoir leur professionnalité et renforçait leur légitimité.

b) En exercice libéral

Nous l'avons vu dans l'analyse des dynamiques à l'œuvre dans le marché du travail des sages-femmes, les professionnelles apprécient l'autonomie que leur laisse l'exercice libéral. Sur un plan organisationnel, déjà, par rapport à l'exercice hospitalier où les procédures sont standardisées : « *On a envie d'avoir son cabinet arrangé comme on veut, faire les dossiers comme on a envie de les faire* », explique Bérangère. La gestion de son planning est aussi plus souple : elle se laisse une certaine latitude pour faire face aux urgences, notamment celles des consultations d'orthogénie.

« On peut décaler un rendez-vous ! Je viens de voir une dame, ça l'arrangeait de revenir mercredi pour la première prise des médicaments, parce qu'elle ne travaille pas. Mon planning est complet pour mercredi, mais c'est pas grave, je décale ou j'annule un rendez-vous, y a pas de raison qu'elle passe après. »

Si la gestion du temps médical est plus libre, le choix de l'approche thérapeutique l'est également, en fonction des savoirs et des expériences que la trajectoire professionnelle a permis d'acquérir. Bérangère explique par exemple qu'elle prescrit systématiquement des anti-nauséux pour « *supprimer les symptômes de la grossesse* », en même temps qu'elle administre le médicament abortif.

Les sages-femmes libérales revendiquent aussi, on l'a vu, de disposer d'une latitude plus grande qu'à l'hôpital pour donner toute sa place à la dimension relationnelle de l'interaction

³⁴ Leurs craintes portaient sur les risques de complications induits par la prise en charge médicamenteuse à des termes avancés de grossesse.

³⁵ Le protocole n'induisait pas plus de complications ni d'échecs pour des termes avancés que pour les IVG médicamenteuses effectuées à 9 SA. Elles ont effectué cette année-là 94% des IVG par voie médicamenteuse, soit 195 sur un total de 207.

avec les patientes. Introduire une personnalisation du soin semble n'avoir pas de prix dans cette économie des échanges qui semble proche du don-contre-don (MAUSS, 1925):

« Il m'est arrivé de proposer à une patiente très angoissée de lui faire de la relaxation. Oui, je passe trois quarts d'heure à la relaxer, pour être payée 19 euros et ça m'arrive même de pas faire payer. Dans des cas comme ça, j'arrive pas à me dire 'elle est venue, elle a pleuré, on a parlé, j'ai donné ce que je pouvais donner, et je vais lui faire payer sa séance ?' Bon faudrait pas qu'il y en ait trop des comme ça, hein, évidemment !!! Mais je trouve ça beau. Et j'aimerais que pour moi, si ça m'arrivait, j'aimerais trouver cette écoute-là. Bon, faut trouver le juste milieu. »

La « beauté » de cette transaction autour de la souffrance semble tenir ici à sa gratuité, comme si la sage-femme se sentait là dans une sorte d'obligation morale de ne pas réinscrire l'échange dans une économie formelle qui en trahirait le sens. En prenant soin de cette manière de sa patiente, Bérangère ne donne pas seulement une séance de relaxation : elle donne également quelque chose d'elle-même, qui n'attend pas de reconnaissance dans ce colloque singulier, mais dans un au-delà de l'interaction. Bérangère semble attendre que le « savoir rendre » défini par Marcel Mauss provienne non pas de la patiente, mais d'un.e autre soignant.e, dans un avenir hypothétique ; elle décrit son engagement dans la transaction comme si sa prise en charge de la souffrance l'engageait en même temps qu'il fondait une forme de contrat social, ce qui, plus loin dans l'entretien, lui permet de dire : *« Je suis surprise de dire que je prends du plaisir à faire ces consultations-là »*.

Parfois, le gain se situe ailleurs, sur un plan économique et médical cette fois, quand la prise en charge ponctuelle d'une IVG permet de gagner en visibilité sur un territoire, d'élargir la patientèle pour un suivi gynécologique ou un suivi de grossesse ultérieur,

« Les dames qui n'avaient plus de suivi gynéco se remettent dans un suivi gynécologique, c'est un moyen de récupérer des patientes qui avaient quitté le circuit »

Françoise, sage-femme libérale³⁶.

Nous avons montré dans ce chapitre que le sens donné à l'activité d'IVG est fonction du cadre d'exercice des professionnelles, qui leur donne plus ou moins d'autonomie pour trouver comment se placer dans l'interaction avec la patiente dans la demande d'IVG, et comment

³⁶ Cet extrait d'entretien est emprunté avec son accord au matériel de terrain récolté par Emma, étudiante sage-femme, dont nous avons accompagné la recherche sur l'état des lieux de la mise en place de l'IVG médicamenteuse chez les sages-femmes libérales en 2018.

s'inscrire dans l'économie des coopérations à une échelle plus large, celle d'un service hospitalier ou d'un territoire (une ville ou un département).

Dans le chapitre introductif de son plaidoyer pour l'avortement, Philippe Faucher écrivait abruptement : « *Personne ne fait médecine pour devenir un avorteur* ». Il signifiait par-là que son engagement dans l'activité d'orthogénie, pour laquelle il milite aujourd'hui très activement, avait été le produit de rencontres successives ayant contribué à la conversion de son regard sur l'IVG. Saisissant cette invitation à réfléchir, dans une dimension diachronique cette fois, aux processus de socialisation professionnelle qui participent de la construction de cette pratique comme objet de travail médical, nous allons maintenant envisager la manière dont les trajectoires professionnelles et biographiques des sages-femmes leur permettent de dépasser les registres d'incertitudes ménagées par la confrontation entre les normes médicales et sociales dans la prise en charge de l'IVG.

CHAPITRE III. L'approche de la construction de l'orthogénie comme objet du travail médical par les socialisations

La transformation des identités professionnelles est le produit d'interactions, de bifurcations dans la carrière (DUBAR, 1998) qui opèrent une (re)socialisation des agent.es, susceptible d'introduire une démarche réflexive sur les pratiques professionnelles. Si, pour Durkheim, « *chaque profession (...) constitue un milieu sui generis qui réclame des aptitudes particulières et des connaissances spéciales, où règnent certaines idées, certains usages, certaines manières de voir les choses* » (2003 [1922] :48) il importe donc de comprendre comment l'acte abortif est appréhendé durant la socialisation professionnelle des sages-femmes, et comment l'apprentissage théorique et pratique contribue à la fabrique de la grammaire génératrice de la pratique de l'avortement au sein du groupe professionnel. Dans ce chapitre, nous montrerons comment se transmettent, durant la formation initiale, des modèles de comportement professionnel, d'attitudes et de valeurs autour de la médicalisation de l'avortement, et plus spécifiquement, comment, par l'intériorisation de représentations négatives de l'avortement, l'IVG peine à être construite comme objet du travail médical (HARDY, 2015).

Notre enquête montre en effet que les professionnel.le.s de santé peinent souvent à trouver comment estomper, sinon trouver les arrangements pour dépasser les contradictions inhérentes à la grammaire de l'engendrement développée par Luc. Boltanski. Laissé.es dans un embarras éthique et émotionnel, iels n'ont souvent d'autre choix que d'adopter une posture professionnelle crispée sur des représentations stigmatisantes de l'IVG. Nous avons vu que la pratique de l'orthogénie ne permet pas toujours, dans les conditions structurelles où elle se produit, d'endosser un positionnement professionnel autre que celui, dominant, qui n'interroge pas les normes reproductives, les normes de la parentalité et les normes de genre, et partant, d'incorporer une représentation de l'IVG autre que celle d'un acte médical « pas anodin » suite à un « échec » de la contraception.

En appui sur une réflexion au sujet de la fabrication de l'habitus professionnel, entendu comme « système de dispositions durables et transposables qui, intégrant toutes les expériences passées, fonctionne à chaque moment comme une matrice de perceptions, d'appréciations et

d'actions, et rend possible l'accomplissement de tâches infiniment différenciées, grâce aux transferts analogiques de schèmes permettant de résoudre les problèmes de même forme » (BOURDIEU, 1972 : 178-179), nous tâcherons de montrer que la formation initiale des sages-femmes est insuffisante pour qu'une conversion du regard professionnel puisse s'opérer sur le sens du mandat en orthogénie. Plus précisément, nous nous sommes attachée à dénaturiser cette disposition à agir des sages-femmes (ZOLESIO, 2012), autrement dit leur « maternalisme », entendu comme mode de gouvernement des conduites des avortantes (THIZY, 2016).

Afin de transmettre aux sages-femmes les savoirs nécessaires pour exercer un mandat qui s'est vu progressivement renforcé, l'enseignement des sciences maïeutiques a connu récemment d'importantes transformations. L'élargissement progressif du champ de compétence vient en bouleverser l'économie des coopérations interprofessionnelles en santé sexuelle et reproductive, et induit de nouveaux enjeux dans la construction de l'identité professionnelle. Celle-ci se construit sur la base de l'intériorisation d'un questionnement sur la place du groupe professionnel dans la hiérarchie médicale. Il en découle un questionnement sur sa légitimité actuelle dans la conduite de l'action publique en matière d'orthogénie, du fait que le groupe professionnel a incorporé les représentations professionnelles héritées de son histoire, durant laquelle elles ont dû lutter pour se défaire du stigmate de l'avorteuse (CAHEN, 2016). Autrement dit, il s'agit aujourd'hui pour elles d'opérer un renversement du regard sur l'orthogénie. Notre enquête montre que ces mutations ont pour effet de produire un habitus clivé, se traduisant par de profondes ambivalences à l'égard de l'IVG, bien que s'observent des variations selon l'âge et l'ancienneté des professionnelles. Nous nous attacherons à décrire ici les tensions qui se font jour dans la construction de cet objet du travail au cours d'une première séquence temporelle, celle des études de maïeutique.

A. STRUCTURATION DE L'HABITUS PROFESSIONNEL DES SAGES-FEMMES

Durant les premiers cycles des études médicales, pour toutes les spécialités, un apprentissage théorique s'opère, avant l'effectuation des stages pratiques en milieu hospitalier : l'objet du travail, entendu comme ce qui guide le travail des professionnelles, ce qui donne du sens à leur activité, se construit au plus fort de l'abstraction, par l'étude des phénomènes biologiques au travers de matières différenciées (chimie, biologie, statistiques, etc.) avant même

d'étudier les pathologies par leurs manifestations corporelles chez les patientes (HARDY, 2015). Au début des études, l'objet du travail n'est pas encore incorporé, il est un sujet d'examen théorique, un ensemble de connaissances abstraites. C'est le cas pour l'ensemble des spécialités concernant les organes (en l'occurrence, ceux de la reproduction), pour une fonction (l'endocrinologie par exemple) ou encore les techniques (la radiologie, la chirurgie). Ainsi la pratique de l'IVG est-elle aujourd'hui construite comme « objet de travail » : en tant qu'elle est intégrée dans le champ de la santé sexuelle et reproductive, elle fait sens d'abord comme objet de connaissances théoriques.

Maud Gelly montrait en 2006 que celles-ci étaient insuffisantes dans la formation des médecins, comme si le legs hippocratique¹ continuait de peser sur l'orientation du curriculum. Son étude quantitative des volumes horaires consacrés à ces questions dans les formations médicales soulignait la très faible importance accordée à la contraception et à l'avortement, par rapport à l'ensemble des autres thèmes abordés. Pour la préparation du concours d'internat, l'IVG ne représentait alors qu'un item sur 300 à étudier. L'analyse statistique des annales de concours d'internat avait permis à la sociologue d'évaluer comment cet item était investi par l'institution elle-même : seulement 1,2% des questions du concours portaient sur l'interruption de grossesse, dont la moitié étaient en outre centrées sur l'interruption médicale de grossesse. 2,2% des questions du concours d'internat portaient sur la contraception, avec une centration majeure sur la pilule, envisagée par ailleurs exclusivement sous l'angle pharmacologique (dosages, pharmacodynamique, effets secondaires et contre-indications). Lorsque les questions concernaient la gynécologie, elles étaient centrées sur la ménopause, le post-partum, le diagnostic pré-natal et post-natal. Maud Gelly déduisait la centralité de la fécondité dans l'ensemble des questions portant sur la santé sexuelle, où l'avortement se trouvait, en pratique, invisibilisé.

La sociologue montrait également que cet enseignement purement théorique avait pour effet de contribuer à fixer les normes contraceptives et reproductives durant les études², en découplant les savoirs experts des savoirs expérientiels préalables des étudiant.es : après leur

¹ La phrase « Semblablement, je ne distribuerai à aucune femme de pessaire abortif » qui figurait dans la traduction du serment d'Hippocrate proposée par Emile Littré en 1839, a disparu après la loi Veil. Aujourd'hui, le Code de la santé publique – qui a intégré en 1979 le Code de déontologie médicale aux articles R. 4127 et suivants – donne le cadre juridique nécessaire à l'exercice des professions médicales, alors que le serment d'Hippocrate n'a d'autre valeur que symbolique.

² Maud Gelly a procédé à une analyse des représentations des étudiant.es en médecine sur la contraception et l'avortement en leur soumettant un même questionnaire au début puis à la fin du deuxième cycle des études de médecine (correspondant aux années de formation commune à tous les médecins, avant leur orientation dans les différentes spécialités). Une analyse qualitative, menée à partir d'entretiens passés auprès d'étudiants en troisième cycle, montrait de surcroît l'influence de la formation clinique sur la fixation des normes contraceptives et reproductives dans la formation médicale au début des années 2000.

formation, pratiquement tous.tes pensent que la contraception est la meilleure prévention *contre l'IVG*. Cette dernière n'est plus pensée comme outil de prévention *contre la grossesse*, ni comme condition d'une sexualité épanouie, contrairement à ce qu'ils le pensaient encore au début de leurs études médicales. De même, les travaux de la sociologue montrent que la formation médicale tend à surévaluer l'efficacité théorique des dispositifs contraceptifs, en sous-estimant leur efficacité pratique³. Son analyse souligne le processus d'ancrage à l'œuvre durant les études médicales : celui-ci, « par le travail de la mémoire » incite « la pensée constituante » à s'appuyer « sur la pensée constituée, pour ranger la nouveauté dans les cadres anciens, dans le déjà connu » du « système d'accueil notionnel » en amont et en aval de la formation des représentations sociales (JODELET, 1994 : 56). C'est ainsi que selon Maud Gelly, la formation initiale des médecins contribue à reconduire les représentations négatives de l'avortement et de la contraception : dans ce système d'accueil notionnel, les femmes sont toujours exclues du savoir médical, assignées à une fonction reproductive, et leur autonomie décisionnelle s'oppose à celle des médecins. Pour elle, l'institution médicale se montre incapable de préparer les étudiant.es à un mode relationnel avec les femmes dans lequel ils seraient en capacité de se décentrer de leur position dominante dans les consultations de contraception et d'IVG. Dans le récit de son parcours professionnel, P. Faucher (2021 :18) évoque ainsi l'indifférence avec laquelle il a appris, dans les années 1980, à traiter les femmes dans leur parcours d'IVG, durant son internat :

« Je pose les lamineuses quand j'ai le temps, une fois libéré de la salle d'accouchement et des urgences. Souvent j'ai faim et j'effectue ce geste le plus vite possible, sans trop d'échanges avec la patiente, pour rejoindre rapidement la salle de garde. »

L'attribution de nouvelles compétences en gynécologie au groupe professionnel des sages-femmes est à l'origine d'une transformation des pratiques d'enseignement en matière de contraception et d'IVG. L'enquête a montré que l'orthogénie est désormais construite comme objet du travail dans la formation initiale des sages-femmes, mais encore bien souvent selon les paradigmes dominants dans le champ de la santé sexuelle et reproductive, celui du « risque » d'un « échec contraceptif » qui demeure « à éviter ».

³ L'efficacité d'un moyen de contraception s'évalue en fonction de l'efficacité théorique et de l'efficacité pratique. En effet, l'utilisation parfaite du moyen de contraception ne prend pas en compte les aléas de la vie (oubli de pilule, usage incorrect du préservatif, mauvais positionnement du diaphragme, nausées, prise de médicament), qui peuvent venir troubler le bon usage et donc l'efficacité théorique du moyen de contraception. L'efficacité théorique d'un contraceptif est calculée à partir de l'indice de Pearl qui correspond au pourcentage de grossesses non désirées pour cent femmes ayant opté pour le même moyen de contraception durant une année complète, en l'utilisant de manière optimale. En général, il est convenu que plus l'indice Pearl est bas, plus la méthode contraceptive est fiable. Par exemple, la pilule hormonale présente un indice Pearl de 0.3 % (selon le site ameli.fr). L'efficacité pratique tient compte du risque d'utilisation dans la vie réelle.

I. L'IVG dans le programme officiel des études de sciences maïeutiques

1. L'IVG dans les enseignements théoriques

Pour connaître la place des enseignements théoriques dévolus à l'IVG dans la formation initiale des sages-femmes, nous avons procédé à une analyse quantitative et lexicographique des contenus des unités d'enseignement des premier et second cycles des études, ainsi que des référentiels de formation, consultables sur le site de la Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique et des arrêtés relatifs au diplôme de formation générale en sciences maïeutiques⁴. Nous cherchions à répondre aux questions suivantes : sous quels termes l'orthogénie est-elle détaillée dans les contenus ? dans quelles unités d'enseignements apparaît-elle ? quel volume horaire lui est-il consacré ? quelles disciplines sont-elles mobilisées pour l'appréhender ?

Encadré 16. L'universitarisation des études en sciences maïeutiques

Une réforme d'ampleur, mise en place à la rentrée universitaire 2020-2021, a modifié les modalités de recrutement dans les filières médicales (maïeutique, médecine, odontologie) et dans la filière pharmacie. La première année commune aux études de santé (PACES), instaurée en 2010 a disparu. Elle a été abrogée par l'arrêté du 4 novembre 2019 pour donner place partout en France au Parcours Accès Spécifique Santé (PASS) et aux L.AS (Licences Accès Santé). Le nombre de places en 2^o année (numerus apertus) pour les différentes filières Maïeutique Médecine Odontologie Pharmacie Kinésithérapie (MMOPK) est fixé par les universités, en fonction de leur capacité de formation et des besoins définis par les agences régionales de santé (ARS). L'accès en MMOPK reste donc sélectif. Les études de maïeutique comprennent deux cycles de formation. Le premier conduit à la délivrance du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques conférant le grade de licence. Le deuxième cycle conduit à la délivrance du diplôme d'Etat de sages-femmes conférant le grade de master. Cette formation permet l'accès à un troisième cycle, le doctorat. Elle marque l'intégration des études de sages-femmes françaises dans le schéma européen de l'enseignement supérieur (LMD), initié par le Processus de Bologne (1999).

Les enseignements conduisant au diplôme de formation générale en sciences maïeutiques et au diplôme d'Etat de sages-femmes comprennent des enseignements théoriques, méthodologiques, appliqués et pratiques ainsi que l'accomplissement de stages. Ils sont organisés par disciplines et sous forme d'unités d'enseignement articulées entre elles, réparties entre des UE du tronc commun, et des UE librement choisies. Un semestre pédagogique équivaut à 30 crédits ECTS. Le contenu des études de sages-femmes est décrit dans les annexes

⁴ Cf. <https://www.cnema.fr/cnema/formations/le-contenu>

des arrêtés relatifs au diplôme de formation générale en sciences maïeutiques pour le 1er cycle⁵ et au diplôme d'État de sage-femme pour le 2nd cycle⁶.

Le programme officiel fixe les objectifs de formation en matière de contraception et d'avortement. Durant le premier cycle, certaines des unités d'enseignement peuvent être mutualisées entre différentes filières de santé⁷, essentiellement avec les étudiants de médecine. L'unité d'enseignement « Gynécologie », spécifique à la filière, doit permettre d'acquérir « *des connaissances sur la réalisation de l'examen clinique gynécologique, les étapes de la vie génitale de la puberté à la ménopause, et la régulation des naissances, répondant aux enjeux de prévention et de prescription* ». Ce module est pensé pour acquérir également les connaissances nécessaires « pour prévenir, informer, éduquer dans les domaines de la sexualité, de la fécondité et l'infertilité, et des problèmes gynécologiques dont les infections sexuellement transmissibles », ainsi qu'à « *prévenir le risque de grossesse chez les adolescentes* », et « *acquérir des connaissances sur les aspects physiopathologiques et les bases pharmacologiques des traitements* ». La déclinaison des objectifs pédagogiques de ce module souligne combien le paradigme des « risques » et de la « pathologie » qu'il convient de prévenir et de traiter domine toujours, dans une conception de la santé sexuelle des femmes envisagée sous sa dimension biomédicale essentiellement. Solène, étudiante sage-femme à l'école de D1 rapporte en 2018 que la question de l'IVG a été abordée seulement à la marge d'une réflexion sur les aspects éthiques et relationnels du deuil périnatal au cours du premier cycle de sa formation initiale :

« On n'a pas vraiment eu de cours à proprement dits. Après, c'est des choses qui sont venues quand on a abordé notamment l'IMG . (...) On a eu plutôt des séances, avec des associations⁸ qui sont venues nous en parler, plus que des cours théoriques,

⁵ Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques, BO n°30 du 25 août 2011.

⁶ Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme, BO n° 15 du 11 avril 2013.

⁷ Cela concerne les unités d'enseignement en « sémiologie », « tissus sanguin », « de l'agent infectieux à l'hôte », « Hormonologie – Reproduction », « Génétique médicale ». (https://cnema.fr/cnema/formations/formation-initiale_trashed/le-contenu). D'autres UE sont spécifiques à la filière, intitulées « Société, Santé, Humanité », « Santé Publique, démarche de recherche », « Sémiologie Générale », « des systèmes : Appareil cardiorespiratoire, reins et voies urinaires, systèmes digestifs, locomoteur, neurosensoriel, dermatologique ». Les unités d'enseignement « Gynécologie », « Puériculture, néonatalogie, pédiatrie », « Obstétrique, maïeutique » sont plus spécifiquement relatives à la santé génésique des femmes, au suivi prénatal, périnatal, post-natal. Une unité d'enseignement optionnelle, librement choisie, s'ajoute à cette déclinaison des enseignements, ainsi qu'un certificat, informatique et internet). Des apprentissages cliniques (TP et stages) complètent cette formation théorique, pour permettre d'appréhender la relation de soin.

⁸ L'association Petite Émilie a notamment été créée en 2003 par Caroline Lemoine, suite à la mort de son enfant quelques heures après sa naissance. L'association, d'abord fondée pour venir en aide aux parents confrontés au choix ou à l'obligation d'interrompre une grossesse pour raisons médicales, à la mort d'un fœtus in utero ou à celle d'un nouveau-né, s'est saisie en 2005 de l'affaire « Saint-Vincent de Paul » après le scandale de la découverte des corps de 351 fœtus et enfants morts nés dans le service d'anapathologie de cet hôpital. L'affaire a donné lieu à des débats houleux sur le statut du fœtus dans la recherche médicale, la prise en charge des corps après le décès, et la législation encadrant les droits des patient.es. L'association s'est emparée de cette affaire pour sensibiliser l'opinion publique à la problématique de l'interruption médicale de grossesse. Son travail de représentation des parents auprès des pouvoirs publics et des institutions a largement contribué à la construction du

parce qu'en soi, c'est vrai qu'y a pas grand-chose de théorique vraiment à savoir. C'est là où l'IVG a été évoquée. Parce qu'en y repensant, c'est vrai que j'ai pas eu proprement de cours en soi. »

Un autre module du premier cycle est consacré à l'enseignement des aspects « médico-psycho-socio-démographiques » de la planification familiale, en abordant l'histoire de la contraception, ses « enjeux » et « paradoxes sociétaux ». La suite du texte des annexes de l'arrêté du 19 juillet 2011 souligne que la contraception est étudiée davantage sous l'angle médico-légal : les enseignements sont censés en donner la définition, renvoyer aux textes législatifs afférents, détailler les différentes méthodes, évoquer la notion d'observance contraceptive, d'efficacité théorique et pratique des différents dispositifs contraceptifs, mais aussi la surveillance médicale nécessaire et les interactions médicamenteuses.

Pour le second cycle, la formation théorique s'articule autour de trois axes qui se déclinent en regroupements thématiques pluridisciplinaires⁹. L'arrêté, publié en 2013¹⁰, fixe les objectifs généraux des différents modules. Pour le module « gynécologie, santé génésique et assistance médicale à la procréation », 2 des 13 objectifs généraux concernent plus spécifiquement la prise en charge de l'IVG¹¹ ; les autres concernent la conduite des consultations de contraception, y compris en période périconceptionnelle (2), le suivi gynécologique de prévention, la connaissance des enjeux de la lutte contre les IST et plus particulièrement le VIH et les bonnes pratiques de dépistage, le dépistage des pathologies gynécologiques (notamment via l'échographie), la rééducation périnéale, les aspects médicolégaux de l'AMP, les aspects

problème public du deuil périnatal, en questionnant les dimensions éthiques des expériences douloureuses rapportées par les parents rencontrés. Aujourd'hui, l'association agit également auprès des équipes médicales pour faire reconnaître les besoins des personnes éprouvées par cette expérience et contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles. Sous la direction d'une sage-femme, l'association a ainsi élaboré depuis 2007 un module de formation à destination des professionnels des maternités et étudiant.es sages-femmes autour de l'accompagnement des IMG et du deuil périnatal. C'est à cette association que l'étudiante rencontrée (Solène) fait référence dans son entretien, quand elle évoque les discours qui lui ont été tenus sur l'interruption de grossesse au cours de sa formation initiale. L'association Petite Emilie se mobilise notamment lors des congrès de sages-femmes libérales pour sensibiliser ces dernières à ces missions. (Extrait de mon journal de terrain, Congrès des sages-femmes libérales, Auxerre, novembre 2018).

⁹ Le premier axe regroupe les enseignements et dispositifs de formation qui concourent au développement de l'expertise professionnelle des sages-femmes concernant les actions de soutien, de maintien et/ou de restauration du processus physiologique de la maternité allant de la grossesse au post-partum et de la santé génésique des femmes. Le deuxième axe regroupe les enseignements et dispositifs de formation concourant à l'acquisition de compétences en communication, en économie, en gestion et en management. Le troisième axe regroupe les enseignements relatifs au développement professionnel et aux activités qui peuvent y être associées. Pour le second cycle, *les enseignements se structurent en unités d'enseignement dans les domaines de l'« Obstétrique, Maïeutique, Démarche clinique, Diagnostic antenatal et Médecine foetale », la « Néonatalogie, Pédiatrie », la « Gynécologie, Santé génésique des femmes et Assistance médicale à la procréation », la « Pharmacologie », la « Santé Publique ». D'autres unités d'enseignements concernent les « Sciences humaines et sociales – Droit, Economie, Management et langues étrangères », la « Recherche », la « Clinique ».*

¹⁰ C'est-à-dire avant que le décret n°2016-743 du 2 juin 2016 ne rende effectif l'élargissement du champ de compétence du groupe professionnel à la prescription de l'IVG médicamenteuse.

¹¹ « *pouvoir répondre aux demandes liées au désir d'enfant, à la contraception ou à l'interruption volontaire de grossesse » et « informer et participer à la prise en charge des femmes ayant recours à l'IVG ».*

relationnels d'un « suivi de qualité », personnalisé, favorisant les conditions d'expression et d'écoute, sur les questions de sexualité (où le texte distingue la nécessité d'une attention particulière aux possibles « plaintes »), la connaissance des aspects législatifs et réglementaires des divers motifs de prise en charge.

Les annexes de l'arrêté distinguent ensuite, pour chaque module, des objectifs spécifiques en lien avec les compétences attendues sur chacun des objets du travail des sages-femmes¹². Sans détailler plus avant ce que cette déclinaison donne à voir de la construction du contour du territoire professionnel des sages-femmes (qui fera l'objet d'un chapitre spécifique dans cette thèse), nous soulignerons simplement les objectifs spécifiques relatifs à la prise en charge de l'IVG : les connaissances acquises doivent permettre aux sages-femmes « d'accompagner ou d'orienter les femmes dans les périodes pré, per et post-IVG », de « mener un entretien pré-IVG et analyser *l'échec de contraception* »¹³, « connaître les différentes techniques d'IVG », "participer à la surveillance post-IVG », en particulier pour tout ce qui concerne la contraception.

L'acte d'IVG est donc bien construit comme objet du travail médical. Il est mentionné, à plusieurs reprises et sous ses aspects légaux, techniques, médicaux et relationnels, dans les contenus des enseignements dispensés aux sages-femmes, bien avant l'élargissement de leur champ de compétence. Mais la formulation des objectifs de la formation initiale ne permet pas de saisir de quelles manières les dimensions sociales, éthiques et politiques inhérentes au sujet de l'avortement sont abordées. Tout d'abord, sur un plan organisationnel, les annexes ne détaillent pas le nombre d'heures effectivement consacrées à ces enseignements, ni les modalités selon lesquelles cette thématique sera présentée. Sur un plan qualitatif, les annexes des arrêtés fixent que les enseignements doivent permettre d'appréhender les « paradoxes sociaux » de la planification familiale. Il est peut-être question ici, dans l'esprit des

¹². Les objectifs spécifiques du module « Gynécologie, santé génésique des femmes et AMP » sont listés comme suit : Mener une consultation de suivi gynécologique de prévention / Les différents temps de la consultation gynécologique/ Analyse des principaux motifs de plaintes / Prescription des examens complémentaires de première intention / Connaissance des médicaments utilisés en gynécologie inscrits dans les droits de prescription de la sage-femme / Accompagner ou orienter les femmes dans les périodes pré, per et post-IVG / Entretien pré-IVG analyse de l'échec de contraception, Techniques d'IVG / Surveillance et contraception post-IVG / Dépister et participer à la prise en charge des pathologies gynécologiques / Raisonnement médical, démarche clinique / Reconnaissance et identification des signes cliniques / Pathologies fonctionnelles et organiques des organes uro-génitaux et mammaires, Bilan uro-dynamique / Organiser et animer une séance collective d'information auprès d'adolescents sur la sexualité, la contraception et les infections sexuellement transmissibles / Les spécificités de l'adolescence / Sélection des contenus et méthodes d'animation / aborder la sexualité lors d'une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention / Aspects biopsychosociaux de la sexualité/ Principaux motifs de plaintes/ Éducation sexuelle / Prévenir et dépister les violences faites aux femmes / Épidémiologie des violences faites aux femmes/ Médecine légale et démarches de protection / Participer aux activités d'assistance médicale à la procréation/ Infertilité et stérilité du couple : exploration, diagnostic, traitement/ Techniques d'assistance médicale à la procréation / Législation, Bioéthique.

¹³ C'est nous qui soulignons.

rédacteurices, d'analyser le « paradoxe contraceptif français » (BAJOS, FERRAND, 2011) qui permet de penser la régularité du taux d'IVG depuis sa dépénalisation en 1975 comme donnée structurelle de la santé génésique des femmes. Mais le texte des annexes ne précise pas si les outils théoriques apportés aux étudiant.es sont conçus pour appréhender les termes de ce paradoxe, comme les rapports sociaux de sexe, de classe et de race qui sous-tendent la survenue des grossesses des femmes (BOULET, 2020). Ainsi Cornélia, diplômée à l'école de D1 en 2011, rapporte que les enseignements théoriques en matière de psychologie ne l'ont pas suffisamment préparée à la difficulté d'entrer en relation avec ses patientes :

« On a eu des cours de psycho, mais pfff... C'est de la psycho de base, quoi, enfin pas des cours qu'on pourrait apprendre en fac, ça aide pas à accompagner les situations particulières. (...) Parce que c'est en fonction du couple, de comment ils vivent les choses, et voilà... Y a des moments où on va réussir à bien savoir comment ils vivent les choses et pouvoir les aider, mais y en a d'autres où... Où ça marche pas, nan. Moi j'ai eu des couples où j'ai essayé de discuter avec eux, j'ai jamais réussi, parce qu'on sent qu'il y a une barrière ; une distance qu'ils mettent, qu'on n'arrive pas à relever. »

2. L'IVG dans les enseignements pratiques

L'apprentissage clinique des sages-femmes s'effectue au travers de stages réalisés en milieu hospitalier (public et privé) et extra hospitalier (exercice libéral, PMI, maison de santé, cabinet de groupe, ...). Outre l'objectif d'aider les étudiantes à forger leur projet professionnel, la formation dispensée permet de développer les compétences indispensables à l'exercice de leur profession dans ses différents modes d'exercice. Elle renforce l'acquisition des compétences spécifiques et transversales décrites dans le référentiel métier de sage-femme. Les stages pratiques sont envisagés comme dispositifs de transfert de ces compétences ; ils opèrent la mise en relation des enseignements théoriques, techniques, relationnelles et organisationnels dispensés en cours ainsi que l'incorporation des manières de faire, notamment par le compagnonnage :

« On a quatre ans de formation en stages, on voit comment les sages-femmes elles font, elles t'apprennent, tu les suis, t'es avec elles. On fait des accouchements à quatre mains et t'apprends comment tu sens la pression, comment tu surveilles le périnée... »

Julie, 37 ans, sage-femme hospitalière, maternité de niveau 1, 2017.

Ces enseignements pratiques doivent permettre l'exercice d'une réflexivité en « *développant une pratique éthique* », « *l'autonomie et la capacité d'adaptation à des situations cliniques complexes* »¹⁴. Les stages concernent les périodes pré, per natales d'une part, et d'autre part, les périodes postnatales, le suivi gynécologique et la planification familiale. La part des stages hors hôpital facilite l'approche centrée sur le parcours de soin des femmes et des couples mères-enfants. Un stage de longue durée est organisé sur une durée de 24 semaines en deuxième année de master, dont le choix du terrain est laissé à l'étudiante selon son projet professionnel et le nombre d'actes qu'il a réalisés à la fin de la première année du deuxième cycle des études¹⁵. Un stage en laboratoire de recherche de quatre semaines minimum est organisé pour les étudiant.es inscrit.es en parcours recherche.

a) La non centralité de la gynécologie dans les enseignements pratiques

Les programmes fixés par arrêtés comprennent en principe des enseignements pratiques en gynécologie et sur les questions relatives à la régulation des naissances :

« Comme on a développé les compétences de sages-femmes en matière de gynécologie, on fait du coup plus de stages ciblés un peu plus gynéco. »

Solène, étudiante SF, 2018

Mais Philippe Faucher, gynécologue obstétricien, rapporte que dans la formation médicale, les enseignements sur l'IVG sont limités aujourd'hui encore (2021 :19): « *Jamais, pendant mes études de médecine ni pendant ma préparation du concours de l'internat, je n'ai reçu d'enseignement sur l'interruption volontaire de grossesse. (...) En 2020, rien n'a changé. L'enseignement théorique de la contraception et de l'IVG aux internes se déroule en un poignée d'heures et l'enseignement pratique est optionnel.* »

Malgré l'évolution de leur champ de compétence en 2009, la planification et surveillance gynécologique n'occupent pas une place centrale dans l'organisation dans des stages des étudiantes sages-femmes : la consultation de contraception, la prévention des IST, l'IVG et le suivi gynécologique de prévention représentent 8 à 14 ECTS¹⁶ (pour un stage qui doit être effectué en Centre de planification conjugale et familiale, centre d'orthogénie, cabinet libéral ou établissement public ou privé de santé) contre 12 à 16 ECTS pour le stage concernant le suivi prénatal, 20 à 24 ECTS pour le suivi pernatal et 8 à 14 ECTS pour le suivi post-natal. En

¹⁴ Annexe de l'arrêté du 11 mars 2013, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027231825/>

¹⁵ Un ou plusieurs stages (y compris le stage de 24 semaines) peuvent être réalisés à l'étranger ou dans l'Union Européenne dans le cadre d'Érplacement.

¹⁶ Annexe de l'arrêté du 11 mars 2013, https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027231825. 1 ECTS de stage équivaut à 30 heures.

Master 1, dans l'école de D1, les étudiantes effectuent ainsi 4 semaines de stage de suivi gynécologie, contre 8 semaines en prénatal, 8 en pernatal, et 4 en postnatal. Le total des 20 semaines est donc essentiellement centré sur la natalité. Et, en 5^{ème} année, elles doivent effectuer 2 semaines de stage en PMI, sur l'ensemble des 28 semaines de stages au total. Il reste la possibilité de choisir un stage optionnel d'une durée de deux semaines.

« En 5^{ème} année, on a 10 semaines de salle de naissance obligatoires, et après, on fait du coup soit du libéral, soit de l'hospitalier, mais on n'a pas de stage gynécologique imposé. Et si on veut en faire, ce sera plutôt dans un stage optionnel. Mais du coup, que deux semaines. Parce qu'on est obligées de repasser dans tous les services hospitaliers, donc on a moins d'opportunités de faire un grand stage de gynécologie. Et moi, je voulais aller vers la PMI mais apparemment ils prennent pas souvent des sages-femmes sur D.»

Solène décrit ici à la fois les obstacles structurels liés aux choix organisationnels présidant à la construction des « lignes de stage » dans son école, et les contraintes conjoncturelles liées à l'activité des services de protection maternelle et infantile dans la ville où elle poursuit ses études.

b) La centralité de la technicité

L'enquête montre par ailleurs une forte centralisation des discours des enquêtées sur l'apprentissage, durant leurs stages, des gestes techniques observés et/ou pratiqués. Iels soulignent la technicité des gestes abortifs et l'importance du regard clinique pour la bonne effectuation de l'intervention. Cette centralité de la dimension manuelle et de la technicité du métier dans le champ médical a fait l'objet de nombreuses analyses et discussions scientifiques (HIRSCHAUER, 1991 ; PENEFF, 1997; CALLON, RABEHARISOA, 1999) .

La centration de cette étudiante sur la bonne effectuation des gestes techniques est peut-être à comprendre, aussi, comme le fruit d'une inquiétude liée à un éventuel sentiment de solitude, dans le cadre même de son stage où elle n'a pas eu l'occasion d'avoir un retour sur sa conduite dans l'exécution de ses gestes. La faiblesse des enseignements théoriques et pratiques est redoublée par un manque d'étayage de la pratique durant les stages. Une interne de médecine générale évoque les conditions dans lesquelles s'est déroulé son stage dans un service de gynécologie du centre hospitalier de P2 :

« L'hôpital, ça reste très hiérarchique, donc nous les internes de médecine générale, dès qu'on avait un souci, on devait appeler l'interne de gynéco. Nous, on en était au troisième semestre, mais lui c'était son premier stage, donc il était pas du tout formé non plus, mais vu que c'était notre 'réfèrent', c'était quand même lui qu'on devait appeler. Il découvrait comme nous... On a un peu été lâchés avec l'échographe, ça a été très succins. Ils nous ont montré une fois ou deux. A la base ils nous avaient

dit « Vous aurez une semaine, on vous formera bien ». Et puis, au final... (...) Ils nous avaient expliqué brièvement. Pis on avait un classeur avec tout... Si la dame vient pour faire ça, faut faire ça, ça, ça. Avec tout ce qu'on devait dire, quand est-ce que qu'on devait la reconvoquer ... La secrétaire, elle imprimait les feuilles explicatives sur le déroulement de l'IVG, on n'avait plus qu'à donner les papiers, faire signer et expliquer oralement à la patiente. »

Marion, étudiante MG, 2017.

Cet extrait d'entretien fait la lumière sur la division du travail abortif telle qu'elle se présente dans la formation médicale : l'enseignement légitime que l'avortement soit décliné en un faisceau de tâches, dans lequel les médecins ne s'occupent délibérément que des aspects cliniques et techniques de la prise en charge, où les objets (matériel médical, documents administratifs) prennent une importance considérable. Le manque de formation théorique aussi bien que la pauvreté des interactions avec les seniors dans la pratique de l'IVG génèrent chez les jeunes internes un sentiment d'avoir à se satisfaire d'un bagage minimal de savoirs scientifiques, et d'être laissé.es seul.es pour acquérir une habileté technique pour les gestes opératoires comme pour l'utilisation du matériel de prise en charge. Un écart existe entre la rhétorique formelle des seniors annonçant un compagnonnage qui servirait de support à la transmission des connaissances, et les modalités effectives de transmission de la pratique. Dans le récit de cette jeune interne, les trois étudiant.es de spécialités différentes (gynécologie et médecine générale) ont le même niveau d'inexpérience lors de leur premier stage en orthogénie dans le service de l'hôpital. Leur apprentissage consiste à connaître et suivre un ensemble de conduites à tenir durant les différentes consultations. L'engagement au respect des procédures, support de l'apprentissage de la responsabilité médicale, montre la centralité des aspects médico-légaux dans les contenus de la formation sur l'IVG.

L'extrait d'entretien mené avec Marion montre également que l'engagement dans les interactions avec les femmes en demande d'avortement est pensé comme un rapport social dans lequel les professionnel.les n'ont pas à se départir de leur position de domination. Les étudiant.es apprennent que la patiente doit se conformer au rôle de malade (venir à l'heure aux rendez-vous, signer, recevoir les informations). La formation ne les aide pas à comprendre ce que peuvent être ses besoins sociaux et psychologiques, et encore moins à reconnaître ses savoirs profanes en matière de contraception.

De même, les stages pratiques ne permettent pas toujours d'apporter un étayage réflexif sur la pratique, qui servirait à opérer le travail émotionnel qui permet de dépasser l'effroi devant la contradiction inhérente au modèle de l'engendrement. Dès lors, se concentrer sur la technicité du geste demeure la seule manière de ne pas se laisser envahir par des pensées parasites lors de

l'intervention. Émilie, médecin généraliste vacataire en CIVG, raconte ses premières expériences où, encadrée par une gynécologue-obstétricienne, elle a été socialisée à la pratique instrumentale de l'IVG :

« Je sais que les chir, ça fait longtemps qu'ils ont tout dépersonnalisé, mais heu... Moi, je me suis dit « Bonjour l'ambiance !! ». Y avait F. à côté, qui gesticule dans tous les sens, qui discute avec tout le monde... Moi j'étais là... 'Non mais pourquoi je suis là ?'. F. m'a dit : 'Bon, on va se laver les mains.' Et je me suis un peu concentrée sur mon lavage chirurgical des mains. (...) Et là, avec la pince, elle met de la Bétadine sur sa compresse, le spéculum est pas encore posé, et vous rentrez avec la pince de 20 cm (...) Et pis elle me montre les instruments, les bougies de dilatation du col, tout ça. Elle me montre avec la première, comment on fait, et pis après elle me dit : 'Tiens, t'as qu'à faire comme ça !'. (...) Et, la bougie de 10, là, j'osais pas pousser. Donc à la fin, elle a pris ma main, pour me montrer à quel point on pouvait pousser fort... On est là, comme des chochottes... Donc du coup, ça m'a aidée, techniquement... Après, finalement, je suis comme tout médecin : quand je suis dans le geste, je regarde ce que je fais, je pense plus au reste. A partir du moment où on était dans le geste technique, ça m'a plus posé de souci. (...) »

Bien sûr, il s'agit là d'une généraliste, déjà habilitée à l'exercice médical, et détentrice de la compétence chirurgicale. Pour les étudiantes sages-femmes, l'enquête a montré cette même propension à se centrer sur la bonne effectuation des gestes techniques pour écarter les doutes, les angoisses, les jugements moraux qui peuvent venir parasiter la pratique. Solène témoigne que la focalisation sur le geste technique lui a permis d'apprendre à opérer le « travail émotionnel » de mise à distance de ses propres émotions pour correspondre aux attentes sociales sur la scène du travail (HOCHSCHILD, 2017) :

« Tenir l'échographe, c'est encore différent, hein ! C'est-à-dire d'être devant l'image, pendant l'opération, de voir l'image, ça... Un coup où c'était un terme avancé, ça fait quand même bizarre, hein. J'ai pas eu l'occasion de pratiquer beaucoup d'échos, c'est vrai que c'est assez sensible, voir les cœurs, tout ça. Bon, l'interne m'a bien guidée, donc j'étais surtout concentrée pour avoir l'image, tout ça, pis je pense qu'au final, on se coupe, de toutes façons. Enfin voilà, d'être concentrée, j'ai pas trop cogité, je pense que c'est inconscient, mais ça se fait. C'est plus après, quoi, qu'on... »

c) L'organisation de la formation pratique comme ordre négocié

La mise en œuvre des enseignements peut faire l'objet d'appropriations locales et résulter d'interactions individuelles. La distribution des stages est, en pratique, une construction qui relève d'un « ordre négocié » (STRAUSS, 1992) reposant sur une série de conventions entre les institutions, les formatrices et l'étudiante. L'enquête a montré en effet que, durant le cursus de formation initiale, les étudiantes disposent de (relatives) marges de manœuvre pour

élaborer leur projet professionnel et construire un arrangement dans lequel elles parviennent à défendre leurs intérêts propres, en même temps que ceux du groupe professionnel auquel elles appartiennent et du monde social dans lequel elles entrent en interaction avec d'autres groupes concurrents. La pratique de l'orthogénie allant à l'encontre de sa foi, Cornélia s'est par exemple arrangée pour avoir la probabilité la plus faible possible d'être confrontée à l'obligation de participer à une IVG, en construisant stratégiquement sa « maquette » d'enseignement de manière à y échapper, tout en respectant les conventions prévues dans la réglementation de la formation, et sans perturber le fonctionnement des équipes de soins qu'elle a intégrées durant son parcours. Cornélia reconnaît avoir délibérément choisi ses stages en tenant compte de la réglementation de l'école, des choix organisationnels des services proposant une offre de soins en orthogénie, de leurs contraintes d'activité¹⁷ :

« Dans la formation, on a les stages imposés. Mais par exemple la PMI, centre de planification ou libéral, il faut en faire un des trois, on n'est pas obligées de... Moi je suis passée en libéral, mais je suis pas allée en PMI ni en centre de planification. Y en a très peu qui sont passées en centre de planification. Sur 27, y en a peut-être 4 ou 5... J'ai pas fait de stage en gynécologie non plus, et au CHU c'était là que les femmes allaient pour faire les IVG. Sinon, en première année, on a été obligées de faire un stage au bloc opératoire ; à D. c'était là qu'étaient prises les IVG chirurgicales. Le bloc opératoire pour la gynéco, on voyait les césariennes, les hystérectomies, les soucis de PMA avec les ponctions d'ovocytes, les hystéroscopies, tous ces trucs-là... Mais moi, je suis passée entre les gouttes, j'ai dû voir une IVG en deux semaines. Après, j'avais fait un autre stage en région parisienne, j'avais été à des consultations d'orthogénie, mais quoi ? Peut-être bien une matinée, une journée ? C'était à peu près tout. »

La stratégie d'élaboration de la maquette des stages peut également être fonction des représentations de la direction des établissements. Par exemple, à l'école de D1., la directrice considère que les sages-femmes ne peuvent effectuer de suivi gynécologique de premier recours que si elles connaissent les différentes pathologies de l'appareil reproducteur. L'expertise des sages-femmes dans ce domaine repose selon elle sur leur capacité à identifier les signes de la pathologie : leur compétence se définit par leur capacité à orienter les femmes et à « passer la main » à des médecins habilités à établir des diagnostics et envisager les traitements ad hoc. Dans cette logique, il lui semble primordial que les étudiantes fassent un stage dans le centre d'oncologie de la ville, où elles observeront les modalités de prises en charge des femmes

¹⁷ Joséphine, enseignante en école de sages-femmes, précise : « Les « petites mater, elles ont pas suffisamment d'activité pour avoir une activité journalière, en fait. C'est-à-dire par exemple que pour les interventions ça va être un ou deux jours par semaine, et puis pour les consultations, pareil, y aura pas de quoi remplir toute la semaine. C'est les contraintes d'activités, qui font que certaines n'iront pas en stage. » (Extrait de notre journal de terrain, mars 2022).

atteintes de cancers du sein, de l'utérus et des ovaires. Le choix de rendre ce stage obligatoire, est, en soi, significatif : il témoigne de l'importance que revêt pour elle « *la prise de décision* » dans l'affirmation de la professionnalité, de la légitimité et de l'autonomie des sages-femmes dans le champ de la santé sexuelle. Ce stage participe de la construction de l'objet du travail pour la profession : la connaissance de la pathologie a le caractère d'une nécessité, même si cette dernière ne relève pas officiellement du champ de compétence des sages-femmes : c'est autour de la pathologie qu'est définie, en creux, leur juridiction.

Les modalités de construction du parcours de formation professionnelle et les expériences effectuées sur les lieux de stages sont donc très variables. La socialisation professionnelle à l'activité d'orthogénie dépend également des valeurs prédominantes au sein des cultures locales et des établissements de formation.

II. Des modalités d'enseignement de l'orthogénie marquées par les cultures locales

L'agencement matériel des enseignements revient à la direction de chaque école de sages-femmes. Ce système induit une forme d'arbitrarité dans la déclinaison opérationnelle de la formation initiale dispensée sur l'IVG dans les établissements. L'enquête a montré des modalités d'enseignements contrastées d'un établissement à l'autre ou d'un territoire à l'autre, fonction d'un nombre important de variables qui peuvent contraindre la socialisation des sages-femmes à l'orthogénie.

1. L'hysteresis de l'habitus du groupe professionnel

Celle-ci peut aussi être en partie façonnée par les choix organisationnels passés des établissements de santé, où perdure une forme de division du travail abortif laissant peu de place aux sages-femmes, : ainsi, au CHU1, où les sages-femmes réalisent un grand nombre de leurs stages. Rattachée à l'UFR des sciences de santé sous la forme d'un département pédagogique de maïeutique, cette école demeure une structure hospitalière. La place du CHU y est prépondérante dans la formation, tant dans les enseignements théoriques que pratiques, avec la participation de structures hospitalières périphériques et du secteur libéral pour les stages. L'implication des praticien.ne.s hospitalier.e.s dans la formation théorique et pratique y est très importante. Et, comme au sein du CHU1, la pratique de l'orthogénie est exclusivement assurée par des médecins généralistes vacataires, les étudiantes y côtoient peu de sages-femmes

impliquées dans l'activité même d'IVG. En mobilisant une notion empruntée d'abord à la science économique (DAVID, 1985) et reprise ensuite par la science politique (PALIER, 2010), nous analysons ce peu de place laissée aux sages-femmes dans l'activité d'orthogénie au CHU de D. comme le résultat d'une « dépendance au sentier » entendue comme processus d'autorenforcement d'un choix initial dans les prises de décision d'une politique publique. La difficulté à revenir sur les choix passés peut s'expliquer, pour nombre de professionnel.les de santé formé.es peu de temps après la promulgation de la loi Veil, par l'hypothèse de la régression vers les habitus (DOBRY, 2009). Selon cette hypothèse, le passé d'une société, ce qu'elle a été et les expériences qu'elle a connues tendent à persister et à façonner jusqu'aux perceptions et comportements des actrices dans les moments mêmes où le monde social change autour d'eux. L'hypothèse de la régression vers les habitus rapporte cette forme de survivance du passé à l'inertie particulière des systèmes de dispositions intériorisés par les individus (ou habitus).

L'exemple de la directrice de l'école de D1 illustre cet hysteresis de l'habitus (BOURDIEU, 2002) : durant sa socialisation familiale et professionnelle, elle s'est forgée une représentation très négative de l'IVG, qui a perduré dans le temps :

« Je suis diplômée depuis 1981. La formation était complètement différente, les étudiantes faisaient partie de la maternité, on avait un internat, on faisait les gardes avec les sages-femmes. En gynéco, où y avait la partie orthogénie. C'était le truc un peu obscur... D'ailleurs, y avait une surveillante de l'orthogénie et de la gynécologie qui nous faisait toujours peur. Je me souviens, on avait une image un peu grise, c'était des couloirs éloignés, on y associait aussi la mort in utero, enfin voilà. L'organisation des lieux faisait que les femmes n'étaient pas en maternité, elles étaient hospitalisées là, à part dans le service, un peu comme une honte, voyez, comme un truc caché... C'était à la fin des années 1970, la loi était passée récemment, mais ... On nous apportait plutôt le côté jugement... N'oublions pas que nous avons eu des études vraiment faites dans cet esprit judéo-chrétien, hein ! Plus mon éducation catholique là-dessus... Pour moi c'était assez difficile de prendre de la distance. (...) L'IVG, j'arrivais jamais vraiment à m'en approcher, quoi. (...) »

Attachée aux représentations de l'embryon et du fœtus qu'elle s'est forgée durant son exercice en tant que sage-femme employée dans un service de médecine fœtale, elle a longtemps conservé, en partie, les réticences d'une profession pour laquelle l'IVG peine à être admise dans la définition de l'objet du travail. Titulaire d'un diplôme d'échographie, d'un diplôme de médecine fœtale obtenu en 1992, Valérie a ensuite effectué une recherche en sciences humaines « sur la prise de décision dans le diagnostic anténatal ». Pendant plus de vingt ans, elle se passionne pour les questions éthiques auxquelles les professionnel.les de santé se confrontent dans leur pratique de l'interruption médicale de grossesse. Lors d'études

ultérieures pour devenir cadre sage-femme en 2003, elle réalise un mémoire professionnel pour mettre à jour ses connaissances sur la réglementation de l'IVG : Avant de passer la main à d'autres formatrices, lorsqu'elle décide de refondre la maquette des enseignements de l'école qu'elle dirige, elle dispensait des cours sur l'IVG à ses étudiantes, selon ses dires, de manière « *un peu intégriste* ». Ses cours étaient emprunts de ses questionnements sur les frontières entre l'IVG et l'IMG au plan technique, réglementaire, symbolique, éthique et relationnel. Le respect de l'anonymat des mineures (devenu alors un droit) était enseigné, bien sûr, mais il faisait l'objet d'une réflexion sur laquelle elle s'attardait, ne considérant pas cette évolution de la loi comme une avancée pour l'autonomie des femmes, mais comme un cadre réglementaire pouvant placer les professionnel.le.s dans des situations d'incertitude. La survenue possible de complications justifiait selon elle de prôner la nécessité d'informer les parents du projet d'avortement de leur fille. Elle faisait part de ses réflexions sur la dimension éthique de l'allongement légal des délais de prise en charge en 2001, en s'appuyant sur la projection de photographies de fœtus à 10, 12 et 14 semaines d'aménorrhée¹⁸.

« C'était des pratiques que je connaissais, mais... Y avait eu le changement de la loi, on était passés à 14 SA... Et moi, ça m'avait énormément questionnée, en tant que sage-femme du diagnostic anténatal. 14 semaines, l'enfant est un fœtus¹⁹, en fait ! Jusqu'à 12 semaines, c'est encore un embryon... Donc ça bouleversait complètement les pratiques !!! Y avait eu le rapport Nisand, aussi, à ce moment-là... au nom du fait qu'il y avait 5000 mineures qui allaient se faire leur IVG à l'étranger... Et nous, on avait aussi très peur que certaines femmes, sous couvert d'une IVG, fassent des IMG sans passer par les arcanes de l'interruption médicale. En fait, je ne connaissais pas assez la loi. »

Dans ses cours, Valérie insistait également sur les difficultés techniques et symbolique du geste abortif pour justifier d'exclure les sages-femmes de la pratique chirurgicale en arguant qu'« à 14 semaines (...) il faut des opérateurs très très entraînés ». Empruntant au registre de l'horreur utilisé par certains médecins conservateurs opposés à l'allongement des délais de l'avortement, elle justifiait une division technique du travail très rigoureuse : « *Si y a un truc qui se détache... Après, c'est comme piquer une olive... Avec un... Pour récupérer les éléments...* ». Aujourd'hui, elle reconnaît que son enseignement ne permettait pas de prendre en considération la pluralité des déterminants de l'avortement :

¹⁸ On sait que ces méthodes sont employées par les mouvements anti-choix, comme l'association Laissez-les vivre, s'appuyant sur l'émotion suscitée par les images pour dissuader les femmes d'avorter.

¹⁹ Nous notons que Valérie procède par erreur à un renversement syntaxique intéressant dans sa phrase : plus généralement, les professionnel.le.s opposé.e.s à l'avortement usent de l'argument qu'à cet âge gestationnel, « le fœtus est un enfant ». Dans cette forme de rhétorique, le statut juridique est le prédicat du sujet « fœtus ». Dans la phrase de Valérie, la propriété attribuée au sujet devient ici le sujet, pensé au sens métaphysique de « substance » irréductible.

« Je me suis jamais beaucoup intéressée au vécu des femmes... Bon, je m'y intéresse maintenant par le biais des écrits des étudiantes. »

2. Ce que parler de l'IVG veut dire

Nous empruntons l'expression à une réflexion menée par Pierre Bourdieu (1982) sur l'économie des échanges linguistiques à partir de la théorie linguistique d'Austin (1991) pour souligner que l'enquête a montré la portée performative des manières d'enseigner la pratique de l'orthogénie. Les contenus des enseignements ne sont pas dispensés de manière neutre, réduits au seul apprentissage des évolutions de la loi ou des techniques abortives. L'enseignement à la pratique de l'IVG est ici analysé comme Bourdieu le faisait de la parole : il est un acte social qui éclaire les rapports de domination qui s'exercent au sein du champ médical. Il traduit les représentations que les sages-femmes se font de leur légitimité professionnelle à participer à la conduite de l'action publique en matière d'accès à l'IVG.

Nous envisageons ici les enseignements dispensés aux étudiantes sages-femmes dans leur fonction illocutoire : les contenus peuvent transmettre des informations, mais la manière de dispenser les enseignements peut convoier également un message *sur* la pratique et chercher à produire des effets sur l'implication des sages-femmes dans ce segment de la santé sexuelle et reproductive. Les enseignements peuvent être organisés de telle manière qu'ils peuvent donner (quantitativement) une place considérable aux questions relatives à la régulation des naissances dans l'ensemble du cursus. Mais les modalités mêmes de leur énonciation peuvent aussi questionner les rapports de force symbolique inhérentes aux normes contraceptives et reproductives. Joséphine décrit par exemple le caractère obligatoire donné aux stages en orthogénie dans l'école où elle enseigne :

« Les stages au CIVG ne sont pas optionnels. Y a pas de clause de conscience possible. S'il n'a pas été fait en M1, le stage est fait en M2. Donc FORCEMENT, TOUTES, à l'issue du cursus, elles ont leurs deux semaines de stage en CIVG. »

Joséphine, enseignante sage-femme à l'école de maïeutique de T3, novembre 2021

Ce choix organisationnel dicte que les sages-femmes doivent intégrer au cours de leur formation que la pratique de l'IVG fait désormais partie de l'horizon normatif de la profession. Cette dimension performative de l'énonciation est renforcée par le volume horaire des cours théoriques sur les questions de contraception et d'IVG : 10 heures sont aujourd'hui consacrées à l'IVG en L3, dont 3 plus précisément à la pratique de l'IVG chirurgicale, dans l'anticipation des évolutions de la loi autour de l'IVG, et plus particulièrement autour du champ de

compétence des sages-femmes à la pratique instrumentale. Cet enseignement est dispensé par une enseignante sage-femme qui suit actuellement un DU de régulation des naissances dans lequel elle effectue, sous délégation d'un médecin et par compagnonnage, des IVG par voie instrumentale.

La modalité participative est, au sein de cette école, encouragée : les cours théoriques sont renforcés par des exposés dans d'autres unités d'enseignement relatives à la contraception, appropriés sous forme de mises en situation parfois portées dans d'autres arènes professionnelles²⁰. Dans les cours magistraux, certains enseignements sont dispensés par des enseignant.es connu.e.s pour leur militantisme :

« [Les cours magistraux sont donnés par] des gens qui travaillent dans les CIVG, en général encore maintenant, c'est des généralistes, qui sont militants et militants depuis très longtemps. Donc oui, y a la base théorique qui est apportée aux filles, et après, y a l'expérience personnelle, on illustre, on prend position et on interagit... »

L'enseignement n'est donc pas uniquement théorique et pratique. Les contenus dispensés ne sont pas seulement relatifs aux aspects biomédicaux de la régulation des naissances : ici et là, les enseignantes y insufflent une dimension idéologique (là conservatrice, ici résolument féministe). A l'école de Tours²¹, l'approche réflexive sur les pratiques professionnelles pose la nécessité d'interroger les normes contraceptives et reproductives, mais aussi les normes de prescription :

« Nous, c'est des discours qu'elles ont dès le début. Ici, c'est la sage-femme, elle est DU CÔTE DES FEMMES. Et donc ça veut dire les accompagner dans les différents parcours dans le choix de ne pas faire d'enfant, quand elles veulent, avec qui, etc. Donc ça, c'est extrêmement clair, dès le début (...). Ce qui est important, c'est qu'elles comprennent, dans leur parcours individuel, ce qu'un échec de contraception veut dire... C'est aussi attirer l'attention sur ce qu'on prescrit, à qui on le prescrit, comment... Etc. Que ça peut conduire à avoir recours au CIVG... »

²⁰ Joséphine évoque le cas de plusieurs étudiantes invitées à communiquer dans le cadre d'une journée de formation continue organisée à l'attention de divers professionnel.les de santé.

²¹ Le nom de la ville est ici volontairement cité, avec l'accord de notre enquêtée, d'une part, et aussi du fait du rôle important du CIVG dans l'histoire de l'orthogénie en France. (Cf. infra). Le médecin essayiste Martin Winckler (*La Vacation*, 1989), s'est inspiré de son expérience en tant que vacataire au CIVG de Tours entre 1973 et 1979. L'on pourra consulter de cet auteur plusieurs essais et romans relatifs à la santé sexuelle et reproductive, dans lequel il souligne son militantisme. *Choisir sa contraception*, (Fleurus, 2007) ; *Tu comprendras ta douleur - Pourquoi vous avez mal et que faire pour que ça cesse*, (Fayard, 2019) ; *C'est mon corps - Toutes les questions que les femmes se posent sur leur santé*, (L'Iconoclaste, 2020) Il tient aussi des positions très engagées sur la relation de soin (*En soignant, en écrivant* (Indigène, 2000)) ou sur la domination symbolique du corps médical dans *Brutes en blanc. La maltraitance médicale en France*, (Flammarion, 2016). Ses romans, notamment *La Maladie de Sachs* (P.O.L, 1998) et *Le Choeur des femmes* (P.O.L, 2009) interrogent également les différentes dimensions du colloque singulier entre médecin et patient.e..

Dans cette école, l'enseignement est pensé de telle manière qu'il donne une place légitime à l'engagement, au travers d'un temps aménagé dans le cursus pour évoquer l'implication possible des sages-femmes dans des organisations associatives, militantes, syndicales et politiques :

« Cette UE, elle a été mise en place il y a 5 ans, maintenant... On fait intervenir des sages-femmes qui ont un engagement associatif ou professionnel, pour expliquer ce que c'est que s'engager, au niveau associatif ou syndical. Elles parlent de leurs années d'expérience. Chantal Birman est venue, elle a parlé de son expérience en matière d'IVG, son parcours, c'est intéressant »

Le contenu des enseignements est aussi le produit d'un ordre négocié entre les étudiantes et l'institution de formation. Dans son entretien, Joséphine évoque ainsi que l'obligation d'effectuer un stage en CIVG a été obtenue à la suite de revendications d'étudiantes qui exigeaient des cours théoriques sur les contraceptions naturelles en contrepartie. Ces méthodes contraceptives étaient auparavant moins détaillées par les enseignantes, voire délégitimées, car pensées comme émanant des milieux catholiques conservateurs. Les enseignantes ont cependant accepté d'intégrer une réflexion sur l'autogynécologie et les revendications écoféministes (KOECHLIN, 2019) dans leurs modules consacrés à la régulation des naissances.

D'après cette enseignante, toute cette orientation des pratiques pédagogiques (critique, réflexive, participative, aux accents politiques assumés) est le produit de l'histoire de l'école de sages-femmes, marquée d'abord par la figure d'une directrice dans les années 1980 qui articulait la défense des frontières de la juridiction à celle de la légitimité de l'intervention des sages-femmes dans le champ de l'orthogénie :

« A l'époque, la directrice était ce qu'on appelle une maîtresse-femme, qui ne laissait jamais les médecins empiéter sur son territoire. Je dis pas que c'était simple pour elle, hein, mais c'était comme ça. J'ai fait mes études ici il y a très, très, très longtemps... Eh bien, les stages au CIVG n'ont jamais été optionnels. Dès le début. Et je parle des années 80 ! (rires)... Eh bien malgré tout, ça n'a jamais été optionnel, on allait forcément au CIVG. On y passait au moins 15 jours, non, c'était plutôt de l'ordre d'un mois. Contraception et IVG, ici c'est vraiment pas optionnel, depuis très longtemps. »

L'inflexion donnée aux contenus des enseignements s'explique également par l'histoire du centre IVG de la ville²², marquée par les conflits entre des gynécologues-obstétriciens.

²²<http://webdoc-loi-veil.univ-tours.fr/deontologie/commando.html> + https://www.lemonde.fr/archives/article/1979/11/29/des-medecins-du-centre-d-i-v-g-de-tours-assignent-le-professeur-soutoul-en-diffamation_2762689_1819218.html

des courants conservateurs et les médecins vacataires engagé.e.s dans les luttes de l'espace de la cause des femmes.²³. Ces différends ont pris une dimension d'action collective, entendue au sens d'Erik Neveu comme « *agir ensemble intentionnel dans une logique de revendication* » (2015) en faveur de la cause de l'IVG. La judiciarisation et la médiatisation de l'affaire lui ont donné une charge politique, en faisant appel à l'autorité publique pour sanctionner les attaques des membres des mouvements pro-Life identifiés comme adversaires. Ces affaires judiciaires ont été pour les personnels soignants un espace de mise en visibilité de la cause de l'IVG, qui a nécessité une mobilisation des ressources de plusieurs actrices. En effet, un groupe de soutien aux membres du CIVG s'est constitué, fédérant des membres de l'Union des Femmes françaises (UFF), de la Ligue des Droits de l'Homme, de la Libre Pensée, de la CFDT-Santé²⁴, pour organiser une stratégie de défense et de publicisation de l'affaire, avec l'idée de faire de ce procès un exemple. Certain.es se sont constitué.es parties civiles ; le Mouvement Français pour le Planning Familial et l'ANCIC sont venus témoigner à la barre. Le souvenir des dissensions idéologiques, stratégiques, hiérarchiques entre professionnel.le.s²⁵ comme de l'importance du maillage du réseau associatif local et national ont profondément et durablement marqué les professionnel.le.s du CIVG, et, au-delà, les enseignantes sages-femmes investies dans la lutte. Il semble que la mémoire du procès ait agi comme vecteur de la transmission de dispositions militantes chez un bon nombre de professionnel.le.s et d'enseignant.es dans les

²³ En 1980, un procès pour diffamation avait été intenté par les médecins du CIVG contre le chef de service, Jean-Henri Soutoul, qui les avait accusés de confondre " *l'avortement, Marx, Che Guevara et les Khmers rouges* " et reproché au personnel du centre de « *diriger trop souvent les consultantes vers le planning familial de la ville, nettement politisé* ». (Cf. https://www.lemonde.fr/archives/article/1980/03/15/un-non-aligne-de-l-avortement_2817625_1819218.html). Il reprochait aussi à son personnel de déchirer les pages des revues laissées dans la salle d'attente du service, montrant des photomontages de fœtus de 6 mois criant au moment de l'avortement (que l'association Laissez-les vivre avait coutume de diffuser). Ce procès avait suscité coalitions et clivages au sein du personnel et conduit certains médecins à prendre publiquement position. Puis, en 1994, un second procès avait eu lieu. Au début des années 1990, sous la houlette de militant.es dans la droite ligne des mouvements pro-Life qui avaient agité les Etats-Unis au moment de l'apparition et de la diffusion du RU 486, des commandos anti-IVG ont attaqué en France plusieurs établissements de santé où se pratiquaient des IVG. Il y eut plus d'une centaine d'attaques, notamment à Nantes, Colombes, à la maternité des Lilas à Paris (f <http://webdoc-loi-veil.univ-tours.fr/deontologie/commando.html>). A Tours, sous l'impulsion du directeur de l'établissement, le professeur Lansac, un procès a été intenté contre ces militant.es, le premier pour entrave à l'IVG après l'instauration de la loi Neiertz en 1993

²⁴ Odile Montazeau, née en 1950 dans les Deux-Sèvres, entreprend des études de sage-femme au CHRU de Poitiers et obtient son diplôme de sage-femme en 1972. Après un début de carrière au centre hospitalier de Bourges, elle part en 1974 pour exercer au CHU de Bretonneau jusqu'en 1981. La même année, elle entreprend des études pour obtenir le certificat de cadre sage-femme. Après l'obtention de son diplôme à Dijon en 1982, elle dispense dès lors des enseignements à l'école de sages-femmes au CHRU de Tours jusqu'en 2009. Odile Montazeau a eu une importante carrière associative et bénévole : elle adhère au MFPP (Mouvement Français du Planning Familial) entre 1972 et 1973, au MLAC (Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception) entre 1973 et 1975, à l'ANCIC (Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception) de 1982 à 2015. Elle est aussi membre de l'ANSFO (Association Nationale des sages-Femmes Orthogénistes) depuis 2009.

<https://patrimoine.univ-tours.fr/version-francaise/collections-sonores/40-ans-de-la-loi-veil/odile-montazeau-1>

²⁵ Les témoins rapportent que des débats ont eu lieu autour de la nécessité de porter plainte, (certains ayant pu craindre les conséquences qu'une telle publicisation de l'affaire pourrait avoir sur l'avancement de la carrière par exemple), de l'identification des plaignant.es (les femmes ? Les professionnels?) <http://webdoc-loi-veil.univ-tours.fr/deontologie/commando.html>

formations de santé de la ville²⁶. L'école de sages-femmes semble être un lieu où les enseignant.es ont la volonté de transmettre un ensemble de savoirs et de savoir-faire, de valeurs et de normes autour de l'orthogénie, susceptibles de doter les étudiantes de la capacité à reconnaître la contradiction inhérente à la grammaire de l'engendrement. Les enseignements sur l'IVG sont parfois confiés à des associations professionnelles, dédiées au soutien de la pratique de l'orthogénie²⁷

3. Une socialisation professionnelle à la pratique normalisée de l'orthogénie : l'exemple d'Anna formée aux Pays-Bas

L'enquête de terrain a permis de rencontrer Anna, 41 ans, sage-femme hollandaise, installée en libéral dans une maison pluriprofessionnelle de santé dans un département rural français. Diplômée dans son pays d'origine en 2002, et titulaire d'un master en obstétrique qui lui a donné le statut de « physician assistant »²⁸, elle s'installe en 2012 dans la petite ville de L. pour suivre son mari, ingénieur, qui travaille dans une usine voisine.

Ses représentations de la pratique de l'IVG sont façonnées par sa socialisation professionnelle. Durant sa formation initiale, Anna a évolué dans un milieu médical au sein duquel la pratique de l'IVG est normalisée depuis longtemps²⁹ Madeleine Akrich et Bernike Pasveer ont en 1995 comparé les formes d'organisation de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement en France et aux Pays-Bas. Leur rapport montrait notamment une utilisation des techniques très différente et inégale, conduisant à des performances en termes de mortalité et de morbidité voisines, avec cependant de meilleurs résultats du côté des solutions moins instrumentées aux Pays-Bas. Leur rapport a permis d'éclairer une gestion des risques et des moyens appropriés pour assurer la sécurité de la naissance selon des approches considérablement différentes entre les deux pays. En France, le paradigme dominant veut que

²⁶ Voir le témoignage d'Annick Le Floch (Cf. <http://webdoc-loi-veil.univ-tours.fr>)

²⁷ C'est le cas de REIVOC qui, avec le soutien de l'ARS, forme l'ensemble des professionnel.les sur tout le territoire de la région Occitanie. Le réseau intervient notamment à l'école de sages-femmes de Toulouse en 2022. (Cf. <https://reivoc.fr/espace-professionnel>), du réseau REVHO pour Paris et l'Ile-de-France et de la plateforme d'expertise IVG pour la Région Auverne Rhône-Alpes (PLEIRAA, Cf. http://www.pleiraa.org/wp-content/uploads/2021/12/Programme-general-formation-IVG-M_12-21.pdf)

²⁸ Les « physician assistants » (PA) ont, aux Pays-Bas comme aux USA, l'équivalent d'un bac + 5. Travaillant sous délégation médicale, ils ont la compétence diagnostique, sont habilités à élaborer des stratégies thérapeutiques et ont le droit de prescrire les traitements. Ils sont considérés comme des professionnels de premier recours dans les parcours de soins. Ils peuvent exercer dans plusieurs milieux et spécialités médicales (<https://www.aapa.org/download/60509>).

²⁹ Aux Pays-Bas, la première clinique réalisant des IVG a ouvert en 1971 ; l'avortement a été légalisé en 1984, il est couvert par le système de santé depuis 1985, et il est aujourd'hui pratiqué jusqu'à 26 SA. Les Pays-Bas ont un taux d'IVG très faible et stable autour de 8,8 IVG pour 1000 femmes. (Cf. Rapport 2018 du gouvernement sur l'avortement aux Pays-Bas, avril 2020).

tout accouchement soit potentiellement risqué, on l'a vu. Aux Pays-Bas, à l'inverse, l'accouchement est considéré a priori comme un processus physiologique. Ainsi, en 1995, plus de 30% des naissances se faisaient à domicile avec la seule présence d'une sage-femme et d'une infirmière. Le suivi prénatal était assuré par les sages-femmes libérales. La norme est de recourir le moins possible à la technologie, en portant l'accent sur des soins « psycho-socio-somatiques » visant la maternité dans une approche globale ; l'intervention médicalisée semble circonscrite à des cas bien spécifiques. Durant sa formation, Anna a incorporé ces normes, ces manières de faire et de penser. Elle témoigne de la culture professionnelle de son pays d'origine où les représentations de la physiologie et la pathologie diffèrent sensiblement de l'approche française, tout comme, conséquemment, celle de la prise de décision dans le suivi de grossesse :

« Y a des études qui disent que quand y a un streptocoque, y a pas de risques, c'est normal : on le porte tous... C'est quand il colonise l'organisme qu'il pose des problèmes, il PEUT être grave. Combien de fois par an on voit une vraie infection par streptocoques ? Presque jamais, en fait ! Si tu as un streptocoque, pour nous, c'est pas très intéressant. Aux Pays-Bas, on dit que si tu perds la poche trop tôt, si tu as tout le temps des cystites, on va regarder ce qui se passe, et si on trouve un streptocoque, on traite ! Tandis qu'ici, on regarde pour tout le monde si peut-être y a un streptocoque, et TOUT DE SUITE TOUT DE SUITE on traite avec des antibiotiques et on se pose pas de questions, que c'est pas bien pour le bébé d'être sous traitement ! C'est une autre approche. Nous, on attend, on regarde, on écoute : et quand la patiente dit « Aïe, y a quelque chose qui va pas », on traite... Ici, on traite tout le monde pour EVITER qu'une femme tombe malade ! On attend de trouver qui est malade, en fait ! »

Anna, SF libérale, octobre 2018

Dans le modèle hollandais de l'accouchement physiologique, prédomine la mise en rapport directe - presque sans intermédiaire technique - des corps des différent.e.s actrices (femme enceinte, compagnon, sage-femme), en considérant la femme enceinte comme la principale actrice de l'accouchement. Selon ce modèle, la confiance que la femme a en elle-même est primordiale, pour supporter une douleur utile en ce qu'elle renseigne sur le degré de gravité éventuel du cours de l'accouchement.

La conception du domaine de la physiologie s'articule à une représentation différente des périmètres de juridiction des différent.es professionnel.le.s intervenant dans le champ de la santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à des organisations de la division du travail très différentes³⁰. Cela influe sur les représentations qu'Anna se fait de son rôle, de sa posture face

³⁰ La sécurité de la naissance repose sur un couplage approprié entre une femme et un niveau de soins réalisé au travers d'une liste d'indications qui permet d'orienter les femmes, et qui, en même temps, définit la répartition des compétences entre sages-femmes et obstétriciens, laquelle recoupe à la fois des frontières "géographiques" (domicile/ polyclinique /hôpital) et des frontières techniques, puisque l'utilisation de certains instruments est réservée aux obstétriciens (AKRICH et PASVEER, 1995).

à ses patientes, et des événements de la santé gésique pensés comme processus physiologiques, et non comme toujours potentiellement susceptibles de développer des pathologies. Du fait de sa socialisation professionnelle, Anna a en outre une approche spécifique de la douleur. Elle connaît la dimension subjective de son ressenti, produit de l'histoire personnelle de la patiente et de la qualité de l'interaction que cette dernière a eue avec les professionnel.les de santé. L'appréhension respective que les deux actrices du colloque singulier ont de l'intensité de la douleur dépend de l'état de santé général de la femme, de la précision des informations dispensées par la sage-femme, et de sa connaissance de « l'usage social » que la femme a de son corps (BOLTANSKI, 1971) :

« Il faut savoir si tu es en bonne santé, il faut parler, il faut savoir ce que tu veux. J'ai souvent des femmes qui viennent pour une pose de stérilet, des jeunes. Moi, je dis : « C'est ton corps, c'est toi qui décides ce que tu fais avec ! ». Donc je conseille, je donne toutes les informations, et après, c'est toi qui décides ce que tu veux faire. Tu es au courant que ça peut être douloureux... C'est possible que ça n'aille pas, mais c'est ton choix, tu vois »

III. Les mémoires de fin d'études comme lieu de la socialisation professionnelle à la pratique de l'orthogénie

En dernière année d'école de maïeutique, les étudiantes suivent une initiation à la recherche³¹ aboutissant à la formalisation d'un document écrit ainsi qu'à un oral de soutenance, pour l'obtention de leur diplôme d'État reconnu au grade de master. Ce mémoire d'exercice répond à des exigences d'objectivation et de conceptualisation. Il aborde les aspects médicaux, sociaux, anthropologiques, psychologiques, juridiques, éthiques, déontologiques ou historiques d'un thème de leur choix en lien avec la pratique. Sa réalisation répond à une attente de professionnalisation, entendue comme l'ensemble des processus institutionnels de formation et d'évaluation par lesquels on devient professionnel (CRINON et GUIGUE, 2006). Ces travaux, supports d'interactions multiples, renseignent sur les processus de socialisation professionnelle et de construction de l'identité professionnelle. Ils illustrent les transformations contemporaines des représentations et des pratiques professionnelles des sages-femmes et participent de l'accroissement des savoirs experts du groupe professionnel. Cet exercice est aussi le lieu d'une

31 La formation s'est vue renforcer avec la création en 2017 d'un corps d'enseignants-chercheurs en maïeutique, dans le cadre plus large des réformes de l'universitarisation des études de santé visant à modifier l'organisation des soins dans l'objectif de réduire les inégalités de santé.

redéfinition des contours du « mandat » (HUGHES, 1996) du groupe professionnel dans le contexte de l'élargissement de leur champ de compétences.

Dans le cadre de cette thèse, une analyse de contenus a été menée sur un important corpus de mémoires professionnels réalisés par les étudiantes de l'école de sages-femmes pendant la durée de notre enquête de terrain. Nous avons eu un accès direct à ceux déposés à la bibliothèque universitaire de l'école D1, et consulté ceux d'autres écoles accessibles en ligne, en procédant à un repérage des thématiques abordées, au nombre de leurs occurrences sur ces vingt dernières années³². Nous avons commencé arbitrairement cette analyse diachronique à partir de l'année 2000, pour appréhender les changements qui se faisaient jour dans le choix des thématiques identifiées comme objet de recherche par la profession, afin de repérer comment les évolutions de la loi sur l'IVG se traduisaient dans ces productions écrites. L'analyse était là thématique, dans une approche longitudinale et transversale.

L'accompagnement de 13 étudiantes dans leur travail de recherche et d'écriture, tout au long de leur dernière année de formation, nous a permis d'analyser aussi les différentes étapes de la fabrication de ces mémoires professionnels (depuis la formalisation des projets de recherche, leur validation par le comité scientifique de l'école, l'élaboration de la méthodologie, la rédaction avec les étapes de corrections, etc.) L'observation des interactions entre étudiantes et professionnel.le.s lors d'échanges formels (en particulier la soutenance orale) a complété cette analyse.

Ces différents temps nécessaires à l'élaboration des mémoires professionnels correspondent à un processus d'élaboration de l'inférence de la profession (ABBOTT, 1988) entendue comme manière de raisonner sur les problèmes qu'elle a à traiter. Le mémoire est un lieu de formalisation de l'expérience professionnelle : il permet de questionner la spécificité de leur mission et la particularité de leur savoir-faire (JACQUES, 2007). L'écriture des mémoires est en effet destinée à montrer comment les étudiantes pensent, résolvent et déplacent les

32 Nous avons ainsi mené une revue de la littérature sur les sites des écoles de sages-femmes (liste non exhaustive :

- Paris : <https://www.cdof75.info/memoires>;
- Strasbourg : http://theses.unistra.fr/ori-oai-search/thematic-search.html?menuKey=dublin_core&submenuKey=type&id=SAGEFEM;
- Besançon : <https://www.idref.fr/059203552>
- Clermont-Ferrand, <https://tel.archives-ouvertes.fr/MEM-CLERM-ESFbrowse/last>,
- Poitiers : <http://petille.univ-poitiers.fr/thematic-search.html?search=true&menuKey=memoires&submenuKey=UFRformation&id=9304>),
- Tours : https://www.centredoc.chu-tours.fr/index.php?lvl=section_see&id=88&location=6&page=2&nbr_lignes=183&dcote=&lcote=&nc=&main=&ssub=&plettreaut=
- Caen : <https://hal-normandie-univ.archives-ouvertes.fr/MEM-UNIV-CAEN>
- Marseille : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/MEM-UNIV-AMUEU3M/browse/last>

Et aussi <https://www.cismef.org/cismef>; <https://paramedz.com/category/memoire-sagefemme/>

questions auxquelles les confrontent les premiers exercices de leur activité professionnelle. Les recherches ont une visée autocritique valorisée en ce qu'elle permet l'élaboration d'une culture professionnelle commune, et la circulation de savoirs issus de la pratique. Les compétences sont construites sur un mode subjectif, enrichi par une approche réflexive de la pratique. Dans l'objectif qui leur est fixé de « s'interroger vis-à-vis d'une pratique, confronter [leur] questionnement aux données de la science et élaborer [leur] propre jugement »³³, le travail autonome de documentation comme le moment de l'évaluation (à l'écrit et à la soutenance) donnent au mémoire professionnel une dimension métacognitive : y sont discutés les savoirs professionnels sous-jacents à la pratique, comme sont interrogées certaines des catégories de pensée structurant l'exercice professionnel (BALCOU-DEBUSSCHE, 2005).

1. Difficultés pour adopter une approche réflexive des normes professionnelles

Le travail de rédaction du mémoire professionnel est contraint par ses conditions matérielles et temporelles de réalisation. L'exercice impose la conciliation de plusieurs exigences : professionnelles, scientifiques, éthiques, sociales et stratégiques. L'observation a montré que cet effort de conciliation place souvent les étudiantes dans une posture très difficile. Souvent découragées par l'ampleur de la tâche, elles sont incitées à produire un effort d'objectivation scientifique. L'effort de réflexivité est rendu complexe par le fait d'être engagées à la fois dans une pratique socio-professionnelle de terrain et dans une pratique de recherche ayant pour objet et pour cadre leur propre terrain et leur propre pratique.

Le processus de rédaction inscrit en outre le mémoire professionnel dans une communauté discursive : l'écrit se présente dans un cadre social complexe, ses destinataires sont multiples (le chercheur.euse qui encadre le travail d'écriture, les membres du jury appartenant à différents groupes professionnels du champ, les lecteurices ultérieur.e.s en bibliothèque). Tous.tes ont des statuts et des positions différenciées, et de ce fait, des points de vue orientés sur l'activité professionnelle ou sur le savoir expert. Souvent, ils ont des spécialités contrastées et n'ont pas de culture véritablement commune. Cela oblige les étudiantes à avancer sur une ligne de crête, pour répondre à des injonctions qui peuvent être paradoxales : les mémoires doivent contribuer à améliorer les connaissances de la profession par la recherche scientifique, mais ils doivent aussi inscrire celles-ci dans le périmètre de la

³³ Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme

juridiction, celui de la « compétence définie ». Cet échange entre des membres du comité d'expertise des sujets le montre :

« La directrice : - Y a plein de thématiques qui font que la physiologie commence à exploser, et que nous, on va être à cet endroit. Notre rôle, c'est de dire : 'Là, vous pouvez y aller, là vous ne pouvez pas y aller'. Parce qu'on ne peut pas tout prendre en compte ... »

Le professeur : - Comme on est dans la recherche, je leur ai dit : 'ouvrez vos voies ! Il y aura un comité scientifique, il y aura un cadre... Et ce ne sera pas négociable, il sera imposé. La recherche avance pour qu'on ne reste pas dans des sillons trop habituels, trop tracés, eh bien faites un peu de hors piste, mais attention, de temps en temps, le guide arrivera pour vous remettre sur la piste, fût-elle noire, mais solide ! »

Ainsi, l'observation a montré que les sujets relatifs à l'IVG chirurgicale ont été systématiquement retoqués par le comité d'expertise de l'école de D1, du moins pendant les années 2018-2022 où nous avons été intégrée à l'équipe d'encadrant.e.s. L'argument invoqué pour justifier le refus de valider ce choix de sujet était que cette pratique ne relevait pas – à l'époque- du champ de compétence du groupe professionnel. Dans cette logique, la pratique instrumentale de l'IVG ne pouvait être pensée en tant qu'objet du travail médical.

Les étudiantes sages-femmes sont par ailleurs formées à la méthodologie de recherche durant leur cursus. Mais le nombre d'heures consacré à cet enseignement est peu élevé. En outre, elles ne disposent que de très peu de temps pour rédiger ce mémoire professionnel³⁴. Elles n'ont pas les moyens d'une lecture non naïve des phénomènes observés lors de leurs enquêtes de terrain :

« On nous demande un mémoire, c'est quasiment une thèse ; on a plein de statistiques à faire, tout ça... On nous demande à chaque fois de trouver des nouveaux sujets, mais au bout d'un moment, l'obstétrique, ça tourne un peu en rond, quoi !!! Pis on n'est pas du tout formées à faire ça (...) Enfin je pense qu'on fait du travail bâclé, quoi, qui pourrait être beaucoup mieux fait si on avait peut-être déjà plus de temps, et si on demandait peut-être un peu moins de choses. (...) C'est vrai, entre les gardes, les cours, les examens... Le mémoire par-dessus... Pfff... Enfin, bref, personne n'aime le mémoire, je crois, c'est vraiment LA bête noire de la fin des études ! »

Cornélia, SF hospitalière.

³⁴ Soit un équivalent horaire de 120 à 180 heures durant les 3 derniers semestres de la formation. Cf. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Arr%C3%AAt%C3%A9-du-11-mars2013relatif-au-r%C3%A9gime-des-%C3%A9tudes-en-vue-du-dipl%C3%B4me-d'Etat-de-sage-femme.pdf>, page 22. Les étudiantes disposent tout au plus de six mois pour effectuer leur enquête de terrain, traiter les données récoltées, les confronter à la littérature existant sur le sujet puis rédiger le document écrit. Or leur dernière année de formation n'est pas consacrée exclusivement à la rédaction du mémoire : elles doivent en outre assister à des cours et effectuer des stages en alternance.

Dans ces conditions, elles ne peuvent récolter des matériaux répondant parfaitement aux contraintes de validité ou d'objectivation scientifique. L'analyse du corpus de mémoires accompagnés montre que les entretiens sont courts (45 minutes en moyenne), peu nombreux (6 en moyenne), recueillis selon des modalités susceptibles de générer des biais. Ils demeurent le plus souvent informatifs, du fait de questions trop directives. Les étudiantes peinent à circonscrire l'« impureté » de leur empirisme méthodologique (SCHWARTZ, 1993). Faute d'être habituées à consulter la littérature scientifique d'autres champs disciplinaires que celui des sciences maïeutiques, elles mobilisent peu ou mal les concepts des sciences sociales dans l'exploitation de leurs données de terrain. Elles tiennent difficilement compte des composantes contextuelles et structurelles des problèmes sociaux traités, qui leur permettraient de nuancer leurs analyses.

Ensuite, la structure argumentative est très souvent basée sur l'énumération (prépondérance des verbes d'action et des connecteurs d'addition, accumulation des verbatim dans le cas des analyses qualitatives) : l'écriture des mémoires s'en tient fréquemment à la description des faits sociaux sans les analyser. Au mieux, elle est orientée vers une monstration des savoirs pratiques et techniques : c'est ainsi que Tania, dans son mémoire, pense procéder à une analyse des représentations sociales des hormones, quand elle s'en tient à dresser la liste des effets secondaires de celles-ci. Faute d'être en capacité de produire une analyse proprement critique de son corpus d'entretien, elle fait montre de sa compétence professionnelle par l'énumération de ses savoirs acquis : le mémoire devient le lieu d'une présentation de soi. L'énonciation, souvent prise en charge à la première personne illustre une difficulté des étudiantes à trouver la bonne distance avec leur expérience personnelle. L'encadrement du travail de rédaction des mémoires consiste pour beaucoup à attirer l'attention des étudiantes sur l'enchevêtrement des jugements personnels à la rigueur de l'analyse.

Notre attention s'est focalisée plus particulièrement sur les mémoires portant sur l'IVG médicamenteuse et chirurgicale, pour comprendre comment les étudiantes produisent des connaissances sur cet objet du travail dans cette démarche d'autoformation, et comment se construisent les schèmes des représentations de la profession sur cet objet. La revue thématique de ces mémoires professionnels montre la prédominance des études sur les aspects pratiques de la prise en charge. La récente obtention du droit de prescrire l'IVG médicamenteuse en cabinet de ville explique le nombre important de mémoires relatifs à cette pratique³⁵. Les

³⁵ Nous n'avons pas procédé à une revue systématique du nombre d'occurrences, à la manière de Maud Gelly (2006).

problématiques étudiées concernent les pratiques professionnelles à différents temps du parcours d'IVG (échographie³⁶, entretien pré-IVG³⁷, prescription de la contraception³⁸, gestion de la douleur³⁹). Certains ont trait à l'évaluation de dispositifs de prise en charge, par exemple une expérimentation de l'IVG par voie médicamenteuse jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée⁴⁰. D'autres mémoires sont consacrés plus précisément aux modalités d'organisation de la pratique de l'IVG médicamenteuse dans la diversité des espaces professionnels où elle peut s'effectuer (en établissements de santé⁴¹, centre de planification⁴², en libéral⁴³) : les étudiantes étudient alors les modalités de la coordination avec les établissements de santé référents et les institutions. D'autres concernent les controverses qui surgissent avec l'élargissement progressif du champ de compétence à la pratique abortive⁴⁴ ou l'évolution des représentations de l'IVG dans l'histoire de la profession⁴⁵. Plus rares sont les mémoires qui s'intéressent aux dimensions psycho-sociales de l'IVG dans le parcours des femmes elles-mêmes, comme la place du conjoint⁴⁶, par exemple. Et encore, lorsqu'il s'agit d'étudier les profils sociaux des femmes, c'est pour comprendre des comportements souvent pensés comme déviants, tel le phénomène d'inobservance de la consultation post-IVG⁴⁷, objet de nombreuses inquiétudes dans le corps

³⁶ LAURENT Léa, 2020, « La réalisation de l'échographie pré-IVG dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse et instrumentale », école de sages-femmes de Baudelocque, Paris.

³⁷ Voir par exemple DIDIER Charline, 2018, « Analyse des pratiques des professionnels de santé autour du déroulement de l'entretien pré-IVG », école de sages-femmes de Rouen.

³⁸ Voir par exemple GISSINGER Camille, 2020 « Parcours contraceptif autour des interruptions volontaires de grossesse : réévaluation de la contraception à la consultation pré-IVG », école de sages-femmes de Grenoble ; POULAIN Laureline, « Accès à la contraception des jeunes iséroises âgées de 21 à 25 ans ayant recours à une IVG. Étude descriptive réalisée au centre d'orthogénie du CHU de Grenoble-Alpes », école de sages-femmes de Grenoble, 2018 ; DAVIET Méghane, 2017, « Liberté de choix en matière contraceptive au cours de consultations d'IVG », école de sages-femmes Baudelocque, Paris.

³⁹ GOURDET Amélie, 2020, « Prise en charge de la douleur dans le cadre d'une IVG par méthode médicamenteuse : étude des Pratiques Professionnelles en région Auvergne-Rhône-Alpes », école de sages-femmes Clermont Auvergne.

⁴⁰ Pour des raisons de confidentialité, nous ne citons pas le nom de cette étudiante que nous avons accompagné dans la réalisation de ce travail en 2019.

⁴¹ Voir par exemple SEILER Pauline, 2016, « Sage-femme et IVG Médicamenteuse. Enquête auprès des sages-femmes de la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) », école universitaire de maïeutique Marseille Méditerranée.

⁴² Voir par exemple GIMBERT Juliette, 2019, « Étude des pratiques de l'IVG médicamenteuse : enquête chez les sages-femmes exerçant en CPEF et en établissement de santé en Lorraine », école de sages-femmes de Nancy.

⁴³ Voir par exemple FORESTIER Fiona, 2020, « La pratique de l'IVG médicamenteuse en ville par les sages-femmes libérales : motivations et freins », école de sages-femmes de Grenoble ; FRAGER Charlotte, 2020, « Sage-femme et IVG médicamenteuse : évaluation des freins à la mise en place et à la pratique en ville dans la région sud Provence Alpes Côte d'Azur et Corse, école de sages-femmes d'Aix-Marseille ; VILLARD Elisa, 2020, « La pratique de l'IVG par les sages-femmes libérales de la région Centre-Val-de-Loire depuis la loi Santé de 2016 », école de sages-femmes de Tours.

⁴⁴ Voir par exemple BOCQUENTIN Alice, 2019 « L'IVG instrumentale, future compétence des sages-femmes? Positionnement de sages-femmes orthogénistes », école de sages-femmes de Baudelocque, Paris

⁴⁵ LECOINTRE Marine, 2017 « Les sages-femmes et l'avortement d'avant la loi Veil à nos jours : analyse sociologique du récit de quatre sages-femmes âgées de 62 à 70 ans », école de sages-femmes de Nantes.

⁴⁶ AIRAUDO Aurélie, 2019, « Place du partenaire dans la prise de décision d'une interruption volontaire de grossesse. gynécologie et obstétrique », école universitaire de maïeutique Marseille Méditerranée.

⁴⁷ PARES Julie, 2017, « Consultation post-IVG : profil des femmes inobservantes », école de sages-femmes de Limoges.

médical, ou les grossesses rapprochées dans le temps, signe d'une « mauvaise » gestion de la contraception⁴⁸.

Dans son ouvrage sur la formation des médecins à l'IVG, Maud Gelly (2006) avait mené aussi une analyse qualitative d'un corpus de thèses de médecine dédiées à cette pratique : elle montrait que l'intérêt des étudiant.es se portait, au début des années 2000, exclusivement sur la loi encadrant la prise en charge, les déclinaisons des différentes techniques abortives et le suivi des recommandations professionnelles de bonne pratique, les contre-indications, les effets secondaires et les modalités de suivi de l'IVG. Une part significative de ces thèses consacrait une importance aux complications induites par l'IVG, alors même que celles-ci sont très peu fréquentes⁴⁹. Et, vingt ans plus tard, les mémoires professionnels des étudiantes sages-femmes peinent à se défaire de cette centralité de la technique dans l'apprentissage de la pratique de l'IVG.

2. Tensions normatives à l'œuvre dans l'élaboration des mémoires sur l'IVG

L'analyse des contenus des mémoires professionnels permet d'éclairer les tensions qui se font jour dans la transmission des savoirs professionnels chez ce groupe professionnel « à compétence définie » occupé à la construction perpétuelle de son mandat. Ils reflètent les négociations des marges de manœuvre que la profession s'octroie pour construire l'objet de son travail. Censés permettre une analyse réflexive de la pratique, les mémoires sont plus souvent le lieu d'une socialisation aux normes dont elles vont devenir les prescriptrices, et aux postures d'un groupe professionnel subordonné dans la hiérarchie médicale. L'analyse du corpus comme l'observation de la fabrique de ces écrits montrent une difficulté fondamentale à « *trouver sa place* » et dans la division du travail, et auprès de leurs différents auditoires (l'État, les groupes professionnels concurrents et les publics cibles). Les mémoires sont le lieu de définition du périmètre de leur autonomie professionnelle, entendue comme la manière spécifique dont la profession établit le diagnostic des problèmes qu'elle a à traiter, à partir du faisceau d'indices que les cas cliniques donnent à voir, mais aussi la manière spécifique dont elle les traite dans l'organisation du système de santé.

⁴⁸ BERTAUD Marlène, 2014, « L'IVG dans l'année suivant un accouchement », école de sages-femmes de Limoges.

⁴⁹ 0,7% des IVG induisent des complications immédiates (déchirure cervicale, perforation utérine, hémorragie, rétention) et aucune complication tardive (infertilité, fausses couches, grossesses extra utérines, n'est rapportée dans les enquêtes épidémiologiques (ANAES, 2001 : 55-61)

Au travers du prisme du paradigme biomédical, les étudiantes abordent des questions relatives à la santé sexuelle et reproductive, en adoptant les normes d'une profession mandatée pour exercer sur elle un contrôle social⁵⁰. Mais les étudiantes revendiquent aussi une approche non strictement médicale de la vie génésique des femmes. Elles s'efforcent d'appréhender cette dernière de manière compréhensive en tenant compte de ses dimensions sociale, culturelle et symbolique. L'analyse du corpus de mémoires portant sur la prise en charge de l'IVG met ainsi en lumière une empreinte importante des schèmes de la psychanalyse. La demande d'IVG demeure décrite comme étant foncièrement ambivalente dans les mémoires professionnels des sages-femmes : elle apparaît (pratiquement toujours) comme le témoin d'un « déchirement intérieur » entre un « désir d'enfant », un « désir de grossesse » et l'impossibilité matérielle de poursuivre cette dernière. Il est cependant très rare que cet événement de la santé génésique soit interrogé sous l'angle des rapports sociaux de sexe. La rhétorique déployée veut qu'il soit nécessaire de « mettre des mots » sur ce déchirement « inconscient ». Cette prégnance des schèmes de la psychanalyse apparaît comme le fruit d'une socialisation professionnelle tournée vers la psychologisation des événements de la vie génésique des femmes, et, plus loin, des rapports sociaux (CASTEL et al., 2008) qui se conjugue à l'intériorisation d'un regard biomédical. Ainsi, pendant la soutenance de son mémoire sur la prise en charge de l'IVG, Amélie se voit sévèrement reprocher d'avoir privilégié le téléphone dans son dispositif d'enquête, qui faisait selon ses formatrices encourir le risque de provoquer une « *décompensation* » chez les femmes enquêtées⁵¹ : insuffisamment accompagnées dans l'élaboration du sens de leur parcours d'IVG, ces femmes risquaient, selon le jury, de voir soudain s'effondrer les mécanismes de maintien de leur équilibre psychique. L'extrême gravité connotée par le terme, comme son emprunt au champ lexical de la psychiatrie, traduit la prégnance de la théorie des effets de l'inconscient dans les schèmes de représentation de l'IVG transmis aux étudiantes durant leur cursus. L'usage récurrent de cette rhétorique psychologisante est aussi à entendre comme une stratégie de défense des contours du mandat des sages-femmes. Le mémoire se fait le support de légitimation de leur compétence relationnelle.

L'analyse de contenu du corpus des mémoires montre également que, dans le travail de construction de leur légitimité professionnelle, les étudiantes intègrent tout autant les schèmes de la domination du paradigme biomédical. La médicalisation de certains problèmes sociaux

⁵⁰ Dans le corpus de mémoires analysés, certains problèmes sociaux sont apparus comme étant majoritairement pensés au prisme de la médicalisation : l'obésité, les grossesses des adolescentes, l'éducation à la sexualité, par exemple.

⁵¹ Avec l'argument que l'entretien téléphonique ne permettait pas une prise en charge suffisamment « *contenante* » des femmes.

participe de l'entreprise de clôture du marché du travail des groupes professionnels dans le champ de la santé. Les étudiantes adoptent ainsi les schèmes d'une rhétorique de construction de la médecine comme principal agent du contrôle social intériorisés au cours de leur socialisation professionnelle. Le schème des grossesses non désirées pensées comme le résultat d'un « échec contraceptif » témoigne de l'ancrage de la représentation de l'efficacité théorique des dispositifs contraceptifs, sauf à ce que ces derniers soient inadaptés en raison de contre-indications médicales. Le « paradoxe contraceptif français » (BAJOS, FERRAND, 2002) peine à être pensé dans les écrits des étudiantes. Cette représentation de l'IVG permet de la légitimation de la profession dans la conduite de l'action publique en matière de réduction du nombre des grossesses non désirées. Beaucoup de questionnements ont trait à la contraception en post-partum, présentée comme incontournable dans la culture médicale dominante et les pratiques professionnelles qui imposent une représentation biologiste peu soucieuse des éléments du contexte social et psychologique de la sexualité (GIAMI, 2010).

L'analyse des interactions entre les étudiantes et les formatrices durant la réalisation des mémoires montre que ces derniers sont le lieu d'une « mise en conformité » des étudiantes avec les normes et les valeurs de l'institution de formation. Le choix du sujet de recherche n'est pas totalement libre : celui-ci doit être validé par un comité d'expertise qui en valide l'intérêt scientifique et sa faisabilité, d'une part, mais qui vérifie aussi si celui-ci répond bien à un objectif de « démonstration de professionnalité », celle de l'étudiante future sage-femme, mais surtout, celle de la profession tout entière. Le moment de la soutenance est un temps fort de cette opération : l'exemple d'Amélie, sanctionnée pour avoir adopté un dispositif de recueil de données jugé non conforme à une « bonne posture » de sage-femme, le montre. Pour le jury, elle avait outrepassé ses droits, contrevenu à l'éthique de la profession et montré son irrévérence envers la hiérarchie. La décision de ne pas valider le mémoire et l'obligation de présenter à la session suivante un travail plus respectueux des conventions a servi à incorporer le clivage inhérent à l'habitus professionnel : Amélie apprenait à ses dépens que son exercice la conduirait à conquérir son autonomie professionnelle tout en acceptant la subordination de son groupe dans la hiérarchie médicale.

Durant la socialisation professionnelle, les étudiantes apprennent à « tenir leur place ». La monstration de professionnalité, en appui sur l'exigence de scientificité des mémoires, répond à l'enjeu de légitimation de leur profession dans les luttes où elles sont engagées pour défendre leur juridiction face à des auditoires concurrents. Ce faisant, elles adoptent les normes et les valeurs des groupes professionnels sous délégation desquels elles travaillent. Les

mémoires peuvent explorer les usages sociaux et les déclinaisons en pratiques des nouvelles compétences des sages-femmes, ou élaborer une réflexion sur l'objet du travail médical entendu comme la réflexion sur la hiérarchie des finalités de l'activité, mais dans un périmètre qui doit aussi démontrer la compréhension de leur responsabilité médicale dans le jeu des coopérations interprofessionnelles : c'est ainsi que nous comprenons le fait que les projets de recherche portant sur la compétence chirurgicale des sages-femmes aient pu être retoqués, avant le vote de la loi de mars 2022 qui la leur a octroyée. Les étudiantes doivent notamment montrer qu'elles ont intégré les enjeux assurantiels de leur activité, dans le contexte de judiciarisation du système de santé. La démarche de recherche doit être objectivante, mais elle doit également témoigner du respect des dispositifs législatifs et réglementaires, des normes professionnelles et de la déontologie, indispensables à la production de leur professionnalité dans le champ concurrentiel de la périnatalité et de l'obstétrique.

3. Le rejet du militantisme

Le « *manque d'objectivité* » est fréquent chez les étudiantes qui commencent leur formation à la recherche scientifique : elles soumettent des projets souvent mal étayés par une recherche bibliographique et comportant d'importants biais méthodologiques. Mais la faiblesse de la démarche d'objectivation scientifique ainsi que la dimension éminemment subjective du choix de l'objet de recherche sont très vite frappées du sceau du « militantisme ». Toutes les thématiques de recherche s'éloignant du « rationnel scientifique » sont ainsi retoquées. C'est le cas pour les sujets relevant des médecines « alternatives » ou des pratiques de consommation sujettes à débat (hypnose, homéopathie, ostéopathie, acupuncture, méditation de pleine conscience, régimes vegan, etc.) : les chercheurs manifestent leur désapprobation (soupirs, yeux levés au ciel, hochements de tête, ricanements, propos tels que : « *Oh, vu, vu et revu* », etc.). Les projets ne sont validés qu'à condition que les étudiantes adoptent une démarche d'enquête objectivante, selon le cadre normatif du modèle biomédical dominant : ainsi Pauline souhaitait travailler sur le traitement par ostéopathie des lombalgies pendant la grossesse. La formulation est délégitimée pour son « *ton de l'évidence* » qui n'adopte pas les principes de la médecine fondée sur les preuves. Pour l'aider à se défaire de cette posture dite militante, l'équipe suggère de réorienter le projet vers une évaluation purement quantitative de l'efficacité des différentes lignes de traitement, ou vers une analyse des algorithmes décisionnels des pratiques d'antalgie des professionnels.

Les écrits disqualifiés au nom du militantisme ne sont pas entendus comme réflexion ayant un objectif de transformation sociale « s'inscrivant dans un registre politique de protestation collective » (MATHIEU, 2012) mais dans une acception limitée de « *parti pris* ». Le rejet de la « *posture militante* » des étudiantes laisse indiquer que toute politisation risquerait de compromettre le travail de construction du mandat professionnel aux yeux des auditoires concurrents. La réflexion sur la « *place de la sage-femme* » dans l'organisation du système de soins est donc bornée : les mémoires ont vocation à questionner les frontières de la juridiction des sages-femmes, pour défendre leur légitimité professionnelle, mais ne doivent pas remettre en cause le modèle biomédical dominant, ni l'ordre symbolique qui lui est corrélé. Les outils de la sociologie peuvent être mobilisés dans une approche compréhensive des pratiques et des représentations professionnelles, mais avec prudence lorsqu'il s'agit d'adopter une perspective critique des rapports sociaux de genre, de classe ou de race qui les structurent. Dès lors que les sujets portent sur une dénonciation de l'hôpital comme système répressif, ou encore sur l'exercice d'une médecine pensée comme bourgeoise ou redéployant les schèmes de l'oppression patriarcale, ils sont facilement retoqués. Ainsi, les thématiques relatives à la démedicalisation de certaines prises en charge, qui interrogent les rapports de pouvoir entre les groupes professionnels et avec les patientes, sont perçus comme illégitimes. C'est ainsi que les sujets concernant les conditions d'exercice et les représentations de la pratique de l'IVG médicamenteuse sont acceptés, mais nos observations des différentes étapes d'élaboration des mémoires sur ces mêmes sujets ont montré les crispations des instances de délibération dès que les étudiantes se réfèrent à une littérature critique féministe :

Encadré 17. Le rejet du militantisme féministe dans la formation des étudiantes sages-femmes à la pratique de l'orthogénie

L'exemple de l'accompagnement de la rédaction du mémoire d'Amélie est significatif. Elle avait puisé dans la littérature critique féministe des outils conceptuels pour comprendre comment l'avortement questionne les normes de genre dans les représentations et les pratiques professionnelles. Elle avait pointé la représentation dominante de la « déviance » de la réitération des IVG. Le jury, offusqué par son insistance à défendre son dispositif d'enquête par téléphone, l'a épinglée sévèrement. Cette impossibilité à « *rester à sa place* » en respectant les consignes de sa hiérarchie la conduirait à « *mettre en péril la prise en charge des femmes* » et la placerait « *en situation de commettre de graves erreurs médicales* ». Il lui était également reproché de tenir des propos « *militants* », « *déplacés* » sur la prise en charge d'un événement « *pas anodin* ». Malgré mes réserves, le jury n'a pas validé son mémoire en première session, et a contraint Amélie à en rédiger une nouvelle version uniquement centrée sur la description des modalités de prise en charge de l'offre de soins locale en matière d'orthogénie. Ce travail de réécriture a consisté en un effacement de toutes ses observations de terrain montrant les arrangements des professionnel.le.s de santé avec certaines normes et recommandations de la HAS en vue de fluidifier les parcours des femmes : elle avait notamment montré que certain.es professionnel.les procédaient à la

visite de contrôle post IVG médicamenteuse par téléphone, pour discuter avec les patientes des résultats de leur bilan sanguin destiné à évaluer la baisse des taux de Bêta-HCG. Cette modalité de contrôle est pourtant défendue dans les arènes professionnelles (au sein du réseau REVHO, par exemple). Le risque de banalisation de l'IVG a été brandi pour justifier son passage en deuxième session. C'était « mener une réflexion sur la démedicalisation de l'avortement », ce qui dans le contexte du mémoire, était inadmissible. Le manuscrit était frappé de l'illégitimité d'une réflexion « féministe ». Durant la soutenance, les observations d'Amélie ont été jugées irrecevables, contrevenant à la norme professionnelle d'exercice d'un contrôle social par l'encadrement médical de l'IVG.

Extrait de notre journal de terrain, 2018.

La sanction dont Amélie a été l'objet a été vécue comme une épreuve de socialisation à la nécessité de « *tenir son rang* » dans l'exercice de ses fonctions : prise dans un conflit de loyauté entre le respect dû à l'équipe de direction de l'école et la reconnaissance de la légitimité de l'expertise de terrain des professionnel.les qui avaient encadré son stage en orthogénie, ainsi que celui pour l'expertise scientifique qu'elle m'attribuait en tant que chercheuse en sociologie, elle avait eu le double tort d'énoncer un discours critique à l'égard des pratiques et des représentations des professionnel.les en orthogénie, et d'outrepasser la consigne méthodologique donnée pour l'effectuation de sa recherche de terrain. Il nous a semblé que les impensés qui entourent encore, dans les représentations professionnelles, le sujet qu'elle avait choisi avait contribué à exacerber les réactions de la direction de l'école et des membres du jury. Outre le fait que les approches qui visaient à démedicaliser l'IVG étaient jugées irrecevables, son attitude tout entière a été reçue comme une volonté de subversion des normes médicales et de la hiérarchie professionnelle. Pour l'équipe de formatrices, son questionnement politique sur les divergences, la pertinence et la légitimité des manières de faire de la profession n'avait pas lieu d'être dans le cadre normatif des mémoires de fin d'études en maïeutique. Sortie de ce périmètre, elle a été disqualifiée pour « indiscipline », ce qui témoigne d'une pensée corporatiste et communautaire chez les représentantes de la formation.

IV. La centralité de la question de la « place de la sage-femme » dans la division du travail

L'analyse des contenus du corpus de mémoires comme des interactions entre l'institution et les étudiantes lors de leur formation à la recherche a montré que la réflexion sur l'objet du travail était menée en miroir de celle de la place des sages-femmes dans le champ médical, et plus particulièrement, dans les écologies liées en santé sexuelle et reproductive. Les sages-

femmes doivent en effet respecter le périmètre de l'intervention dans le domaine de la physiologie, et connaître suffisamment la pathologie pour être en capacité d'analyser les situations à risque pour la santé de leurs patientes et de pouvoir alors prendre la décision sur la conduite à adopter, l'attribut même des professionnels selon Freidson (1984). Le groupe professionnel n'a de cesse de revendiquer sa légitimité et son autonomie décisionnelle : l'ensemble des sujets de mémoires des étudiantes en dernière année de maïeutique, ainsi que la manière dont est conduite leur socialisation à la recherche, traduisent la centralité de cette question de la définition des frontières du territoire d'exercice des sages-femmes. En particulier, l'IVG demeure un objet qui questionne :

« Je n'aurais pas vu mon métier évoluer comme ça ».

Laurence, 53 ans, sage-femme coordinatrice d'un pôle « Femmes, mères, enfants et adolescents » CH de B1.

1. Une fabrique contrastée de l'IVG comme objet de travail

Ce questionnement rappelle combien la notion de « travail médical » est floue, (PENEFF, 1997), chaque spécialité médicale ayant des structures et des logiques d'exercices propres. Nous avons rappelé les enseignements des travaux sociologie consacrés au groupe professionnel des sages-femmes rappelant la prégnance des luttes définitionnelles de ce dernier dans le système des écologies liées en santé sexuelle et reproductive. Les sages-femmes ne cessent de valoriser la dimension relationnelle de leur pratique, dès lors que la division du travail est repensée par l'introduction d'une innovation technique ou organisationnelle. Le schème central de leur rhétorique professionnelle est d'affirmer leur « rôle propre » par opposition aux médecins, gynécologues et obstétriciens qui ne pourraient se départir d'une position dominante et du prisme du risque médical dans la définition de leur objet de travail. Ce « rôle propre » reviendrait à établir une relation particulière avec les femmes, basée sur la compréhension de leurs questionnements, l'empathie envers les plaintes exprimées, la connaissance de la physiologie féminine en référence au groupe d'appartenance de genre.

L'enquête a montré que la socialisation professionnelle à la pratique de l'orthogénie s'articule au travail de construction du mandat du groupe professionnel, dans le contexte de l'élargissement progressif de son champ de compétence. Mais cette fabrique de l'objet du travail est traversée de d'ambivalences. L'IVG continue de confronter à un embarras.

« Je pense pas qu'on peut vraiment imaginer ce qu'il en est avant [d'y être confrontée dans la pratique] c'est un sujet tabou, aussi, même si c'est depuis longtemps légalisé. C'est difficile d'en parler. Dans ma profession, non, parce que forcément... Et encore !!!! Parce qu'à l'école, on l'apprend, forcément, parce que ça fait partie de notre travail, mais même... C'est pas un sujet ».

Suzie, étudiante sage-femme, 2021, extrait de notre journal de terrain.

La pratique de l'IVG est enseignée en insistant sur sa dimension légale. L'IVG est, dans les enseignements, désormais identifiée comme une liberté physique et corporelle reconnue et protégée par le droit. Les sages-femmes sont socialisées à défendre cette position durant leurs études. L'enquête n'a pas permis de mesurer le degré de conscience des menaces pesant sur ce droit et de la nécessité de le défendre. Cependant, il est apparu que, faute de pouvoir reconnaître la contradiction inhérente du modèle de l'engendrement comme l'une des multiples « formes spontanées » d'un « normal » qui ne serait pas « homogène » (HARDY, 2015), elles apprennent a minima à se représenter que l'IVG doit être pratiquée dans une logique du moindre mal (BOLTANSKI, 2004) :

« Je me dis, des fois, vaut mieux ça que peut-être... On ne sait pas, peut-être qu'un enfant qui soit pas bien, ou que ce soit une grossesse qui se vive mal, ou que ça se termine par... Enfin, il y a des situations, ça fait réfléchir... La prise en charge, c'est compliqué en fait. (...) Oui, ça m'a posé question. »

Solène, étudiante sage-femme, 2018.

L'opération de suspension du jugement vient interroger les normes professionnelles et introduire la question des valeurs dans la représentation de ce que peut être l'objet du travail. Le référentiel métier, établi en 2007⁵², guide la profession dans cette démarche de formation. D'après ce référentiel, « la sage-femme intervient dans toutes ses démarches professionnelles avec un esprit d'éthique et de respect »⁵³, doit adopter « des comportements professionnels personnels et interpersonnels respectueux », être « capable de développer une réflexion éthique » et « développer son expertise ». Le référentiel souligne que la sage-femme intervient comme médiatrice ou représentante de la femme lorsque nécessaire, qu'elle doit affirmer son sens des responsabilités afin de « garantir la qualité des soins » en s'engageant notamment dans une « démarche d'évaluation de ses pratiques ». Les « valeurs » de professionnalisme, d'expertise et de respect font, pour Dominique Broussal (2009), l'objet d'un traitement déontique : le

⁵² L'élaboration du référentiel métier s'est faite à l'initiative du Collectif Associatif et Syndical des Sages-femmes et du Conseil de l'Ordre des Sages-femmes. Son ambition est de renforcer la cohérence entre les missions de la profession et ses pratiques. Il précise « d'éthique et les valeurs » de la profession. (*Référentiel métier et compétences des sages-femmes*, 2007, p.4.)

⁵³ Idem, p. 23.

référentiel comme le *Code de déontologie des sages-femmes* évoquent la question des valeurs de la profession sous un angle normatif, fortement centré sur les attendus de l'activité. Ces textes ne contribuent pas à fixer la représentation de l'IVG comme objet de travail entièrement légitime.

Dans le même ordre d'idée, la mobilisation du schème de la compétence relationnelle vient parachever cette mise à distance du politique dans la formation des sages-femmes, au profit de la psychologisation des problèmes sociaux. Mais cette compétence relationnelle n'est, elle-même, que très peu questionnée : la manière dont les relations médecins-patients sont structurées par l'appartenance sociale des patients (DARMON, 2021) et par le sexe des professionnel.les (MOLINIER 2006) n'est pas pensée dans les entretiens. Elle est ce « véritable serpent de mer de la rhétorique de santé » qui « tient du mythe », selon Danièle Carricaburu et Marie Ménoret (2005 : 79) sauf à ce que l'explication de la supposée meilleure empathie des sages-femmes soit réduite à *l'appartenance à une même classe de sexe (plus que de genre) :*

« Je sais pas si c'est le fait d'avoir été maman, d'être passée par une grossesse, un accouchement, mais... Je me sens beaucoup plus liée aux femmes. »

Bérangère, 34 ans, sage-femme libérale, zone rurale.

Au final, si l'IVG peine à se construire comme objet de travail entièrement légitime pour l'ensemble du groupe professionnel, l'activité est, a minima, le support d'apprentissage de la responsabilité médicale et d'un rôle à tenir dans les coopérations interprofessionnelles, ainsi que le synthétise parfaitement Nina, sage-femme acupunctrice, participant à l'activité d'IVG dans le service gynécologie du centre hospitalier de T1 :

« On n'a pas du tout un rôle de jugement, on est juste là pour leur dire : « je peux vous proposer ça, parce que vous êtes à tel terme, et puis on les oriente vers la psychologue ou l'assistante sociale, si besoin, c'est ça aussi notre rôle ».

Comme tous les questionnements sur les manières de faire incorporées lors de la socialisation professionnelle de sages-femmes, l'activité d'IVG est interprétée au prisme de la définition du territoire d'exercice dans le champ concurrentiel de la santé reproductive et sexuelle face aux auditoires concurrents. La compétence relationnelle, mobilisée pour « trouver la place de la sage-femme », est fortement structurée par la spécialité d'appartenance des praticien.nes. C'est l'hypothèse d'Emmanuelle Zolesio (2012b) : cette compétence relationnelle est le produit des cadres de socialisation professionnelle spécifiques, générateurs de types de pratiques et de relations particulières aux patientes. Nous renvoyons là au chapitre

de ce manuscrit consacré à la manière dont l'ordre organisationnel hospitalier comme l'exercice libéral structurent les relations entre pairs et les relations de soins autour de l'IVG.

2. Un apprentissage de la subordination : savoir « tenir son rang »

L'expérience d'Amélie illustre qu'à l'heure actuelle, l'apprentissage de la rigueur professionnelle s'accompagne de celui de la soumission à l'autorité de la hiérarchie. A l'instar de ce qu'a montré Emmanuelle Zolezio (2013) retraçant les modalités brutales de l'apprentissage de la chirurgie, la difficulté à construire l'IVG comme objet du travail médical pour les sages-femmes est apparue comme tenant en partie au fait que la socialisation professionnelle des étudiantes s'effectue selon des modalités brutales. L'enquête, comme l'avait déjà montré Yvonne Knibiehler (2016) et comme en attestent à nouveau certains récents articles de presse⁵⁴, a révélé que l'incorporation des techniques gestuelles et l'apprentissage du sens de la responsabilité dans le processus de prise de décision clinique s'accompagnent de brimades verbales et morales et de manifestations d'une violence symbolique censé forger un ethos endurant ⁵⁵ :

« J'ai morflé à l'école de sages-femmes, comme toutes les sages-femmes, hein, je pense ! J'ai jamais encore rencontré une sage-femme qui m'a dit : 'J'ai un bon souvenir de mes études, franchement, j'ai kiffé !'. Voilà... Même dans les jeunes sages-femmes.... J'ai rencontré une étudiante de Toulouse, là, qui fait son mémoire... Et très clairement... Elle en chie aussi... Donc ouais, même les jeunes diplômées, on voit bien que ça ne change pas ! »

Domitille, 50 ans, SF territoriale.

Les configurations pédagogiques et professionnelles de la socialisation des étudiantes apparaissent indissociables de ce qui se joue dans l'espace social des services où elles effectuent leurs stages pratiques, et au-delà, dans le champ de la santé sexuelle et reproductive où la pratique de l'IVG est considérée comme « sale boulot ». Les brimades se rapprochent des rites d'institution mis en lumière par Pierre Bourdieu (2001 : 176) : elles tendent à « faire méconnaître en tant que légitime, naturelle, une limite arbitraire » : celle, mouvante pourtant au

⁵⁴ https://www.lemonde.fr/societe/article/2010/03/02/a-besancon-les-eleves-sages-femmes-se-plaignent-de-maltraitance_1313500_3224.html

⁵⁵ <https://www.eresagefemmeaujourd'hui.com/logiciel-sage-femme-liberale/lavenir-des-sages-femmes-une-urgence-a-reagir-avant-qu'il-ne-soit-trop-tard/>. Une étudiante sage-femme témoigne : *A l'école, on avait rebaptisé notre promo "Koh-Lanta" : seul le dernier survivant sera diplômé. La maltraitance fait partie des études en maïeutique. Nous vivons dans la crainte des "sages-femmes dragons", des professionnelles qui sont censées nous encadrer et qui nous poussent à bout. Je suis attristée, et choquée par le nombre d'amies sous antidépresseurs, par le taux d'étudiantes qui vont voir des psychologues. Moi-même, j'ai terminé en burn-out ».*

fil des évolutions de la loi, du périmètre de leur juridiction. L'important, ainsi que le sociologue l'explique encore (BOURDIEU, 1989 : 112) est moins « ce qui est explicitement enseigné que ce qui s'enseigne tacitement à travers les conditions dans lesquelles s'effectue l'enseignement ». L'intériorisation du sens de la hiérarchie qui régit le fonctionnement des équipes, comme celle des normes professionnelles où domine le paradigme du risque obstétrical et médical, maintient les étudiantes dans une position de subordination. Dans les services comme dans les écoles où l'on transmet encore selon ces modalités brutales que l'IVG demeure une « déviance légale » (DIVAY, 2003), où la natalité, toujours centrale dans les apprentissages, est présentée dans se départir d'un attachement à la norme de la maternité heureuse (BAJOS, FERRAND, 2011), il ne serait pas illogique que les sages-femmes continuent de peiner à construire l'IVG comme objet de leur travail, et que, cette pratique étant devenue une obligation de service public, elles le reçoivent comme une charge supplémentaire qui leur est déléguée, en signe de leur subordination à des professionnel.les occupé.es à des tâches plus dignes d'intérêt.

Cette intériorisation de la limite arbitraire qui construit comme naturelle la délégation en cascade du sale boulot, dans un contexte où, du fait de leur histoire, les étudiantes sont socialisées à questionner toujours le sens de leur mandat professionnel, entraîne la dépréciation de l'orthogénie, ou sa mise en cause de sa qualité comme objet de travail :

« Et donc on est toujours dans ce paradigme-là, où la femme, elle n'est faite que pour faire des enfants, et donc tout ce qu'on fait, c'est pour que les enfants soient en bonne santé. Voilà. Alors, c'est vrai à l'hôpital, c'est vrai un petit peu partout dans notre législation de la santé vis à vis des femmes. Et donc, la représentation que les sages-femmes ont de leur métier, c'est-à-dire de leur identité professionnelle, qui est historiquement basée sur vraiment la natalité, strictement, l'IVG ça rentre complètement en conflit, et pour certaines sages-femmes. C'est pas dépassable, pas du tout, même encore aujourd'hui... »

Domitille, SF.

V. Les effets de la socialisation professionnelle à la pratique de l'IVG dans les études de sciences maïeutiques

1. Une attractivité de l'IVG encore très relative dans les projections de carrière

Malgré l'élargissement de leur champ de compétence, la socialisation professionnelle à la pratique de l'IVG opère de telle manière que l'attractivité de l'IVG, à la fin des études de

maïeutique, est encore assez faible. Ainsi, une étude exploratoire menée par une étudiante⁵⁶ montre que seulement 3 % des étudiantes interrogées après l'obtention de leur diplôme envisagent de travailler dans un centre de planification. Et, parmi les formations complémentaires envisagées, elles sont 33 %⁵⁷ à envisager de passer un DU de sexologie, 30% à vouloir se perfectionner dans la maîtrise de l'échographie. Bien qu'il faille apprécier avec des réserves la qualité scientifique des mémoires d'étudiantes sages-femmes, nous avons vu qu'ils étaient révélateurs des réflexions qui traversent la profession. Le caractère exploratoire de l'enquête ne suffit sans doute pas, mais ces résultats illustrent certaines tendances, notamment l'appétence des jeunes générations pour le suivi gynécologique de prévention, à mettre en lien avec l'élargissement du champ de compétence des sages-femmes. Mais cela laisse aussi entendre que la formation initiale est insuffisante dans ce domaine. Dans ce mémoire, une comparaison est en outre menée entre les projections dans le cursus souhaité de formation continue et les formations effectivement suivies par un échantillon de sages-femmes libérales en activité : la rééducation périnéale arrive cette fois en première position (37,5%) avant un perfectionnement en gynécologie (30%). Les formations concernant la contraception sont plus rares, ne concernant plus que 9% d'entre elles. Ces résultats laissent peut-être entendre que les nouvelles compétences des sages-femmes peinent encore à être connues par la patientèle, et que la formation professionnelle continue s'oriente davantage sur les compétences à renforcer pour répondre à la demande sociale à laquelle les professionnelles sont le plus souvent confronté.

2. L'intériorisation des représentations de l'avortement comme acte médical « pas anodin »

Par ailleurs, la rapidité avec laquelle les enseignements sont dispensés et la manière dont les étudiant.es sont amené.es à se débrouiller, soulignent une fois encore combien cet acte médical est considéré comme un sale boulot. Celui-ci est délibérément délégué aux personnels de rang inférieur dans la hiérarchie médicale. Sur un plan pratique, cette délégation effective aux internes de médecine a un premier effet, celui de participer à la construction d'une dramatisation de l'IVG. Dans les souvenirs de la formation à l'orthogénie que rapporte notre enquêtée, l'activité d'IVG est comme sur-représentée, sans qu'il soit possible de déterminer si

⁵⁶ LE BOUCH Géraldine, 2019 ; Après leur formation initiale, les jeunes sages-femmes sont-elles en capacité de réaliser l'IVG médicamenteuse, nouvelle compétence de juin 2016 ?, Enquête dans la région Grand-Est, mémoire de fin d'études de maïeutique, école de Strasbourg.

⁵⁷ C'est le souhait de formation complémentaire le plus mentionné.

cette sur-représentation est due à l'importance numérique des actes abortifs accomplis dans le temps court du stage, ou aux conditions mêmes de leur effectuation :

« Et tout cumulé, on avait deux ou trois consultations d'IVG par jour. Parce qu'aucun chef... Enfin, y avait un chef qui en faisait, mais une ou deux, quoi, seulement. Donc on en faisait beaucoup. Ouais, tous les jours on avait des créneaux de consultation, et on n'avait pas un jour sans qu'il y ait une ou deux IVG. Enfin, les secrétaires, elles nous disaient que c'était jamais autant, mais nous, on en a eu beaucoup à ce moment-là. (...) »

Marion, interne de médecine générale, 2017

Les conditions d'apprentissage des gestes techniques (leur fréquence, et la solitude dans laquelle ils sont exécutés) font naître parfois des sentiments de culpabilité ou d'horreur devant la violence physique et symbolique de l'acte. Dans son entretien, Marion rapporte en effet le souvenir d'une interruption volontaire de grossesse effectuée dans un cas de grossesse extra-utérine non détectée à l'échographie par un collègue interne « *non seniorisé* »⁵⁸. Elle fait le récit de l'inefficacité du dispositif médicamenteux et de sa dangerosité : la déchirure d'une trompe de Fallope chez la patiente, causée par la poursuite de la grossesse, a nécessité l'intervention en urgence d'un spécialiste de chirurgie digestive. Le manque d'expérience de son collègue interne (qui n'avait pas repéré à l'échographie le caractère extra-utérin de la grossesse) est sanctionné par le sentiment d'avoir été responsable d'une faute professionnelle grave, d'un accident dramatique :

« Quand ils ont sorti la grossesse, apparemment, y avait encore le cœur qui battait »

Chez cette interne de médecine générale cette vision violente, grossie de fait dans son imaginaire, est à la hauteur de la violence symbolique de l'épisode pour les étudiant.es. Car ce que souligne Marion dans cet entretien n'est pas tant la difficulté du geste abortif, appréhendé avec ses risques cliniques, que la solitude de l'interne pendant l'examen d'échographie, accentuée ensuite par la culpabilité et l'injustice produite par la délégation de cette tâche à un personnel inexpérimenté. Marion rapporte le poids d'avoir eu, en outre, à faire face au dépôt de plainte de la patiente en attente d'explications⁵⁹.

Les conditions structurelles de l'enseignement de l'orthogénie et plus particulièrement de la pratique de l'IVG chirurgicale laissent également, chez les sages-femmes, des souvenirs traumatiques, du fait d'un manque d'étayage :

⁵⁸ Extrait de notre journal de terrain.

⁵⁹ Même si la responsabilité juridique a été endossée par l'établissement hospitalier (extrait de mon journal de terrain).

« A l'école, on est passé dessus vite fait ; ça faisait partie de la formation, mais... Moi je suis passée en stage, une semaine en bloc opératoire... Premier stage de première année d'école de sage-femme. J'avais jamais mis les pieds dans un hôpital, ni en tant que patiente, ni en tant que soignante, rien du tout, et je tombe au bloc opératoire... Une semaine d'IVG ! Des aspirations toute la semaine... C'est pas moi qui les faisais, c'était le médecin, mais c'était horrible ! Je faisais rien, je regardais comment on prenait en charge les patientes, on les surveillait après en salle de réveil et tout, mais c'était juste de l'observation. Ben ça m'a un peu traumatisée. Bon c'était y a plus de 15 ans... J'ai des souvenirs... Ils aspiraient la grossesse, et ça tombait dans ce qu'on appelait des 'chaussettes', une espèce de tissu... Et le gynéco, il était crade au possible, à chaque fois qu'il en faisait, il enlevait c'te chaussette de l'aspirateur, il en mettait au large, ça m'a traumatisée. Je me disais « Moi jamais je veux faire une IVG de ma vie ! ». Et pourtant, je suis pas contre l'IVG, loin de là, hein ! Après ça, je suis jamais retournée une seule fois au bloc voire une IVG. »

Aurélie, 36 ans, SF, maternité de niveau 2B.

Dans son entretien, Aurélie décrit les conditions qui ont généré ce traumatisme : le hasard de l'organisation temporelle de la maquette des stages pour l'ensemble des étudiantes de sa promotion a fait en sorte que cette semaine d'observation au bloc opératoire était, pour elle, la toute première. Non préparée à l'impression forte que génère la théâtralisation des opérations au bloc (POUCHELLE, 2008), elle est frappée par la violence symbolique du geste chirurgical abortif (l'aspiration) qui lui fait l'effet d'une souillure (DOUGLAS, 1966). Le choc visuel, traumatique, non étayé par d'autres professionnels qui auraient pu l'aider à opérer le travail émotionnel nécessaire pour construire cette activité comme objet du travail médical, a contribué à dramatiser l'avortement dans ses représentations.

3. La perception d'un manque de légitimité à exercer cet acte médical

L'enquête montre que nombre de sages-femmes formées avant l'inclusion du suivi gynécologique de prévention (2009) et la prescription de l'IVG médicamenteuse (2016) dans leur champ de compétences, gardent le souvenir d'une formation à la régulation des naissances reflétant ce caractère paradoxal de l'avortement. Julie, sage-femme de 37 ans, a exercé principalement en maternité de niveau 1 dans sa carrière. Son discours montre combien la fabrique de cet objet de travail n'avait rien d'une évidence lors de sa formation initiale. A l'issue d'une rencontre avec une sage-femme spécialisée en orthogénie, elle mesure l'étendue de son ignorance sur la pratique professionnelle :

« La discussion qu'on a eue... Elle m'a appris un peu comment ça se passait aujourd'hui, les droits au niveau des IVG, des médicaments, qu'il fallait que ça soit

conventionné, moi je le savais pas, en fait ! J'ai pas été informée par mon Conseil de l'Ordre par exemple... Mais bon c'est à moi aussi, d'aller m'informer... »

A l'issue de cette rencontre, Julie envisage de se former. Elle prend conscience que l'engagement dans la pratique de l'orthogénie suppose une démarche spécifique, un engagement individuel pour étoffer un apprentissage théorique et pratique perçu comme insuffisants, mais légitimé par la définition légale de la juridiction professionnelle. C'est d'ailleurs une impression assez souvent partagée par les étudiantes à l'heure actuelle :

« Mais en tant que sage-femme, on a des compétences assez limitées, hein, du point de vue orthogénie !' »

Suzie, étudiante sage-femme, 2021.

La particularité technique, administrative et relationnelle des consultations IVG lui donne le sentiment de ne pas être totalement légitime en matière d'orthogénie, à l'issue de sa formation initiale. Son expérience de stage en CPEF ne lui a pas permis d'opérer un travail émotionnel qui lui permette de se projeter dans cette activité. Solène attribue cela, non à l'insuffisance de la formation, mais à son manque de maturité.

« Oui, ça m'a un peu chamboulée, certaines situations. Surtout que je suis encore jeune, j'ai pas encore beaucoup de recul, c'est dur de pas tout prendre, de pas cogiter ».

Cette manière de valoriser tellement la compétence relationnelle sans offrir d'étayage, et de ne pas apporter les outils théoriques pour comprendre les ressorts psycho-sociaux de la demande d'IVG contribue à individualiser la responsabilité du manque de recul sur cette prise en charge construite encore et toujours comme « pas anodine ». Le très faible étayage théorique offert par l'institution médicale favorise un repli des étudiant.es sur les positions transmises par l'entourage familial. Or, ces représentations subjectives sont très socialement situées. Elles opèrent une sélection des informations, une simplification et une naturalisation de la réalité observée en fonction du propre besoin de cohérence de l'individu, fondé sur les opinions et les valeurs auxquelles iel est déjà attaché.e et qu'iel partage avec d'autres, et sur des paramètres propres à son groupe social ou à l'institution dont il est membre (GELLY, 2006 : 46). Cette reconduction du sens commun pèse sur les comportements des futur.es praticien.ne.s dans leur accueil des femmes en demande d'IVG (p.36). Gaëlle évoque les représentations qu'elle avait de l'IVG avant son expérience en orthogénie :

« J'avais une représentation de l'IVG, des raisons pour lesquelles on fait une interruption de grossesse assez... Issue des médias et des représentations qu'on peut

en avoir... J'avais jamais réellement entendu de femmes parler de leur démarche, de pourquoi elles le font. »

Gaëlle, SF territoriale, 57 ans.

4. Le renforcement des normes professionnelles et des logiques de prescription de la contraception

Il apparaît que ces enseignements articulés participent de la construction d'une norme contraceptive, procréative et reproductive : la contraception apparaît comme la meilleure prévention contre l'IVG, réduisant de ce fait les grossesses non prévues à un « échec de la contraception », alors qu'elles recouvrent des enjeux personnels, affectifs et sociaux qui dépassent le seul défaut d'observance ou le manque d'efficacité pratique d'un dispositif.

Dans un document de synthèse sur les pratiques contraceptives, la HAS soulignait en 2013 que certains préjugés sont toujours présents dans les représentations socioculturelles des professionnel.les de santé, lorsqu'ils identifient les besoins contraceptifs de leurs patient.es (HAS, 2013). Ceci est en particulier vrai, lorsque les femmes vivent dans une situation où la grossesse n'est pas socialement envisageable et/ou lorsque les rapports sexuels sont supposés inexistantes. Ainsi, la sexualité des adolescent.es peine à être reconnue, comme celle des femmes proches de la ménopause ou dans le cadre du retour de couches ; le « temps fertile prescrit » continue d'être pensé selon les normes sociales qui le bornent entre 25 à 40 ans environ ; les problèmes médicaux chez les personnes atteintes de maladies chroniques ou d'obésité morbide continuent de focaliser l'attention des professionnel.les qui ne reconnaissent pas la sexualité de ces dernières, comme celle des personnes en situation de handicap. Des préjugés sur la régularité des rapports sexuels des femmes induisent en outre un décalage entre les perceptions des médecins et leurs besoins contraceptifs réels, traduisant l'hétéronormativité des représentations professionnelles sur les scripts sexuels : les sexualités extra-conjugales et homosexuelles, par exemple, continuent d'être ignorées. Des travaux de sociologie ont montré également la perception genrée des individus et des compétences contraceptives chez les professionnel.les de santé, dans leurs pratiques contraceptives (VENTOLA, 2014, 2016).

La déclinaison des objectifs principaux et spécifiques des enseignements dans les annexes des arrêtés fixant les contenus des enseignements dans les premier et second cycles des études de sage-femme est centrée sur les logiques médicales de prescription, qui ne recourent pas nécessairement les représentations des femmes. La causalité de « l'échec contraceptif » n'est

pas imputée à des rapports de pouvoir : elle demeure pensée en termes d'inadéquation médicale ou d'inobservance des femmes. L'adaptation des prescriptions contraceptives aux contextes de vie des femmes n'est pas évoquée, comme le montre (discrètement) l'emploi de l'article défini masculin singulier dans la formulation des enseignements dédiés aux pratiques de dépistage des IST, déclinant les modalités de prise en charge de « la femme et « du » partenaire ». De même, dans la déclinaison des objectifs des enseignements théoriques sur la contraception dispensés aux sages-femmes, la stérilisation féminine et masculine sont traitées comme des items distincts, laissant entendre la disqualification de certaines méthodes contraceptives qui ne correspondent pas aux « scénarios professionnels » (GIAMI *et al.*, 2015) de la sexualité comme de la contraception. Bernadette, 59 ans, décrit en évoquant le protocole d'accueil des femmes dans un parcours d'IVG, l'importance que revêt le rappel du « devoir contraceptif ». Son récit laisse transparaître son désarroi face aux évolutions des comportements contraceptifs des femmes :

« On essaye de leur faire comprendre qu'il vaut mieux prendre une contraception que de faire sans arrêt des IVG. C'est quand même dangereux ! On leur dit : 'C'est ça, ou bien vous allez revenir dans 6 mois !' On est bien obligées de leur dire. (Tape sur le bureau). Faut leur mettre les point sur les i. Après, elles font ce qu'elles veulent. Mais faut quand même les éclairer. La propagande sur les pilules, ça a fait beaucoup de mal, tout le monde a arrêté de prendre sa pilule. On a eu une année terrible, quand y a eu l'histoire de la Diane 35®. Maintenant, y a le problème du Mirena®, le stérilet, le problème qu'on entend sur les médias. Enfin moi je l'ai pas entendu, hein, mais enfin les gens l'entendent, donc elles viennent toutes se faire enlever le Mirena® ! Et donc depuis cette histoire-là, les gens ont de moins en moins envie de prendre d'hormones, donc, pas de contraception, ou bien des préservatifs qui marchent pas. C'est même pas des échecs de contraception, c'est des absences de contraception ! Plus tout ce qu'on entend sur l'environnement... Les médicaments, gna gna gna... Les perturbateurs endocriniens.. Et donc plus personne prend rien !!! ».

Bernadette, 59 ans, SF en centre d'orthogénie.

Cette approche normative continue à opérer une hiérarchisation des méthodes contraceptives selon leur efficacité théorique et pratique. En atteste cette formulation maladroite d'une étudiante sage-femme, en introduction de son mémoire sur les motifs du choix des contraceptions non hormonales.

« Depuis 1967, une multitude de contraceptions, certaines plus efficaces que les autres, a vu le jour. On peut classer ces types de contraceptions selon deux grandes familles : les contraceptions dites hormonales (...) et les contraceptions dites non hormonales. »

Extrait de mémoire de Tania, étudiante SF, 2020.

Le caractère lapidaire de la formule permet d'appréhender la domination du paradigme de la pharmacologisation de la contraception dans les représentations professionnelles. Celle-ci a joué un rôle central dans l'expansion du processus de médicalisation de la régulation des naissances et de la santé sexuelle (THOER-FABRE, LEVY, 2007). La classification opérée par Anaëlle recoupe la hiérarchisation entre efficacité théorique et pratique des dispositifs contraceptifs, qui conduit à une disqualification des choix orientés vers les méthodes dites « naturelles ». Cette fixité des représentations professionnelles laisse peu de place aux logiques sociales, affectives et relationnelles construisant les choix contraceptifs. Un travail de déconstruction de la domination des savoirs experts sur les savoirs profanes semble nécessaire pour parvenir à penser l'autonomie décisionnelle des femmes en matière de contraception. C'est la conclusion de Tania dans son mémoire, à l'issue d'une enquête qualitative auprès de femmes qui l'a conduite à reconnaître également les savoirs expérientiels des femmes :

« Il n'y a pas que le savoir scientifique qui est important lors d'une consultation (...). Disposer de nos savoirs d'experts ne nous place pas en position de supériorité pour savoir ce qu'est une bonne contraception, les savoirs de nos patientes sont indispensables pour comprendre quelle pourrait être leur bonne contraception et ainsi les aider. Notre savoir d'expert seul ne suffit pas pour pouvoir mener correctement une consultation. (...) La deuxième chose que mon étude m'a permis de comprendre est qu'une femme ne choisit pas sa contraception par hasard. On a pu remarquer que chaque détail dans la vie d'une femme avait un impact sur son choix, selon le milieu dans lequel elle vit, c'est-à-dire son milieu culturel, social, familial, professionnel ou encore économique. Et pour pouvoir les guider au mieux dans leur choix contraceptif, il est impératif de se former sur tous les moyens contraceptifs qui existent, sans exception. (...) Je repense aux deux femmes pratiquant la méthode Billings : elles connaissent et maîtrisent leur corps différemment de moi. Mes connaissances théoriques sur ce type de contraception sont minimales, comparées aux connaissances qu'elles ont acquises depuis toutes ces années de pratique. »

CONCLUSION

La fabrique de l'objet du travail ne peut se comprendre sans tenir compte des profondes mutations qui s'observent dans le champ de la santé sexuelle et reproductive, traduites par des formes nouvelles de la division du travail et de nouvelles modalités de coopération interprofessionnelles, notamment introduites dans le champ de l'orthogénie par le truchement du dispositif abortif médicamenteux. La présentation du contexte structurel actuel du marché du travail abortif, lui-même enchâssé dans un marché du travail en tension pour le groupe professionnel, a permis d'envisager d'abord la grande diversité des contextes d'exercice, où les dispositions professionnelles des sages-femmes s'actualisent, pour souligner les effets produits

en termes de pratiques et de rapport à l'activité d'IVG. Nous avons analysé ce dernier au prisme des concurrences, conflits et clivages entre catégories de professionnel.les dans le champ de l'orthogénie, et de la restructuration des compétences requises pour participer à la pratique de l'IVG en tant que sage-femme. L'approche a été complétée par une analyse de type diachronique de la socialisation professionnelle des sages-femmes.

6^{ème} PARTIE : LA FABRIQUE DE LA COMPÉTENCE ABORTIVE DU GROUPE PROFESSIONNEL

Nous avons choisi de retracer les étapes de la fabrique de cette compétence abortive des sages-femmes en nous penchant sur ce qui s'est joué au sein de deux arènes, l'une politique, l'autre professionnelle et militante, en nous intéressant à la particularité des mobilisations de l'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO). Nous préciserons, au début du chapitre II de cette dernière partie, les motifs qui nous ont poussée à analyser la place singulière qu'occupe cette association dans l'espace de la cause des femmes (BERENI, 2012). Pour l'heure, nous nous contenterons de souligner que, depuis quelques années, la question des dispositifs techniques (le RU 486, la télémédecine, la pratique abortive instrumentale) est revenue au cœur des mobilisations en faveur de la cause de l'IVG, comme elle l'avait fait autrefois avec l'introduction de la méthode par aspiration (méthode Karman), avant la légalisation de l'avortement. Bibia Pavard avait montré qu'alors, « la pratique [a] fait mouvement » (PAVARD, 2012). La modification du droit, si elle s'obtient au plan législatif, peut être poussée par des revendications qui se jouent au sein d'espaces professionnels et militants. Nous aurions pu porter la focale de notre analyse sur les instances professionnelles telles que le Conseil de l'Ordre, le Collège National des Sages-Femmes de France ou le très récent Conseil National Professionnel des Sages-Femmes, qui se veulent tous deux sociétés savantes de la profession. Mais, outre que nous avons dû opérer des choix pour des raisons de faisabilité de l'enquête, il nous a semblé plus pertinent de

Entrant dans les pas de l'historienne, nous souhaitons étudier les effets dynamiques entre des modalités de la pratique abortive (ici, médicamenteuse puis instrumentale) au sein du groupe professionnel des sages-femmes et le mouvement social de lutte pour l'amélioration de l'accès à l'IVG, en regard de ce qui se joue dans les arènes parlementaires sur cette question de santé publique. Cette dernière partie de la thèse est donc consacrée à la manière dont la question de la compétence abortive des sages-femmes entre dans le façonnement des frontières, de la dynamique et de l'identité des mobilisations pour la cause de l'IVG.

A l'instar de la démarche que nous avons adoptée pour l'analyse de la production de l'ordre symbolique autour du problème public de l'IVG (IIème partie), nous nous sommes

appuyée sur les corpus des dossiers législatifs des trois lois qui ont modifié en profondeur la juridiction des sages-femmes en matière d'orthogénie. Nous nous sommes concentrée en premier lieu sur la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST)¹, qui a étendu aux sages-femmes le droit de prescrire des contraceptifs hormonaux et de procéder au suivi gynécologique de prévention. Dans le cadre de cette loi, et dans un souci de précision, nous avons centré notre attention sur les points de la loi qui portaient sur la question de mener une expérimentation de la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes. Même chose pour la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 dite loi de modernisation de notre système de santé² qui a accordé le droit de prescrire le dispositif abortif médicamenteux³, et enfin pour la loi n° 2022-295 du 2 mars 2022⁴ visant à renforcer le droit à l'avortement qui leur a accordé la compétence instrumentale en matière de prise en charge de l'IVG (article 1^{er}/1 bis). Au travers d'une analyse transversale et longitudinale des débats entre député.e.s et sénateurices pendant les séances dédiées à la lecture de ces articles mais aussi des productions plus formalisées que peuvent être les rapports parlementaires, notre objectif a été de tenter de repérer les régularités, les contradictions, les différences de points de vue dans les justifications des modifications envisagées par les actrices mobilisé.e.s à cette fin de modifier la juridiction des sages-femmes.

Cette analyse, portée essentiellement dans une perspective chronologique, a permis de mettre au jour le fait que l'élargissement du champ de leur compétence est entendu d'abord comme une réponse au problème de santé publique que constitue l'accès inégal à la contraception et à l'IVG sur le territoire. Les pouvoirs publics modifient la licence (entendue au sens de Hughes comme attribut d'un métier, ou comme l'autorisation légale d'exercer un type d'activité) de la profession dans le champ de la santé sexuelle et reproductive pour faire face aux évolutions de la démographie médicale, nous l'avons vu. Mais ces élargissements successifs ne font pas consensus dans le champ médical, car ils questionnent aussi bien l'identité professionnelle que l'entreprise de clôture même du marché du travail opéré autrefois par les groupes professionnels concurrents. Partant de quoi, nous tenterons de montrer que ces

¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000019674897/>

² L'on pourra consulter les dossiers législatifs de cette loi, pour l'Assemblée nationale sur le lien suivant : <https://www.assemblee-nationale.fr/14/dossiers/sante.asp>; et pour le Sénat, sur celui-ci : <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pjl14-406.html>

³ Nous nous sommes donc surtout intéressée aux articles L. 2212-1 et suivants du code de la santé publique tels que modifiés par l'article 127 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 susmentionnée.

⁴ L'on pourra consulter les dossiers législatifs de cette loi, pour l'Assemblée nationale sur le lien suivant : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/renforcement_du_droit_a_lavortement?etape=15-AN1. Et pour le Sénat, sur celui-ci : <http://www.senat.fr/tableau-historique/pp120-023.html>

élargissements sont envisagés par les pouvoirs publics comme une voie que nous qualifierions de médiane, entre l'impératif de défendre l'accès à l'IVG et celui de maintenir – à nouveau – le compromis ménagé par la loi Veil. Ainsi, la compétence abortive des sages-femmes permet-elle de conserver aux mains d'une profession médicale le contrôle social exercé sur les pratiques de régulation des naissances, tout en cheminant dans le processus de « physiologisation » de l'IVG. L'obtention de cette nouvelle compétence abortive est aussi, en 2020-2022, le produit d'une négociation entre actrices parlementaires tenant des positions antagonistes sur la question de la suppression de la clause de conscience. Face à cette mesure envisagée comme susceptible de rompre ce compromis auquel les pouvoirs publics sont si attachés, l'extension du champ de compétence a servi de rempart. Pour le dire en des termes plus simples, il apparaissait moins grave de céder sur le terrain de la définition de l'expertise en orthogénie, que de céder sur celui de la morale.

Le second chapitre de cette partie est consacré à une frange militante de l'arène professionnelle participant à la fabrique de la compétence des sages-femmes en matière d'orthogénie. L'idée de présenter, en regard les uns par rapport aux autres, les intérêts défendus et les attentes énoncées au sein de ces deux arènes (politique et professionnelle) était de souligner que le droit ne se modifie pas uniquement par la voie législative. Il nous a semblé important de montrer à cet égard le travail opéré par l'une des parties pour peser sur l'orientation de la définition même de la compétence abortive (ESQUERRE, 2014).

Nous nous intéresserons donc au rôle qu'a joué l'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO). Celle-ci, bien qu'encore très petite par le nombre de ses adhérent.es, a en effet des singularités qui méritent d'être explorées : elle se définit comme une association professionnelle, identifiée par son appartenance à un segment de la médecine reproductive qui, nous l'avons vu, peine à être reconnu, normalisé dans le champ médical. Les revendications de l'association portent donc sur la définition du sens que ces sages-femmes entendent donner à l'activité d'orthogénie à laquelle elles souhaitent donner (rendre ?) sa légitimité pour un groupe professionnel qui s'est vu, historiquement, forclure de ce domaine d'exercice. Pour le dire dans les termes de la sociologie interactionniste de Hughes, l'association se consacre à la définition du mandat des sages-femmes en orthogénie, que ses membres entendent à la fois construire et défendre. Il s'agit pour elles d'opérer un travail cognitif important. Celui-ci vise à débarrasser la pratique de l'orthogénie de ses représentations professionnelles négatives, de manière à renverser le paradigme qui la situe du côté de la déviance ou de la pathologie, et, ce faisant, de montrer par quoi l'exercice de cette activité

contribue pleinement à la revalorisation de la profession tout entière, occupée à défendre l'émergence d'une filière physiologique dans lesquelles ces militantes placent l'activité d'IVG. L'argumentation s'articule autour de l'idée centrale selon laquelle, puisqu'il s'agit d'une activité médicale qui relève de la physiologie, la profession de sage-femme gagne à pratiquer l'IVG : elle parachève alors son travail de légitimation, en consolidant le mandat qu'elle exerce en tant qu'acteur de santé publique dans le champ de la santé sexuelle et reproductive. Elles entendent aussi reconquérir une compétence qu'elles estiment leur avoir été spoliée par les groupes professionnels concurrents dans l'Histoire. Ce travail de (re)conquête les contraint à assumer une posture résolument subversive dans la hiérarchie médicale : (re)prendre la main sur l'activité d'IVG est affirmé comme une étape de la lutte menée par la profession pour sortir de sa situation de domination, affirmer son autonomie et son appartenance médicale.

Pour opérer ce travail de légitimation d'une identité professionnelle controversée, l'ANSFO mobilise des formes de rhétorique qui affirment des valeurs féministes. Ces « professionnelles- militantes » (LOCHARD, SIMONET, 2009) ont donc une place paradoxale dans ce que Laure Bereni nomme dans l'espace de la cause des femmes. Dans cet espace, revendiquer d'être à la fois militantes féministes et professionnelles médicales en charge d'une activité (souvent) perçue comme contribuant à la stigmatisation des avortantes (MATHIEU, RUAULT, 2014) n'a rien d'évident. Dans le second chapitre de cette dernière partie, nous explorerons donc la teneur de ces mobilisations paradoxales, en analysant la manière dont la composition trans-catégorielle de l'ANSFO constitue une ressource sur un plan professionnel, au même titre que les compétences militantes acquises par ses adhérentes au gré de leur trajectoire biographique et professionnelle. Nous explorerons les rouages de leurs stratégies argumentatives destinées à construire leur mandat en orthogénie, puis nous analyserons le répertoire de leur action visant à cette fin, et enfin, nous tenterons de faire la lumière sur les liens qu'elles entretiennent (non sans tensions) avec les autres pôles de l'espace de la cause des femmes.

CHAPITRE I. La fabrique de la licence abortive

Everett Hughes définit la licence en tant qu'attribut d'un métier, généralement conçu comme l'autorisation légale d'exercer un type d'activité. Dans ce chapitre, nous allons retracer le cheminement emprunté au plan législatif pour que la profession de sage-femme puisse obtenir le droit de pratiquer des IVG, d'abord par voie médicamenteuse en 2016, puis par voie chirurgicale en 2022.

A. PREMISSES : L'EXPERIMENTATION DE L'IVG MEDICAMENTEUSE PAR LES SAGES-FEMMES

A l'occasion de l'examen de l'avant-projet de loi portant réforme de l'hôpital et des dispositions relatives aux patients, à la santé et aux territoires, le 6 février 2009, Bérengère Poletti, sage-femme députée élue UMP des Ardennes, introduit dans un amendement la question d'ouvrir une expérimentation à la pratique de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes. Dans son rapport en date du 22 Octobre 2008¹, elle considère que « *les sages-femmes ont la compétence technique pour le faire. Compte tenu des carences des réseaux de médecins assurant des IVG médicamenteuses [...] les centres de santé et de planification jouent un rôle essentiel dans l'accès à l'IVG par voie médicamenteuse [...]. Ouvrir cette compétence aux sages-femmes [...] est un élément qui facilitera l'accès à l'IVG permettant un meilleur maillage des professionnel.le.s de santé pratiquant ces actes.* ».

Aussitôt, le Collectif Sages-femmes de Demain (CSFD), s'insurge et entreprend une lutte visant à abroger ce projet de loi². Le Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes (CASSFF) lui apporte au contraire son soutien³. Devant le nombre important de signatures contestataires, Mme Poletti retire cependant son amendement. En mai 2009, ce projet est réintroduit à la Commission des Affaires Sociales du Sénat. Si tous.tes les parlementaires prennent soin, en préambule de leurs interventions, de souligner qu'il ne s'agit pas là de refaire entièrement le débat sur le principe même du droit à l'IVG⁴, iels formulent leurs arguments en

¹ Bérengère POLETTI, Rapport d'information au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'application de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 octobre 2008.

² <https://www.sages-femmes.info/communiqu\u00e9-du-collectif-des-sages-femmes-de-demain/>

³ Voir séance du 5 juin 2009 au Sénat : <https://www.senat.fr/seances/s200906/s20090605/s20090605007.html#int1051>

⁴ Ibid.

des termes identiques à ceux employés chaque fois que la question d'en renforcer l'accès en France est portée à l'agenda politique⁵.

Du côté des opposant.e.s, le débat est placé sur le terrain de la technique, avec le motif énoncé que cette mesure risquerait d'induire une « banalisation » de l'acte⁶. L'on envisage également que ce « *jeu de la délégation* » pourrait ensuite viser d'autres professions paramédicales, et que cela « *risque d'entraîner la société très loin* »⁷. Le spectre des complications sanitaires que cette disposition pourrait faire courir aux femmes est d'abord brandi, au vu de la difficulté de l'intervention « *sur le plan technique et médical* » mais aussi « *psychologiquement* » pour Alain Vasselle (LR). La qualification des sages-femmes est ainsi mise en doute, dans les domaines de la contraception et de la gynécologie. Les volumes horaires et les contenus de leur formation exigent d'être renforcés. Ainsi pour Gilbert Barbier⁸, chirurgien, l'acte est « *suffisamment grave pour qu'il continue de relever des médecins* ». La nécessité de se doter de garanties suppose donc que les médecins exercent un contrôle sur la profession en matière d'orthogénie. L'argument du recours à l'expérimentation est même retourné comme l'expression de ce besoin⁹.

Pour les parlementaires qui appuient au contraire cette proposition d'évolution, la technicisation du débat ainsi que sa dramatisation sont repérées en tant que stratégies « *à des fins instrumentales pour [ceux] qui sont contre l'IVG* »¹⁰. Les arguments avancés se situent dans la perspective de modernisation globale du système de santé en matière d'accès aux soins, via le décloisonnement entre l'ambulatoire, l'hôpital et le médico-social, et la coordination du système de santé poursuivie par le texte de loi. Il s'agit de « *combler le manque délétère [de médecins exerçant] dans ce domaine* ». Les sages-femmes sont perçues comme les professionnelles indiquées pour « *participer à cette action de santé publique* ». Roselyne Bachelot soutient qu'elles ont les compétences nécessaires pour cette pratique « *qui ne comporte aucun geste invasif* » ; elle ajoute que l'ajustement de la formation est prévu par voie réglementaire. Jacky Le Menn souligne que les risques induits sont minimes, puisque l'exercice

⁵ Ainsi s'exprime par exemple Jean-Pierre Godefroy (PS) : « *Les mêmes orateurs emploient toujours les mêmes arguments, c'est invariable !* » *Ibid.*

⁶ Alain Vasselle, agriculteur, (LR) s'interroge par exemple sur « *la pertinence d'une initiative tendant à banaliser une pratique qui n'a pas vocation à l'être* ». *Ibid.*

⁷ Pour Bernadette Dupont, membre du Groupe Union pour un Mouvement Populaire, cela reviendrait à donner une « *responsabilité énorme* » à la profession, qui les exposerait à un « *risque de poursuites* ».

⁸ Président du Groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, Gilbert Barbier a exercé les fonctions de vice-président de la commission des affaires sociales et de vice-président de l'office parlementaire de l'évaluation des politiques de santé

⁹ Pour Alain Vasselle, cela montre que « *nous ne sommes pas si sûrs* » de la pertinence de cette mesure.

¹⁰ Nicolas About ; président de la commission des affaires sociales, Sénat, séance du 5 juin 2009, op.cit.

de la clause de conscience est maintenu possible, que l'expérimentation ne concernerait que du personnel volontaire. Et le recours à l'expérimentation est au contraire la preuve d'une croyance en sa pertinence, son dispositif visant à l'éprouver pour convaincre les plus réticent.e.s¹¹.

Le texte est finalement voté avec modification de l'article 1er émis au mois de février. Le CSFD continue alors son combat : il collecte de plus en plus de signatures et l'appui de personnalités hostiles à cette projet de loi (cf infra). Puis, dans sa décision n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009, le Conseil constitutionnel annule cette disposition, considérant qu'en autorisant une expérimentation sans en fixer le terme, le législateur avait « *décidé lui-même de déroger au principe d'égalité devant la loi* » et qu'« *il ne pouvait, sans méconnaître l'article 37-1 de la Constitution, renvoyer au pouvoir réglementaire le soin de fixer la durée de cette dérogation* ».

B. FABRIQUE DE LA LICENCE ABORTIVE PAR VOIE MÉDICAMENTEUSE : 2010-2016

Un groupe de travail, piloté par Bérangère Poletti, est créé en octobre 2010 par la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, en vue de rechercher les causes du taux élevé d'IVG chez les jeunes filles et plus particulièrement des mineures ; l'objectif en est d'évaluer la mise en œuvre et la qualité de la législation relative à l'accès des mineures à la contraception. L'on voit que, là encore, le taux élevé d'IVG continue d'être imputé à une insuffisance de la couverture contraceptive, due notamment à des problématiques d'accès à l'offre chez ce groupe spécifique des mineures. Un rapport d'information sur la contraception des mineures est adopté en mai 2011 : il formule diverses propositions visant à mieux encadrer l'éducation à la sexualité et garantir un accès à la contraception anonyme et gratuit pour les mineures qui souhaitent garder secret leur traitement.

Corrélativement, l'une des solutions envisagées à cette fin d'amélioration de l'accès à l'offre de soins en santé sexuelle et reproductive est d'augmenter le nombre de professionnel.le.s de santé susceptibles d'intervenir dans le champ de l'orthogénie. Une proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi n°2009-879 de juillet 2009 relance l'idée de l'expérimentation de la prise en charge de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes ; la loi fait l'objet d'une annulation pour vice de forme par le Conseil Constitutionnel¹². Ce dispositif d'expérimentation est à nouveau incorporé à une proposition de loi qui apporte

¹¹ Ibid.

¹² Décision n°2011-640 DC du 4 août 2011.

des ajustements à la loi HPST de 2009 en novembre 2011¹³, renvoyée à la commission des affaires sociales, puis à nouveau en septembre 2012¹⁴.

Dans les recommandations émises en 2013, l’OMS déclare que « tout prestataire de soins suffisamment qualifiés, y compris les prestataires de catégorie intermédiaire (c’est-à-dire autre que les médecins) est en mesure de dispenser des soins liés à l’avortement dans les meilleures conditions ». L’expression comprend notamment le groupe professionnel des sages-femmes parmi ceux « formés pour exécuter des gestes cliniques simples dans le domaine de la santé génésique, comme l’examen pelvien bimanuel pour déterminer l’âge de la grossesse, l’auscultation fœtale et d’autres procédures transcervicales et qui peuvent être formés à la pratique de l’avortement. ». La dispensation de soins liés à l’avortement au niveau des soins primaires est soulignée comme étant susceptible de « minimiser les coûts tout en maximisant le confort et la rapidité d’exécution pour la femme ». Cette recommandation mentionne également, sur la base d’études comparatives¹⁵, qu’« on peut pratiquer l’aspiration et les méthodes d’avortement médicamenteuses au niveau des soins primaires en ambulatoire, car elles ne nécessitent pas de connaissances ni de compétences techniques avancées, aucun matériel coûteux tel que celui destiné aux échographies et pas d’effectif hospitalier complet ». Infirmières et sages-femmes sont donc pressenties pour pratiquer les interventions instrumentales également¹⁶.

Le 15 octobre 2014, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes Marisol Touraine enregistre son projet de loi relatif à la santé à la présidence de l’Assemblée nationale. L’article 31 de ce projet de loi envisage de permettre aux sages-femmes de réaliser l’IVG médicamenteuse ainsi que d’étendre leurs compétences en matière de vaccination. Début janvier 2015, à deux jours du quarantième anniversaire de la promulgation de la loi Veil du 17 janvier 1975 la délégation sénatoriale aux droits des femmes et à l’égalité des chances entre les hommes et les femmes, commence ses travaux sur le projet de loi relatif à la santé par une table ronde sur l’IVG et la contraception d’urgence. Celle-ci a associé des responsables de centres d’orthogénie, l’Ordre des sages-femmes et des responsables d’associations, dont le Planning

¹³ Proposition de loi visant à permettre un meilleur accès à la contraception, notamment pour les mineures et l’IVG, enregistré à la présidence de l’Assemblée nationale le 22 novembre 2011.

¹⁴ <https://www.assemblee-nationale.fr/14/propositions/pion0213.asp>

¹⁵ L’IVG instrumentale est déjà autorisée pour les sages-femmes aux USA, ou par un autre professionnel de santé non médecin « sous la direction d’un médecin spécialiste » en Espagne ou au Portugal

¹⁶ OMS, 2013, « Avortement sécurisé. Directives techniques et stratégiques à l’intention des systèmes de santé », deuxième édition, pp.68-69.

familial¹⁷. Lors de cette table ronde, Maya Surduts, secrétaire générale de la Coordination des associations pour le droit à l'avortement et la contraception (CADAC), impute la responsabilité des obstacles qui se dressent dans les parcours des femmes aux restructurations conduites dans le cadre de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « HPST », établissant un lien entre les restructurations qui ont suivi l'entrée en vigueur du texte et la diminution du nombre de maternités en France. Le docteur Philippe Lefebvre a estimé quant à lui que « *les diplômés d'université sur l'IVG et la planification familiale rencontrent un grand succès chez les jeunes médecins, en particulier chez les femmes* ». Philippe Faucher a renchéri sur la nécessité du recrutement de praticien.ne.s formé.e.s et volontaires pour garantir l'accès à l'IVG en rappelant que la condition était de leur attribuer un statut convenable. L'ensemble des professionnel.le.s présent.e.s lors de cette table-ronde ont salué le projet d'élargissement des compétences des sages-femmes comme une réelle avancée. Marie-Josée Keller, présidente du CNOSF, a souligné sa satisfaction à cet égard, considérant que cette disposition rencontre la volonté de l'instance ordinaire le CNOSF de promouvoir une meilleure reconnaissance de la profession, aux côtés des médecins traitants, dans le suivi de contraception et la réalisation des IVG. Elle a ainsi rappelé que 85 % des représentantes des instances ordinaires de la profession, à la suite d'une consultation effectuée en 2013, s'étaient prononcées pour que les sages-femmes puissent pratiquer l'IVG médicamenteuse¹⁸, et qu'en pratique, elles sont déjà nombreuses à travailler dans les centres d'IVG. Philippe Faucher a, à ce titre, fait valoir les résultats des études comparatives mentionnées en 2013 par l'OMS¹⁹ montrant l'efficacité des prises en charge effectuées par des sages-femmes ou des infirmières.

L'extension des compétences des sages-femmes en matière d'IVG médicamenteuse est donc, globalement, bien accueillie par les professionnel.le.s. Certaines craintes sont cependant énoncées, notamment celle d'assister à un renforcement de la délégation de cette tâche sur ces

¹⁷ <http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20150112/femmes.html#toc4>

¹⁸ CNOSF, « IVG et clause de conscience : position de l'ordre des sages-femmes », Communiqué de presse du 20/02/2015

¹⁹ Voir à ce sujet RENNER R-M., BRAHMI D., KAPP N. 2013, "Who can provide effective and safe termination of pregnancy care?" *BJOG*, janvier; 120(1), pp.23-31 ; WEITZ Tracy A., TAYLOR Diana, 2013, "Safety of Aspiration Abortion Performed by Nurse Practitioners, Certified Nurse Midwives, and Physician Assistants Under a California Legal Waiver", *American Journal of Public Health* | March, Vol 103, n°. 3, pp.454-461; DICKSON-TETTEH Kim and BILLINGS Deborah L., 2002, "Abortion Care Services Provided by Registered Midwives in South Africa", *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28(3): pp. 144-150; SIBUYI Mafanato Constance, "Provision of Abortion Services by Midwives in Limpopo Province of South Africa - *African Journal of Reproductive Health* 2004; 8[1] pp.75-78; BERER M., 2009, "Provision of abortion by mid-level providers: international policy, practice and perspectives", *Bulletin of the World Health Organization*; 87, pp.58-63 ; OMS 2016 - *Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement* ; Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS: *Médecins ou personnel de niveau intermédiaire pour l'avortement*: résumé de la BSG, dernière mise à jour, 8 février 2016). Par ailleurs, certains pays dans le monde autorisent déjà la pratique de l'IVG instrumentale par des professionnel.le.s de santé autres que des médecins et notamment: certains états des Etats Unis, l'Afrique du Sud et le Vietnam. Voir http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill_id=201320140AB154&search_keywords=
<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/1/07-050138/en/>

dernières, et celle que cette disposition ne finisse, de fait, par contraindre les femmes à recourir à cette méthode par défaut. Le souhait est exprimé par Maya Surduts et Véronique Séhier (MFPP) d'ouvrir également la réflexion sur l'extension de la compétence abortive à la pratique instrumentale. La délégation entend toutes ces remarques, y compris celles relatives à la nécessité de renforcer leur formation, mais elle estime que la démarche d'appropriation de ces nouvelles compétences par le groupe professionnel doit être progressive²⁰.

Un programme national d'actions destiné à améliorer l'accès à l'IVG est ensuite présenté par le ministère des affaires sociales, le 18 janvier 2015²¹. Il prévoit, dans son axe 3, d'améliorer la formation des professionnel.le.s de santé en orthogénie, que les centres de santé puissent proposer des IVG instrumentales, et qu'un décret en Conseil d'État assouplisse les conditions de durée de service minimale des praticien.ne.s contractuel.le.s réalisant des IVG²². Le projet de loi de modernisation de notre système de santé fait l'objet d'une procédure accélérée au printemps 2015, l'article 31 est débattu au cours des séances de la navette parlementaire, mais sans soulever tellement d'oppositions²³. Un consensus semble se créer autour de la nécessité d'améliorer l'offre de soins en matière d'IVG, dans le cadre plus large des objectifs que se fixe ce texte, en particulier son titre III, « *innover pour garantir la pérennité de notre système de santé* ». La loi est adoptée le 26 janvier 2016, et le décret n°2016-743 en application de son article 127 paraît le 02 juin 2016.

C. FABRIQUE DE LA LICENCE ABORTIVE PAR VOIE INSTRUMENTALE

I. Un contexte d'antagonismes entre groupes professionnels concurrents

Au printemps 2016, dans un cahier des charges pour la réalisation des IVG par méthode instrumentale hors établissement de santé²⁴, la HAS nuance les propos de l'OMS en 2013,

²⁰ Dans la synthèse de son rapport d'information rendue publique le 18 février 2015, la Délégation aux Droits des femmes de l'Assemblée nationale formule cependant des recommandations supplémentaires, celle de supprimer la clause de conscience relative à l'IVG et de permettre aux sages-femmes de pratiquer l'IVG instrumentale. Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes réagit dans un communiqué de presse en soulignant qu'il est important de maintenir la clause de conscience. L'instance ordinale s'étonne par ailleurs que l'on envisage de permettre aux sages-femmes de pratiquer un tel acte chirurgical, alors que la possibilité de prescrire des vaccinations et des substituts nicotiques par ces mêmes professionnelles à l'entourage de la femme enceinte et du nouveau-né fait débat. L'Ordre place alors la revendication sur la question de la prise en considération « *des ambitions légitimes des sages-femmes quant à la reconnaissance dont elles souhaitent bénéficier* ». (Ibid).

²¹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/160115_-_dp_-_programme_national_d_action_ivg.pdf

²² https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/160115_-_dp_-_programme_national_d_action_ivg.pdf (p.10)

²³ <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pjl14-406.html>

²⁴ HAS, 2016, Cahier des charges pour la réalisation des interruptions volontaires de grossesse par méthode instrumentale hors établissement de santé, mars.

estimant que les données de la littérature, non convergentes, ne permettent pas de conclure quant à la qualification de l'opérateur.e compétent.e pour les pratiquer. En septembre 2018, le président Syndicat national des gynécologues-obstétriciens (SYNGOF) provoque un scandale en proférant au micro d'une journaliste de l'émission *Quotidien* que pratiquer l'IVG revient à « *retirer des vies* », ce qui serait contraire à la déontologie des médecins. Une Marche pour la vie est organisée en janvier 2019, dédiée à la défense de l'exercice de la clause de conscience des médecins²⁵. Quelques mois plus tard, le président du SYNGOF, Bertrand de Rochambeau est de nouveau sous le feu de vives critiques. Pour obtenir du ministère de la santé la satisfaction d'une revendication concernant le relèvement du fonds de garantie de la profession, afin de mieux couvrir les professionnel.le.s condamné.e.s pour des erreurs médicales, le conseil d'administration du syndicat de cette spécialité médicale a demandé, dans un e-mail envoyé le 12 mars, à environ 2 000 de ses adhérents de se « *tenir prêts à arrêter la pratique des IVG* » ce qui est reçu comme une menace de « *grève des IVG* »²⁶.

Les réactions de protestations sont immédiates. Le CNOSF, dans un communiqué de presse daté du 14 mars 2019²⁷, condamne ces propos. Le Conseil réaffirme l'importance de l'accès à l'IVG et le rôle majeur des professionnel.le.s de santé dans la sauvegarde de ce droit. « *Ainsi, dans la perspective de l'examen du projet de loi de santé, l'instance plaide en faveur d'une nouvelle extension des compétences des sages-femmes afin que celles-ci, qui pratiquent l'IVG médicamenteuse depuis 3 ans, puissent également réaliser les IVG chirurgicales et offrir ainsi un meilleur accès à ce droit fondamental* ». Et, dans la perspective du projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, adopté par l'Assemblée nationale le 26 mars 2019, puis transmis au Sénat, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes a été auditionné par Alain Milon (LR, Vaucluse), Président de Commission des Affaires sociales et rapporteur sur le projet de loi santé, ainsi que par la Commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, dont Jean-François Longeot (Union Centriste, Doubs), rapporteur pour avis sur le projet de loi. L'Ordre a également participé à une table ronde organisée par le groupe La République en Marche, sur la thématique « *Déserts médicaux et gynécologie* », en présence de l'ANESF, du CNGOF et du collectif militant contre la fermeture de la maternité du Blanc. Par ailleurs, le CNOSF a rencontré Laurence Rossignol, sénatrice de l'Oise (PS), Bernard Jomier, sénateur de Paris (PS), afin d'échanger de manière plus spécifique sur les

²⁵ Bienvault Pierre, 2019, « Une Marche pour défendre la clause de conscience sur l'IVG », *La Croix*, 20 janvier.

²⁶ Cordier Solène, Beguin François, 2019, « Tollé après la menace d'une grève des IVG par un syndicat de gynécologues », *Le Monde* du 13 mars.

²⁷ <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/lordre-des-sages-femmes-condamne-la-menace-de-greve-de-livg-lancee-par-le-syngof/>

enjeux liés à l'accès à l'IVG et le rôle que les sages-femmes exercent dans ce cadre et Yves Daudigny, sénateur de l'Aisne (PS). L'Ordre a adressé des amendements à l'ensemble des parlementaires et administrateurs rencontrés, notamment sur les sujets de l'extension des compétences des sages-femmes en matière de dépistage des conjoints, en matière d'IVG chirurgicale jusqu'à la fin de la 10^{ème} semaine de grossesse (12 SA) et sur la généralisation de l'entretien prénatal précoce²⁸. Le 30 avril 2019, une proposition de loi demandant l'extension de la pratique de IVG instrumentale aux sages-femmes est enregistrée à la présidence de l'assemblée nationale²⁹. Le texte est renvoyé à la commission des affaires sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par le règlement.

II. Une construction de la légitimité instrumentale en tensions

L'année 2020 est ensuite marquée par la crise sanitaire, qui conduit le gouvernement à adopter certaines mesures pour faciliter l'accès à l'IVG (cf partie II de ce manuscrit³⁰). Plusieurs textes de lois contribuent à poursuivre le processus d'élargissement du champ de compétence des sages-femmes. Mais le cheminement pour obtenir cette licence abortive à la pratique instrumentale de l'IVG illustre les tensions qui se font jour dans la culture du problème public de l'IVG, comme dans la définition des savoirs théoriques et pratiques de la profession.

1. Les protocoles de coopération

L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 a permis la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnel.le.s sur le terrain (inscrits à l'art. L. 4011-1 du Code de la santé publique), de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisation des modes d'intervention auprès des patient.e.s. Selon cette loi, ces initiatives locales prennent la forme d'un protocole de coopération³¹ transmis à l'ARS, qui vérifie la cohérence du projet avec le

²⁸ CNOSF, 2019, Veille législative, politique et institutionnelle du 1er avril au 31 mai 2019, <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2019/06/20190531-CNOSF-Veille-Avril-Mai-2019.pdf>

²⁹ Proposition de loi n° 1895 demandant l'extension de la pratique de l'interruption volontaire de grossesse instrumentale aux sages-femmes.

³⁰ En raison de la crise sanitaire liée à l'épidémie de covid-19, le délai de l'IVG médicamenteuse en ville avait été temporairement étendu à sept semaines par un arrêté du 14 avril 2020.

³¹ Le protocole de coopération est un document décrivant les activités ou les actes de soins transférés d'un.e professionnel.le de santé à un autre, de titre et de formation différents, ainsi que la façon dont les professionnel.le.s de santé vont réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient dans le but d'optimiser sa prise en charge. Un protocole de coopération est validé dès lors qu'il répond à certaines exigences relatives à ses caractéristiques : professions des délégué.e.s et délégant.e.s, liste des actes dérogatoires proposés, caractéristiques du lieu d'exercice conditionnant la mise en œuvre du protocole, critères d'inclusion et d'exclusion des patients, ainsi que leurs caractéristiques, résultats attendus en termes de qualité de la prise en charge et d'optimisation de la dépense de santé. La validation du protocole de coopération est aussi fonction du type d'information délivrée aux patients, des activités de coordination entre professionnel.le.s (système d'information, staff,

besoin de santé, avant de le soumettre pour validation à la HAS³². L'enjeu des protocoles de coopération entre professionnel.le.s de santé est de proposer une offre de soins élargie, de réduire les délais d'accès à une prise en charge en optimisant les parcours de soins, et ainsi apporter une réponse aux attentes des patient.e.s comme des professionnel.le.s.

Le dispositif a été rénové par l'article 66 de la Loi Organisation et transformation du système de santé (OTSS) du 24 juillet 2019. Les professionnel.le.s de santé travaillant en équipe peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Les délégations d'exercice peuvent être de plusieurs natures : réalisation d'actes ou activité à visée préventive ; réalisation d'actes ou activité à visée diagnostique, réalisation d'actes ou activité à visée thérapeutique. Les actes ou activités transférés ne peuvent pas être dissociés de la prise en charge globale du patient. L'article 66 de la Loi OTSS précise que les protocoles de coopération nationaux sont rédigés par des équipes de professionnels ayant candidaté pour répondre à un appel à manifestation d'intérêt publié sur le site du Ministère répondant à un besoin national.

Lorsqu'au cours de notre enquête de terrain, nous rencontrons certaines des membres de l'ANSFO, Elodie évoque les difficultés d'élaboration du protocole de coopération qu'elle a souhaité mettre en place au sein de son service d'un hôpital de l'AP-HP.

« On a commencé à rédiger le truc avec mon chef de service à l'été 2013. Fallait d'abord faire une lettre d'intention à l'ARS, qui l'a validée genre en décembre 2013. Après, il a fallu écrire le protocole, c'était un peu... Après, il fallait le faire valider par la direction de l'hôpital, et ensuite par la direction de l'AP-HP. (...) Et donc ça a été validé par la direction de l'hôpital et le siège de l'AP-HP en décembre 2014. Ensuite, tu envoies ton dossier à l'ARS d'Ile-de-France, qui a validé le truc genre en novembre 2015. Ah ben ils te détaillent tout, hein. Ils détaillent comment c'est équipé dans ton bloc, t'as qui comme professionnel.le.s autour de toi, c'est quoi les formations des médecins, c'est quoi la formation de sage-femme, sur quels dossiers vous écrivez... C'est relu par la directrice des soins, par la commission médicale de l'établissement, enfin voilà, c'est relu par la terre entière. Et après, en janvier 2016, les sages-femmes ont obtenu l'IVG médicamenteuse. Dans notre protocole, on avait écrit « IVG med » et « IVG chir » ; du coup l'IVG med passe dans la loi, l'ARS nous a dit de revoir notre copie en ne mettant que l'IVG chir dans le protocole. Et après, y a l'étape HAS. Ils ont travaillé avec nous, ils nous ont fait faire des corrections, ouais mais c'est un truc de dingue !!! Et en fait, ben ça n'a jamais abouti. Ils n'ont jamais dit OUI, ils n'ont jamais dit NON. Ils ont toujours pas répondu ! On a fait un

supervision médicale), de la démarche qualité instaurée (gestion des événements indésirables, mise en place d'indicateurs de suivi, évaluation régulière des pratiques avec les références utilisées pour respecter les bonnes pratiques), mais encore de la formation des délégués qui doivent justifier d'une expérience et d'un niveau de diplôme professionnel initial suffisant, suivre une formation initiale puis continue, théorique et pratique, afin d'acquérir les compétences nécessaires à la réalisation des actes ou activités délégués. La validation du protocole dépend, enfin, de la démarche de gestion des risques *a priori*, entendue comme la description de la nouvelle prise en charge étape par étape, intégrant les éléments permettant de la sécuriser.

³² La HAS délivre le cahier des charges des conditions à respecter pour prétendre à la validation des protocoles de coopération. Cf https://www.has-sante.fr/jcms/c_2811738/fr/les-protocoles-de-cooperation.

courrier à la présidence de la HAS. Le siège de l'AP-HP, pour le coup il a été super aidant. Ils ont fait plein de réunions pour souligner que c'était un scandale, mais voilà, rien à faire C'est là qu'on voit que le truc était trop politique, que ça bloquait au niveau politique. (...) Je te la fais courte, mais voilà, ils demandent l'avis des professionnels sages-femmes et médecins. Et le CNGOF. Plein de médecins du CNGOF ont affiché clairement leur opposition, notamment Israël Nisand, et ils ont un pouvoir tel que la HAS n'ose pas se les mettre à dos. »

Elodie, sage-femme hospitalière, CIVG d'un hôpital de l'AP-HP, juin 2021.

Cet extrait d'entretien est très intéressant à plusieurs titres : tout d'abord, il souligne la lenteur d'effectuation des procédures administratives. Si la rigueur du contrôle de la conformité réglementaire du protocole de coopération n'est pas en question dans le discours d'Elodie, l'on entend cependant que, pour une professionnelle très engagée dans la lutte pour l'amélioration de l'accès à l'IVG dans son cadre d'exercice où elle est confrontée dans sa pratique quotidienne aux dysfonctionnements de la prise en charge, cette lenteur passe pour insupportable. Ensuite, Elodie décrit dans l'ensemble de son entretien l'étroitesse de ses liens aux autres professionnel.le.s et personnels administratifs de son service, dans un hôpital prestigieux de la capitale³³. C'est parce qu'elle forme un binôme tissé de liens de connivence importants avec le médecin généraliste vacataire du CIVG, qu'ils ont pu tous deux envisager de formaliser ce projet de coopération. Elodie milite en outre au sein de l'Association des centres de régulation des naissances de l'AP-HP (ACRN-AP-HP), qui est en lien étroit avec des figures importantes du « pôle associatif » de l'espace de la cause des femmes (BERENI, 2012) tels que REVHO, et l'ANCIC³⁴ qui lui demande de présenter sa démarche au congrès de l'association organisé cette année-là (2018) :

« On est engagé.e.s sur pas mal de trucs au sein de l'asso. Sur les violences, tout ça. On est en lien avec REVHO, ils m'appellent pour faire des formations, je sais qu'ils soutiennent à fond tout ça. Y a Sophie Gaudu³⁵ qui fait partie de l'ACRN-AP-HP, et qui est à l'origine des deux DIU autour de l'IVG, avec Philippe Faucher ils proposent déjà des formations à l'IVG instrumentales ouvertes aux sages-femmes. »

Elodie, sage-femme hospitalière, CIVG d'un hôpital de l'AP-HP, juin 2021.

³³ Dans un souci d'anonymisation, nous ne pouvons dévoiler le nom de cet hôpital.

³⁴ Elodie a mentionné ce fait dans son entretien. L'ANCIC et l'ANSFO ont été des espaces où elle a pu faire valoir le caractère innovant et exemplaire de leur démarche de coopération interprofessionnelle.

³⁵ Sophie Gaudu est gynécologue-obstétricienne. Son domaine d'expertise est l'avortement et la contraception. Elle exerce à l'APHP de Paris où depuis 20 ans elle est responsable de centres d'IVG et de planification familiale. Elle a co-fondé en 2004 le réseau de santé REVHO (Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'orthogénie) dont elle a assuré la présidence jusqu'en 2017. Elle a coordonné à Paris 5 le diplôme "Régulation des naissances, orthogénie" qu'elle a créé en 2005, et également depuis 2019 avec Nathalie Trignol le diplôme universitaire "Perfectionnement en orthogénie" à Paris 11.

Cette sage-femme évoque donc une procédure administrative très longue, pour un protocole de coopération soutenu par une équipe soignante soudée. Elodie met aussi en lumière qu'il faut une certaine ancienneté de la présence de sages-femmes au sein des équipes des CIVG, ce qu'elle souligne comme rare, pour qu'une professionnelle comme elle puisse se sentir suffisamment légitime, reconnue pour son expertise et suffisamment impliquée dans l'activité d'orthogénie pour proposer d'institutionnaliser une telle pratique coopérative. Elodie reconnaît aussi l'importance d'une équipe de direction aidante, qui dispose d'un certain nombre de capitaux, notamment symboliques, du fait de son inscription historique et de la réputation acquise pour les innovations médicales qui y sont développées³⁶. Elodie évoque ainsi la proximité du personnel du siège avec les arènes politiques et médiatiques, qui permettent de transformer ces difficultés organisationnelles en problème public. L'on ne peut douter que ces ressources, facilitantes, sont inégalement réparties sur le territoire, et qu'une telle procédure se déploierait sur un temps plus long encore pour une équipe qui n'en disposerait pas. Et Elodie évoque aussi la friction qui existe entre ce temps d'élaboration des procédures, manifestement difficilement compressible, avec celui des échéances sur l'agenda politique :

« On pourrait commencer ! Sauf qu'on attend les décrets d'application. Toujours pareil. »

Pour la procédure simplifiée, le décret d'application des protocoles de coopération déployés à l'échelle nationale est paru en février 2020³⁷, et à l'échelle nationale en 2021³⁸. Ainsi, en octobre 2022, l'on dénombre 55 protocoles de coopération déployés au plan national³⁹. La très grande majorité de ces protocoles est signée entre des médecins et des infirmier.e.s, pour certains actes précis (en cancérologie, diabétologie, urologie, chirurgie, gastro-entérologie, cardiologie, gériatrie, neurologie, etc). Un seul protocole de coopération a été signé dans le champ de la santé sexuelle, pour une consultation menée par un.e infirmière d'un CeGIDD ou CPEF et centre de santé sexuelle, en lieu et place du médecin⁴⁰.

³⁶ L'hôpital en question a mis en place une série d'outils (plateforme de projets et de startup, portail de recherche, portail patients (hôpital à distance), des services à destination des professionnels (accompagnement méthodologique de projets, formation, soutien à la diffusion et au déploiement), ainsi que des outils de structuration des données et développement des services d'accès comme des lieux dédiés à l'innovation (laboratoires, fablab, etc.)

³⁷ Décret du 21 février 2020 relatif au fonctionnement du comité national des coopérations interprofessionnelles et des protocoles nationaux prévus à l'article L. 4011-3 et à leur application au service de santé des armées

³⁸ Décret du 24 juin 2021 relatif aux modalités de déclaration et de suivi des protocoles locaux de coopération des établissements de santé, des groupements hospitaliers de territoire et du service de santé des armées

³⁹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-nationaux-de-cooperation>

⁴⁰ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/suiv__protocole_national_medecins_ide_cegidd_2021.pdf

2. Le protocole d'expérimentation de la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes

Un projet de loi de finances pour 2021 est déposé en septembre 2020, votée en décembre. Parmi les mesures envisagées, la loi prévoit « *qu'à titre expérimental et pour une durée de trois ans, par dérogation, les sages-femmes ayant réalisé la formation complémentaire obligatoire et justifiant des expériences spécifiques attendues peuvent réaliser des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé.* » (article 70⁴¹). Il faut cependant attendre près d'un an pour que paraisse le décret n° 2021-1934 du 30 décembre 2021⁴², qui précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, notamment les caractéristiques de l'appel à projets national, les éléments relatifs à la formation exigée et les expériences attendues des sages-femmes, les conditions de financement de l'expérimentation ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation. Un arrêté du 30 décembre 2021⁴³ porte avis d'appel à projet et fixe la composition du dossier et les modalités de candidature pour intégrer la liste des établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation permettant la réalisation, par des sages-femmes, dans le cadre hospitalier, d'interruptions volontaires de grossesse par voie instrumentale.

⁴¹ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021

⁴² Décret n° 2021-1934 du 30 décembre 2021 relatif à l'expérimentation relative à l'exercice des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé par des sages-femmes

⁴³ Cet appel à projet s'adresse aux établissements de santé franciliens souhaitant être inscrits sur la liste des établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation nationale permettant la réalisation, par des sages-femmes, dans le cadre hospitalier, d'IVG par voie instrumentale. Les établissements qui souhaitent participer à l'expérimentation doivent transmettre (...) avant le 30 avril 2022 leur dossier de candidature au ministre de la Santé et à l'ARS Ile-de-France. Les sages-femmes, volontaires, devront disposer d'une expérience spécifique adaptée et d'une formation pratique validée par le responsable médical et attestée par le directeur d'établissement siège de sa réalisation. Les établissements devront répondre à des conditions fixées par le décret en termes de recours médical, d'accès aux produits sanguins labiles, de suivi des événements indésirables graves et de suivi d'activité. Ce dossier de candidature consiste en une partie administrative, une partie technique comprenant des éléments de contexte, une présentation générale du projet, la présentation des protocoles mis en place et comprend l'engagement du demandeur à participer à la démarche d'évaluation nationale.

Encadré 18. Les conditions requises pour l'expérimentation de la pratique instrumentale des IVG par les sages-femmes

L'article 1 du décret n° 2021-1934 du 30 décembre 2021⁴⁴ précise que les sages-femmes (SF) qui pourront effectuer les IVG par méthode instrumentale dans le cadre de cette expérimentation devront justifier d'une expérience professionnelle spécifique constituée d'une qualification universitaire en orthogénie ou d'une expérience professionnelle minimale d'un an dans le domaine de la santé de la femme, dont 6 mois en orthogénie, complétée d'une formation théorique préalable de 2 jours organisée par l'établissement de santé dans lequel exerce la sage-femme. Cette formation porte sur le geste chirurgical, ses complications et l'analgésie en lien avec l'acte réalisé. Elles devront aussi justifier d'une formation pratique constituée d'une observation d'au moins 30 actes d'IVG par méthode instrumentale, et par la réalisation d'au moins 30 actes en présence d'un médecin formé à cette activité et disposant d'une expérience en la matière de plus de 2 ans ou ayant réalisé plus de 60 actes. Cette formation pratique est réalisée au sein de l'établissement de santé où exerce la SF si ce dernier pratique cet acte en son sein ou dans un autre établissement remplissant les conditions précisées par l'article 2 du décret, avec lequel une convention est passée.

Nous verrons dans la partie ci-après consacrée à la loi de mars 2022 combien l'adoption de ce protocole d'expérimentation est entrée dans le jeu des négociations entre parlementaires pour NE PAS inscrire dans le marbre de la loi la compétence chirurgicale pour le groupe professionnel, tant qu'une évaluation du dispositif en question n'aurait permis d'objectiver l'innocuité de cette pratique.

Là encore, les procédures de mise en place du dispositif une fois adopté, (recrutement des équipes volontaires, montage des projets, évaluation des candidatures, etc.) ont été longues. C'est seulement à l'heure même où nous terminons de rédiger cette partie du manuscrit que la liste des établissements autorisés à participer à l'expérimentation de la pratique de l'IVG instrumentale est publiée par arrêté⁴⁵. Pour l'Est de la France, c'est le centre hospitalier de Troyes dont la candidature a été retenue. Pour l'AP-HP, celles des hôpitaux Lariboisière, Cochin-Port Royal, La Pitié Salpêtrière, du centre hospitalier Sud Francilien (Corbeil-Essonnes) ; Bécclère (Clamart), du GHI Le Raincy - Montfermeil, des hôpitaux d'Avicenne

⁴⁴ Outre la partie administrative, le dossier devra faire mention d'une description globale du protocole de prise en charge et notamment les étapes qui diffèrent du parcours de soins habituel ; des critères d'inclusion des patientes ; du volume estimé de cette activité, en précisant si c'est une pratique substitutive d'une activité réalisée par un médecin ou si c'est dans une logique d'augmentation de cette activité au vu des besoins du bassin de population ; de l'organisation en termes de ressources humaines avec le nombre de sages-femmes participant au projet ; des modalités d'organisation de la formation théorique pour les SF n'ayant pas l'expérience souhaitée en orthogénie ; des modalités d'organisation de la formation pratique, notamment le choix de l'établissement de santé et son calendrier de déploiement, des protocoles mis en place pour sécuriser le parcours de soins ; de l'organisation des procédures en cas d'urgence, de l'organisation de l'accès aux produits sanguins labiles. Le dossier devra comprendre également l'analyse de l'éligibilité des patientes, des détails sur l'information donnée aux futures opérées, ainsi que le recueil du consentement et de la satisfaction de la prise en charge ainsi que sur les modalités de ma coordination entre la SF et les autres intervenants de la prise en charge et des modalités de recueil et de gestion des dysfonctionnements éventuels.

⁴⁵ Arrêté du 27 octobre 2022 fixant la liste des établissements de santé autorisés à participer à l'expérimentation portant sur l'exercice des interruptions volontaires de grossesse instrumentales en établissements de santé par des sages-femmes NOR : SPRH2228703A

(Bobigny) et Jean Verdier (Bondy) ; du Bicêtre (Kremlin-Bicêtre), René Dubos (Pontoise). Dans le Sud de la France, ce sont les candidatures du centre hospitalier intercommunal des Alpes-du-Sud, (Gap), de Toulon La Seyne-sur-Mer, d'Avignon, de la Conception à Marseille et d'Aubagne. En Bretagne, ce sont celles de Guingamp (en association avec le centre hospitalier de Lannion-Trestel) et de Saint-Brieuc, et enfin pour le Nord de la France, celles du CHRU de Lille et de l'hôpital de Laon.

3. La fabrication de la loi visant à renforcer l'accès à l'IVG : 2019-2022

Le 7 juin 2019, le sénat adopte en séance publique un amendement visant à allonger le délai de recours à l'IVG⁴⁶. Agnès Buzyn alors ministre de la santé, soutenue par la commission des affaires sociales, demande une seconde délibération pour revenir sur le vote du Sénat. Le Gouvernement pèse de tout son poids pour que la mesure adoptée soit retirée du texte en discussion.

En août 2020, suite aux mesures adoptées en urgence pendant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid 19, Albane Gaillot dépose une proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement⁴⁷. Le texte ne mentionne que la volonté d'allonger le délai de l'IVG à 16 SA, et de supprimer la clause de conscience. Le 16 septembre 2020, un rapport d'information, établi au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l'accès à l'IVG, est présenté par les députées Marie-Noëlle Battistel et Cécile Muschotti. Il inclut cette fois la proposition d'ouverture de la pratique instrumentale de l'IVG par les sages-femmes, suivant la recommandation n°13 dudit rapport⁴⁸. L'argument numérique est utilisé pour attester d'abord de l'engagement de la profession dans la pratique de l'orthogénie. Citant les statistiques officielles de la DREES, le rapport avance que depuis la loi du 26 janvier 2016, « 248 sages-femmes libérales ont pratiqué 5 332 IVG médicamenteuses en 2018. La proportion d'IVG réalisées par les sages-femmes libérales s'élève donc à environ 2,3 % des IVG réalisées en France au total et à 10,5 % de celles réalisées dans un cadre libéral. Par comparaison 1 725 médecins libéraux ont pratiqué 45 200 IVG hors établissement de santé ». Cette activité aurait donc concerné un peu plus d'1 % d'entre elles, dans un cadre libéral, soit « une proportion comparable à celle des médecins généralistes pratiquant l'IVG

⁴⁶ <https://www.senat.fr/seances/s201906/s20190607/s20190607012.html>

⁴⁷ Proposition de loi n° 3292 visant à renforcer le droit à l'avortement

⁴⁸ La deuxième grande partie du rapport, qui porte sur les « solutions pour améliorer les conditions concrètes d'accès à l'ivg et faire évoluer les mentalités », consacre son troisième point sur cette question.

dans un cadre libéral »⁴⁹. L'étude de 2019 de la DREES ne précise cependant pas la proportion d'IVG réalisées par des sages-femmes en établissement de santé. Lors de son audition pour l'établissement de ce rapport, la direction générale à l'offre de soin (DGOS) a estimé que les sages-femmes n'avaient pas véritablement saisi la possibilité qui leur était donnée de réaliser des IVG médicamenteuses, alors que le CNOSF, lui-même auditionné, a fait valoir des difficultés à concrétiser les conventions avec un établissement de santé public ou privé auxquelles la pratique de l'IVG est conditionnée, portant sur l'impossibilité de « justifier d'une pratique suffisante et régulière des IVG dans un établissement de santé », faute de moyens et de places de stage au sein des établissements de santé et en raison de l'absence d'engagement de certain.e.s chef.fe.s de service. Les rapporteuses expliquent cette proportion relativement faible aussi par la jeunesse du dispositif et considèrent que les sages-femmes sont « une force de soutien participant à l'amélioration de l'accès à l'IVG, avec un potentiel de montée en charge important, ces dernières étant presque trois fois plus nombreuses que les gynécologues ». La docteure Sophie Gaudu a fait valoir lors de son audition que « même s'il n'y aura pas forcément beaucoup de sages-femmes intéressées, celles qui le seront le feront très bien et il n'y a pas de raison de les en empêcher ». Une mention est faite de l'étude expérimentale menée par la HAS dans le cadre d'un protocole signé avec l'hôpital de la Pitié Salpêtrière de l'AP-HP, afin de déterminer la faisabilité d'étendre aux sages-femmes le droit de pratiquer des IVG instrumentales sous anesthésie locale ou dans un centre de santé. En vertu de quoi, cette proposition est défendue dans le rapport, sans restreindre cette mesure aux seules sages-femmes volontaires, puisque l'objectif affiché de cette politique publique serait d'augmenter le nombre de praticien.ne.s. Le soin est pris de mentionner l'exigence de formations théoriques et pratiques applicables pour de telles opérations, « de manière à garantir la santé des femmes et la prise en charge des éventuelles complications », ainsi que la nécessité d'une réorganisation des moyens matériels dans les centres d'orthogénie, « avec mise à disposition de salles blanches, actuellement en nombre très limité (en vue de résoudre) en partie la question de l'accessibilité aux blocs opératoires. »

Lors de son examen, le 30 septembre 2020, la commission des affaires sociales adopte l'article 1^{er} de la proposition de loi en effectuant un ajout. L'article 1^{er} bis porte sur l'extension de la compétence des sages-femmes à la méthode chirurgicale d'IVG jusqu'à la dixième

⁴⁹ Là encore le rapport mentionne les statistiques de la DREES, qui dénombrait 60 214 médecins généralistes exerçant uniquement à titre libéral en 2018, parmi lesquelles 749 avaient pratiqué des IVG hors établissement de santé. Le rapport n'est pas en mesure de donner la proportion de sages-femmes hospitalières qui entrent dans la division du travail abortif dans les établissements de santé.

semaine de grossesse. Trois amendements allant dans une direction identique sont déposés, sur l'ensemble des 34 en première lecture⁵⁰. Les autres amendements portent sur l'allongement des délais et la question de la suppression de conscience, qui sont, on l'a vu, les points de focalisation principaux des débats durant toute la navette parlementaire. *La proposition de loi, ainsi modifiée, est adoptée.*

Un rapport est présenté ensuite au Sénat par Laurence Rossignol le 13 janvier 2021⁵¹. La sénatrice énonce que la problématique du renforcement de l'accès à l'IVG « appelle une réforme plus large de notre politique de santé sexuelle et reproductive ». La réflexion sur l'extension de la compétence des sages-femmes est appuyée par des statistiques avancées par le CNOF⁵² qui souligne cette avancée comme étant le prolongement du renforcement du suivi gynécologique dans la formation des sages-femmes. Laurence Rossignol souligne la dimension transpartisane de l'objectif visé par la proposition de loi, en soulignant l'inscription à l'ordre du jour, dans le cadre de l'espace réservé à son groupe politique, de ce texte qui n'est pourtant issu « ni de nos rangs ni de ceux nos correspondants directs à l'Assemblée nationale »⁵³ ; et que les difficultés d'accès, rendues plus criantes par la crise sanitaire, exigent du fait de leur caractère « structurel » la pérennisation des mesures d'urgence adoptées par le gouvernement au printemps 2020. Plusieurs arguments sont avancés parmi les rangs des opposants : tout d'abord, celui du manque de compétence des sages-femmes « qui ne seront pas en mesure de réparer en cas d'accident » (Elisabeth Doineau), ce qui engage une réflexion sur le régime de responsabilité de la profession tout entière (Florence Lassarade, LR). Le groupe professionnel, via son instance ordinaire, est aussi taxé d'opportunisme, en ce que la proposition répondrait à une demande de reconnaissance depuis longtemps exprimée. Un argument plus consensuel est encore avancé : il ne serait pas utile de débattre de ce point, puisqu'un dispositif d'expérimentation a déjà été voté dans la loi de finances pour 2021 (article 70). Dans les rangs antagonistes, il est rappelé que la clause de conscience protégera les sages-femmes qui se

⁵⁰ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/renforcement_du_droit_a_lavortement?etape=15-AN1 (AS12 déposé par Marie-Pierre Rixain, LaREM, AS13 par Marie-Noëlle Battistel, PS, et AS31 par Cécile Muschotti, LaREM)

⁵¹ <https://www.senat.fr/rap/120-263/120-263.html>

⁵² 5 % des sages-femmes libérales sont conventionnées avec un établissement pour pratiquer des IVG médicamenteuses, soit un peu plus de 200 sages-femmes en 2018. Celles-ci ont réalisé 5 100 IVG en 2018, soit près de 10 % des IVG pratiquées hors établissement de santé

⁵³ Laurence Rossignol souligne cependant que son groupe a déjà tenté de faire adopter la suppression de la clause de conscience et l'allongement des délais lors de l'examen des projets de lois de financement de la sécurité sociale (PLFSS), de la dernière loi « Santé » et des textes relatifs à l'état d'urgence sanitaire. À chaque fois, l'argument a été opposé que le véhicule législatif n'était « pas le bon, ces questions appelant un débat éthique ». Elisabeth Doineau (Union des Démocrates radicaux et libéraux) abonde dans ce sens. Mais le texte de la proposition de loi est jugé recevable selon la rapporteure du fait qu'il est « spécifiquement consacré à l'accès à l'IVG », « à la suite d'un rapport d'information très fourni de la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale et à la lumière d'un avis du Comité consultatif national d'éthique (CCNE), demandé par le ministre des solidarités et de la santé et publié en décembre dernier ».

montreraient hostiles à cette extension du champ de leur compétence ; l'argument de la technicité est aussi débouté au motif que « *mettre au monde un enfant est techniquement plus risqué que pratiquer une IVG par aspiration* » (Michelle Meunier, PS). Laurence Cohen invite les parlementaires à dépasser les clivages au nom de « *l'intérêt primordial des femmes* », et questionne la neutralité de la commission des affaires sociales en pointant qu'elle est majoritairement composée de médecins. Le Sénat rejette la proposition de loi par l'adoption d'une question préalable.

En deuxième lecture, en février 2021⁵⁴, Albane Gaillot énonce que cette mesure d'élargissement du champ de compétence des sages-femmes permettra de renforcer le maillage territorial des professionnels habilités à pratiquer une IVG et qu'il s'agit d'« *une avancée majeure pour les femmes souhaitant avorter* ». Elle apporte par ailleurs son soutien aux sages-femmes et à leurs revendications pour une meilleure rémunération et un meilleur statut. L'Assemblée nationale complète l'article 1^{er} bis par des dispositions tendant à sécuriser la pratique des IVG instrumentales par les sages-femmes ainsi qu'à pérenniser l'allongement du délai de recours à l'IVG médicamenteuse en ville jusqu'à la fin de la 7^e semaine de grossesse. Sur les 5 amendements déposés concernant l'article 1^{er} bis (sur un total de 23 amendements), 4 concernent l'extension du champ de compétence des sages-femmes. Thibaut Bazin (LR) estime celle-ci prématurée⁵⁵, Josiane Corneloup (LR) demande que l'article soit supprimé⁵⁶. Perrine Goulet (Modem) estime quant à elle que la formation, l'expérience et la rémunération des sages-femmes devront être revues en conséquence⁵⁷ et qu'un rapport d'évaluation devra être fourni après une année d'application du dispositif.⁵⁸ Ses amendements reçoivent un avis favorable. L'Assemblée nationale adopte en outre deux amendements visant à préciser que les IVG instrumentales ne pourront être réalisées par des sages-femmes que dans un établissement de santé, dans un souci de sécurité des soins⁵⁹ et supprime la précision selon laquelle des IVG instrumentales ne pourraient être pratiquées par des sages-femmes que jusqu'à la 10^e semaine de grossesse, afin d'aligner ce délai sur celui applicable aux IVG chirurgicales réalisées par un médecin⁶⁰.

⁵⁴ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion-soc/115cion-soc2021046_compte-rendu

⁵⁵ <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/3793/CIION-SOC/AS2>. L'amendement est rejeté.

⁵⁶ <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/3793/CIION-SOC/AS18>. L'amendement est rejeté

⁵⁷ <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/3793/CIION-SOC/AS8>

⁵⁸ <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/3793/CIION-SOC/AS9>

⁵⁹ Amendement de Mme Cécile Muschotti – LaREM

⁶⁰ Amendement de Mme Annie Chapelier - Agir ensemble

Lors des débats⁶¹, le professeur de médecine Jean-Louis Touraine soutient la légitimité technique des sages-femmes en matière d'IVG instrumentale, en rappelant « *qu'elles ont le droit d'accomplir des gestes endo-utérins (et qu')il ne s'agit donc de rien d'autre que de leur permettre de faire ce qu'elles savent faire* »; et que, « *comme par ailleurs elles ont le droit de procéder à des IVG médicamenteuses, c'est assez absurde de leur refuser des IVG par gestes endo-utérins.* »⁶². Mais c'est l'argument de l'amélioration de l'accès à l'IVG au plan territorial et pour résoudre la tension liée à la pénurie de professionnel.le.s qui est le plus souvent donné par les député.e.s.

Dans son rapport qu'elle présente au Sénat lors de la séance du 19 janvier 2022⁶³, Laurence Rossignol, estime nécessaire d'inscrire à titre permanent dans la loi l'autorisation pour les sages-femmes de réaliser des IVG chirurgicales, au motif que rien ne garantit que cette mesure sera pérennisée à l'issue de l'expérimentation prévue par l'article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021⁶⁴. Elle se félicite que l'Assemblée nationale ait procédé, en deuxième lecture, à l'alignement du délai de l'IVG médicamenteuse en ville sur celui de l'IVG médicamenteuse en milieu hospitalier, ainsi qu'elle l'avait plaidé en première lecture. Au cours des débats, Brigitte Bourguignon rappelle la démarche d'expérimentation qui doit conduire à la sélection d'une cinquantaine d'équipes et au lancement des premiers projets d'ici le milieu de l'année 2022. L'argument vise là encore à souligner l'inanité de la proposition d'inscrire dans la loi l'élargissement du champ de compétence des sages-femmes, à quoi Laurence Rossignol répond en évoquant les « tirs de barrage » contre la proposition de loi et les différentes « manœuvres d'obstruction » qui ont été effectuées depuis son dépôt en 2020. Le texte est à nouveau rejeté par le Sénat.

Le 10 février, le texte est présenté en nouvelle lecture à l'Assemblée Nationale : sur 24 amendements présentés, 8 concernent l'article 1^{er} bis. Sur ceux-là, seuls 5 ont trait à l'extension du champ de compétence des sages-femmes. 4 d'entre eux visent soit à la rendre caduque⁶⁵, soit à rétablir le principe du seul possible exercice du geste instrumental par un.e médecin⁶⁶,

⁶¹ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion-soc/115cion-soc2021046_compte-rendu

⁶² Durant sa carrière professionnelle, ce professeur de médecine s'est distingué pour ses prises de positions en faveur de l'évolution de la loi sur la fin de vie dans la dignité, et de l'ouverture de la PMA aux femmes célibataires. Il ajoute : « C'est une forme de reconnaissance que nous leur devons. Elles devraient d'ailleurs, à mon sens, bénéficier d'une reconnaissance salariale pour les missions additionnelles que nous leur confions et qu'elles réalisent très bien. »

⁶³ Rapport n° 342 (2021-2022) de Laurence ROSSIGNOL, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 12 janvier 2022

⁶⁴ Le décret d'application n'est paru que le 30 décembre 2021⁵

⁶⁵ <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/4929/CION-SOC/AS5>: amendement de Thibaut Bazin, soulignant une nouvelle fois le caractère prématuré de la mesure, compte tenu de la parution du décret concernant l'expérimentation.

⁶⁶ <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/4929/CION-SOC/AS6>: amendement de Thibaut Bazin

soit à encadrer la formation sur un plan théorique et pratique⁶⁷, soit à limiter l'engagement des sages-femmes par l'imposition d'un seuil d'IVG effectuées par voie médicamenteuse pour justifier d'une « *pratique suffisante* »⁶⁸ dans un établissement de santé. Ces 4 amendements n'ont pas été soutenus, du fait de n'avoir pas été retenus par la commission des affaires sociales. Le seul autre amendement, déposé par Marie-Noëlle Battistel et Albane Gaillot, avait un simple caractère rédactionnel⁶⁹. Celui-là est adopté.

Le texte est à nouveau discuté au Sénat le 16 février⁷⁰. En préambule, Brigitte Bourguignon rappelle l'engagement « ambitieux » du gouvernement pour renforcer la place « tout à fait essentielle » de la profession de sage-femme dans les politiques de prévention et de santé sexuelle et reproductive, en mentionnant d'abord le dispositif d'expérimentation de la LFFS pour 2021 (art.70), le renforcement de leurs missions dans le cadre de la loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (dite Loi RIST) ainsi que la signature du protocole d'accord avec la profession en novembre 2021 visant à la revalorisation de leurs carrières. La sénatrice mentionne également le projet de création d'une sixième année de formation initiale. Toutes les autres interventions des sénateurices au cours de la discussion générale évoquent l'élargissement du champ de compétence des sages-femmes comme étant une « bonne » réponse structurelle portant sur les moyens d'accueil des femmes et l'amélioration de l'accès à l'IVG sur le territoire, d'une part, et d'autre part comme relevant d'une juste reconnaissance du « *rôle majeur en prévention en santé* » de cette « *profession médicale de grande qualité* »⁷¹. Mais le texte fait une nouvelle fois l'objet d'une motion tendant opposer la question préalable, votée avec 206 voix contre 129, ce qui aboutit une nouvelle fois au rejet de la proposition de loi.

Le texte définitif est adopté à l'Assemblée Nationale le 23 février 2022⁷². Olivier Véran souligne en préambule qu'il s'agit là d'un jour important pour la santé sexuelle et reproductive et pour les femmes. Il souligne la durée du processus législatif comme une garantie de la profondeur des réflexions et insiste sur le fait que son quinquennat a été celui « de l'action

⁶⁷ <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/4929/CIION-SOC/AS7>: amendement de Thibaut Bazin la sage-femme devra à la fois suivre une formation complémentaire lui permettant de réaliser l'ensemble des actes nécessaires à un avortement instrumental mais aussi justifier d'une expérience minimale.

⁶⁸ <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/4929/CIION-SOC/AS8>

⁶⁹ <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/4929/CIION-SOC/AS23>. Il est ainsi rédigé : « À l'alinéa 2, substituer aux mots : « son lieu d'exercice » les mots : « le lieu où elle exerce ».

⁷⁰ <http://www.senat.fr/seances/s202202/s20220216/s20220216009.html>

⁷¹ Intervention d'Emilienne Poumirol, <http://www.senat.fr/seances/s202202/s20220216/s20220216011.html>

⁷² <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2021-2022/seance-du-mercredi-23-fevrier-2022>

et du progrès »⁷³. Albane Gaillot souligne quant à elle l'accomplissement d'une longue procédure parlementaire grâce à une mobilisation transpartisane. Après ces prises de parole préalables, une autre motion de rejet préalable est soumise au vote. Celle-ci est rejetée à 120 voix contre 20. Enfin, le texte est une dernière fois débattu. Mathilde Panot rappelle les mobilisations féministes des années 1970 qui ont pour effet de mettre à l'agenda politique le problème public de l'avortement. Plusieurs député.e.s expriment leur regret que la clause de conscience n'ait pu être supprimée. Annie Chapelier termine en rappelant les grandes avancées permises par cette loi. Le texte définitif est approuvé à 135 voix contre 47. La loi est promulguée le 2 mars 2022.

Cette analyse a permis d'abord de repérer la place respective des débats portants sur l'élargissement du champ de compétence des sages-femmes, relativement aux autres avancées législatives proposées par les textes. Ce premier repérage a permis de montrer que les débats se focalisaient (en nombre, tout d'abord) essentiellement sur la question de l'allongement des délais et la suppression de la clause de conscience⁷⁴. Cette différence numérique montre tout d'abord que cette question relative à la légitimité des sages-femmes dans la conduite de l'action publique en matière d'orthogénie fait l'objet d'un relatif consensus au sein des deux chambres. L'analyse du contenu des débats⁷⁵ appuie cette interprétation : la question de leur licence (au sens de Hughes) est assez peu mise en cause, sauf lorsqu'il s'agit de s'assurer que les professionnelles disposent d'une formation théorique et d'une expérience pratique suffisantes, et de circonscrire l'activité d'orthogénie dans un établissement de santé pour garantir (toujours) la « sécurité » du geste médical. Il est rare, dans les arènes politiques, que le débat se recentre sur la définition des fins de l'activité des sages-femmes, au final, pour affirmer par exemple

⁷³ Le premier ministre mentionne la parution de la feuille de route santé sexuelle, l'adoption de la mesure sur la contraception gratuite pour les moins de 25 ans, la consultation longue durée pour les jeunes et l'ouverture de la PMA pour toutes. Il se félicite aussi du fait que son gouvernement est le premier à avoir considéré le problème public de la « *précarité menstruelle* ».

⁷⁴ A titre d'exemple, pour l'examen du texte n 3793, déposé le jeudi 21 janvier 2021, présenté en deuxième lecture à l'Assemblée Nationale, nous avons procédé à un tel décompte sur l'ensemble des quelque 1000 amendements déposés. Une centaine seulement concernent l'élargissement du champ de compétence des sages-femmes.

⁷⁵ Au total, pour ce même texte, 7 amendements rejettent la disposition en raison des risques induits par la pratique du geste instrumental par la profession. 8 autres sont relatifs à une définition exclusive du mandat des sages-femmes, (soit par la négative « *il est hors de question que* »), soit en se référant à la mission d'accompagnement de la grossesse et non à son interruption. 5 amendements entendent interdire cette pratique par les sages-femmes dès lorsqu'un médecin est présent sur leur lieu d'exercice. 7 amendements insistent sur l'inanité de la disposition, du fait de l'existence de la loi sur le financement de la sécurité sociale et son dispositif d'expérimentation mis en œuvre. 7 amendements portent sur la reconnaissance du caractère médical de la profession. 4 ont été estimés irrecevables, 32 relèvent d'amendements dits « de précision » ou à caractère « rédactionnel », le plus souvent pour insister sur le fait que le personnel doit être « qualifié » ou que la pratique doit s'effectuer en contexte hospitalier. 6 amendements proposent d'abaisser le seuil de possibilité de réalisation du geste instrumental par les sages-femmes à 8 semaines. Enfin, 34 amendements insistent sur la nécessité de renforcer la formation théorique et pratique des sages-femmes avant de leur reconnaître cette pleine compétence. Un seul amendement, émanant d'Annie Chapelier, reconnaît la compétence déjà effective des sages-femmes

comme Mme Lhoro que « *la vocation des sages-femmes n'est pas de mettre un terme à la grossesse mais de mener à son aboutissement* »⁷⁶.

La question de l'élargissement du champ de compétence des sages-femmes est apparue, dans le champ politique, comme un moyen de clore les débats lorsque ceux-ci se polarisaient sur la nécessité de conserver la clause de conscience spécifique à l'IVG, ou qu'ils butaient sur la question de la qualification ontologique de l'embryon, réactivée par celle de l'allongement des délais légaux de l'avortement. Nous avons rappelé, déjà, combien les formes de rhétorique n'hésitaient pas alors à investir le terrain de l'affect et de l'émotionnel. Dit autrement, un consensus s'opérait autour de cette idée selon laquelle améliorer l'offre de soins sur le territoire par le jeu de cet élargissement du champ de compétence des sages-femmes constituait « la bonne réponse » au problème public des IVG tardives, sans tellement rechercher d'explications d'ordre structural à ce dernier. Cette solution surgissait comme dans une mécanique d'imposition d'une rationalité technique, supposément apolitique, visant (via une rhétorique de la nécessité) l'efficacité de l'action publique. Cette argumentation avait pour effet, sinon pour fonction, de débarrasser les débats parlementaires des dissensus.

Dans le champ médical, la profession s'est montrée, dans son ensemble, plutôt favorable à l'ouverture de la pratique de l'IVG chirurgicale. L'ANSFO a lancé en 2019 une pétition pour appuyer cette évolution, avec l'argument que l'IVG médicamenteuse fait déjà partie du champ de compétence des sages-femmes, au même titre que certains gestes chirurgicaux (révision utérine, délivrance artificielle, retrait d'implant, réfection d'épisiotomie). La pétition a été relayée par l'Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL)⁷⁷. L'Organisation nationale syndicale des sages-femmes (ONSSF) regrette que le Sénat n'ait pas adopté plus tôt les amendements relatifs à cette ouverture, comme il en avait eu l'occasion en juin 2019⁷⁸. Le Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF) s'est à plusieurs reprises prononcé lui aussi en faveur d'une telle extension : « *Cette évolution permettrait de donner une pleine compétence à la sage-femme en matière d'orthogénie* »⁷⁹. Une majorité des professionnel.le.s auditionnées en vue de la rédaction du rapport ont estimé que les sages-femmes disposaient des compétences nécessaires pour réaliser le geste technique d'une IVG par aspiration (sans curetage) après une formation appropriée. Philippe Faucher, gynécologue-obstétricien et président du REVHO, lors d'une table ronde organisée par la délégation aux droits des femmes

⁷⁶ Amendement déposé le 12 février 2021 à la proposition de loi, rejeté.

⁷⁷ <https://ansfl.org/actualites/petition-de-lassociation-nationale-des-sages-femmes-orthogenistes/>

⁷⁸ <https://onssf.org/actions-syndicales/ivg-volte-face-de-la-ministre-de-la-sante/>

⁷⁹ Contribution écrite transmise par le CNOSF dans le cadre du rapport.

le 24 juillet 2019, a mentionné à nouveau les études scientifiques montrant qu'il n'existait pas de différence d'efficacité, de sécurité ni d'acceptabilité du geste instrumental, selon la qualification de l'opératrice. Mais toutes les instances représentatives des gynécologues ne sont pas favorables. Le Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France (SYNGOF) considère par exemple que « *ce serait mettre les sages-femmes en difficulté que de les confronter à des situations dont elles ne peuvent gérer les complications* »⁸⁰.

CONCLUSION

Dans les parties précédentes de ce manuscrit, nous avons montré l'hétérogénéité interne de la profession qui occupe notre réflexion, en nous intéressant à la place de l'orthogénie dans l'ensemble des pratiques des sages-femmes, selon les variations dans les modes d'exercice, les statuts, et la place accordée à l'activité d'IVG dans la division du travail au sein des services ainsi qu'à l'échelle locale. Cette diversité des pratiques procède d'une dynamique professionnelle de spécialisation fonctionnelle, que le sociologue François Champy (2012) nomme « segmentation organique », due à l'impossibilité, pour un.e professionnel.le, de maîtriser l'ensemble des savoirs et savoir-faire nécessaires à la prise en charge de toutes les tâches dévolues au groupe. L'élargissement du champ de compétence des sages-femmes à la pratique abortive, dont on a vu qu'il s'inscrit dans une histoire traversée de conflits avec les groupes professionnels concurrents dans le champ de la santé sexuelle et reproductive, renforce cette segmentation organique, d'autant plus que l'IVG peine encore à être construite comme objet de travail médical normalisé, et qu'elle est toujours l'objet de controverses. L'élargissement du champ de compétence des sages-femmes occasionne donc, au sein du groupe professionnel, des divergences sur la pertinence et la légitimité des manières d'exercer le métier de sage-femme. Il donne lieu à des pratiques de délibération sur la hiérarchie des valeurs et entraîne des oppositions entre conceptions de la pratique professionnelle légitime, tant sur un plan déontique que socio-économique. Le collectif Sage-femme de demain, dont nous avons vu qu'il avait tenté de peser dans les débats dans les arènes professionnelles et parlementaires au moment de l'élaboration de la loi HPST en 2009, compte plus de 2000 membres. Il fait par exemple entendre son opposition radicale à la pratique de l'orthogénie auprès d'un auditoire majoritairement conservateur et catholique. Olivia Dechélette, porte-

⁸⁰ Audition du Syngof, 10 octobre 2019.

parole du groupe, sage-femme à Notre-Dame du Bon Secours à Paris, explique ainsi ses craintes :

« Le cœur du métier de sage-femme est d'aider les femmes en assurant la préparation ; l'accompagnement et le suivi des naissances. Les sages-femmes n'ont pas à se faire imposer un acte qui n'entre pas dans la nature de leur mission et qui mettrait en péril la confiance des femmes ».

La pertinence du geste abortif est pour cette sage-femme mise en doute, au regard de l'éthos d'une profession au « *passé riche de sacrifices et de gloire* »⁸¹, qui « *fait depuis toujours* [de la sage-femme] « *la protectrice de la mère et de l'enfant* ». Autoriser les sages-femmes à pratiquer une interruption de grossesse, c'était d'après elles « *prendre toute la profession à contresens* », risquer d'altérer la « *valeur du métier* », le « *dénaturer* », lui faire perdre son « *essence* »⁸² en lui faisant accompagner « *plus d'IVG que de naissances* ». De nos jours, certaines sages-femmes continuent ainsi de penser le processus de la grossesse comme le développement d'une vie humaine, même au stade embryonnaire. C'est la position que résume Valérie, 59 ans, SF hospitalière, en 2018 :

« Normalement, nous, les sages-femmes, on n'interrompt pas les vies ! »

Le collectif des sages-femmes de demain (CSFD) revendique qu'il s'agit là d'une instrumentalisation du désir légitime des sages-femmes d'être reconnues comme profession médicale, tant pour leurs compétences relationnelles que techniques. Le droit de prescrire le RU486 est en outre analysé comme une tentative de « *récupération* » par la profession des tâches jugées ingrates et non-valorisantes par les médecins⁸³. Le CSFD s'inquiète également des difficultés d'application de la clause de conscience dans les conditions actuelles d'exercice et de formation des sages-femmes : la participation « *à un acte que la conscience réfute* » est vécue comme une surcharge de travail, contrainte, violente, et non pertinente, au regard d'autres mesures comme l'organisation du retour au domicile des parturientes. L'obligation faite à la profession, par voie de délégation, « *à être les suppléants des médecins* », brouille les frontières entre le physiologique et le pathologique, soit entre « *le naturel* » et « *le médical* ».

Un ensemble de professionnel.le.s envisage au contraire la pratique de l'IVG comme une pratique non seulement légitime pour les sages-femmes, en tant qu'elles sont progressivement reconnues comme professionnelles de premier recours dans le champ de la santé sexuelle et

⁸¹ Cf. <http://www.spiritualite-chretienne.com/combat/12-02-2009.html>

⁸² <https://www.sages-femmes.info/décryptage>

⁸³ Ibid.

reproductive où l'avortement est tenu comme une donnée structurelle de cette dernière. Il revêt à ce titre un caractère « physiologique », et entre ainsi de plein droit dans la juridiction des sages-femmes. A l'instar de la médecine palliative, le segment d'une « médecine orthogéniste » émerge, considérant l'IVG dans ses dimensions éthique, psychique, sociale, économique et politique, cherchant ainsi à cette donnée de la santé génésique des femmes d'autres explications que celle d'un seul « échec contraceptif » ; représentation restrictive dont on a vu qu'elle participe de la stigmatisation des femmes en leur imputant la responsabilité de ce manquement au « devoir contraceptif ».

Autrement dit, pour reprendre les termes de Florent Champy (2009, 2012), la diversité des modalités d'engagement des sages-femmes dans la pratique de l'orthogénie reflète les indéterminations épistémiques et normatives qui sous-tendent cette activité de travail. En considérant cette dernière comme étant un objet du travail qui donne lieu à des pratiques intenses de délibération sur les cas traités et sur les finalités de l'activité, parfois même sous forme de véritables conflits, nous considérons que l'élargissement du champ de compétence des sages-femmes à la pratique abortive entraîne une segmentation agonistique de la profession. Dans le chapitre qui suit, nous allons nous intéresser à une frange -certes encore minoritaire – de sages-femmes qui revendiquent de faire de cette activité médicale non pas l'une des multiples tâches qu'elles sont susceptibles d'exécuter dans le cadre de leur exercice, mais l'objet d'une spécialité, au point qu'elles revendiquent son exercice comme un segment spécifique de la profession donnant lieu à une identité professionnelle spécifique : celle d'être « orthogénistes », au sens où cette pratique de l'orthogénie articulerait une légitimité à participer à la conduite de l'action publique en matière d'IVG, à des revendications féministes, par lesquelles elles entendent contribuer à un renversement de l'ordre patriarcal, au sein de la société tout entière, comme au sein du champ médical.

CHAPITRE II. La place de l'ANSFO dans l'espace de la cause des femmes

Dans ce chapitre, nous nous intéresserons à l'Association Nationale des Sages-Femmes Orthogénistes (ANSFO) comme l'une des « arènes » où les problèmes relatifs à l'accès à l'orthogénie sont « discutés, sélectionnés, définis, cadrés, dramatisés, conditionnés et présentés au public » (HILGARTENER et BOSK, 1988). Le choix de focaliser notre analyse sur cette association a été guidé par le fait qu'elle mène, au nom du groupe professionnel, une entreprise de lutte pour la cause de l'IVG. Cet enjeu de la lutte dépasse l'objectif de défense des seuls intérêts catégoriels, au nom de la santé des femmes et du respect de l'autonomie décisionnelle des femmes. L'association a aussi cette particularité d'affirmer une rhétorique militante, au sens où Lilian Mathieu l'entend (2012) : les sages-femmes de l'ANSFO se battent dans une perspective de changement social, et non pas uniquement pour améliorer leurs conditions de travail ou leur statut. Cette rhétorique militante se veut féministe, c'est là une autre de ses particularités que nous explorerons.

Adossée à une frange de professionnel.le.s de santé qui défendent aujourd'hui la dimension politisée de l'organisation de l'offre de soins en orthogénie, l'ANSFO se mobilise pour redéfinir les frontières de la juridiction du groupe professionnel, souhaitant y inclure des compétences relatives à l'orthogénie, participant ainsi au processus de construction de cette activité comme nouvel objet du travail médical.

Pour cette analyse, nous mobilisons un matériel spécifique, récolté au cours du temps long de l'enquête durant les observations des temps d'échanges entre professionnelles et avec différents auditoires via notre observation et participation à plusieurs temps forts de l'activité de l'association : conseils d'administration (5), assemblées générales (2), communications et animation d'ateliers à des congrès (2), suivi de débats lors d'une projection publique d'un film (cf infra) ou dans un festival féministe¹, tenue d'un stand avec l'une des militantes lors d'un congrès (1). Nous nous appuyons également sur l'analyse des échanges en ligne, au sein du groupe de discussion réservé aux adhérent.e.s de l'association. Tout ce matériel nous a donné de précieux renseignements sur le « travail métadiscursif » des membres de l'ANSFO, qui élaborent dans ces arènes professionnelles et militantes la rhétorique qu'elles entendent

¹ Festival des femmes à lier / alliées, Maison du patrimoine oral de Bourgogne, 5 et 6 septembre 2020. Cf. <http://mpo-bourgogne.org/wp-content/uploads/2020/08/Programme-pour-diffusion.pdf>

présenter à leurs auditoires sous des formes stabilisées (communiqués de presse), pour définir leur mandat en orthogénie (HUGHES, 1996). C'est là, dans ces échanges, qu'elles évaluent les arguments pour définir ceux qui seront rendus légitimes dans leurs discours publics sur la pratique de l'orthogénie. L'articulation entre l'observation participante et l'analyse des discours (tant formalisés qu'informels) nous a permis d'éclairer la façon dont ce collectif militant, à travers des pratiques à la fois verbales et non verbales, se constitue en « communauté discursive » (MAINGUENEAU, 1984). Ses membres partagent un langage qui diffère du langage dominant : l'analyse de ce matériau a montré que cette différence concerne essentiellement la signification accordée par exemple à la « physiologie », mais aussi au « féminisme » ou à ce qu'elles définissent comme « la sage-femme ». Nous avons pu accéder ainsi à un certain nombre d'énoncés constatifs ou prescriptifs (ce qu'il faut penser de la division du travail, ce qu'il faut faire dans la pratique des IVG) qui n'ont plus besoin d'être argumentés au sein du collectif, alors qu'ils n'ont rien d'évident à l'extérieur (RENNES, 2020).

Il ne s'agit pas, pour le groupe professionnel, de la revendication d'exercer une activité ayant une importante valeur sociale et économique, loin s'en faut. En outre, cette activité ne requiert pas un haut niveau d'expertise au sens théorique et technique. Comment faire reconnaître, dès lors, que l'élargissement du champ de compétence à la compétence abortive participe d'une revalorisation de la profession tout entière ? La tâche est paradoxale : la clef de ce travail de légitimation tient selon nous dans l'articulation des schèmes de la rhétorique professionnelle à ceux des mobilisations féministes.

L'acte médical abortif se fait à la fois l'enjeu et l'instrument de la lutte. Nous avons vu qu'à partir des années 2000, un virage s'opère dans la culture du problème public de l'IVG. La réglementation de son accès, au nom de l'intérêt général et dans un objectif de santé publique, s'assouplit, par la reconnaissance progressive de l'autonomie décisionnelle des femmes au travers d'efforts accomplis pour tendre vers la normalisation de cette activité médicale, que nous avons retraduit dans les termes un processus de « physiologisation » de l'IVG. L'octroi de la compétence abortive pour le groupe professionnel participe de ce processus. En 2016 puis en 2022, l'élargissement du champ de compétence des sages-femmes contribue selon nous à l'établissement de nouvelles modalités du compromis ménagé en 1975 par la loi Veil, en desserrant l'exercice du contrôle social des pratiques de régulation des naissances. S'il continue de relever du monopole de la médecine, nous posons qu'il changerait pour partie de nature en passant aux mains des sages-femmes, du fait de la position dominée de celles-ci dans la hiérarchie médicale.

Conscientes de ce changement de nature, les sages-femmes de l'ANSFO s'emparent de cette « ouverture de la structure des opportunités politiques » (FILLIEULE, MATHIEU, PECHU, 2009) qu'ont permise en quelque sorte la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid 19, et avec elle l'instabilité des opinions au sein des élites politiques, pour porter des revendications catégorielles. Lors d'un conseil d'administration de l'ANSFO, en janvier 2021, Elodie envisage qu'il y a là une possibilité de (re)négocier l'ordre social autour de l'avortement (STRAUSS, 1992) :

« Le fait d'introduire le seuil des 10 semaines dans la proposition de loi, c'est une sorte de négociation, ça va permettre de... Au moins, [la demande d'obtenir la compétence instrumentale] va passer... Mais j'ai envie de dire comme la loi Veil en 1975, hein !!! Elle est passée en étant non prise en charge par la sécurité sociale, avec le délai de réflexion, etc... Mais c'était passé ! Ben là, c'est un peu l'idée. On réévaluera dans 5 ans ! »

Elodie, conseil d'administration de l'ANSFO, novembre 2021

L'analyse du matériel auquel nous avons eu accès a permis de mettre au jour les formes de rhétorique employées par ces sages-femmes dans les luttes qu'elles mènent pour redéfinir leur juridiction en y (re)intégrant l'orthogénie. Toutes les stratégies argumentatives visent à contribuer à la professionnalisation de l'activité d'IVG pour le groupe professionnel. L'association participe donc à la construction de l'IVG comme objet du travail médical, support d'une nouvelle identité professionnelle :

« Il faut que l'ANSFO revendique la compétence instrumentale jusqu'à 16 SA. (...) J'ai eu un échange avec la secrétaire de l'Ordre National des Sages-Femmes. Elle dit que ça peut être mal vu que DES sages-femmes se positionnent sur du 14-16 SA, alors que pour le moment, elles ne peuvent même pas faire des IVG. Parce qu'on va leur dire : « Mais pour qui elles se prennent, celles-là ? Elles font même pas encore le geste et elles se positionnent ! ». Mais NOUS, ON EST SAGES-FEMMES ORTHOGENISTES, on donne la position DES SAGES-FEMMES ORTHOGENISTES. C'est pour ça qu'il faut toujours qu'on spécifie « orthogénistes » : c'est une spécificité, c'est une formation particulière, c'est une motivation particulière. Y a les sages-femmes échographistes, y a les sages-femmes acupunctrices, et y a les sages-femmes orthogénistes. Il faudra toujours spécifier qu'il y a une formation EN PLUS, parce que, quand on sort de l'école, on n'est pas toutes orthogénistes. »

Elodie, conseil d'administration de l'ANSFO, novembre 2021

Ce discours professionnel relève d'une véritable entreprise de la légitimation du segment émergent des « sages-femmes orthogénistes ». En creux, l'on retrouve les traits saillants de ce

que littérature anglo-saxonne qualifie de « profession ». Elodie revendique la détention d'une forme de monopole d'exercice par rapport à l'ensemble des autres membres du groupe (qui légitimerait la prise de parole sur le problème public de l'IVG). Ce monopole est défendu par le contrôle du contenu des compétences revendiquées (la formation « particulière » « en plus »). Et la socialisation des membres est le support de la construction d'une identité professionnelle qui fait la « spécificité » du segment, comme elle permet de transmettre et d'incorporer l'ethos professionnel (« la motivation particulière ») présidant à la mise en œuvre de ces compétences spécifiques (DEMAZIERE, GADEA, 2009).

Mais il s'opère, au sein de l'ANSFO, un travail de construction de la légitimité professionnelle qui s'articule à un autre registre, nous l'avons annoncé, celui des luttes féministes. La coalition de cause que représente à cet égard l'inscription de l'ANSFO au sein de l'espace de la cause des femmes, entendu comme « configuration des sites de mobilisations pour la cause des femmes encadrées dans une pluralité de sphères sociales » (BERENI, 2012) mérite d'être explorée, pour la place particulière qu'y occupe l'association. Celle-ci se trouve en effet à l'interface du pôle professionnel et du pôle associatif de cet espace, obligée, pour convaincre leurs différents auditoires, notamment au sein du pôle politique qui devient l'arbitre de leurs mobilisations, d'articuler plusieurs schèmes de rhétorique. Aussi nous a-t-il semblé nécessaire de mobiliser les outils conceptuels de la sociologie des mouvements sociaux (MATHIEU, 2012), pour analyser le rôle particulier joué par l'ANSFO dans la fabrication de la compétence instrumentale des sages-femmes. Nous analyserons les propriétés sociales des sages-femmes qui composent l'association, leurs modes d'organisation et la nature de leurs revendications, ainsi que les répertoires d'action et les lieux de déploiement de leurs mobilisations. Nous nous arrêterons aussi sur les jeux d'alliance de l'ANSFO avec les autres actrices de l'espace de la cause des femmes, en cherchant à analyser les « capacités de traitement » de cette arène spécifique. Il s'agira de tenir compte de différents types de contraintes auxquelles l'association est confrontée, en termes de temporalité, d'espace, et sur les plans matériel et cognitif.

A. COMPOSITION DE L'ANSFO

L'analyse de la structuration de l'association donne à voir les contraintes qu'elle rencontre et les ressources qu'elle peut mobiliser pour façonner son répertoire d'actions. Elle permet de mieux comprendre comment s'opère la coalition de cause avec les autres pôles de l'espace de la cause des femmes.

I. Un militantisme professionnel

1. L'origine de l'association

Cette association a été créée en 2009 par une sage-femme hospitalière, Marjorie Agen, poussée à adopter une position volontairement antagoniste à la formation du collectif des sages-femmes de demain, au moment où ce dernier se mobilise pour s'opposer aux mesures envisagées par la loi HPST (cf. supra).². Face à la force de frappe du collectif, notamment vis-à-vis des moyens de communication déployés, Marjorie Agen est comme galvanisée, comme sous l'effet d'une menace :

« Ils avaient fait un envoi massif à toutes les sages-femmes de France, sur carte postale. Je crois que c'était le 27 octobre que j'ai eu le courrier au centre hospitalier. J'ai estimé qu'avec les timbres et l'impression, y en avait facilement pour 1 euro par personne, et vu qu'on est plus de 20 000 sages-femmes... Ce coup de colère ! Je me suis dit 'On peut pas laisser les anti-choix prendre le terrain, c'est trop grave !'. En moins de 24 heures, j'avais envoyé un mail à tout mon carnet d'adresses. »

Entretien avec Marjorie Agen, congrès des sages-femmes libérales, novembre 2018.

Marjorie Agen se décrit comme « *la sage-femme lambda, hein, hospitalière* », qui « *n'avait pas forcément connaissance de tout* ». Cette description illustre ce point de l'étude de Philippe Charrier mettant en lumière un plus fort investissement du segment libéral dans le syndicalisme pour défendre les conditions de travail de l'ensemble du groupe professionnel (CHARRIER, 2011 : 66-67). Elle vient tout juste de valider un « DU de régulation des naissances » pour lequel elle a rédigé un mémoire orienté sur la « place de la sage-femme en orthogénie ». Ce tournant dans sa formation continue est alors concomitant avec le projet de son établissement hospitalier de réorganiser l'activité d'IVG et de gynécologie au sein du

² Dans l'entretien que nous avons menée avec elle, Marjorie évoque qu'elle avait été suffoquée de voir que des flyers décrivant les mobilisations du Collectif Sage-Femme de demain avaient été distribués dans tous les casiers de ses collègues de l'hôpital. Ayant pris quelques renseignements, elle avait appris que la diffusion de ces supports de communication avait été de grande ampleur, à l'échelle nationale. C'est le contenu des propos, ainsi que l'énormité des moyens dispensés, qui l'avait incitée à prendre publiquement position en fondant son association. (Extrait de notre journal de terrain).

service. Mais elle se sent forte de la légitimation institutionnelle que lui confère ce nouveau diplôme, et de la reconnaissance qu'elle a reçue par cette voie : elle termine « *major de la promo* », d'après ce que lui en a rapporté la responsable de la formation Sophie Gaudu³. Son mémoire, que nous n'avons pas pu consulter, a selon ses dires eu un certain « *poids* » ; elle a du moins établi des liens solides avec les médecins et autres sages-femmes qui suivaient avec elle cette formation. C'est à tout ce réseau, élargi aux autres professionnel.le.s dont les responsables du DU veulent bien lui communiquer les coordonnées, qu'elle envoie en 2009 sa lettre d'intention pour fonder son association. Elle reçoit très vite le soutien de plusieurs spécialistes de l'orthogénie, parmi lesquels Michel Teboul⁴ qui la pousse à rebaptiser l'association :

« Au début je parlais des sages-femmes 'orthogéniques', mais Michel m'a fait remarquer que c'était les pratiques qui étaient orthogéniques. Du coup on a reposé les statuts, l'année d'après, pour passer à 'istes', et j'ai eu l'impression que ça a redéclenché l'utilisation du mot 'orthogénie' ».

Nous analysons l'émergence de cette association comme « contre contre-mouvement » (SOMMIER, 2020 ; ZALD et USEEM, 1987) généré par cette dynamique d'opposition au collectif des sages-femmes de demain. Ces interactions ont eu pour effet de cibler les revendications de l'ANSFO sous le double registre de la conquête d'un territoire professionnel et d'une entreprise de lutte féministe.

2. Une association de petite taille et trans-catégorielle

L'association est de très petite taille : nous avons eu l'occasion de le remarquer lors de l'assemblée générale à laquelle nous avons assisté en mai 2019. Une quinzaine de personnes étaient présentes, seulement, autour de la table d'une salle de l'hôpital Trousseau où elle se tenait, à Paris. L'association comptait alors peu de militantes, une cinquantaine environ de membres actives. La démission brutale de sa présidente et fondatrice Marjorie Agen⁵, puis celle

³ Nous avons vu, déjà, le rôle majeur de cette gynécologue-obstétricienne dans l'entreprise de lutte pour l'émergence du segment de l'orthogénie dans le monde médical.

⁴ Michel Teboul est gynécologue obstétricien, médecin accoucheur à la Maternité des Lilas (Seine Saint-Denis) de 1984 à 2008, responsable du plus gros centre d'IVG de Paris (Hôpital Broussais) depuis 2004. Il enseigne à Paris V (Diplôme Inter-Universitaire de Régulations des Naissances) ; il est membre également de l'ANCIC.

⁵ Nous n'avons pu élucider complètement les raisons de ces défections successives, car les membres de l'association sont toutes restées très discrètes à ce sujet, respectueuses aussi de ne pas parler en lieu et place des principales intéressées. La santé fragile de l'une a été évoquée ; l'hypothèse de « burn-out militant » a été soumise aussi pour les deux, du fait de leur implication respective dans un (trop) grand nombre d'instances et d'associations, en particulier pendant la crise sanitaire qui a multiplié les interactions en distanciel. Nous faisons l'hypothèse qu'il y avait à leur départ des motifs d'ordre relationnel entre les membres

de sa vice-présidente en 2020, ainsi que la crise sanitaire, ont contribué à une forme d'essoufflement de l'association, qui a dû faire face à des difficultés organisationnelles et logistiques pour délocaliser à Paris le siège de l'association. Fin 2020, il n'y avait plus guère qu'une vingtaine d'adhérentes. Mais le contexte politique, avec la proposition de loi visant à renforcer l'accès à l'IVG déposée par Albane Gaillot à la fin de l'été 2020, a impulsé une nouvelle dynamique de mobilisation. Le nombre des adhésions a récemment recommencé d'augmenter, d'après les dires d'une membre du bureau⁶

La particularité de cette association est de regrouper des sages-femmes ayant des statuts professionnels différents, et exerçant dans des contextes variables (CHU, maternités des types 1, 2 ou 3, plutôt dans des établissements publics, parfois associatifs, comme la maternité des Lilas). Cela distingue l'ANSFO d'autres associations professionnelles qui ont une approche catégorielle (regroupant des sages-femmes libérales, cadres, échographes, étudiantes, etc.). L'ANSFO compte en effet des sages-femmes libérales, hospitalières et territoriales. Elles ont aussi de nombreux engagements dans des instances représentatives (au conseil de l'ordre des sages-femmes de leur département, pour plusieurs d'entre elles), institutionnels (au sein de la commission médicale de l'établissement de santé où elles travaillent, par exemple), ou au sein d'autres associations catégorielles (pour les sages-femmes libérales, par exemple). Cette particularité représente une ressource pour documenter « par le bas » la diversité des pratiques de l'orthogénie sur le territoire, nourrir collectivement des réflexions trans-catégorielles sur ce « mandat » entendu au sens de Hughes, et en rendre compte dans d'autres arènes de la profession.

Elles sont une grande majorité à avoir plus de 35 ans ; elles n'ont pas toutes des enfants. Une grande partie de ses membres vit et travaille en région parisienne, mais certaines adhérentes résident en Haute-Vienne, dans l'Aube ou dans les Pyrénées Orientales⁷. Elles se distinguent par des trajectoires professionnelles et biographiques marquées par des bifurcations et des compétences multiples : Claude (58 ans) a par exemple été psychomotricienne avant que de reprendre des études de sage-femme. Après avoir suivi une psychanalyse, elle a aussi exercé comme conseillère conjugale et familiale. Domitille (50 ans), après avoir fait l'école de cadres

du bureau, car nous avons pu sentir des tensions dans le groupe. Mais nous ne sommes pas en mesure d'expliquer plus clairement leur départ.

⁶ Nous sommes en lien avec les membres du bureau de l'association sur leur groupe WhatsApp, où elles se donnent des nouvelles des avancées des dossiers sur lesquels elles travaillent respectivement, aux postes de la trésorerie et du secrétariat. Nous n'avons pu accéder au fichier des adhésions, qui, du fait de la réorganisation liée à la délocalisation de l'association, a été « gelé » pendant le temps de notre enquête. Nous n'avons pu que constater la diversité des statuts et des expériences par nos observations durant les conseils d'administration, et non objectiver la composition effective de l'association.

⁷ Idem.

à Dijon il y a près de dix ans, a passé un master « santé publique, société et développement » où elle a acquis des compétences en management. Aujourd'hui, elle exerce comme coordinatrice de projets en santé sexuelle pour le compte de son département. Adèle (30 ans) possède un diplôme de sexologie, et Jennifer, qui travaille en libéral, a un diplôme d'échographe.

II. Des trajectoires professionnelles marquées par la mobilisation collective

L'analyse des trajectoires biographiques des militantes de l'ANSFO montre leur multi-positionnalité dans l'espace de la cause des femmes, ainsi que leur « poly-engagement » dans diverses associations. Les sages-femmes qui ont composé ou qui composent actuellement le bureau de l'association (sur la durée de notre enquête de terrain) et qui participent au conseil d'administration ont une trajectoire professionnelle marquée par diverses formes de participation à des mobilisations collectives. Celles-ci soutiennent leurs efforts de réflexivité et de politisation de l'entreprise de lutte pour l'amélioration de l'accès à l'IVG, les aidant à avoir une appréhension des causes structurelles du problème public de l'IVG. Domitille le résume ainsi :

« Militer, c'est bien, mais c'est pas juste sortir sa banderole pour dire : 'Vous êtes tous des cons'. C'est se documenter, c'est mettre des paradoxes en évidence. Ben oui, la couverture contraceptive est bonne, en France, mais le taux d'IVG baisse pas. Comment on l'explique ? Avec des stats, on l'explique pas. Avec les sciences humaines, on l'explique. Et ça, ça m'intéresse. Dans mon travail, je viens en appui aux professionnel.le.s, j'essaye d'insuffler ça. »

1. L'engagement féministe

L'engagement féministe est le premier d'entre elles, pour l'ensemble des professionnelles. Trois sages-femmes sont engagées au Planning Familial de leur département depuis plusieurs années, l'une faisait partie de l'association Pour une M.E.U.F⁸ (Pour une Médecine Engagée Unie et Féministe) ; Chantal Birman revendique son appartenance passée au MLAC (cf infra). Deux autres sont engagées dans des associations professionnelles travaillant à l'amélioration des conditions de l'accès à la contraception et l'IVG, l'ANCIC, qui

⁸ <https://www.pourunemeuf.org>

réunit « toute personne participant à la défense des droits des femmes »⁹ et l'ACNRNAP¹⁰. Elles sont aussi pour certaines engagées dans des associations féministes internationales, par exemple au sein du Collectif Avortement Europe, les femmes décident¹¹, ou de l'International Planned Parenthood Federation (IPPF).

Le Mouvement Français pour le Planning Familial est un mouvement féministe « d'éducation populaire »¹². Si la définition de cette expression peine à faire l'objet d'un accord¹³, nous nous appuyons sur un usage récent de l'expression remontant au milieu des années 1990. L'éducation populaire est ici entendue comme une forme de rapport contestataire au politique qui passerait par la critique sociale, sans recourir aux formes traditionnelles des luttes politiques (partis, coordinations) et qui mettrait l'accent sur des formes de prise de conscience et sur l'importance du combat culturel (BESSE, CHATEIGNER, IHADDADENE, 2016). L'une défend par exemple le procédé de co-formation entre pairs qui prévaut au sein du

⁹ <http://www.avortementancic.net/spip.php?article123>

¹⁰ L'Association des Centres de Régulation des Naissances de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (ACRNAP) est une association de professionnels de la planification familiale et de l'IVG. Elle a été créée en 1993 afin de défendre les centres d'IVG de l'AP surtout ceux qui ont une certaine autonomie et qui font le plus grand nombre d'avortements de l'institution (60,3%).

¹¹ Ce collectif comprend l'Alliance des Femmes pour la démocratie, Alternative et autogestion, Alternative Libertaire, Assemblée des femmes, Association La Case Bordeaux, l'ANCIC, l'Association Nationale des Etudes Féministes, l'Association Pan-africaniste des droits civiques des femmes, le réseau PLEIRAA Grenoblen l'Association Pour l'Initiative Autonome des Femmes Toulouse, l'Association Rue'L, Attac France, Attac Toulouse, Bagdam Espace lesbien Toulouse, Cafémiste 26/07, Centre de Conseil Familial de Nouméa, CFDT, CGT, CGT Santé et Action sociale, Chiennes de g=Garde, Collectif CIVG Tenon, Collectif National pour les Droits des femmes, Collectif 13 Droits des Femmes, Collectif 84 Droits des Femmes, Collectif Midi-Pyrénées pour les Droits des Femmes, collectif Fary Koumba, Collectif des Polonais à l'étranger, Democracy is ok, Commission féministe Europe Ecologie Le Verts ; CADAC, Coordination lesbienne en France, Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et des maternités de proximité, Coordination pour le Lobby Européen des Femmes, Elles sans Frontières, Emission Femmes libres sur Radio Libertaire, « Encore Féministes ! », Les effronté.e.s, Ensemble !, Europe solidaire sans frontières (ESSF), Fasti, Fédération Nationale des Centres d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles, Fédération Sud Santé Sociaux, FEMEN, Femmes contre les intégrismes, Femmes Egalité, Femmes solidaires, Féministes Insoumises, Féministes pour une autre Europe, FSU, FSU 13, Libres MarianneS, Ligue du droit international des Femmes, Ligue Internationale des Femmes pour la Paix et la Liberté (LIFPL), Marche Mondiale des Femmes, Marche Mondiale des Femmes 26/07, Marche Mondiale des Femmes Midi-Pyrénées, Marche Mondiale des Femmes PACA, Marche Mondiale des Femmes 22, Mouvement de l'Economie solidaire, Mouvement Ecolo, Mouvement Jeunes Communistes de France, Mouvements Jeunes socialistes Paris, Nous d'abord Pologne, NPA, Nuit Féministe, Osez le Féminisme, Parti Socialiste, PCF, le Planning Familial, le Planning Familial 35, Regards de Femmes, Réseau Féministe 37, Réseau Féministe « Ruptures », Réseau Syndical international de Solidarités et de Luittes, REVHO, Sauvons l'Europe ; SKB Union des Femmes socialistes Turquie, SNPES-PJJ-FSU, SNES-FSU, SNUEP-FSU, SNUipp-FSU 13, SNUASFP FSU, Solidaires 31, Solidarité France Grèce pour la santé, SOS Sexisme, Sud Education Nord, SUD Santé Sociaux, SUD santé Sociaux 31, Tou.te.s Contre les Violences Obstétricales et Gynéco, UNEF, Union Syndicale de la Psychiatrie, Union Syndicale Solidaires, Zeromacho.

¹² www.planning-familial.org

¹³ Deux grandes familles d'usages de l'expression « éducation populaire » coexistent aujourd'hui. La première se réfère à l'usage administratif du terme, dont le point d'attache se situe dans une catégorie administrative qui découle de l'existence de l'agrément Jeunesse et éducation populaire (JEP). Cet agrément peut être national ou départemental : il est décerné par l'administration après consultation d'organismes paritaires où le monde associatif est représenté. Il permet de prétendre à un subventionnement au titre des crédits de jeunesse-éducation populaire. Créé à la Libération, l'agrément est défini aujourd'hui par la loi du 17 juillet 2001, art. 8. Cette catégorie renvoie grossièrement à un ensemble d'associations et d'acteurs publics (administration Jeunesse et sports) dont l'institutionnalisation s'est déroulée pour l'essentiel entre le Front populaire et les années 1970. Mouvements de jeunesse, institutions d'éducation populaire comme les Maisons des jeunes et de la culture (MJC) ou les centres sociaux et administration Jeunesse et sports s'en revendiquent. Présenté de manière encore plus schématique, cet ensemble correspond à ce que le grand public désigne comme le secteur de l'animation. L'autre usage se réfère à celle que nous développons.

MFPF, et qui lui a appris à adopter une pratique réflexive, en même temps qu'à se défaire de la posture de distanciation inhérente au colloque singulier avec les patientes qu'elle a incorporée durant sa formation professionnelle :

« T'arrives au Planning, parce que t'as eu des problématiques personnelles... Donc autant tu vas te battre pour les autres, mais autant tu vas des fois essayer de régler tes propres problématiques, en te formant, en te co-formant, en agissant pour l'asso... Y a quand même de la gueule cassée, au sein du PF... (rires). C'est pas une critique, hein, j'en fais partie aussi... C'est un peu un monde à part, oui. (...) Tu vas pas arriver, à certaines réunions de la même façon quand t'es Planning, que quand t'es professionnelle... Tu vas intervenir différemment... Voilà, j'ai quelques pairs, comme ça, qui ont façonné mon engagement et ma façon de réagir à tout ça. (...) ».

C'est au cours de ces échanges avec d'autres professionnel.le.s et bénévoles, et plus particulièrement au cours de l'accueil collectif des femmes pendant les entretiens pré-IVG que certaines associations du Planning Familial proposent encore¹⁴, que ces sages-femmes ont pu apprendre à reconnaître les savoirs profanes des femmes dans les pratiques de santé (RUAULT, 2017) entendues comme connaissances du corps, élaboration d'un rapport à l'intimité et à la gestion de la douleur. Cette sage-femme évoque aussi que les échanges au sein du Planning ont soutenu ses réflexions sur les causes structurelles de la demande d'IVG, sur l'imbrication des rapports sociaux de sexe et de classe, mais aussi sur les manières légitimes d'avorter (RUAULT, *ibid.*). C'est le fait de pouvoir se décentrer de ses conditions d'exercice, qu'elle n'estime pas favorables à cela, qui lui a permis d'élaborer une réflexion sur les finalités de la pratique de l'orthogénie ; comme si la centration de l'activité sur le prétendu « cœur de métier », la naissance, délégitimait la nécessité de penser le mandat de l'orthogénie.

« Entrer au Planning, ça a été salvateur à ce moment-là, parce que je me sentais seule, par rapport à mes collègues, sur la prise en charge des IVG. Y avait pas moyen d'échanger avec mes collègues sages-femmes !... Y avait des problèmes de hiérarchie... Et pis va échanger avec tes collègues qui sont en salle, en train de suivre une femme en accouchement, en leur disant : 'Ben moi, aujourd'hui, j'en ai chié avec une prise en charge d'IVG, parce qu'il y a eu de la violence, parce que ceci...'. Enfin, on est des fois sur des incompréhensions de pratiques, quoi. Et grâce à l'adhésion au Planning Familial, j'ai enfin pu trouver localement des gens avec qui je pouvais échanger sur ces questions ».

La co-participation, avec des personnes aussi bien bénévoles que professionnel.le.s, issu.e.s de divers horizons professionnels, à des actions de prévention lors d'interventions auprès de différents publics au Planning Familial lui a permis de croiser les regards ainsi que les apports disciplinaires sur les différentes thématiques en santé sexuelle.

¹⁴ <https://www.50-50magazine.fr/2019/02/07/isabelle-louis-le-planning-familial-de-paris-met-en-place-laccueil-collectif-qui-est-un-vieil-outil-feministe-des-annees-1970-2-2/>

« T'es pas issue de la même catégorie, t'y vas pas pour la même question, les thématiques sont tellement larges, c'est un peu compliqué, par exemple d'arriver sur le thème IST/VIH, mettons à côté d'une fille qui arrive pour violences, à côté d'une fille qui arrive sur genre et travail, à côté d'une fille qui arrive pour contraception ».

C'est là, au sein de cette association département du Planning Familial, et plus largement au sein du pôle associatif de l'espace de la cause des femmes qu'elle s'est socialisée aux modalités particulières et aux enjeux de la professionnalisation d'un « travail féministe » entendu comme la participation associative à la mise en œuvre des politiques publiques dans les domaines de la sexualité et de l'égalité entre les femmes et les hommes (ROMERIO, 2019). C'est précisément cette confrontation entre les logiques professionnelles et militantes qui a induit chez cette sage-femme une dynamique de politisation. C'est là notamment que se sont façonnées ses représentations critiques de la biomédecine, qu'elle souhaite transposer dans l'espace ouvert par les mobilisations catégorielles de l'ANSFO.

2. L'engagement humanitaire

L'autre forme d'engagement commun à certaines des sages-femmes de l'ANSFO est la participation à des missions humanitaires sur le continent africain, en Asie ou au Moyen-Orient. Ces expériences formatrices ont nourri leur sensibilité aux questions relatives à la précarité, aux diverses formes de discriminations, aux violences subies par les populations vivant sous des régimes politiques autoritaires ou prises dans des conflits militaires. Elles leur ont également permis d'acquérir des dispositions morales dans leur rapport au monde, en même temps de des compétences de divers ordres (relationnel, organisationnel, logistique, communicationnel, technique, mais aussi sur le plan de la gestion des projets et de leur évaluation) :

« J'étais la seule sage-femme de l'équipe. Je m'occupais de gérer la pharmacie ; c'était un petit hôpital, je faisais aussi le suivi des tuberculeux, ça faisait partie du poste de sage-femme. (...) Après en Thaïlande, on était une infirmière et une sage-femme pour faire l'équivalent du médecin... Donc j'ai eu à gérer des insuffisances cardiaques, des comas diabétiques, avec le bouquin ouvert à côté, quoi, le système D ! Plus tard au Sud Soudan j'étais avec un médecin, il avait acquis une compétence chirurgicale en trois mois de stage, il savait faire les hernies, les appendicites et les césariennes, en gros ! Donc la gynéco, il y connaissait rien du tout, et ça l'intéressait vraiment pas, donc j'ai fait pas mal de dilatations et de curetages sur des fausses couches hémorragiques, quand j'avais 24 ans. Formée sur le tas ! (rires) ».

Gaëlle, sage-femme territoriale.

Les discours des sages-femmes qui ont connu ces modalités d'ajustement de la division du travail pour faire face à l'urgence témoignent de ce que des travaux sur l'engagement humanitaire ont déjà souligné (WILLEMEZ, 2002) : l'on y retrouve une adhésion à une forme de rationalisation de l'action sociale qui valorise les interventions *ad hoc*, même restreintes et limitées dans le temps, parfois sans beaucoup de fonds, ainsi que leur efficacité, qui coexiste avec une survalorisation des communautés militantes où se partagent savoirs et techniques. De cet engagement dans des lieux où se dissolvent les hiérarchies sociales ordinaires, elles ont gardé aussi une exigence de l'autocontrôle, de l'implication des personnels et de l'évaluation permanente des dispositifs mis en place. L'engagement humanitaire et la réflexion politique sur les ressorts du développement économique d'un pays ont soutenu chez Domitille une appréhension de la santé tenant compte de l'ensemble de ses déterminants :

« Les missions humanitaires d'urgence, quand t'arrives comme des zorros, ça m'intéresse pas du tout. Ce qui m'intéresse, c'est toute la complexité du développement. Tu identifies une problématique de santé, tu vas dérouler la pelote, et tu vas voir que ça va te faire déboucher sur l'éducation, l'agriculture, des problèmes d'irrigation. C'est complexe. ».

Ces connaissances, elle les transpose aujourd'hui dans les projets qu'elle coordonne dans le cadre de son exercice de sage-femme territoriale, dans le champ de la santé sexuelle. Ces sages-femmes militantes ont aussi gardé de ces expériences dans l'humanitaire un regard critique sur les luttes définitionnelles des juridictions respectives et les clivages professionnels. Dans son entretien, Domitille ne cesse de pointer la nécessité de dépasser les représentations corporatistes du métier pour penser des formes de coopération susceptibles d'atteindre les objectifs de santé publique. Elle imagine par exemple inclure la possibilité pour les infirmières de prescrire, dans le cadre d'un protocole de coopération, les échographies de datation dans les parcours d'IVG – et l'impossibilité même de cette pratique en France :

« Dans les pays en développement, quand t'as personne, t'as personne ! Tu prends le premier qui sait faire l'accouchement ! Il est infirmier ? Hé ben il est infirmier !! C'est pas grave ! Il vaut mieux ça que rien du tout, en fait ! Les sages-femmes françaises, elles n'arrivent pas à prendre un petit peu de hauteur, à dire tout un truc de gningningnin dans cette espèce de petit entre-soi à deux balles. On est dans un paysage sanitaire avec d'autres professionnels : il faut qu'on apprenne à vivre ensemble. Certes, il faut qu'on nous connaisse, qu'on nous RECONNAISSE, mais de la même façon qu'on doit connaître et reconnaître les autres ! ».

3. Le poly-engagement associatif

Plusieurs sages-femmes de l'ANSFO ont un engagement associatif multiple, comme en témoigne Claude, sage-femme territoriale, qui soutient avoir un habitus militant plus solidement ancré que son habitus professionnel :

« Je te disais 'militantisme d'abord', avant 'sage-femme'. J'étais au mouvement rural de la jeunesse chrétienne, un mouvement de chrétiens de gauche engagés, Taizé, tout ça, les prêtres ouvriers qui se sont mariés par la suite... A 18 ans, mon premier salaire, en apiculture, je l'ai donné à Amnesty International. J'ai participé à la libération d'un avocat, un copain de Vaclav Havel. Je suis toujours à Amnesty International, mais aussi à Greenpeace, SOS Méditerranée, tiens d'ailleurs il faut que je paye ma cotisation ! Je suis aussi à Élevages sans frontières, enfin tu vois, mon engagement politique, il est dans les assos. »

Claude, qui vit dans un département frontalier avec l'Espagne « *peuplé de réfugiés républicains ou de descendants de réfugiés républicains* », montre de par sa socialisation primaire et secondaire, une sensibilité aiguë envers la défense de la cause des migrants, de l'écologie, des droits fondamentaux, mais elle est aussi engagée dans une association culturelle qui soutient la diffusion de films dans les espaces ruraux. Elle a durant toute sa trajectoire militante accumulé un important capital militant qui a forgé sa compétence politique en lui donnant notamment un sens du jeu politique qu'elle mobilise volontiers dans les liens professionnels qu'elle entretient, au conseil départemental, pour soutenir l'entreprise de lutte pour la cause de l'orthogénie, et plus particulièrement pour faire valoir le rôle des sages-femmes dans cette activité. Comme elle, socialisée à la connaissance des institutions, Domitille milite « *pour qu'il y ait des sages-femmes dans les instances décisionnaires des autorités sanitaires* » et « *y insuffler un petit peu de militantisme* » au nom de la poursuite d'un intérêt supérieur, celui de la santé publique :

« Être médicale ? praticien hospitalier ? Si, pour pouvoir prescrire les thérapeutiques qui vont être en accord avec les bonnes pratiques médicales et les recommandations, je veux bien être médicale. Mais s'il faut être médicale juste pour être médicale, j'en ai rien à foutre, en fait ! Moi, ce qui m'intéresse, c'est le service qu'on rend aux femmes. Après, on peut élargir au couple. Après, éventuellement, à la famille. Mais la famille restreinte, hein, pas le tonton ni le cousin. Ou bien on fait un autre boulot. »

III. La présence de Chantal Birman au sein de l'ANSFO

La présence de Chantal Birman au sein de l'ANSFO représente à la fois une importante ressource pour l'association, en termes de visibilisation de son entreprise de lutte dans l'espace de la cause des femmes, en même temps qu'elle induit certains brouillages dans les répertoires de l'action collective menée.

1. L'héritage du MLAC

Chantal Birman a fait ses études de sage-femme alors que l'IVG n'était pas encore dépenalisée. A l'hôpital, elle a été confrontée à un « choc moral » (TRAINI, 2009) dans sa rencontre avec des femmes ayant vécu un avortement clandestin, et qui arrivaient à l'hôpital pour y être soignées pour des hémorragies et des infections suite à une perforation de l'utérus. Ce saisissement devant le risque pris par ces femmes de mourir a induit une réaction viscérale d'empathie et d'admiration, en même temps qu'elle a fait naître la conscience de l'urgence d'une réponse médicale à apporter à ces femmes, qui ne soit pas maltraitante avec la volonté d'être punitive comme c'était parfois le cas dans certains hôpitaux parisiens (CAHEN, 2015). Cette vision des femmes en souffrance a renforcé son sentiment que l'ordre social alors présent dans le champ médical s'écartait de ses propres valeurs¹⁵. Elle aime à répéter dans ses interviews¹⁶ que c'est face à ces femmes que s'est forgé son engagement professionnel et militant :

« Elles avaient VRAIMENT décidé de se faire avorter. Elles n'avaient pas choisi de MOURIR, elles avaient choisi d'être LIBRES. C'est ça qui a été mon moteur, toute ma vie de sage-femme. Cette décision qu'ont pris ces femmes, ça a été le centre de ma réflexion. Décider POUR SOI, quitte à en mourir. »

¹⁵ Nous nuancerons la portée de ce « choc moral » que Chantal Birman aime à raconter pour situer l'origine de son engagement militant, en nous appuyant sur l'invitation de Christophe Traïni (2009) à considérer les socialisations antérieures qui prédisposent les individus à éprouver ce type de choc, ainsi qu'à transmuter un sentiment d'injustice en une cause collective. En effet, dans l'entretien que nous avons mené avec elle, Chantal Birman évoque le souvenir des engagements respectifs de ses parents qui l'ont socialisée au travail militant : « On est nés à Paris. Mon père était un responsable syndicaliste, au départ il était à la CFTC, et il a fait partie de la fondation de la CFDT. (...) J'ai assisté en tant qu'enfant à cette césure politique. (...) Ma mère était au départ enseignante en mathématiques et en physique, et puis elle a repassé des diplômes et elle est devenue formatrice en éducation populaire. Voilà, y avait cette dimension politique dans la famille ? Pour moi, c'est impossible de vivre sans la dimension politique. La dépolitisation, c'est pour moi une des choses qui est le plus dramatique. »

¹⁶ Le récit de ce « choc moral » fait partie de son « topos » personnel en tant que personnalité devenue très médiatique : il constitue l'une des pièces maîtresses de l'arsenal de thèmes et arguments rhétoriques où elle puise régulièrement pour convaincre ses auditeuses. Il n'est à ce titre pas anodin que ce topos soit rendu visible jusque dans la bande annonce du film d'Aude Pépin, qui présente un moment Chantal Birman face à une assemblée d'étudiantes sages-femmes, en train d'expliquer le lien qu'elle établit entre son engagement militant et le métier de sage-femme. Cf. https://www.youtube.com/watch?v=_C7Pfu6o0AU

Jeune étudiante, elle se rapproche donc des militant.e.s du Mouvement pour la Libération de l'Avortement et de la Contraception (MLAC) pour pratiquer à leurs côtés des avortements clandestins. Cette pratique portait la revendication que les grossesses non désirées étaient un problème d'ordre politique et social, et qu'il fallait, pour le résoudre, donner aux personnes l'opportunité de s'approprier les actes mêmes de régulation des naissances, en faisant exister une communauté de réflexion et de pratiques entre experts et profanes. La diffusion de la méthode Karman a permis l'effectuation de ces avortements dans des lieux privés¹⁷ (PAVARD, 2009) ou « proto-médicaux » (RUAULT, 2017). Perçus comme émancipateurs, ces avortements réalisés en toute illégalité, mais de manière publique, étaient pensés, par ceux qui les pratiquaient, selon deux manières. Pour les médecins du Groupe Information Santé (créé en 1972 dans une perspective critique des pratiques médicales) ; d'une mobilisation qui tendait à la « professionnalisation de la méthode abortive », entendue comme manière de fournir un protocole prêt à l'emploi pour l'intégration hospitalière de l'avortement. Parallèlement à cela, dans le contexte anti-institutionnel des années 1968, cette méthode par aspiration a été progressivement adoptée sous la forme d'une pratique profane, en réponse à la demande croissante des femmes, par des personnes qui n'appartenaient pas au monde médical, se qualifiant elles-mêmes de « femmes ordinaires ». Cette appropriation profane, portée par ceux que Lucile Ruault a dénommés les membres des « groupes dissidents » du MLAC, critiquait le principe d'une spécialisation des rôles dans la pratique abortive, en appui sur la conviction que « *la technique abortive est applicable par n'importe quelle personne réellement décidée à bien la pratiquer* ». Pour ces femmes, les lieux et les moments où se pratiquaient les avortements avec cette méthode Karman étaient perçus comme des espaces d'échanges où pouvaient être abordées toutes les réflexions autour de la sexualité, non pas uniquement dans sa dimension intime, mais proprement politique. Il s'agissait pour elles d'inventer un autre rapport à la médecine et au corps des femmes, et de travailler à faire progresser l'agentivité de ces dernières via l'usage de la canule¹⁸. L'on comprend, dès lors, que la médicalisation de la technique et la légalisation de l'avortement aient été vécu des par elles comme une avancée pour la santé publique, peut-être, mais surtout comme une perte du sens donné à leurs

¹⁷ Introduite en France en 1973, la méthode Karman (psychologue et militant pour la liberté de l'avortement en Californie depuis les années 1950) permet de réaliser des avortements dans les six à huit premières semaines de la grossesse. Par opposition au curetage, cette méthode ne demande pas d'anesthésie : elle consiste à aspirer le contenu de l'utérus à l'aide d'une canule et d'une seringue. Harvey Karman a amélioré cette technique venue de Chine en mettant au point un système de canules souples en plastique, facilement stérilisables et peu chères. Cette méthode s'est diffusée à la fin des années 1960 dans les hôpitaux américains, puis des médecins militant.e.s français.e.s s'en saisissent, aidé.e.s par les réseaux féministes transnationaux qui facilitent la circulation de la technique. Harvey Karman, en visite à Paris, la présente par exemple à l'été 1972, lors d'une réunion organisée chez l'actrice et militante féministe Delphine Seyrig (PAVARD, 2009)

¹⁸ Ce procédé consiste, après dilatation du col de l'utérus avec des bougies, à aspirer son contenu au moyen d'une canule en plastique flexible tout en fournissant un accompagnement attentif au confort des femme

mobilisations : ces espaces d'échange étaient condamnés à disparaître via le contrôle exercé par l'institution médicale, et, puisque l'acte n'était alors pas remboursé, les plus précaires s'en voyaient pénalisées, ce qui a pu valoir à la loi Veil d'être considérée comme une « loi de classe », foncièrement injuste, destinée à acheter l'ordre social par le truchement du compromis que nous avons exposé.

Chantal Birman affirme avoir pratiquement été l'une des seules sages-femmes du Mouvement, ce que nous ne sommes pas en mesure de confirmer numériquement. Sur ce point, la très rigoureuse thèse de Lucile Ruault ne donne pas davantage de précisions ; elle mentionne presque exclusivement des groupes militants du MLAC composés, pour les membres qui relèvent non de « profanes » mais du champ médical, de « médecins » ou « praticien.ne.s », gynécologues, chirurgien.ne.s, anesthésistes, généralistes ou étudiant.e.s en médecine. La profession de sage-femme est peu mentionnée, sauf à titre de personnel paramédical¹⁹ ici et là. Surtout, Lucile Ruault souligne la « *position minoritaire* des « non-médecins » dans ces groupes militants, qui se trouvent « *sociologiquement en situation de dépendance et d'infériorité* » (GUILLAUMIN, 2002 [1972] : 94-95). Or, nous l'avons vu précédemment avec les travaux de Fabrice Cahen, dans la troisième partie de ce manuscrit, la profession de sage-femme a longtemps été socialisée à considérer la pratique abortive comme illégitime. Être sage-femme au sein du MLAC devait signifier être amenée à intérioriser des acceptations contradictoires de l'avortement : autrement dit, cela impliquait de se construire une représentation particulière de la pratique, à mi-chemin entre la revendication d'une forme de démedicalisation entendue comme l'assouplissement des normes de l'interaction médicale, pour une meilleure reconnaissance des usagères, un refus de donner un mandat exclusif au corps médical, soit opter pour un refus de la « professionnalisation de l'IVG »²⁰, tout en étant régulièrement, dans le cadre de ses études comme aux côtés des praticien.ne.s du MLAC, confrontée à l'énonciation de la supériorité de l'expertise médicale, avec la justification de cette exclusivité basée sur l'évitement du risque, dont on a vu également combien il était au cœur de l'identité professionnelle du corps médical.

L'on comprend dès lors que Chantal Birman ait été conduite à se forger une définition très particulière du mandat de sage-femme comme de la pratique de l'avortement, articulant les

¹⁹ RUAULT Lucile, 2017. Voir encadré 26, « Annexes du Projet de fonctionnement des centres », p. 337.

²⁰ Lucile Ruault montre dans sa thèse que les militant.e.s des groupes dissidents se sont néanmoins astreint.e.s, pour faire valoir leur légitimité à pratiquer la méthode par aspiration, à concevoir un ensemble de consignes s'apparentant à un protocole scientifique, en se soumettant à un apprentissage rigoureux des règles d'asepsie, des savoirs anatomiques, physiologiques et pharmacologiques se double d'un travail de recherche d'informations et de formalisation. Ce travail, qui a pour but premier de minimiser les risques d'incident, répond aussi au besoin, pour les non médecins, de se convaincre de leur compétence.

normes sanitaires et techniques de sa profession aux représentations sociales de la sexualité des militant.e.s radicaux.ales du MLAC. Elle s'est forgée une représentation de la professionnalisation du geste abortif où se sont entremêlés des registres de savoirs à la fois médicaux et de « contre-expertise », dans une relation à la fois alternative et imitative de la production médicale légitime²¹, et dans un rapport ambivalent au droit, où la transgression de la loi devient le levier de l'affirmation d'un intérêt supérieur (la défense des droits des femmes) avec pourtant la finalité de faire avancer la loi. Elle rapporte que rendre visible l'illégalité de la pratique était une stratégie adoptée dans une perspective de changement social :

« Je savais que je serais plus sage-femme si on me prenait. Or je savais qu'il FALLAIT qu'on soit prises, pour arriver à faire avancer la loi. C'était un merdier dans ma tête, parce que je savais que c'était le métier de ma vie ! Je savais que c'était là, ma place, et à la fois, j'étais un peu terrorisée ; disons les choses comme elles sont. »

Nous avons vu comment la juridiction des sages-femmes avait été historiquement construite par les luttes menées dans les arènes de l'Etat et par les médecins pour leur interdire l'usage des instruments et la pratique abortive : il lui fallait aussi transgresser les normes de sa profession pour revendiquer de pratiquer illégalement des avortements. Dès les débuts de sa socialisation professionnelle, elle a questionné les frontières de sa juridiction, dans laquelle elle ne se reconnaissait pas entièrement. L'entièreté de sa carrière a donc été occupée par cette lutte pour imposer une définition alternative du mandat des sages-femmes, qui entendait subvertir des représentations sociales binaires de la santé sexuelle, en imposant une représentation où l'IVG et la grossesse seraient pensées dans une forme de continuum, comme deux événements de la santé génésique qui n'entrent pas en opposition, mais qui au contraire traduisent une seule et même expression d'un droit reproductif (cf infra) :

« Le fait d'être sage-femme, c'est déjà connoté socialement. (...) Fertilité, bébé, reproduction. Il y a une inversion qui n'est pas juste, c'est-à-dire que le bébé serait du côté de la lumière, avec la sage-femme, et l'IVG, culturellement, traditionnellement, religieusement, du côté de la partie sombre, des décisions de vie difficiles. Je prétends que ce n'est pas ça. »

Chantal Birman évoque avec passion les interactions qui ont eu lieu alors entre différents groupes d'actrices, membres du MLAC, notamment pour ses fractions « dissidentes » pour

²¹ LAHIRE Bernard, « Logiques pratiques : le “faire” et le “dire sur le faire” », *Recherche et formation*, 27, 1998, p. 16.

qui la médicalisation du geste venait déposséder les femmes de leur possible maîtrise des pratiques de régulation des naissances, et donc d'un des instruments de leur agentivité, avec les médecins critiques du Groupe Information Santé qui se sont affronté.e.s dans les années 1960-1970 pour définir les façons légitimes d'avorter (GARCIA, 2005), avant que la loi Veil ne vienne mettre un terme au processus institutionnel d'imposition du magistère médical dans la pratique de l'IVG (RUAULT, 2017). La jeune sage-femme vivait là les années parmi les plus enthousiasmantes de sa carrière. On l'entend dans ses propos :

« Derrière ça, je sentais ce qui n'a plus jamais existé à ce point-là, après : la solidarité entre les femmes ! On se disait : 'Si y en a une de nous... Et on SAIT qu'il y en a une ou deux qui vont être prises, hé bien, le jour où elles sont prises, on est TOUTES là, quoi, on lâche pas !' C'était un peu magique. Les jeunes, elles n'ont pas vécu ce moment de solidarité, qui peut te porter, moi qui va me porter jusqu'à ma mort ! Moi, ça m'a fait faire... (Elle fait un geste ample avec le bras) Une sorte de bond, dans lequel je suis jamais retombée, quoi !!! »

C'est donc spontanément que Chantal Birman a rejoint les rangs de l'ANSFO sitôt sa création par Marjorie Agen. Il n'est plus, alors, question de contester l'institution médicale : la lutte se situe au contraire sur ce terrain, qui conjugue deux enjeux qui lui sont chers : la poursuite de la défense des droits des femmes, et la pleine reconnaissance de la légitimité de sa profession en la matière. Les mobilisations de l'ANSFO pour obtenir la compétence de prescription du dispositif abortif médicamenteux, d'abord, puis la compétence instrumentale ensuite, rencontrent ses propres dispositions militantes. Elle se fait fort de transmettre à ses plus jeunes collègues l'héritage de ses luttes passées, qui pèsera dans la manière de redéfinir le mandat des sages-femmes en orthogénie, ainsi que dans celle de revendiquer la place particulière de l'association dans l'espace de la cause des femmes (cf infra).

L'actualité nous donne une occasion de montrer la complexité du poids de cet héritage pour Chantal Birman. Celle-ci évoque ses réserves à l'égard de la sortie du film *Annie Colère*, de Blandine Lenoir en novembre 2022, qui raconte comment une jeune femme trouve dans les mobilisations du MLAC ou « dans la bataille pour l'adoption de la loi sur l'avortement un nouveau sens à sa vie »²². Ce récit amalgame de manière simplifiée selon cette enquête plusieurs des positions conflictuelles existant au sein du mouvement libertaire. L'adoption de la loi avait en effet provoqué des scissions au sein des groupes militants²³ : parce que l'IVG

²² Voir le synopsis du film sur https://www.allocine.fr/fichefilm_gen_cfilm=280229.html

²³ Le très beau film documentaire *Regarde, elle a les yeux grand ouverts*, co-réalisé par Yann Le Masson et le collectif de femmes MLAC, donne à voir les débats entre militant.e.s sur les dernières années des mobilisations du groupe d'Aix-en-Provence (1975-1982), jusqu'au procès intenté contre six d'entre elles en 1977

n'était alors pas remboursée lorsqu'elle était pratiquée à l'hôpital, sa légalisation ne faisait, pour les plus dissident.e.s d'entre les militant.e.s du MLAC, qu'accentuer les inégalités sociales entre les femmes, tout en les privant d'une prise en charge collective qui articulait une critique des rapports sociaux de sexe à celle de la production de l'illégitimité des savoirs abortifs profanes par les médecins du GIS (RUAULT, 2017). Sollicitée par la société de production du film pour accompagner les débats lors d'une soirée de promotion du film à Paris, au nom de l'ANSFO, Chantal écrit ce message sur le groupe d'échanges en ligne de l'association pour remercier Elodie qui se propose d'intervenir à sa place :

« Rien ne transpire sur l'inscription MLAC dans le mouvement de politique générale : manif, coordinations entre les MLACS, inscription à l'intérieur de la santé, tensions entre les médecins etc... Ce film est donc un bon film intimiste mais pas un grand film. Le MLAC méritait un grand film. Il fallait selon moi rendre cette dimension politique. J'ai donc peur en le défendant et en y apportant mon nom d'enterrer, de travestir l'histoire des femmes et de la santé française. Du coup je ne me reconnais qu'à moitié dans ce film et je préférerais que quelqu'un d'autre le défende. Les questions politiques posées à cette époque sont toujours d'actualité et n'ont pas trouvé de réponses. (...) C'est compliqué pour moi. J'ai l'impression de trahir. Ce dont il parle est juste et bien. C'est ce dont il ne parle pas qui me pose problème !!! Toi, tu es jeune, tu n'as pas connu le MLAC, tu ne trahiras personne avec tes propos. »²⁴.

2. La délégation du travail de représentation

Durant sa carrière, Chantal Birman a été sage-femme à la maternité des Lilas, établissement réputé depuis sa fondation en 1964²⁵ pour son engagement associatif et féministe²⁶. Il a en effet été l'un des premiers à prôner le droit d'avorter et la liberté d'accoucher selon le choix des femmes, y compris de manière physiologique et non médicalisée²⁷. Puis elle a terminé sa carrière comme sage-femme libérale en Seine Saint-Denis.

Chantal Birman occupe plusieurs positions dans l'espace de la cause des femmes : dans le pôle associatif, elle est membre du Conseil d'administration de l'ANCIC, après en avoir été vice-présidente, et membre du Conseil d'administration du Réseau International Féministe pour l'Égalité (RIFE). Elle entretient des liens d'amitié avec les sages-femmes à l'origine de la création des Maisons de Naissance au Québec. Au plan professionnel, elle a été vice-présidente

²⁴ Extrait de notre journal de terrain, octobre 2022.

²⁵https://www.huffingtonpost.fr/life/video/le-sauvetage-de-la-maternite-des-lilas-un-combat-pour-la-liberte-selon-ses-soignants-et-usagers_195490.html

²⁶<https://www.causette.fr/feminismes/au-lance-flammes/tribune-l-en-corps-pour-la-maternite-des-lilas-et-toutes-les-autres-par-chantal-birman>

²⁷ Régulièrement menacé de fermeture, l'établissement défend encore aujourd'hui des positions militantes, en réfléchissant par exemple aux manières d'accueillir avec bienveillance les personnes trans qui vont accoucher. Ces positions ont valu à la maternité des Lilas l'attribution du néologisme de « transsernité ». Cf. « Enceint », *Les Pieds sur Terre*, France Culture, 2021.

du Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-femmes de Seine-Saint Denis, représentante des sages-femmes libérales au Collectif des Associations et des syndicats de Sages-Femmes – Société Française de Maïeutique (CASSF–SFMA). Elle participe aussi en tant que représentante de l'ANSFO au conseil national professionnel des sages-femmes (CNP-SF)²⁸. Sa reconnaissance médiatique²⁹ lui vaut d'être identifiée comme « la » sage-femme représentative des luttes féministes de la profession, qui n'a pendant longtemps rassemblé qu'une élite minoritaire et peu écoutée (KNIBIEHLER, 2016 : 147-162). Forte de son capital social et symbolique, du fait qu'elle réside à Paris même³⁰, mais aussi parce qu'elle est aujourd'hui à la retraite (ce qui lui laisse davantage de temps pour se consacrer à ses activités militantes et culturelles), elle transmet à l'association les ressources que lui confère ce statut et cette place très particulière dans l'espace de la cause des femmes.

Chantal Birman se voit souvent déléguer la fonction de représentation de l'association auprès des institutions, pour aller rencontrer les parlementaires, discuter avec les représentants des instances ordinales des groupes professionnels concurrents, etc. En même temps que cela conforte la visibilité de l'association dans l'espace public, cela peut aussi générer des tensions au sein du groupe militant, pour celles qui ne partagent pas certains de ses points de vue et qui se sentent parfois « invisibilisées », voire paradoxalement délégitimées dans leurs prises de parole, comme le souligne l'une des membres de l'ANSFO :

²⁸ Le conseil national professionnel des sages-femmes apporte son concours aux instances de l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC), notamment pour la définition des critères d'évaluation des actions de développement professionnel continu (DPC) proposées par les organismes ou les structures et l'élaboration des plans de contrôle annuel des actions de DPC. Le CNP-SF propose, en liaison avec le Haut Conseil du développement professionnel continu (HCDPC) des professions de santé, les adaptations qu'ils jugent utiles des méthodes de DPC définies par la Haute Autorité de santé, et assure une veille sur les initiatives de terrain et les besoins des sages-femmes et communique au ministre chargé de la santé et au HCDPC des professions de santé toutes informations ou propositions qu'il juge utiles pour évaluer l'intérêt et la pertinence des actions proposées et promouvoir le caractère collectif du DPC, en secteur ambulatoire et en établissement de santé.

²⁹ Elle a fait l'objet du portrait-documentaire du film d'Aude Pépin, *A la vie*¹²⁹, sorti en 2021, et consacré à la question de la vulnérabilité des femmes en post-partum. Auteure du DVD *Ma préparation à l'accouchement* ainsi que de l'ouvrage *Au monde. Ce qu'accoucher veut dire. Une sage-femme raconte* (Paris, Points, 2009), Chantal Birman a participé à l'écriture des livres *Que sont les bébés devenus* (BRAZELTON Berry et al., 1997) et *Parentalité, vous avez dit fragile*, (BESSON Jacques, GALTIER Mireille, dir., 2009). Elle est membre du Comité de Rédaction de la revue professionnelle les *Dossiers de l'Obstétrique*. Elle a participé en tant qu'experte à de nombreuses émissions des « Maternelles » sur France 5, ainsi que d'autres émissions télévisées sur les chaînes télévisées TFI, France 2, France 3, Arte, M6, Canal + et RCI.

³⁰ L'association, rappelons-le, ne comptait pas beaucoup de membres au moment de notre enquête de terrain, et beaucoup de ses membres résident ailleurs qu'à Paris. De ce fait, la division du travail de représentation auprès des institutions, pour la plupart localisées dans la capitale, demeurerait une question complexe. L'association revendique une forme de collégialité dans son fonctionnement – qui s'est traduite par l'aimable invitation qui nous a été faite de participer aux conseils d'administration, mais aussi par l'invitation d'autres professionnel.le.s de santé, figures reconnues du monde de l'orthogénie (Michel Teboul, Nathalie Trignol). Mais l'organisation structurelle de l'association, recentrée à Paris après le départ de sa fondatrice Marjorie Agen, a accentué le processus de délégation des revendications à leur porte-parole, bien que cette situation ne convienne nullement à toutes les militantes, y compris à la principale intéressée, Chantal Birman.

« Chantal, elle a très peu bossé à l'hôpital public ! Elle a bossé dans une clinique associative, très militante, et c'était très positif ! C'était à but non lucratif, mais c'était pas l'hôpital public. Au plan de la hiérarchie, c'est quand même pas pareil. »

B. REVENDICATIONS DE L'ASSOCIATION

I. La revendication d'une expertise professionnelle relative à la pratique de l'orthogénie

1. L'affirmation du caractère physiologique de l'IVG

Les sages-femmes de l'ANSFO affirment que la compétence abortive relève pleinement de leur territoire d'exercice, quel que soit leur statut (hospitalier, libéral ou territorial). Le principal argument de cette entreprise de (re)conquête se situe entièrement à rebours du paradigme curatif dominant dans le champ médical. Il repose en effet sur la représentation selon laquelle l'activité d'IVG est circonscrite dans le champ de la physiologie, dans une acception fondée par exclusion par rapport à celui de la pathologie. Selon cette représentation, les IVG ne concernent « PAS » les femmes malades. C'est le point d'ancrage de la rhétorique définitionnelle :

« Faire une IVG, c'est PAS de la pathologie. Qu'on soit à 5 semaines, à 8 semaines, à 14, à 16... Et l'IMG pour motif psycho-social, c'est PAS de la pathologie organique. Le psycho-social, c'est toute la dimension de l'individu dans le champ non organique. (...) C'est juste de la physiologie de la femme, elle est enceinte, elle n'a pas de co-morbidités, elle n'a pas de pathologie de sa grossesse. (...) »³¹

L'analyse des formes de rhétorique employées par les sages-femmes de l'ANSFO, aussi bien dans leurs productions écrites qu'orales, dans les différentes arènes de débats, n'a permis de relever aucune autre définition de la physiologie que celle donnée par exclusion. Dans cette perspective, c'est pour elles l'état de grossesse « non désiré » qui est perçu comme pathologique, en tant qu'il viendrait rompre l'état d'équilibre physique et psychique de la femme qui ne souhaite pas poursuivre cette grossesse. Partant de cette représentation, le geste abortif est perçu alors comme un geste médical qui vient rétablir cet équilibre « normal ». Plus encore, ce n'est pas l'interruption du processus physiologique de la grossesse qui est pensée comme pathologique : ce serait au contraire sa poursuite. Lorsque la femme ne vient pas confirmer par la parole l'être survenu dans sa chair, pour reprendre les termes de Luc

³¹ Extrait de notre journal de terrain, conseil d'administration de l'ANSFO, novembre 2021.

Boltanski (2004), elle place l'enfant à naître en danger d'être exposé à des maltraitances. Ainsi s'exprime Sonia lors d'un conseil d'administration (novembre 2021) :

« N'oublions pas que ce qui est dangereux, dans la grossesse, c'est la grossesse carence ! (...) On est d'accord : c'est PLUS GRAVE de faire un enfant que de faire une IVG, dans tous les sens du terme ! Même au niveau social, hein, c'est plus grave, je veux dire, en termes de responsabilités et de conséquences ».

L'essentiel du travail argumentatif mené auprès de leurs différents auditoires (l'État, les groupes professionnels concurrents et les publics) vise à modifier les représentations sociales dominantes sur l'IVG au travers d'une série de déplacements cognitifs. Là où, on l'a vu, les parlementaires se sont crispé.e.s sur la question des délais légaux de l'avortement, les sages-femmes de l'ANSFO rédigent un communiqué de presse destiné à clore la question de savoir si l'IVG appartient au domaine de la physiologie ou de la pathologie³². Elles décrivent ainsi « l'expulsion du contenu utérin » en novembre 2020 : « *quel que soit le terme de la grossesse, de la conception à 41 SA, il s'agit du même processus d'ouverture progressif du col de l'utérus, consécutif aux contractions utérines* ». Il n'est pas question ici de bébé, de fœtus, ou d'embryon, encore moins de son statut ; même la question de la durée gestationnelle est évacuée de cette définition, qui se recentre sur des « processus physiologiques » communs à un certain nombre d'événements de la santé génésique (IVG, « fausses couches », accouchements) placés dans leur effacement sur un même plan, celui de leur compétence, telle qu'elle est officiellement définie par le code de la santé publique³³.

L'argumentation se recentre aussi sur le désir de la femme qui vient modifier la perception de l'acte d'avorter : elles soulignent que l'investissement des grossesses est un processus entendu comme élaboration subjective qui se construit dans le temps. La durée gestationnelle ne fait pas sens « en soi » : ainsi une femme qui n'investit pas sa grossesse peut avorter sans que cela la plonge dans cette fameuse supposée « détresse » et ce même jusqu'à des délais très « tardifs » ; en revanche, les fausses couches à des âges gestationnels très petits peuvent causer des chagrins très profonds, lorsque la grossesse est très tôt investie. Ainsi les sages-femmes de l'ANSFO se battent-elles sur plusieurs fronts qui procèdent du même ressort : faire reconnaître la dimension non pathologique d'une IVG même aux âges gestationnels avancés³⁴, faire

³² ANSFO, 2020, « Pourquoi l'ANSFO défend l'extension de la pratique instrumentale de l'IVG par les sages-femmes, sans restriction », communiqué de presse, 22 novembre.

³³ Toute l'argumentation repose sur le présupposé de souligner que les sages-femmes détiennent, sinon le monopole, du moins la compétence pour accompagner l'ensemble des événements de la santé génésique qui relèvent de la physiologie.

³⁴ Durant nos observations des conseils d'administration, nous les avons entendues soutenir qu'elles étaient prêtes à défendre cette représentation de l'IVG – et leur compétence abortive – jusque dans des délais d'IVG proches du terme de la naissance.

reconnaître la « gravité » d'une fausse couche (au sens émotionnel) et reconnaître la nécessité d'accompagner les deuils périnataux. Dans tous les cas, ce qu'il s'agit de respecter, c'est le processus psychique d'investissement – ou non- de la grossesse. C'est cette posture de respect qui, dans leur rhétorique, fonde la compétence, qui n'a rien de technique, mais qui repose sur la compétence relationnelle que la profession revendique haut et fort depuis son institutionnalisation.

Le procédé argumentatif est semblable lorsque, quelques lignes plus bas dans le communiqué de presse, elles évoquent les seuils de « *viabilité fœtale* » (entre 22 SA et 36 SA, pendant lesquelles le déclenchement du travail spontané est appelé « *menace d'accouchement prématuré* ». La liminalité de l'embryon est là encore écartée de la forme de rhétorique, tout comme la mention de la durée gestationnelle et celle de la « gravité de la prématurité » aux seuils les plus bas servent à faire la lumière, non pas sur la légitimité de définir un seuil pour construire un objet du travail médical, mais sur le paradoxe induit dans la division de la prise en charge de celui-ci : s'il existe bien un consensus entre « *parents et professionnel.le.s* » sur le fait que la naissance d'un enfant prématuré relève de la pathologie, « *pourtant* », « *ce sont bien les sages-femmes qui prennent en charge l'ensemble du processus voie basse* »³⁵ de ces naissances. L'évocation de la porosité entre les notions de « *physiologie et de pathologie* », est non seulement dénoncée comme « *subjective* », mais aussi comme étant intentionnelle : « *la finalité est toujours la même : maintenir dans le silence les compétences effectives des sages-femmes* ». Autrement dit, les sages-femmes de l'ANSFO dénoncent le jeu hypocrite du brouillage des frontières de leur juridiction, qui servirait à clore le marché du travail des gynécologues obstétriciens à qui sont réservées les naissances par césarienne (la « voie haute »), ainsi qu'à justifier le processus de délégation des autres tâches, (sous -entendu : en particulier celles considérées comme sale boulot). L'argumentation vise à pointer l'incohérence de ce jeu de délimitation : si toutes les manœuvres faites par voie basse relèvent de la physiologie, alors les sages-femmes peuvent exécuter le geste abortif instrumental endo-utérin³⁶ qui s'effectue aussi par voie basse. Ou encore, mais c'est la même logique argumentative, cela revient à affirmer que si l'on considère que l'IVG est un acte médical qui relève de la prise en charge de la pathologie, puisque les sages-femmes prennent en charge la pathologie, alors les sages-

³⁵ Ibid.

³⁶ « *En effet* », écrivent-elles plus bas -et c'est là le cœur même de leur rhétorique de défense de la légitimité du groupe professionnel dans l'effectuation du geste instrumental - « *les sages-femmes ont une grande habitude du geste endo-utérin gravide avec la délivrance artificielle et la révision utérine. Quant à leur pratique sur utérus non gravide, la pose des DIU et l'hystérométrie qui la précède font partie des gestes usuels dans la pratique gynécologique des sages-femmes.* » (ANSFO, communiqué de presse du 22 novembre 2020, op. cit.)

femmes peuvent prendre en charge les IVG chirurgicales. Ici, les militantes de l'ANSFO s'attachent à dénoncer la rhétorique des groupes professionnels concurrents qui vise à faire croire à la « non-substituabilité » de la force de travail. Et, en faisant de leur compétence technique, de leur maîtrise des instruments et de leur légitimité à effectuer les gestes les schèmes centraux de leur rhétorique, elles prennent à revers les arguments éthiques, moraux et émotionnels (la « gravité ») des groupes politiques et professionnels qui tiennent habituellement, sur le sujet de l'IVG, des positions antagonistes (cf. supra).

Dans leur rapport visant à définir les contours de la « physiologie », quatre associations professionnelles de sages-femmes (dont l'ANSFO) soutiennent qu'il faut un.e professionnel.le de proximité susceptible d'accompagner ces bouleversements « *dans leur globalité* », ou de « *constituer une enveloppe (...) à la fois étayante, sécurisante et soutenante, là où, dans notre société, l'enveloppe culturelle (...) a été surtout peu à peu réduite à un dispositif sanitaire* ». Dans cette rhétorique, la sage-femme est construite comme la professionnelle de santé la plus susceptible de proposer ce type d'accompagnement des femmes dans les différents événements de leur santé génésique. L'objectif visé est celui du renversement du paradigme du risque et de la pathologie, au fondement même de la subordination du groupe professionnel :

« Parce que l'approche de la physiologie n'a pas de vraie place à l'hôpital, la pensée du physiologique peut y paraître incongrue et le métier de sage-femme n'y a pas vraiment d'existence réelle quant à l'objet de ses compétences auprès des femmes. Reconnaître ce travail de la sage-femme ce serait laisser coexister les deux approches sans les confondre ou les subordonner l'une à l'autre, mais plutôt mieux les articuler pour mieux les reconnaître ; et faire de ces 70% de femmes pour qui la naissance sera physiologique, le centre de la réflexion »³⁷

Les associations de sages-femmes parmi lesquelles se place l'ANSFO promeuvent un soutien pensé dans une acception « *holistique* », prenant en considération les déterminants de la santé physique et mentale des femmes de manière à optimiser cette dernière, en permettant aux femmes de développer leur agentivité :

« Il s'agit de sortir d'un modèle centré sur la pathologie et le risque et une démarche essentiellement diagnostique, pour une approche essentiellement centrée sur la santé. Une approche positive, qui tient compte de ce qui existe déjà concrètement, et par là conditionne le futur. Ce changement comprend une approche de prévention et de soutien capable de renforcer les capacités et les ressources propres des femmes (car) les conditions sanitaires (...) déterminent étroitement les possibilités et les moyens, fournis à chaque femme, individuellement et/ou collectivement, de

³⁷ *La grossesse et la mise au monde en France. Qu'en-est-il de la physiologie ?*, op. Cit., p.4.

promouvoir sa propre capacité à agir au profit de sa santé, de manière adaptée et autonome, avec l'aide de la sage-femme. »³⁸

Fortes de la compétence relationnelle que la profession revendique, elles opèrent là un travail de réhabilitation des émotions dans la définition même de la « physiologie », en même temps qu'elles soulignent les bénéfices de la « *midwife-led continuity* » ou principe du modèle de soins dispensé par les sages-femmes. Dans ce modèle, l'accent est mis sur l'idée de « normalité », de continuité des soins et de prise en charge par une personne connue, et de confiance. La continuité des soins dispensés dans une « approche appréciative »³⁹ par une sage-femme est proposée dans le cadre d'un réseau multidisciplinaire de consultations et de références incluant d'autres professionnels de la santé. Elle s'inscrit en opposition avec les modèles de soins médicaux⁴⁰, dans lesquels un obstétricien, ou le médecin traitant, est le premier responsable des soins ; et en opposition avec les soins conjoints, dans lesquels la responsabilité est partagée entre différents prestataires de soins.

2. Le renversement du paradigme de « l'échec contraceptif »

Les sages-femmes militantes de l'ANSFO s'attachent, comme les professionnel.le.s de santé engagé.e.s dans ce processus d'émergence d'une médecine orthogéniste (FAUCHER, 2021), à engager une réflexion sur les pratiques de prescription des dispositifs contraceptifs dans le cadre du suivi gynécologique et les parcours d'IVG. Il s'agit là de prendre en considération les représentations sociales hétéronormatives qui contribuent à façonner ce que les professionnel.le.s identifient comme les besoins contraceptifs de leurs patient.e.s, et d'opérer un renversement de l'imputation de responsabilité attribuant aux femmes « l'échec » de la contraception. Pour ces sages-femmes, l'échec ne se situe pas dans une « mauvaise

³⁸ *La grossesse et la mise au monde en France. Qu'en-est-il de la physiologie ?*, op. Cit., pp.24 et suivantes.

³⁹ « L'approche appréciative (en anglais, *appreciative inquiry*), parfois aussi appelée approche positive, a été développée à la fin des années 1980 par David Cooperrider et Suresh Srivastva du Département du comportement organisationnel de la Case Western Reserve University, en Ohio. Elle remet en cause l'approche traditionnelle de résolution de problèmes qui vise à cibler des dysfonctionnements ou des problèmes pour y apporter une solution. Avec l'approche appréciative, on cherche plutôt à souligner ce qui est positif et ce qu'il y a de meilleur chez les personnes et dans les organisations, puis à miser sur ceci, l'idée étant que, ce faisant, on tend vers mieux encore. Cette approche est notamment mise en œuvre, au Canada, pour promouvoir le sentiment de compétence et d'efficacité parentale, plutôt que de se centrer en priorité sur le diagnostic des dysfonctionnement », *Ibid.*, p. 10.

⁴⁰ Dans ce rapport, la promotion de ce modèle de soins entièrement assuré par les sages-femmes « au profit de la santé des femmes et des nouveau-nés » est « attestée par des études internationales » et des évaluations, présentées pour en faire valoir l'intérêt sanitaire et médico-économique. *Ibid.*, pp.21-24.

observance » des contraintes des dispositifs contraceptifs (prendre sa pilule à heure fixe, utiliser correctement un préservatif ou un diaphragme, par exemple), mais dans l'inadéquation de la prescription au mode de vie des patient.e.s ainsi que dans l'ignorance des rapports de pouvoir qui s'inscrivent dans les pratiques contraceptives des individus. Les sages-femmes de l'ANSFO s'efforcent de pointer la violence symbolique exercée par les professionnel.le.s de santé lorsqu'ils ne font pas ce travail réflexif. Chantal Birman s'insurge contre l'impensé qui se tapit dans l'attitude des prescriptrices, responsables de la reconduction des normes de genre, de discriminations et de jugements :

« Toute femme va sortir de la maternité avec une ordonnance de contraception. Ce qui est encore une façon de nier la maternité ! Si y a bien une chose dont les femmes ont pas envie de parler, c'est de sexualité, une fois qu'elles viennent de sortir le bébé par le vagin, qu'elles saignent, qu'elles ont les seins qui coulent, qu'elles sont comme des flaques... Et là, le message qu'on leur envoie, c'est 'faut baiser' ! (...) Et toutes les femmes homosexuelles ? Eh ben elles ont leur ordonnance de contraception, comme les autres ! Si elles disent « non, j'en ai pas besoin, je suis lesbienne », ils disent « ah ben on sait jamais ! ». Ce en quoi, bien sûr, on sait jamais, mais c'est à elles d'y réfléchir le moment venu ! Là si elles sont en train de te dire qu'elles n'en veulent pas, de ton truc !!! C'est ce qu'elle est en train de te dire : RECONNAIS QUE J'EXISTE EN TANT QUE FEMME HOMOSEXUELLE ! »

Chantal, novembre 2018

Pointant la responsabilité des prescriptrices dans le colloque singulier avec les patientes, les sages-femmes de l'ANSFO s'efforcent de faire ainsi la lumière sur la relation d'asymétrie qui fait que les patientes peuvent céder à l'autorité médicale, sans pour autant consentir aux prescriptions qui leur sont faites (FONQUERNE, 2021). Être « sage-femme orthogéniste », c'est pour elles porter leur attention sur les « normes intimes » qui peuvent parfois sortir des normes médicales (THOME, 2022) ; retournement progressif de la responsabilité contraceptive : masculine, elle est devenue féminine (GIAMI, SPENCER, 2004 : 380), sans que cela ne se traduise chez les femmes par une réelle prise du contrôle de leur fécondité ni d'une sortie du lieu de la domination. Les prescriptrices se doivent de prêter notamment attention au système hétéronormatif qui sous-tend les pratiques professionnelles courantes.

3. L'affirmation de la compétence relationnelle

Pour légitimer leur participation à la conduite de l'action publique en matière d'accès à l'IVG, les sages-femmes de l'ANSFO mobilisent l'argument de la compétence relationnelle,

revendiqué, nous l'avons vu, comme un attribut spécifique du groupe professionnel, et même de tout.e soignant.e (ARBORIO, 1999). Elles entendent donner davantage de poids à cet argument en y ajoutant la revendication de leur appartenance à une même classe de sexe. Celle-ci les rendrait supposément susceptibles de mieux accompagner la prise en soin des événements de la vie génésique des femmes. La communauté d'expériences de vie, ainsi que la connaissance de la physiologie féminine, est au fondement de l'identité professionnelle des sages-femmes, pour l'une d'elles :

« La sage-femme, elle est dans la communauté, avec les femmes. Alors, oui, elle sait des choses, parce qu'elle les a un peu apprises dans les livres, mais surtout parce qu'elle a beaucoup appris avec les femmes. Moi c'est ça que je revendique. »

Domitille, novembre 2021.

Nous voyons là, dans cette rhétorique, une revendication de la professionnalité qui ne neutralise pas la qualification, puisque celle-ci demeure considérée au même titre que la connaissance empirique, intime des moments où les femmes font l'expérience de la vulnérabilité comme de leur puissance. On entend aussi, dans les propos de Domitille, l'importance du relationnel dans ce qu'il a de politique. Dans un raisonnement qui fait paradoxalement de la demande d'IVG l'expression de la liberté ontologique de l'humanité ET d'une situation de dépendance à autrui – ne serait-ce que parce que le geste abortif nécessite le truchement d'un dispositif technique ou médicamenteux, Chantal fait endosser à la sage-femme un rôle particulier, celui d'avoir à recevoir, à entendre, à reconnaître cette humanité irréductible :

« Une femme peut très bien accoucher dans sa voiture, toute seule, sur la route de l'hôpital. Et on fera comme si c'était nous qui l'avions accouchée, au point de vue légal, avec la déclaration de naissance. Mais elle le fera toute seule. C'est pas le cas pour l'IVG. Les femmes, dans le moment de l'accouchement, ce qu'elles acquièrent, c'est une puissance incroyable.... Alors que dans l'IVG, les femmes, elles font face à un vrai besoin. Notamment pour conforter leur décision. C'est ce qui doit nous porter, nous, dans notre humanité : à un moment donné, un humain, pour devenir encore plus humain, pour exercer sa liberté de choix, il a besoin d'une sororité »

Nous interprétons, là aussi, les propos de cette sage-femme militante en mobilisant la grammaire de l'engendrement de Luc Boltanski. Tout comme l'être survenu dans la chair nécessite d'être « confirmé par la parole » pour accéder à l'humanité, la demande d'IVG

nécessiterait d'être « confirmée par l'écoute » d'un autrui significatif par quoi la femme se verrait reconnue dans sa potentialité d'être humain, dans sa liberté d'exercer une discrimination entre les êtres survenus dans sa chair. Or, cette capacité d'écoute nécessite de ne pas poser de jugement normatif sur la demande d'IVG, quelle qu'elle soit, quelle que soit la durée gestationnelle de cette grossesse, quelle que soit la situation de la femme. Il s'agirait d'une manifestation de cette « éthique du care » que nous avons évoquée précédemment. C'est là que se situe la compétence relationnelle que les sages-femmes orthogénistes revendiquent.

4. Reprendre la main sur les instruments : une conquête hautement symbolique

L'entreprise de lutte menée en vue de conquérir la compétence instrumentale revêt un sens symbolique très fort pour cette profession historiquement construite comme étant « à compétence définie », tenue depuis son institutionnalisation dans une position subalterne vis-à-vis des groupes professionnels concurrents. La possibilité de reprendre la main sur les instruments chirurgicaux, dont l'usage a fait l'objet de la construction d'un monopole par les spécialistes de l'obstétrique, correspond à un renversement paradigmatique total pour les sages-femmes. Tout se passe comme si ce bouleversement des écologies liées en orthogénie menaçait l'ordre négocié depuis trois siècles, qui avait été au fondement de l'entreprise de clôture du marché du travail des obstétriciens. Les sages-femmes de l'ANSFO en ont une conscience aigüe, comme le rappelle Chantal lors du conseil d'administration de novembre 2021 :

« C'est insupportable, pour les obstétriciens et les anesthésistes, qu'un acte chirurgical soit donné aux sages-femmes !!! Non, rien à voir avec les difficultés techniques. On est vraiment, vraiment dans le corporatisme ».

Dans un communiqué de presse en date de 2020, les militantes de l'association rappellent que cette maîtrise des instruments est en réalité déjà effective :

« Les instruments utilisés quotidiennement par les deux professions en gynécologie obstétrique sont pince Museux, pince à griffe, pince de Pozzi, pince Kocher (avec ou sans griffe), pince Péan, pince à hémostase, pince à disséquer (avec ou sans griffe), porte-aiguille, ciseaux, spéculum, hystéromètre. Seules les sondes de dilatation et canules d'aspiration sont à ce jour exclusivement utilisées par les médecins »⁴¹

L'énumération des instruments utilisés par les sages-femmes dans le cadre de leur exercice quotidien sert ici à souligner le brouillage des frontières des juridictions des groupes

⁴¹ ANSFO, 2020, « Pourquoi l'ANSFO défend l'extension de la pratique instrumentale de l'IVG par les sages-femmes, sans restriction », communiqué de presse, 22 novembre.

professionnels officiellement concurrents, et pourtant mis sur un plan d'égalité dans la pratique. L'usage du groupe nominal « *les deux professions en gynécologie-obstétrique* » est intéressant : la gynécologie-obstétrique ne désigne plus ici une spécialité, distinguée par un titre et une formation spécifique, mais une compétence, revendiquée comme partagée par le maniement de ces instruments, hautement symbolique. L'argumentaire souligne ce paradoxe que ce sont précisément les instruments dédiés à la pratique orthogénique qui fonde la délimitation des territoires d'exercice : dit autrement, l'argumentaire désigne ici que la pratique de l'IVG, qui peine à être construite comme objet du travail médical, serait pourtant au fondement de l'asymétrie entre les groupes professionnels, comme s'il n'y avait d'autres différences.

II. Les revendications féministes

1. La construction de l'IVG comme « acte de fécondité physiologique »⁴²

Nous avons vu que les sages-femmes orthogénistes s'attachent à « dépathologiser » l'IVG en lui ôtant toutes les représentations négatives qui lui sont attachées dans les différents auditoires à qui elles s'adressent. Dans les formes de rhétorique qu'elles portent pour faire valoir leur compétence, elles procèdent à un autre renversement paradigmatique : très loin de l'« *échec contraceptif* » qui traduit la représentation dominante des grossesses non désirées dans le champ médical, l'IVG est au contraire construite comme objet de travail médical dans le champ de la santé génésique en tant qu'elle serait une « préparation à la parentalité ». Dans cette rhétorique, la décision d'avorter correspond à un moment clé dans la vie génésique des femmes, au cours duquel les femmes prendraient à la fois conscience du continuum de la santé reproductive, de leur fertilité comme puissance entendue au sens philosophique de « virtualité, possibilité pour une chose d'être ou ne pas être, d'être quelque chose ou autre chose »⁴³ d'après Chantal Birman.

« Elles sont au contact de leur fertilité. On dit que c'est des erreurs⁴⁴ de la contraception. On va dire que c'est un inconscient qui a fonctionné. On peut laisser

⁴²L'expression est tirée du rapport co-écrit par l'Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL), l'ANSFO, l'Association nationale des sages-femmes territoriales (ANSFT) et l'Association professionnelle de sages-femmes (APSF) en 2021, *La grossesse et la mise au monde en France. Qu'en est-il de la physiologie*. Il est écrit que « *l'apport que permet l'association de l'IVG à l'image populaire de la sage-femme, permet que cet événement de la vie des femmes soit associé à un acte de fécondité physiologique exempt de ses pesanteurs moralisantes.* », p. 26.

⁴³ <https://www.larousse.fr/dictionnaires/français/puissance/65022>

⁴⁴ L'on notera que Chantal Birman n'emploie à dessein pas le mot « échec », autrement plus moralisateur selon elle. « L'erreur » indique non pas une faute, ni un manquement, mais un choix qui demande à être ajusté pour mieux correspondre au mode de vie de la femme (cf. infra).

ça aux psys, mais pourquoi pas ? (...). D'ailleurs, les femmes qui font des avortements sont aussi celles qui font le plus d'enfants. En tous cas c'est pas du tout celles qui veulent pas d'enfants !!! Vous leur dites : 'Vous faites le constat que c'était le moment de vérifier que vous n'êtes pas stérile'. Mon intuition en tant que sage-femme, c'est que c'est un signe sur le couple ; que l'homme, c'est peut-être un excellent amant, la femme peut être très bien avec lui, mais c'est le moment où elles prennent conscience que quelque chose s'inscrit dans le temps. Soit qu'elles ne peuvent pas se projeter dans ce couple, que ce n'est pas avec cet homme-là qu'elle va avoir des enfants ; qu'il faut peut-être finir cette relation-là. Ou que c'est justement avec cet homme-là, mais que là, c'est vraiment pas le moment pour tous les deux, mais qu'ils vont partir dans un projet d'enfant très prochainement. Y a pas un gynéco qui, quand il voit une femme pour un avortement et qu'elle revient deux mois après enceinte, qui dira pas : 'Franchement, le premier, elle n'aurait pas pu le garder ?'. Hé ben non ! Et le travail qu'elle a fait pour comprendre ce qui lui arrivait, deux mois, ben pour moi ça veut dire qu'elle a fait un travail intense, rapide, et donc elle a eu un enfant ».

L'on peut entendre ces propos comme l'expression d'une forme de normativité dans une représentation de la sexualité orientée vers la maternité. Il y a bien ici quelque chose de cet ordre, en effet, lorsque Chantal Birman évoque un lien de corrélation entre le fait d'avorter et d'avoir ultérieurement des enfants (sans apporter les éléments de preuve de son discours sur un plan épidémiologique : son propos n'a rien de scientifique, il relève de son « intuition » soit de sa représentation). C'est d'ailleurs cette représentation qui, d'après ses propres termes, lui a valu d'avoir « *les féministes à dos, au MLAC et toute [sa] vie* ».

Mais les observations menées pendant les conseils d'administration où se construisent les formes de rhétorique développées ensuite par les militantes auprès des différents auditoires du groupe professionnel nous incitent à entendre dans ces propos le renversement cognitif et symbolique opéré sur l'IVG. La survenue d'une grossesse non désirée serait à comprendre comme une « épreuve » entendue au sens de Luc Boltanski comme « prétention, revendication ou contestation » de l'ordre social (BOLTANSKI, 2005). C'est se trouver « en situation » obligée de faire un choix, poursuivre ou non la grossesse, choix au travers duquel se dit quelque chose de la volonté d'inscrire ce « projet » dans l'ordre social ou au contraire, de contester ce dernier. Selon le sociologue, les épreuves sont plus ou moins instituées, suivent plus ou moins un format préétabli, ou se construisent dans le feu de l'action.

Cette épreuve de la survenue d'une grossesse non désirée ne satisfait pas aux contraintes de légitimité dans les représentations dominantes d'un champ médical orienté vers la santé reproductive où l'efficacité des contraceptifs est conçue comme rendant possible la maîtrise de la fécondité. Pour reprendre les termes de la grammaire de l'engendrement du même auteur,

faire le choix d'avorter c'est, pour Chantal Birman, faire le choix de ne pas confirmer par la parole, dans l'ordre social, l'être survenu dans la chair. Ce choix est l'expression de la liberté de la femme, mais il renvoie aussi, comme elle le rappelle, les professionnel.le.s de santé à l'effroi de la discrimination qui s'opère dans cette expression, fondamentalement constitutive de la liberté en « puissance » des êtres humains. Le processus du « devenir mère » ne débute pas selon ces sages-femmes au moment où la grossesse est désirée, puis conçue, un peu à la manière dont le sous-entend ce paradigme des « 1000 premiers jours de l'enfant »⁴⁵. Il peut AUSSI englober les IVG.

Et ce que cette forme de rhétorique sous-tend, c'est que la médecine orthogénique est là pour opérer un « travail politique » d'accompagnement de ce choix, c'est-à-dire « *de rapporter ces situations à une culpabilité générale, à une construction plus globale d'un ordre de la société* », (BOLTANSKI, *Ibid.*), ce que cette sage-femme fait plus loin dans ce même entretien :

« 75% du travail ménager est assuré par les femmes. Elles font ça EN PLUS de leur travail. Elles sont obligées de s'arrêter quand elles ont un enfant malade. Ce travail-là, il est absolument pas reconnu, il va même être préjudiciable à leur carrière professionnelle et à leurs avancées. C'est un choix extrêmement lourd, qui n'est pas pris en compte dans le choix social. »

Cette rhétorique vise donc, du même mouvement, à légitimer le choix d'avorter en tant qu'il est à la fois l'expression d'une puissance et la contestation d'un ordre social considéré comme injuste, ET à légitimer le travail d'accompagnement du processus holistique que représente, pour le groupe professionnel, la compréhension des bouleversements et des adaptations (économiques, professionnelles, mais aussi affectives, psychiques, émotionnelles et symboliques) demandées par la maternité et la parentalité. Dans cette forme de rhétorique, le schème du suicide maternel est récurrent ; il est souvent souligné pour être « *la première cause*

⁴⁵ Les 1000 premiers jours de l'enfant et ses (futurs) parents correspondent à la période qui court de la grossesse aux deux ans révolus de l'enfant, au seuil de l'école maternelle. C'est devenu un concept utilisé pour mettre en évidence une période clef pour le développement de l'enfant, sa santé, son bien-être et celui de ses parents, à la suite de la parution en 2020 du rapport de la commission d'experts présidée par Boris Cyrulnik, réunie à l'initiative du Président de la République. Ces travaux ont permis d'identifier les facteurs favorables au développement de l'enfant et les leviers d'actions possibles afin d'investir davantage l'accompagnement des familles tout au long des 1000 premiers jours. Depuis 2021, le projet national des 1000 premiers jours est piloté par le ministère des solidarités et de la santé et mené avec ses partenaires de la Sécurité sociale, de Santé publique France, ainsi que des Agences régionales de santé (ARS) et des Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail des solidarités (DREETS). Plusieurs axes de cette politique publique impliquent la participation du groupe professionnel des sages-femmes, notamment pour ce qui relève de l'accompagnement des parents pendant toute la période, avec l'entretien prénatal précoce (EPP), le séjour à la maternité, le retour à domicile et les premières semaines, mais aussi via le développement de l'offre de soutien à la parentalité, renforcée selon les besoins des parents. Le projet s'appuie en outre sur l'expérimentation de la mise en place des référents de parcours périnatalité. Cf. <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/1000jours/les-1000-premiers-jours-qu-est-ce-que-c-est>

responsable du décès des mères »⁴⁶ (c'est nous qui soulignons) avec les maladies cardiovasculaires. La vulnérabilité des femmes en post-partum est, pour Chantal Birman, une source d'inquiétude au moteur de son engagement professionnel, et au cœur du film documentaire d'Aude Pépin, *A la vie !* dont elle est la protagoniste. Le film présente des femmes vulnérables sur un plan affectif, mental et social, en proie à un profond désarroi, aux premiers jours du retour à la maison après un accouchement.

L'ensemble des événements de la vie génésique des femmes, incluant la sexualité, le désir comme le refus de la maternité, la grossesse, la naissance, la stérilité, l'allaitement, la ménopause, les maladies de l'appareil uro-génital sont pour l'ANSFO, qui s'inscrit là dans le droit fil des revendications féministes, pensés comme sujets de préoccupation politique, au lieu d'être uniquement perçus comme objets du travail médical. Le privé est proprement le lieu du travail politique. L'appréhension des problèmes individuels ressentis par les femmes nécessite un traitement collectif. Le militantisme des sages-femmes de l'ANSFO fait converger un service rendu aux femmes, un service de santé publique ET une action politique. Cette convergence passe notamment, au plan concret, par l'organisation d'un réseau de solidarité. Lorsqu'une militante rencontre un obstacle dans l'organisation de l'offre de soin en matière d'IVG, elle peut faire appel aux autres membres de l'association, pour l'aider à trouver une solution immédiate à son problème. C'est ce que montre cet extrait de notre journal de terrain :

Sonia a rencontré une femme qui souhaitait avorter et qui se trouve en délai dépassé : l'échographie de datation a montré une durée gestationnelle de 13 SA. Le CIVG de l'hôpital où elle exerce (dans la région Grand Est) ne pouvait lui proposer de place pour une IVG chirurgicale dans la semaine qui suivait. En conseil d'administration en distanciel, évoquant ce problème, Sonia reçoit l'aide d'Elodie. Celle-ci lui dit d'adresser cette patiente dans son service, au sein de son hôpital parisien, en lui promettant que son équipe essaiera de faire valoir l'argument de la détresse psychosociale. La commission qui traite ce type de dossiers s'est vu, selon ses dires, adresser de plus en plus de patientes dans cette configuration, et Elodie affirme avoir observé un assouplissement des critères de recevabilité des demandes « *au regard des évolutions de la loi* ».

2. La subversion de l'ordre de genre dans la division du travail

Selon Danièle KERGOAT (2000), le rapport social de sexe, entendu comme reposant sur un rapport hiérarchique entre le groupe social des hommes et le groupe social des femmes,

⁴⁶Dans le texte intitulé *La grossesse et la mise au monde en France. Qu'en-est-il de la physiologie ?*, rédigé en 2021 par plusieurs associations professionnelles de sages-femmes (ANSFL, ANSFO, ANSFT, APSF) pour défendre leur juridiction et l'extension du champ de leur compétence, il est rappelé que « 10 à 20 % des femmes supportent actuellement une dépression postnatale, toujours plus ou moins délétère pour le développement de l'enfant. Et dont les plus graves seraient de 3 à 6 % » (p. 7).

structure l'ensemble du champ social. Certains phénomènes sociaux s'y trouvent érigés en enjeux autour desquels se constituent des groupes aux intérêts antagonistes. Dans leur rhétorique militante, les sages-femmes de l'ANSFO articulent l'enjeu central de la division des tâches en situation de travail entre groupes professionnels à une ségrégation genrée. Elles pointent que l'élargissement du champ de compétence de leur profession ne vient pas seulement remettre en cause la subordination des sages-femmes dans la hiérarchie médicale, mais aussi l'ordre de genre qui prévaut dans les établissements hospitaliers. En cela, elles revendiquent que « les femmes forment, par-delà les différences de classe, une même catégorie, un groupe social défini par une exploitation domestique » (DELPHY, 1970). Cette revendication de la primauté des « classes de sexe » sur les classes sociales l'un des fondements théoriques d'une partie du mouvement féministe, à quoi Chantal Birman se réfère en soulignant le lien d'appartenance des sages-femmes et des femmes à une même classe de sexe, soumise à la domination masculine, redoublée pour le groupe professionnel d'une domination hiérarchique :

« Il faut qu'on comprenne, nous les sages-femmes, que le bloc opératoire, c'est le lieu ritualisé de la puissance médicale. Et que faire rentrer au bloc des sages-femmes qui seraient les intervenantes, qui demanderaient par exemple aux anesthésistes d'endormir les femmes pour qu'ELLES puissent opérer, c'est juste une révolution culturelle ENORME ! Il faut l'anticiper, et il faut nous protéger. Parce que, s'il faut concrètement qu'on passe à la casserole, pour bien qu'ils montrent que c'est EUX qui peuvent nous baiser, heu... »

A ce titre, elle entend « travailler sur l'identité des sages-femmes, porteuse d'une mission spécifique, à l'intérieur d'une pensée entièrement construite sur la pathologie » pour subvertir « la hiérarchie hospitalo-universitaire archaïque et paternaliste »⁴⁷. L'enjeu est, pour elle, de défendre l'entière autonomie professionnelle des sages-femmes. Elle est par exemple très critique à l'égard des maisons de naissance, qui ont selon elle trahi la demande sociale et professionnelle de promouvoir l'accouchement à domicile et l'accompagnement global de la grossesse. Si le projet était intéressant, le dispositif se serait perverti au fur et à mesure de son encadrement légal et réglementaire, qui n'a contribué qu'à la reconduction de l'assujettissement du groupe professionnel, puisque la loi prévoit que les maisons de naissance ne puissent exister que si elles sont attenantes à un établissement de santé où les parturientes pourront être immédiatement prises en charge, en cas de « risque ».

« Quand l'ANSFL a accepté l'intégration des maisons de naissance aux institutions, j'ai su qu'on serait toujours sous influence (...). Le résultat ? Nous n'avons pas de

⁴⁷ Mail transmis aux membres du conseil d'administration de l'ANSFO, à propos d'un autre protocole de coopération envisagé au plan local, en matière de santé sexuelle, pour lequel le CNP-SF sollicitait l'avis des associations professionnelles parmi ses membres, novembre 2022.

maison de naissance indépendante et toujours pas de filière physiologique ! (...) En tant que professionnelle, je veux être responsable de l'ensemble de mes actes, si je fais un acte, c'est que je suis entièrement capable de le faire ».

C. RÉPERTOIRE DE L'ACTION COLLECTIVE DE L'ANSFO

Dans cette partie, nous allons présenter les différentes modalités d'action auxquelles l'association a recours pour défendre collectivement sa cause de légitimation de la participation de la profession à l'action publique en matière d'orthogénie sur le territoire français. Nous empruntons à cette fin à Charles Tilly sa définition du « répertoire de l'action collective » entendu comme « une série limitée de routines qui sont apprises, partagées et exécutées à travers un processus de choix relativement délibéré » (TILLY, 1995 : 26). Cette analyse nous permettra de montrer comment l'ANSFO s'inscrit dans l'espace de la cause des femmes en s'efforçant de respecter les contraintes normatives encadrant l'activité médicale d'IVG, tout en adoptant une forme de rhétorique subversive qui adopte la grille de lecture critique de la domination patriarcale des mouvements féministes. L'enjeu de la lutte est en effet, à tous les endroits, paradoxal : il s'agit pour les militantes de construire l'IVG comme objet du travail médical, alors même qu'historiquement, la pratique des avortements a longtemps marqué la profession du sceau du stigmaté, et qu'elle est encore aujourd'hui dans ses rangs l'objet de controverses, du fait qu'elle va pour certaines à l'encontre du « cœur de métier », ou qu'elle est vécue comme « sale boulot ». Et les mobilisations des sages-femmes militantes doivent aussi composer avec les contraintes de la structure préexistante dans l'espace de la cause des femmes où, dans ses franges libertaires, l'institution médicale était critiquée pour son exercice d'un contrôle social sur les sexualités et d'une dépossession des savoirs profanes.

I. Un usage paradoxal du droit

1. La critique des fondements patriarcaux du droit

Les luttes du Mouvement de libération des femmes (MLF) constituent un exemple frappant de ce rapport distancé au droit : leurs mobilisations pour la libéralisation de l'avortement ont été primordiales pour parvenir à mettre à l'agenda gouvernemental cette question, au travers de leurs manifestations dans l'espace public. Cependant, elles n'ont que très peu tenté d'infléchir la lettre de la loi en investissant les arènes juridico-politiques (BERENI

et al., 2010), à l'exception notable de l'association Choisir portée par Gisèle Halimi. Dans leurs agendas comme dans leur répertoire d'action, les mouvements féministes de la seconde vague se sont largement détournés du droit.

L'ANSFO se distingue à cet égard par un rapport plus nuancé à ce dernier. En tant que féministes, ses membres partagent une vision critique du fondement égalitaire du droit civil, et se montrent promptes à dénoncer l'aveuglement des textes de loi aux inégalités structurelles qui demeurent entre les hommes et les femmes, plus particulièrement pour ce qui a trait à leur champ, celui de la législation de la santé sexuelle et reproductive. Domitille, sage-femme territoriale, se montre à ce titre particulièrement virulente :

« Si tu veux, la PMI, elle s'est construite avec ces valeurs de travail, famille, patrie... D'ailleurs dans PMI, t'as pas « femme », hein ! Y a PROTECTION, y a MATERNELLE, et y a INFANTILE... Et donc on est toujours dans ce paradigme-là, où la femme, elle n'est faite que pour faire des enfants, et donc tout ce qu'on fait dans notre boulot, c'est pour que les enfants soient en bonne santé. C'est vrai à l'hôpital, c'est vrai un petit peu partout dans notre législation de la santé vis-à-vis des femmes. (...) Si tu regardes le texte de loi, j'ai le droit de prescrire des antibiotiques par voie orale à une femme quand elle est enceinte et qu'elle a une infection vaginale 'EN VUE DE PREVENIR UNE INFECTION MATERNO-FETALE', c'est écrit dans le texte !!! Genre, je me fous de savoir si la femme elle est infectée ; finalement ce qui m'intéresse, c'est de traiter l'enfant à venir ! Ok je suis peut-être un peu vicieuse, mais si on regarde le texte, quand même ça respire gravement le patriarcat, ce truc ! »

Mais leur posture critique n'est pas radicale vis-à-vis du droit : elles se tournent au contraire vers lui pour défendre les frontières de la juridiction des sages-femmes via l'amélioration de l'accès aux droits reproductifs.

2. L'entreprise de lutte réformatrice

Mais pour l'essentiel, l'entreprise de lutte de l'ANSFO se situe sur le terrain de l'application et de la réforme de la loi.

a) La lutte pour rendre effectifs les droits reproductifs

L'ANSFO considère ici le droit comme une ressource. L'association se donne pour mission de « développer avec la population de meilleures conditions d'accès aux soins orthogéniques et (...) intervenir auprès des organismes (ministères, sécurité sociale...) afin

d'informer les gestionnaires de l'état de la pratique des sages-femmes »⁴⁸ ; il s'agit notamment de défendre le droit des femmes à choisir la méthode abortive qui leur sied, dans des délais convenables, avec l'interlocuteurice de leur choix, ainsi que leur droit à être accueillies dans des conditions optimales de bienveillance et de respect de leur décision. L'association tend donc tout d'abord adopter une « politique des droits » (SCHEINGOLD, 2004) au sens où elle compte sur la dimension mobilisatrice de la référence aux droits, permettant d'activer la citoyenneté des individus afin de bousculer les équilibres politiques. L'association questionne donc les pratiques professionnelles, notamment dans le cadre hospitalier, pour voir comment sont transformées les inscriptions juridiques des droits des femmes dans les pratiques professionnelles en orthogénie. Son objectif est de récolter des informations, des données de terrain sur l'effectivité réelle des droits reproductifs, avec l'idée que ce travail politique contribuera à leur concrétisation. Premières concernées par les dysfonctionnements de l'organisation de l'offre de soins en orthogénie, elles partagent cette conscience du caractère contingent des droits. Les droits sont donc pour les militantes de l'ANSFO des buts affirmés des politiques publiques, et des « ressources politiques de valeur incertaine », dont elles entendent se saisir pour modifier le cours de l'action publique (BAUDOT, REVILLARD, 2014).

« Notre rôle, c'est de faire appliquer le droit. Si des chef.fe.s de service n'appliquent pas les lois, ils sont dans l'illégalité. Et alors, qui les remet sur la route ? Il faut dire aux ARS que leur travail n'est pas de fermer des maternités et de s'occuper des budgets, mais de faire appliquer la loi à l'intérieur des services. Nous, à l'ANSFO, on DOIT le faire. »

Chantal Birman à l'Assemblée Générale de l'ANSFO, mai 2019

L'association mène donc un travail de veille de la bonne organisation de l'offre abortive médicamenteuse et chirurgicale, en cherchant par exemple à s'assurer du maintien d'une offre en anesthésie locale. Les militantes savent, pour l'avoir expérimenté ou l'expérimenter encore sur le terrain, combien l'activité d'orthogénie est considérée dans certains services hospitaliers, comme une variable d'ajustement, ou ce que la représentation de l'IVG comme « sale boulot » produit comme effets dans la division du travail abortif. Elles appellent les sages-femmes qui participent à l'activité d'orthogénie à les informer des obstacles organisationnels ou idéologiques dans la mise en œuvre de ces droits rencontrés dans leur contexte d'exercice : si elles font par exemple face à des difficultés de conventionnement avec un établissement de

⁴⁸<https://www.net1901.org/association/ASSOCIATION-NATIONALE-DES-SAGES-FEMMES-ORTHOGENISTES--A.N.S.F.O,541375.html>

santé pour pratiquer l'IVG médicamenteuse, ou pour obtenir une formation, l'ANSFO se propose de collecter ces témoignages (via le groupe d'échanges de l'association, par mail) pour les porter à la connaissance des institutions, autorités sanitaires et instances ordinales des professions impliquées, afin de rendre visibles les inégalités sociales et territoriales dans l'organisation de l'accès à l'IVG.

b) La participation à la fabrique du droit

Mais le droit est aussi perçu comme l'agent principal de la reconduction des asymétries et des inégalités sociales qu'elles combattent en matière d'orthogénie, comme pour ce qui relève de la définition de leur juridiction. Paradoxalement, comme c'est le cas pour beaucoup de mobilisations menées avec un objectif de transformation sociale (WILLEMEZ, 2009), les militantes de l'ANSFO font usage du droit pour remettre celui-ci en cause. Il devient le terrain même de la lutte.

Elles opèrent donc, tout d'abord, un travail de veille législative. Celui-ci est surtout mené par Domitille. Du fait du poste qu'elle occupe au sein d'une collectivité territoriale (elle est coordinatrice de projets en santé sexuelle au sein d'un conseil départemental), et en lien avec sa trajectoire professionnelle antérieure⁴⁹ et actuelle - elle siège dans de nombreuses instances représentatives de la profession, au plan national et international -, Domitille bénéficie en effet d'une « socialisation au droit » qui l'a dotée des ressources nécessaires pour exercer cette veille critique de la production des énoncés juridiques autour des problématiques de santé qui relèvent de leur champ de compétence (tel que l'association souhaite le définir). Elle suit les débats parlementaires, attentive aux formes de rhétorique développées par les actrices politiques ; elle repère les intervenant.e.s sollicité.e.s dans l'élaboration des rapports publics ; susceptibles de pouvoir les appuyer dans leur entreprise de lutte, ou au contraire de les entraver dans la conduite de leur action collective. Elle partage ensuite sa connaissance des procédures d'élaboration des textes de loi avec ses pairs lors des conseils d'administration, en vue d'établir, ensemble, les meilleures stratégies pour porter leurs revendications :

« Pour l'expérimentation, on peut avoir un rôle de conseil des juristes qui vont rédiger le décret, en tous cas ça devrait être celui de l'ANSFO, ou de l'ANCIC ou des instances. (...)Sinon, pour la loi proposée par Albane Gaillot, elle passe mercredi au Sénat. Ça va être retoqué, c'est sûr. Y a juste à regarder le rapport de la commission parlementaire, c'est un rapport qui fait une dizaine de pages, et pour l'article qui nous concerne, l'aspiration par les sages-femmes, même pas une demi-page : en gros ils ont calé le truc en disant que comme il y avait déjà une avancée proposée dans la loi de finances de la sécurité sociale pour 2021, l'expérimentation,

⁴⁹ Domitille a travaillé dans l'humanitaire, puis obtenu un master en santé publique et développement de projets.

ils vont s'arrêter là. Il sera intéressant de voir quelles sont les personnes qui vont se... Savoir sur quoi il faut appuyer pour convaincre. (...) C'est une discussion publique, ça peut être intéressant d'avoir la teneur des débats pour voir où sont les blocages, et après monter nos argumentaires pour avancer.»

Domitille, Conseil d'administration de l'ANSFO, 18 janvier 2021

Ensemble, les sages-femmes militantes de l'ANSFO procèdent donc à un travail critique des dispositions légales adoptées ou en cours d'élaboration, en ajustant régulièrement leurs revendications aux avancées effectives de la loi. Les conseils d'administration représentent à ce titre d'importants temps d'échanges, consacrés à la stabilisation des formes de rhétorique comme à l'élaboration de stratégies politiques. Chantal pose le contexte et l'enjeu de ces débats, lors du conseil de novembre 2021, à la veille de la séance au sénat où la proposition de loi dite « Albane Gaillot » va être examinée en seconde lecture :

« [La présidente du CNOSF] m'a dit : « Il FAUT que ça passe dans le monde des sages-femmes, et pour ça, il faut que ça soit intellectuellement acceptable pour elles. (...) Peut-être que le rôle de l'ANSFO, c'est de ne jamais mettre de limite (...) mais je ne suis pas sûre que, politiquement, ça soit stratégique, d'emblée, d'aller vers les 16 SA »/

Pendant la navette parlementaire de cette proposition de loi, les militantes de l'ANSFO se montrent ainsi particulièrement vigilantes sur la question de la détermination du terme auquel elles pourront pratiquer les IVG instrumentales. En septembre 2020, dans la version qu'elle soumet à l'Assemblée nationale, Albane Gaillot propose d'abord de déterminer le seuil de 10 semaines de grossesse seulement (contre 12 pour les médecins, soit 14 SA) pour la possibilité de la pratique instrumentale pour les sages-femmes qui doit faire l'objet d'une expérimentation préalable, prévue dans la loi de finances pour 2021. Cette disposition ne les satisfait pas, au contraire. En conseil d'administration, elles débattent de ce point qu'elles perçoivent comme la définition d'une moindre compétence de la profession. Outre qu'elles y voient la reproduction d'une assignation à un rang inférieur dans la hiérarchie médicale, sans fondement scientifique ni technique, elles pressentent que cela risque d'induire l'effet pervers d'inverser en quelque sorte la délégation du « sale boulot » que représentent pour certain.e.s l'effectuation du geste instrumental pour les termes de grossesses plus tardifs. Dans le compte-rendu qu'elles envoient aux adhérentes de l'association, elles écrivent le 19 janvier 2021 :

« L'expérimentation jusqu'à 12 SA entraîne forcément qu'au-delà de ce terme, les médecins vont devoir aspirer les grossesses de 12 à 16 SA. Cette forme de 'spécialisation'⁵⁰ dans les termes de grossesse est injuste, et ne peut qu'être mal vécue par les médecins, qui consciemment ou inconsciemment, vont le faire payer

⁵⁰ Ce sont elles qui placent les guillemets.

aux sages-femmes, et ce d'autant plus qu'ils auront à les former. L'ambiance du service risque de s'en ressentir ».

Face à cette possible limitation, elles considèrent que la compétence de la profession serait mieux reconnue en pariant sur la possibilité de monter des protocoles de coopération avec les médecins, au sein de plusieurs services hospitaliers, profitant de l'assouplissement récent de la législation à cet égard⁵¹ qui permet de se dispenser de l'accord de la Haute Autorité de la Santé et des ARS :

« L'avantage de passer par cette voie est que les sages-femmes auront, comme les médecins, la charge de l'ensemble des IVG, quel qu'en soit le terme. Les médecins auront donc à former les sages-femmes à l'égal de leurs collègues. L'autre avantage sera qu'à l'échéance des 3 ans de l'expérimentation prévue dans le cadre de la loi de finances pour 2021 (qui montrera probablement qu'il n'y a pas de problème à ce que les sages-femmes fassent les IVG jusqu'à 12 SA), et avec les protocoles de coopération jusqu'à 16 SA, si la loi Gaillot passe, on montrera la même chose. Il sera alors possible d'argumenter que la limitation à 12 SA n'a pas lieu d'être : ça permettra de gagner du temps et ça allégera les tensions dans les services. Dans un monde idéal, (...), on devrait tous passer par cette voie du protocole de coopération. Mais ce serait sans voir qu'une partie des médecins eux-mêmes n'iront pas jusqu'à 16 SA »

Cette stratégie semble à certaines (les plus jeunes) plus payante alors même que, rappelons-le, elles connaissent les lenteurs administratives qui accompagnent l'établissement de ces protocoles au sein des hôpitaux⁵² et combien bon nombre de gynécologues et d'obstétriciens seront réticents à les former.

L'obtention de la compétence instrumentale, accordée à titre expérimental dans la loi de finances de la Sécurité sociale pour 2021 n'est pas reçue dans le groupe des militantes comme une victoire, mais comme une étape dans le processus de fabrication de cette compétence, tant que les décrets de la loi du 2 mars 2022 ne seront pas parus⁵³. Ainsi, la parution de l'arrêté du 27 octobre 2022 fixant la liste des établissements de santé autorisés à participer à l'expérimentation portant sur l'exercice des IVG instrumentales en établissements de santé par des sages-femmes est accueillie avec ce même esprit critique : aussitôt, sur le groupe d'échanges en ligne de l'ANSFO, les professionnelles ayant déposé un projet non retenu dans la liste de l'arrêté demandent à en connaître les raisons. L'association se mobilise alors et envoie un courrier à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) pour transmettre les motifs de mécontentement de la profession :

⁵¹ Initié par l'article 51 de la loi HPST de 2009, le dispositif des protocoles de coopération a été rénové par l'article 66 de la loi Organisation et transformation du système de santé (OTSS) du 24 juillet 2019.

⁵² Voir chapitre 1 de cette sixième partie.

⁵³ Ils ne le sont pas à ce jour, à l'heure où nous rédigeons ce manuscrit.

« Cinquante projets étaient prévus budgétairement, seuls vingt ont été reçus et dix-huit retenus. Ainsi, très peu de centres sont concernés à l'échelle du territoire métropolitain et aucun dans les outre-mer. Plus particulièrement, la moitié des établissements sélectionnés se situent en Ile-de-France et l'autre moitié est répartie dans seulement quatre régions. »

Elles obtiennent un rendez-vous avec Frédérique Collombet-Migeon, chargée de mission périnatalité au Ministère de la santé et des services sociaux, pour porter leur revendication d'élargir l'expérimentation. En effet, au-delà de la déception suscitée par ce choix, c'est la légitimité des conclusions tirées d'une expérimentation portant sur un si petit nombre d'établissements qui est critiquée. Les militantes, adossées à l'ANCIC avec qui elles sont en lien étroit pour porter ces revendications, estiment qu'aucun résultat probant ne pourra dès lors être établi, arguant qu'il faut un nombre d'actes très conséquent pour évaluer le risque réel des complications induites par la pratique des sages-femmes. C'est un « *leurre* »⁵⁴, d'après les militantes, pour lesquelles « *il serait plus adapté de permettre dès maintenant aux sage-femmes de faire des IVG instrumentales en publiant les décrets d'application de cet article de la loi de mars 2022* »⁵⁵.

II. Le travail de construction de la confiance : l'action sur le terrain professionnel

La légitimation des savoirs théoriques et pratiques en orthogénie passe par un travail de construction de la confiance dans la légitimité du groupe professionnel à participer à la conduite de l'action publique en matière d'orthogénie. Les sages-femmes de l'ANSFO savent que l'émergence du segment est processuelle, et qu'il faut compter sur ce travail pour accompagner ce processus. Ainsi l'affirme Chantal en conseil d'administration :

« La présidente du Conseil de l'Ordre m'a dit : 'Actuellement, les sages-femmes qui revendiquent de faire des aspirations, je ne suis pas complètement sûre qu'elles soient majoritaires dans le monde des sages-femmes.'. Alors je lui ai dit : 'Mais le nombre de médecins généralistes qui n'en font pas est très important aussi ! C'est même la majorité des médecins généralistes. Donc ça nous est égal. Y en aura, petit à petit, et ça sera des filles de mieux en mieux formées, qui comprendront de mieux en mieux les choses. »

Conseil d'administration de l'ANSFO, novembre 2021

⁵⁴ Le terme est extrait du matériau récolté sur le groupe d'échanges en ligne de l'ANSFO, suite à la parution de l'arrêté du 27 octobre 2022.

⁵⁵ Idem.

1. Souligner l'importance de la formation

Le plaidoyer des sages-femmes de l'ANSFO pour légitimer la compétence abortive de la profession et la faire reconnaître auprès de leurs différents auditoires repose leur détention de savoirs théoriques, techniques et relationnels en matière de suivi gynécologique, de contraception et d'IVG. Elles insistent sur la différence marquée entre les formations dispensées aux sages-femmes, comparativement à celle dispensée en théorie et en pratique aux médecins généralistes (GELLY, 2006).

« Si l'on compare le nombre d'heures théoriques d'enseignement dans leurs formations initiales respectives (contraception et IVG), les sages-femmes ont 20 heures de cours magistraux contre 2 à 4 pour les médecins. Quant à leur formation clinique, pratiquement l'ensemble des stages des étudiantes sages-femmes concernent la sphère pelvienne, contre une pratique généraliste pour les étudiants médecins, donc forcément plus diluée. Quant aux actes chirurgicaux, seuls les spécialistes ont la légitimité. Les praticiens de médecine générale ne sont pas formés par exemple à pratiquer une césarienne. L'IVG instrumentale est considérée pour eux comme une pratique instrumentale par voie basse « non chirurgicale »

L'ensemble de l'argumentation vise à démontrer auprès de leurs différents auditoires que l'interdiction de la pratique instrumentale aux sages-femmes est « *sans raison technique* »⁵⁶. C'est ce qu'elles n'auront de cesse de faire valoir auprès des parlementaires qui les recevront au cours de l'édification des rapports successifs portant la proposition de loi visant à renforcer l'accès à l'IVG. Autrement dit, cette interdiction n'est d'après les militantes de l'ANSFO rien d'autre qu'une crispation corporatiste des groupes professionnels concurrents, héritée de l'histoire de l'institutionnalisation de l'obstétrique et de la gynécologie.

2. Le travail de plaidoyer dans différentes arènes professionnelles

En 2019, l'ANSFO décide de procéder à une enquête en ligne, diffusées via les réseaux sociaux et relayées par l'ANESF, avec l'objectif de récolter des données auprès de professionnelles concernées par l'activité d'orthogénie. Le but était d'objectiver le souhait de participation des sages-femmes à la pratique de l'IVG, sous ses différentes modalités, et de rendre compte des difficultés rencontrées par les praticiennes. L'exploitation des 70 réponses aux questionnaires⁵⁷ a permis de montrer l'insuffisance des formations théoriques et pratiques (56,5% des répondantes parmi les sages-femmes libérales affirment avoir eu des cours sur

⁵⁶ ANSFO, 2020, communiqué de presse, 22 novembre, op. cit.

⁵⁷ Extrait de notre journal de terrain. Angèle, alors présidente de l'association, nous avait invitée à rédiger avec elle une synthèse des résultats de l'enquête, pour une communication qu'elle devait faire ensuite dans une arène professionnelle. Mais les résultats de l'enquête, fondée sur un trop petit échantillon, n'ont pu être exploités qu'à titre exploratoire dans les argumentaires construits sous différents supports de communication.

l'IVG pendant leur formation initiale, 8,7% ne pas en avoir eu ; 33% soulignent avoir rencontré des difficultés pour trouver des lieux de stage où se former à l'orthogénie). Ce type d'enquêtes permet aux militantes d'opérer ensuite une « montée en généralité » et de formaliser leurs revendications à partir de l'objectivation des problématiques rencontrées sur le terrain par les professionnelles.

Les militantes de l'ANSFO sont très investies dans différentes arènes professionnelles où elles échangent avec leurs pairs et les membres des autres groupes professionnels qui travaillent dans le champ de la périnatalité et de la santé sexuelle⁵⁸. L'intervention dans les écoles de sages-femmes est primordiale : elles ont à cœur d'assurer certains modules ou séances de l'enseignement théorique, comme nous l'avons vu dans la partie précédente sur la socialisation professionnelle à la pratique de l'orthogénie, ou d'encadrer des mémoires de fin d'études. La mailing-list de l'association permet chaque année à des étudiantes de trouver des professionnel.le.s susceptibles d'accompagner leur travail de recherche sur des problématiques de santé sexuelle et reproductive, et a fortiori sur les modalités de prise en charge de l'IVG. Les démarches des étudiantes sont également facilitées par la mise en circulation, dans les réseaux professionnels des militantes, de questionnaires ou par l'aide au recrutement de professionnel.le.s pour des enquêtes qualitatives par entretiens. Elodie participe avec d'autres professionnel.le.s du réseau REVHO, en région parisienne, à des actions de formation continue, et elles se relaient pour animer des stands et présenter des interventions en séance plénière ou en atelier aux congrès des sages-femmes libérales⁵⁹. Là, les sages-femmes répondent aux différentes questions pratiques des professionnelles (sur les obstacles aux procédures de conventionnement, l'approvisionnement en médicaments, etc.) ou sur l'impact de la visibilisation de l'activité d'orthogénie dans les cabinets libéraux (lorsque la sage-femme fait le choix de s'inscrire sur un annuaire professionnel dans un réseau périnatalité, par exemple⁶⁰). La participation des militantes de l'ANSFO dans ces espaces de réflexivité et d'échanges sur les avancées scientifiques et les questionnements éthiques relatifs à la pratique permet de revendiquer et de construire leur professionnalité (CASTRA, 2009). Par exemple, elles peuvent organiser des ateliers de réflexion sur les conditions du « bon accueil » d'un.e stagiaire en centre d'IVG, pour étayer sa socialisation à la pratique de l'IVG. Et, en appui sur la rationalité biomédicale, elles mobilisent l'argument du respect du cadre médico-légal de la pratique, pour

⁵⁸ 24^{èmes} journées de l'ANCIC, 25 et 26 mars 2022, Grenoble. (Cf. programme sur www.avortementancic.net/IMG/pdf/de_pliant_ancic_2022_version_2_07-mars_2.pdf)

⁵⁹ Par exemple, lors du congrès des sages-femmes libérales à Auxerre, le 22 novembre 2018, Marjorie Agen, la fondatrice de l'ANSFO, a animé un atelier sur l'IVG médicamenteuse, où une cinquantaine de professionnelles étaient présentes.

⁶⁰ Nous avons assisté à cet atelier, et ces exemples sont issus des notes du journal de terrain.

se montrer garantes des « bonnes pratiques » en adéquation avec les recommandations, les valeurs, les normes professionnelles (tout en les questionnant).

La messagerie électronique⁶¹ sert beaucoup dans ce travail de construction de la légitimité professionnelle : les adhérentes peuvent poser des questions⁶² et trouver des réponses auprès de leurs pairs sur les modalités de la pratique. Des échanges se produisent par exemple sur la posologie du Gymiso® ou des antalgiques, sur leurs modalités d'administration et les arbres décisionnels, ou encore sur les procédures de cotation des actes relatifs à la prise en charge (Par exemple : comment faire en cas de vomissements immédiatement après la prise des cachets de mifepristone ? en cas d'administration de nouveaux cachets, comment facturer ?). Mais les sages-femmes peuvent soumettre des « cas complexes » qui les ont mises en difficulté (par exemple : la découverte d'un « œuf clair » peut-elle permettre le déclenchement d'une procédure abortive par voie médicamenteuse, ou bien faut-il adresser la patiente à un.e gynécologue ?). La plateforme sert aussi bien sûr à transmettre des informations sur la parution des décrets, les propositions de loi, les communiqués de presse et les prises de position des instances représentatives de la profession. Les sages-femmes y font aussi passer des visuels de communication pour informer de mobilisations ou de manifestations culturelles en lien avec la pratique (par exemple pour l'organisation de débats autour du film *A la Vie !* avec Chantal Birman ou *Annie Colère* partout sur le territoire).

D. JEUX D'ALLIANCE AVEC LES DIFFERENTS POLES DE L'ESPACE DE LA CAUSE DES FEMMES

Notre enquête de terrain s'est déroulée dans un calendrier opportun, puisqu'elle a été très exactement encadrée par l'obtention des deux élargissements du champ de compétence à la pratique abortive, en 2016 puis en 2022. Notre incursion, pendant le temps de la recherche, au sein des espaces d'échanges de l'ANSFO nous a permis d'appréhender le travail de construction des liens avec les représentantes du féminisme d'Etat (REVILLARD, 2016), et en tant que partie du processus de circulation des idées entre le pôle associatif et le pôle politique de l'espace de la cause des femmes en matière d'IVG.

⁶¹ En tant « qu'invitée permanente » aux conseils d'administration de l'ANSFO, nous étions inscrite sur cette mailing list. La lecture de ces mails a constitué un matériel d'enquête très précieux, grâce auquel nous avons notamment pu procéder à ce repérage des catégories de questionnements partagés par les professionnelles.

⁶²

I. Les liens avec le pôle politique de l'espace de la cause des femmes

L'observation a montré que les militantes de l'ANSFO cherchent à entretenir des liens avec des instances ministérielles (secrétariats et ministères dédiés aux droits des femmes), des institutions consultatives (le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes) et des services de l'administration centrale chargée de ces politiques et ses réseaux déconcentrés en province (les services des droits des femmes). Sonia nous explique, en préambule d'un conseil d'administration (en novembre 2020) :

« Là, on a été voir les parlementaires, on a été voir la responsable de la commission parlementaire « femmes », Marie-Laure Rixain... On essaye d'envoyer des courriers au Ministère de la Santé et aux secrétaires d'Etat aux droits des femmes et à l'égalité, Marlène Schiappa. »

Lors de l'élaboration du rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité entre les hommes et les femmes sur l'accès à l'IVG, en 2020, deux représentantes du bureau de l'association ont été entendues par les députées Cécile Muschotti et Marie-Noëlle Battistel, à qui elles ont pu faire entrevoir l'étendue des savoirs que la profession détient déjà, du fait qu'elles interviennent dans le suivi gynécologique des femmes, dans le suivi des grossesses et l'accompagnement des accouchements. Elles ont pu faire valoir l'expertise que détient la profession dans le domaine de la physiologie des organes reproducteurs féminins, en particulier pendant l'état de grossesse. Leur argumentaire a été pratiquement celui que Sonia évoque en conseil d'administration :

« On recoud les épisiotomies, on FAIT des épisiotomies, on fait des délivrances artificielles⁶³, on fait des cathétérismes ombilicaux⁶⁴, on fait des actes dix fois plus durs que celui-ci !!! S'il y a bien des gens qui connaissent l'endo-utérin gravide, c'est NOUS ! On pose des stérilets, c'est exactement le même geste ! »

L'objectif de ces entrevues est donc de sensibiliser les représentantes de ce pôle politique de l'espace de la cause des femmes aux problématiques rencontrées par les professionnelles, dans leurs contextes d'exercice, mais aussi de faire valoir leur légitimité professionnelle à

⁶³ La délivrance artificielle correspond à l'extraction manuelle du placenta lors de la rétention placentaire après la naissance du bébé, ou à l'exploration manuelle de la cavité utérine après la délivrance.

⁶⁴ La pose de cathéter veineux ombilical se fait en salle de naissance : elle est une voie d'abord du nouveau-né pour les situations d'urgence vitale, lorsqu'il est nécessaire de pratiquer des gestes de réanimation, par exemple en cas d'anémie aiguë par transfusion foeto-maternelle ou d'arrêt cardio-respiratoire nécessitant de l'adrénaline, lorsque l'intubation n'est pas possible ou que l'administration de l'adrénaline par voie trachéale s'est soldée par un échec. (Cathéter veineux ombilical : utilisation en voie d'urgence en salle de naissance », Réseau périnatal des deux Savoie, [https:// www.rp2s.fr/ pages protocoles](https://www.rp2s.fr/pages/protocoles), onglet néonate, mise à jour 24 septembre 2018).

intervenir, au même titre que les médecins, dans la conduite de l'action publique en matière d'IVG. Cet effort de communication semble porter progressivement ses fruits ; le travail de visibilité et de portée des revendications jusque dans les arènes politiques a été effectif. C'est notamment ce qui a permis l'intégration de la revendication de l'élargissement du champ de compétence des sages-femmes à la pratique instrumentale l'article 1 bis de la proposition de loi Albane Gaillot⁶⁵. Et, lors de son intervention à l'Assemblée Nationale pour la séance du 23 février 2022 durant laquelle fut votée la loi portant sur le renforcement de l'accès à l'IVG, Albane Gaillot s'est félicitée de l'approche transpartisane qui avait permis, au terme d'une longue navette parlementaire ; l'adoption définitive du texte de loi. La députée souligne aussi ce qu'elle doit aux échanges qu'elle a eus avec les professionnel.le.s de santé engagé.e.s dans cette lutte ainsi qu'aux mobilisations féministes :

« Convaincue de la nécessité d'avancer collectivement, j'ai travaillé dès la conception du texte avec les professionnels de santé, les associations féministes et les parlementaires engagés pour les droits des femmes : y ont ainsi contribué le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, l'Association nationale des sages-femmes orthogénistes (ANSFO), le Réseau entre la ville et l'hôpital pour l'orthogénie (REVHO), l'Association nationale des centres d'IVG et de contraception (ANCIC), l'Association nationale des étudiants sages-femmes (ANESF), le Planning familial, Osez le féminisme !, Femmes solidaires, la maison des femmes de Saint-Denis, la Fédération nationale des centres d'information sur les droits des femmes et des familles (FNCIDFF) et d'autres encore. »

Grâce aux liens entretenus avec les membres du bureau de l'ANSFO durant notre enquête de terrain, nous avons pu observer certains des échanges qui ont eu lieu entre les membres les plus impliquées de l'association et la députée. Pressentant que la navette parlementaire allait être très longue, du fait du « mur d'amendements »⁶⁶ déposés et par le jeu des motions de rejet préalable⁶⁷ au Sénat, cette dernière a, durant l'année 2021, organisé des « petits déjeuners », en visioconférence, d'une demi-heure, à échéances régulières, avec des représentant.e.s des associations citées ci-dessus.

« Albane Gaillot commence par informer ses invité.e.s de l'état d'avancement de ses démarches, et évoque les stratégies adoptées avec son groupe. Elle annonce ainsi que lors des débats qui auront lieu ce jour à l'assemblée nationale, Marie-Noëlle Battistel et elle ne répondront pas à chacun des arguments des opposant.e.s (480 amendements déposés), et feront des réponses groupées pour ne pas allonger inutilement les débats. Elle est en train d'explorer la possibilité d'une voie

⁶⁵ <http://www.senat.fr/tableau-historique/pp120-023.html>

⁶⁶ Ce sont les propres termes de la députée. (Extrait du journal de terrain)

⁶⁷ La motion de rejet préalable a pour objet de faire reconnaître que le texte proposé est contraire à une ou plusieurs dispositions constitutionnelles ou de faire décider qu'il n'y a pas lieu à délibérer. Si elle est adoptée, elle entraîne le rejet du texte. C'est pourquoi cette motion de rejet préalable est débattue en séance avant que ne s'engage la discussion générale sur le fond du texte proposé. (Cf. <https://www.assemblee-nationale.fr/encyclopedie/loi/asp>)

parlementaire alternative pour éviter une deuxième lecture au Sénat : le gouvernement pourrait par exemple demander directement la réunion d'une commission mixte paritaire, mais Olivier Véran n'a pas encore répondu à leur demande de rendez-vous ; elle informe qu'on lui a transmis que « la décision sur la position de la majorité sur la proposition de loi se joue 'plus haut' Elle fait ensuite un tour de table pour connaître les mobilisations respectives des participant.e.s, dans leur travail d'entreprise de lutte pour défendre les mesures de sa proposition de loi : quels médias ont pu être sollicités ? quelles formes ont pris ces sollicitations ? Le Planning Familial annonce son initiative de sollicitation de personnalités du monde de la culture pour témoigner de leur avortement dans le journal Causette⁶⁸, et l'ANCIC évoque la parution de son communiqué de presse la veille⁶⁹. Puis la députée donne un lien électronique pour assister à l'une des prochaines séances dans l'hémicycle ce jour-là à 9h, 15h ou 21h30.⁷⁰»

Chantal Birman jouit, de par sa multipositionnalité dans différentes arènes militantes et professionnelles (cf. supra), d'une notoriété qui facilite son accès aux personnalités du pôle politique de l'espace de la cause des femmes. Elle aime raconter que ce serait elle qui aurait, via le mandat de vice-présidente qu'elle exerçait alors à l'ANCIC, émis l'idée d'introduire un « adulte référent » dans la réglementation concernant l'accès à l'IVG pour les mineures lors de l'élaboration du projet de loi Guigou, en 2000 :

« Je me suis retrouvée avec Martine Aubry, qui était en train de refaire la loi. (...) On était un certain nombre autour de la table, et d'un seul coup, je sors l'idée de l'adulte référent. ET à la fin, y a quelqu'un de son cabinet qui a dit : « Va prendre la petite, là ! »

Entretien avec Chantal Birman, novembre 2018

Loin de certifier que les militantes de l'ANSFO disposent d'une réelle « compétence politique »⁷¹ (BOURDIEU, 1973) entendue comme la capacité à maîtriser le savoir spécialisé mis en œuvre par les acteurs de la compétition partisane et électorale, nous interprétons cette anecdote rapportée par Chantal Birman comme l'expression d'un sentiment de proximité à la sphère politique. Du fait de leurs socialisations associatives et militantes (cf. supra), les

⁶⁸ Il s'agit de Juliette Arnaud, Clémentine Autain, Lauren Bastide, Aurore Bergé, Valérie Damidot, Giulia Foïs, Emily Loizeau, Enora Malagré, Corinne Masiero, Anna Mouglagis, Barbara Pravi, Laurence Rossignol, Colombe Schneck. In BLANC Aurélia, VINCENT Alizée, GALLOT Clémentine, 2021, « Témoignages : treize personnalités brisent le silence sur leur avortement », *Causette*, 21 décembre.

⁶⁹ ANCIC, Communiqué de presse du 23 novembre 2021, PPL visant à améliorer l'accès à l'IVG, Cf. <https://www.avortementancic.net/spip.php?article1248>

⁷⁰ Extrait de notre journal de terrain : notes prises à partir d'un compte-rendu du petit-déjeuner transmis par Sophie Eyraud, membre du REVHO, à l'ensemble des membres du conseil d'administration de l'ANSFO, le 23 novembre 2021. Ce jour-là, seule Elodie, de l'ANSFO avait assisté à cette réunion en distanciel.

⁷¹ Lors du conseil d'administration de janvier 2021, elles ont passé un certain temps à chercher l'exacte définition de la « niche parlementaire » qui avait été adoptée par un groupe de l'opposition pour réintroduire à l'ordre du jour le débat sur la proposition de loi Albane Gaillot (Extrait de notre journal de terrain).

militantes de l'ANSFO bénéficient d'une forme d'acculturation au politique. Tout d'abord, elles ne craignent pas la logique de conflictualisation que leur entreprise de lutte pour obtenir la compétence abortive ne manque pas d'induire dans les arènes politique et professionnelle, en rapport avec l'histoire de la profession (cf. partie III de ce manuscrit). Elles ont ensuite appris à cibler les interlocutrices du pôle politique de l'espace de la cause des femmes auprès de qui elles pensent stratégiques de porter leurs revendications. Elles apprennent à composer avec les stratégies mises en œuvre par les forces antagonistes dans la sphère politique, à connaître ce qui fait blocage et ajuster leurs propres stratégies argumentatives pour emporter l'adhésion de ceux qui les soutiennent. Lors du conseil d'administration de janvier 2021, Elodie rapporte au groupe l'entretien que trois d'entre elles ont eu avec la sénatrice Laurence Rossignol (PS) :

« Laurence Rossignol était très pessimiste concernant le vote du Sénat le 20 janvier. Pour elle, c'était même certain que le Sénat rejeterait cette proposition de loi. Elle a dit : 'Ne vous inquiétez pas, ils vont dire non, c'est sûr ! » et même « ils ne liront même pas le texte ». Ce qui ne va pas passer, c'est de passer à 16 SA, le fait d'annuler la double clause de conscience et que les sages-femmes fassent des IVG jusqu'à 12 semaines. On a défendu notre position, Gaëlle a bien souligné l'importance de la prévention, Chantal a refait un point sur l'historique et moi, j'ai parlé de notre place dans l'IMG pour contexte psychosocial et le fait que ce sont les sages-femmes qui s'y collent en salle de naissance. »

Il n'en reste pas moins que, du fait de la position minoritaire (à la fois sur un plan numérique et sur un plan symbolique), l'association demeure peu visible, peu connue, donc très peu entendue encore. Il n'est pas anodin, par exemple, que le rapport de l'IGAS paru en 2021 ne mentionne aucune de ses militantes parmi les représentantes de la profession rencontrées par les rapporteuses durant leurs travaux préparatoires. De même, l'observation a montré que, lorsqu'il s'agit de faire entendre une revendication auprès d'une actrice politique, les militantes peinent encore à être identifiées, et doivent souvent mobiliser les liens qu'elles entretiennent avec les membres de l'ANCIC pour décrocher un rendez-vous.

II. Une alliance relative avec le MFPPF

L'enquête a montré que les sages-femmes de l'ANSFO partagent des valeurs et des revendications féministes. Certaines de ses membres, nous l'avons vu, adhèrent à d'autres associations ou collectifs féministes (le MFPPF, Pour une M.E.U.F, Nous Toutes). L'ANSFO se joint ainsi aux mobilisations nationales pour la parité ou contre les violences sexistes et sexuelles. Sur la plaquette d'information sur l'association qu'elles distribuent lors de leurs interventions, elles ont utilisé l'écriture inclusive. Elles ont des échanges et des liens avec

certaines des associations qui portent ces revendications. En 2020, deux membres de l'ANSFO ont eu par exemple un long entretien avec Emmanuelle Piet, présidente du Collectif Féministe Contre le Viol et membre du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes⁷².

Pour autant, la rhétorique féministe ne semble pas faire sens pour toutes les sages-femmes. Elodie souligne même que la rhétorique féministe est susceptible de nuire à l'adhésion d'un plus grand nombre de professionnelles à l'association :

« Pour les fondatrices, c'était important qu'on s'affiche association féministe. Alors heu, oui, si tu veux, on est féministes, mais... Je sais que ça peut faire peur à la profession de sage-femme, clairement ! Je pense que ça peut retenir certaines de... ça peut nous empêcher de recruter des sages-femmes dans l'association »

L'observation des échanges entre les membres de l'association a permis de remarquer que l'ANSFO centre ses revendications sur l'amélioration de l'offre de soins en santé sexuelle, mais que les autres sujets qui font débat au sein des autres arènes militantes féministes⁷³ sont là peu discutés. Il n'a par exemple jamais été question de définir si l'approche de l'ANSFO se voulait universaliste ou intersectionnelle⁷⁴ (CRENSHAW, 2005). La formule évasive et caricaturale d'Elodie illustre ces dissensions (sans réellement les qualifier) :

« Ouais, parce que dans 'féministe', on entend « chienne de garde », on entend « anti-mec ». Mais c'est du féminisme des années 1970 ! Enfin c'est un peu méchant, ce que je dis, mais les féministes, elles ont aussi des côtés un peu... »

Or, les observations que nous avons pu mener au sein du Planning Familial nous ont permis d'appréhender le fait que les grilles de lecture théoriques intersectionnelles et queer des processus de domination prennent une place de plus en plus importante dans les luttes féministes actuelles, notamment dans les fractions les plus radicales, tout comme elles jouent sur les formes d'organisation des collectifs (CHAPONNIERE, ROUX, RUAULT, 2017). Ce

⁷² Nous n'avons eu accès qu'à un bref résumé de cette rencontre.

⁷³ Notre engagement parallèle au sein du Planning Familial nous a conduit à représenter l'association départementale où nous militons au sein de la confédération du Mouvement, et, partant, à assister aux conseils d'administration confédéraux depuis l'année 2019. C'est à ce titre que nous avons pu appréhender cette différence. Si l'accès à l'avortement est bien toujours l'une des principales revendications du MFPPF, c'est loin d'être la seule. Les questions relatives aux droits des personnes LGBTQIA+, au travail du sexe, à l'assistance sexuelle, à la pornographie, à la religion, à la non-mixité, à l'immigration et à l'écologie y sont débattues au même titre que tout ce qui relève des infections sexuellement transmissibles, la contraception, l'avortement et l'éducation à la sexualité, qui intéressent préférentiellement les militantes de l'ANSFO.

⁷⁴ Issue des travaux pionniers des féministes noires aux États-Unis et en Grande-Bretagne sur l'imbrication des rapports de domination (race/genre/classe), l'intersectionnalité est devenue le terme privilégié dans les milieux académiques et militants anglophones pour désigner la complexe articulation des identités/inégalités multiples.

n'est pas le cas au sein de l'ANSFO⁷⁵. Certaines prises de position radicales agacent même quelques-unes des militantes parmi les plus âgées de l'ANSFO ; comme par exemple celles qui ont pu se faire entendre récemment lors de la polémique soulevée par une affiche publiée par le MFPPF représentant des hommes transgenre, avec ce slogan : « *Au Planning, on sait que les hommes aussi peuvent être enceints* »⁷⁶. Ainsi s'exprime Claude, 58 ans, sage-femme territoriale, évoquant à demi-mots le fait que le caractère transgressif de certaines revendications du MFPPF menace l'ensemble de la cause portée par les associations féministes :

« J'ai pris mes distances avec le PF, depuis quelque temps, j'ai pas payé mon adhésion, je trouve qu'à force, on scie la branche sur laquelle on est assises ».

En retour, l'association pâtit d'un relatif manque de considération de la part des représentantes les plus actives du bureau confédéral du MFPPF :

« Lors des différents conseils d'administration de l'année 2021, Sarah Durocher, coprésidente, a fait part aux représentant.e.s des associations départementales des démarches effectuées par le PF pour soutenir la proposition de loi Albane Gaillot : personnalités politiques rencontrées, communications déployées, etc. Elle évoque les petits déjeuners organisés par Albane Gaillot, auxquels elle participe, au titre de son engagement pour la cause de l'IVG. Il lui arrive à plusieurs reprises, lorsqu'elle énumère les participant.e.s, d'oublier de citer l'ANSFO. Il m'est arrivé de prendre la parole pour mentionner la présence de l'association. Sarah rectifiait : « Ah oui, y avait les sages-femmes de l'ANSFO, aussi »

Extrait de notre journal de terrain

Nous interprétons cet oubli répété comme la réactivation du clivage qui existe au sein des mobilisations féministes pour la libéralisation de l'avortement et de la contraception dans les années 1970, qu'a très bien analysées Lucile Ruault dans sa thèse sur le MLAC, montrant les dissensions entre groupes militants réformistes et ceux qu'elle nomme les « groupes dissidents », attachés à la reconnaissance des savoirs profanes, et pour qui la médicalisation de la prise en charge de l'avortement a été vécu comme une dépossession de ces derniers. Cinquante ans plus tard, cette ligne de faille existe toujours pour partie, alors même que l'IVG est devenue légale. Il semble que la question de la professionnalisation de l'IVG conserve quelque chose de sa propension à cliver les organisations militantes. Nos observations des

⁷⁵ A ce titre, nous avons été interpellée par une scène du film d'Aude Pépin, *A la vie !* (op. cit), dans lequel Chantal Birman occupe une position centrale. L'on voit cette dernière rédiger une ordonnance à une jeune femme qui vient d'accoucher et qui semble très isolée. Cette dernière évoque un parcours migratoire compliqué et douloureux. La sage-femme, sensible à son isolement social, prescrit sur l'ordonnance « AMIES », pour l'inciter à rompre celui-ci. Si la démarche procède d'une intention bienveillante, il nous a cependant semblé qu'elle relevait d'une forme de normativité aveugle aux déterminants sociaux de la solitude de sa patiente (qui parle encore difficilement français, et qui n'a probablement pas beaucoup d'amies...)

⁷⁶ « Le Planning familial critiqué pour une affiche avec un homme transgenre enceint, la ministre Isabelle Rome apporte son soutien à l'association », *Le Monde* du 22 août 2022.

débats au sein du MFPP (durant le temps de l'enquête qui a inclus celui de la navette parlementaire autour de la proposition de loi visant à renforcer l'accès à l'IVG) permettent d'attester que le Mouvement se préoccupait principalement des avancées législatives portant sur la question de l'allongement des délais de l'IVG et celle de la suppression de la clause de conscience. L'obtention de la compétence chirurgicale pour les sages-femmes était attendue, puisqu'elle était envisagée comme l'un des leviers de l'amélioration de l'accès à l'IVG et de résolution des inégalités territoriales qui se font jour encore de nos jours sur ce point. Mais cet élargissement du champ de compétence de la profession ne faisait pas débat, tandis que l'approche de l'ANSFO demeure résolument centrée sur les problématiques organisationnelles des politiques publiques d'amélioration de l'offre de soins en orthogénie. Au sein de l'espace de la cause des femmes, qui constitue dans l'espace des mouvements sociaux une « zone d'évaluation mutuelle », ces deux associations militantes féministes entretiennent des rapports d'interdépendance : les attitudes, les innovations tactiques et les activités de l'une sont soumises à l'évaluation de l'autre, et réciproquement ; elles s'unissent dans une coalition dans la lutte pour les droits sexuels et reproductifs : les mobilisations de soutien à la proposition de loi Albane Gaillot ont opéré entre elles une sorte de « cristallisation conjoncturelle » bien que des divergences demeurent dans le diagnostic posé sur la cause, la définition des enjeux et les solutions proposées (MATHIEU, 2012 : 34-38). Il faut souligner en outre que les deux associations n'ont pas les mêmes capacités de mobilisation ni ne bénéficie d'une même reconnaissance de leur organisation sur la scène publique.

III. Liens avec le pôle professionnel : un espace de tensions

Les sages-femmes de l'ANSFO poursuivent principalement un objectif de renforcement de l'accès à l'IVG sur le territoire. L'obtention de la compétence abortive, tant médicamenteuse qu'instrumentale, représente un levier pour améliorer la reconnaissance de la profession dans le champ professionnel et politique, ainsi qu'aux yeux de la patientèle. Elles estiment cependant se mobiliser au nom d'intérêts supérieurs à la seule défense de leur juridiction, à savoir la santé publique et le droit des femmes à disposer de leur corps.

« Moi je rêve que les sages-femmes soient suffisamment cohérentes entre elles, pour dire aux autorités sanitaires de ce pays : 'On efface TOUT, on fait un état des lieux, ENSEMBLE, de ce qu'on veut faire. Qu'est-ce qu'on veut que les sages-femmes fassent ? Qu'est-ce que les femmes attendent ? Qu'est-ce que les sages-femmes peuvent apporter à certaines problématiques de santé publique ?' C'est ça, qu'il faut vendre ! »

Domitille aimerait que les mobilisations de l'association permettent d'enclencher un « processus de changement d'échelle » entendu comme « changement dans le nombre et le niveau des actions protestataires coordonnées qui conduisent à une protestation élargie regroupant un spectre plus large d'acteurs et à l'établissement de ponts entre leurs revendications et leurs identités » (McADAM, TARROW, TILLY, 1998 :331).

1. Des liens distendus avec les organisations syndicales professionnelles

Mais, d'une part, l'association fédère peu d'adhérent.e.s, nous l'avons vu. D'autre part, l'observation a montré que si la trans-catégorialité était un atout pour élaborer des stratégies argumentatives communes, à partir des remontées d'expérience de la prise en charge de l'IVG dans différents contextes institutionnels et locaux, l'ANSFO peine en revanche à opérer une montée en généralité pour dépasser les intérêts spécifiques à chaque secteur d'activité. Domitille s'en agace :

« Ouais, c'est ça qu'il faut vendre, et pas « ah mais moi je veux faire le suivi du nouveau-né jusqu'à 6 mois, parce que les puer'elles peuvent le faire et pas moi' ; on s'en fout, de qui va le faire ! (...)

Cette propension de Domitille à penser l'action collective de l'ANSFO au-delà des intérêts catégoriels de la profession est assez partagée par les autres membres du bureau de l'ANSFO, l'observation nous a permis de le constater. De ce fait, l'ANSFO entretient peu de liens avec les syndicats professionnels, l'Organisation Nationale Syndicale de Sages-Femmes (ONSSF) et l'Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes (UNSSF). Certaines des militantes sont syndiquées (principalement à l'UNSSF), mais elles ne revendiquent pas cette appartenance syndicale durant leurs échanges, et il n'est jamais question de faire alliance avec ces organisations pour porter leurs revendications d'élargissement du champ de compétence de la profession. Plus spécifiquement, elles s'opposent à ce que cette revendication soit retraduite par celle portée par l'ONSSF réclamant d'obtenir le statut de praticien hospitalier⁷⁷. Elodie exprime lors du conseil d'administration du 18 janvier 2021 son opposition à cette stratégie de revalorisation qu'elle estime inopérante :

⁷⁷ http://coordination-defense-sante.org/wp-content/uploads/2022/10/20221018_CDPINPHONSSF.pdf

« On rêve, on dit qu'on va devenir praticien hospitalier. Sauf qu'il y en aura combien, de sages-femmes qui auront ce statut ? Une, allez, deux, au mieux, dans les services. Les autres, elles seront praticiens attachés, et ça, c'est payé une misère ! Faut arrêter de rêver sur ce statut, et en plus, ils ne nous le donneront pas ! Il faut négocier les grilles de la fonction publique hospitalière pour qu'on soit augmentées. (...) Regardons un peu la profession infirmière, je sais bien que les sages-femmes n'aiment pas se comparer aux infirmières, mais elles, elles avancent ! Avec la pratique avancée. (...) Nous, en restant dans notre truc de « profession médicale », « praticien hospitalier », nanana... Eh ben nous, on stagne. »

Pour ces sages-femmes, l'entreprise de lutte pour obtenir une juste reconnaissance salariale de la profession doit être menée par les grandes centrales syndicales – en quoi elles sont cohérentes avec leur volonté d'inscrire leurs revendications sur la compétence abortive dans un processus de changement d'échelle. Mais cette même propension tend à les rendre inaudibles dans le pôle professionnel, bien souvent occupé à revendiquer d'obtenir une revalorisation salariale corrélée à l'obtention du statut de praticien hospitalier.

2. Une position en tension dans le pôle professionnel de l'espace de la cause des femmes

L'observation a montré également que les sages-femmes de l'ANSFO occupent une position qui demeure subalterne dans le pôle professionnel de l'espace de la cause des femmes. L'association existe depuis 2009, et si, à la faveur de l'ouverture de la structure des opportunités politiques qui a rendu possible l'adoption de la loi du 2 mars 2022, elle commence à voir gonfler les rangs de ses adhérent.es, elle demeure une association de petite taille, qui dispose d'une visibilité et d'une notoriété (à l'exception de Chantal Birman) bien moins importante que l'Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception- (ANCIC) fondée en 1979 à l'occasion du vote définitif de la loi sur l'avortement en France.

Celle-ci est composée de professionnel.le.s travaillant dans les Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), les Centres d'interruption volontaire de grossesse (CIVG) et les Etablissements d'information de conseil conjugal et familial (EICCF) : médecins, conseillères conjugales et familiales, infirmières, sages-femmes, psychologues. Sur le portail de son site Internet, l'association revendique de *« participer à la défense des droits des femmes, à la réflexion et aux recherches théoriques et pratiques concernant la sexualité, la maîtrise de la procréation et l'éducation sexuelle »*⁷⁸. L'association est forte du réseau de liens qu'elle entretient avec différents partenaires associatifs autres que l'ANSFO : la Plateforme d'expertise

⁷⁸ <http://www.avortementancic.net/spip.php?article123>

IVG de la région Auvergne-Rhône-Alpes (PLEIRAA), l'Association des Centres de Régulation des Naissances de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (ACRNAP), l'Association Française de Contraception (AFC), l'Association Nationale des Conseillers Conjugaux et Familiaux (ANCCEF), l'Association Universitaire de Recherche et d'Enseignement et d'Information pour la Promotion de la Santé Sexuelle (ASSUREIPSS), le Comité de Défense de la Gynécologie Médicale (CDGM), la Coordination des Associations pour le Droit à l'Avortement et à la Contraception (CADAC), la Fédération Internationale des Associés Professionnels de l'Avortement et de la Contraception (FIAPAC), le Planning Familial (MFPF), le Réseau pour favoriser la prise en charge de l'IVG et de la Contraception en région Occitanie Pyrénées Méditerranée (REIVOC), et le Réseau Entre la Ville et l'Hôpital pour l'Orthogénie (REVHO). Avec tous ces partenaires, l'ANSFO est logiquement en lien également : mais l'antériorité de ces liens est moins importante, et c'est souvent aux côtés ou « derrière » l'ANCIC que l'ANSFO intervient dans les espaces d'échanges ouverts par l'association aînée. Idem, l'ANCIC bénéficie d'une plus grande légitimité, du fait de sa longévité et de son expertise, auprès de ses partenaires institutionnels⁷⁹, mais aussi du fait de sa structuration interne (l'association dispose d'un salarié au poste du secrétariat) et des moyens dont elle dispose, par quoi elle entretient sa visibilité (publication régulière d'un bulletin d'information, *L'Echo* de l'ANCIC⁸⁰ ; organisation de journées d'études⁸¹, publication de CR ROM pensés comme outils de formation⁸² et de supports de communication sur des thématiques variées⁸³).

3. La coalition avec l'ANCIC dans l'entreprise de lutte

L'enquête montre que les deux associations entretiennent des liens forts : Chantal Birman a été vice-présidente de l'ANCIC, et Sonia siège également au bureau de l'association. Tous les communiqués de presse de l'ANSFO sont relayés par l'ANCIC, qui invite régulièrement les militantes de l'ANSFO à proposer des communications lors des journées d'études organisées. L'ANSFO gagne en visibilité au travers de ce partenariat étroit. Les deux associations échangent régulièrement autour des sujets qui les concernent réciproquement. Elles signent

⁷⁹ Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées, Centre Hubertine-Auclert centre francilien de ressources pour l'égalité femmes-hommes, Conseil Régional Île-de-France, Conseil Régional Midi-Pyrénées, Ministère des Droits des Femmes (cf. <http://www.avortementancic.net/spip.php?rubrique50>)

⁸⁰ Le bulletin de l'association présente des dossiers thématiques, étoffés de témoignages et de références scientifiques. Cf. <http://www.avortementancic.net/spip.php?rubrique45>

⁸¹ <http://www.avortementancic.net/spip.php?rubrique12>

⁸² <http://www.avortementancic.net/spip.php?rubrique49>

⁸³ <http://www.avortementancic.net/spip.php?rubrique46>

ensemble pétitions et courriers adressés à des institutions ou des personnalités politiques, pour appuyer leurs revendications. Les deux associations travaillent ainsi conjointement à la rédaction d'un texte d'appui à la proposition de loi Albane Gaillot, avant sa seconde lecture à l'Assemblée Nationale le 18 février 2021, que l'ANCIC envoie aux député.e.s avec l'appui du REVHO en février 2021 :

« Nous, ANCIC, association professionnelle de l'avortement, affirmons de nouveau notre soutien et notre adhésion [à la proposition de loi]. Nous sommes prêt.e.s à prendre en charge les femmes en demande d'IVG jusqu'à 16 SA et à former les professionnel.le.s qui le souhaitent. Cette pratique existe déjà en France sans que sa dangerosité ne soit particulièrement mise en avant lorsqu'il s'agit d'une IMG, ainsi que dans les pays limitrophes, (accessible aux seules françaises qui en ont les moyens), avec des techniques rodées et sécurisées. (...) Enfin, nous réaffirmons que les sages-femmes ont les mêmes compétences techniques que les médecins pour pratiquer l'IVG instrumentale, en particulier que les médecins généralistes, aujourd'hui très nombreux à prendre en charge les IVG. Un plus grand nombre de professionnel.le.s pratiquant l'IVG instrumentale améliorera l'offre de soin et permettra aux femmes d'avoir le choix entre les différentes méthodes d'avortement ».

Document extrait du matériel récolté sur le groupe d'échanges en ligne du conseil d'administration de l'ANSFO, février 2021.

Lors des mobilisations communes pour défendre l'extension de la juridiction des sages-femmes à la pratique instrumentale de l'IVG, l'ANCIC apporte un soutien important, soulignant leur légitimité professionnelle, basée sur leur compétence à la fois technique et relationnelle. Invitée à un conseil d'administration de l'ANSFO par Chantal Birman en novembre 2020 , Nathalie Trignol, médecin généraliste reconnue pour son expertise dans le champ de l'orthogénie et par les différents mandats qu'elle occupe dans l'arène professionnelle ⁸⁴, encourage les sages-femmes militantes à porter plus haut leurs revendications, en pointant cette question de l'incorporation de leur domination dans la hiérarchie médicale :

« Pour moi, la différence entre le docteur et la sage-femme, c'est pas vos compétences dans la technique. La technique, vous ne la connaissez pas encore, peut-être, mais vous êtes capables de l'acquérir, et sûrement mieux et plus vite que nous, parce que vous avez acquis des gestes techniques que moi je suis incapable de faire, perfuser un nouveau-né, faire une révision utérine... Vous, vous connaissez la femme dans toute sa dimension, y compris psycho-sociale. Si vous restez sur l'IVG à 10 semaines, c'est quoi ? Peut-être que je me trompe, hein, mais j'ai l'impression que c'est à nouveau cette espèce d'histoire que vous portez d'être « moins » que le

⁸⁴ Nathalie Trignol est co-présidente de l'ANCIC, médecin référent du Centre d'orthogénie du CHU de Tours, membre de la commission orthogénie et santé sexuelle du CNGOF, présidente de la commission santé sexuelle et orthogénie du réseau périnatalité du Centre Val de Loire, co-responsable du DIU de régulation des naissances et du DIU de perfectionnement en orthogénie.

docteur, d'être en-dessous, à ne demander à faire des IVG QUE jusqu'à ce terme-là ».

a) La conservation d'une position subalterne

Durant cette période de mobilisations pour faire valoir la compétence instrumentale de la profession, plusieurs sages-femmes de l'ANSFO⁸⁵ rédigent aussi une lettre de revendications, où elles développent un argumentaire basé sur les enjeux de la définition de la juridiction et les entraves qu'elle induit sur l'offre de soins d'orthogénie. Comme il est d'usage dans un espace militant qui se veut démocratique et délibératif, elles rédigent un « texte martyr »⁸⁶ avec l'intention de l'amender au fil des relectures par les membres du bureau. Le travail collectif porte sur la définition à donner de la physiologie : au cours des échanges, elles cherchent à en circonscrire les frontières. Sonia considère que cette définition est faussée si elle se réduit à souligner que les sages-femmes prennent en charge les accouchements par voie basse, car, écrit-elle⁸⁷, « *elles sont amenées à pratiquer des manœuvres très complexes avec beaucoup de responsabilités* », qu'elle détaille en donnant une liste de ces dernières « *Mac Roberts, Double spire, Jacquemier, Lovset, Bracht, Mauriceau*⁸⁸ ». Sonia rapporte également que la définition de la physiologie serait dépendante des contextes d'exercice : car dans l'établissement hospitalier où elle exerce, ce sont les sages-femmes qui prennent en charge les accouchements prématurés, qui relèvent d'après Chantal (qui a rédigé le premier jet de ce texte martyr) du champ de la pathologie. Domitille juge fondamental de citer les sources qui attestent, dans la littérature médicale, de l'inocuité de cette pratique instrumentale pour leur profession. Elle envisage que l'auditoire de cette revendication sera composé essentiellement de médecins, et qu'il convient à ce titre de renforcer la dimension technique de l'argumentaire pour convaincre « *ce public averti* ». Et elle insiste également pour développer la portée critique de l'argumentaire. Elle rédige ce commentaire dans un courriel en date du 16 novembre 2020, où l'on sent son attachement à l'objectif de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé, à la défense de l'autonomie décisionnelle des femmes comme au renforcement de la dimension relationnelle de cette pratique professionnelle :

⁸⁵ Cf. supra, ANSFO, « Pourquoi l'ANSFO défend l'extension de la pratique instrumentale de l'IVG par les sages-femmes, sans restriction ». (cf supra).

⁸⁶ L'expression est employée régulièrement par Chantal Birman.

⁸⁷ Extrait d'un courriel en date du 16 novembre 2020, sur le groupe d'échanges en ligne.

⁸⁸ RECOULES-ARCHE Aude, RENNER Jean-Paul, OURY Jean-François, 2004, « Techniques obstétricales. Conduite à tenir en cas de dystocie des épaules », *La Lettre du gynécologue* n°295, pp.10-12.

« Réduire la pratique de l'IVG par la SF à sa seule modalité médicamenteuse a induit un déséquilibre de l'offre IVG en hypertrophiant l'accès à l'IVG médicamenteuse. Cela a conduit, dans certains territoires ou à certaines périodes, à un inévitable non choix pour les femmes quant à la méthode. Autre effet pervers de cette dystrophie de l'offre de soins en matière d'IVG : obligation d'orienter vers un médecin pour la réalisation d'une IVG instrumentale, ce qui induit un morcellement du parcours, le médecin ne réalisant que l'acte technique, le « reste » pouvant être effectué par une SF. Ce morcellement se fait alors au détriment de la qualité de l'accompagnement du parcours que toute femme est en droit d'attendre dans notre système de santé. »

Durant cette même période, plusieurs médecins de l'ANCIC participent aux relectures de ce texte. L'une d'elles apporte des corrections portant sur des points de vocabulaire :

« 'Quant à la pratique sur utérus non gravide, la pose des DIU et l'hystérométrie qui la précède font partie des gestes ~~banals~~' / remplacer par 'usuels' (...)

'La dernière objection concerne le geste endo-utérin. Les obstétriciens ~~accusent~~ les sages-femmes de ne pas en avoir la pratique' / remplacer par 'insinuent'

'Quant aux actes chirurgicaux, seuls les spécialistes en ont la ~~pratique légale~~' / remplacer par 'légitimité' »

Extrait des documents de travail récoltés sur le groupe d'échanges du conseil d'administration de l'ANSFO

Et, après avoir pris certaines précautions verbales⁸⁹, un gynécologue réaffirme son soutien à la légitimité de leurs revendications, dans son courriel en date du 13 novembre, et les invite à simplifier au contraire l'argumentaire en le réduisant à l'alternative suivante : « Une femme en demande d'IVG est-elle une patiente malade ou bien une femme en bonne santé, en demande d'un acte technique ? ».

Ces modifications rédactionnelles ont une teneur particulière : elles portent très peu sur le fond de l'argumentation, en quoi l'on peut interpréter qu'iels témoignent par là de l'entière confiance qu'iels accordent aux sages-femmes de l'ANSFO. Mais ces remarques les engagent à opérer un changement du registre courant de la langue à un registre plus soutenu, ainsi qu'à ne pas trahir la pertinence de leur revendication par un manquement orthographique (dont les sages-femmes seraient coutumières, à en croire le propos du médecin qui ne manque pas d'une certaine condescendance). Ces remarques, pour entendables qu'elles soient dans une logique militante qui entend renforcer le poids de l'action collective, peuvent également renvoyer aux rapports de force symbolique qui s'exercent dans l'économie des échanges linguistiques selon Bourdieu (1982) : la manifestation de la maîtrise de la correction de la langue (différente selon

⁸⁹ Il a dans son courriel cette formule un peu obséquieuse en préambule : « (*« Je ne sais pas si je suis censé donner un avis, puisque je ne suis pas adhérent de votre association, mais puisque j'ai reçu ce texte, je vais me le permettre »*). »

la position sociale dans un champ) fait écho aux conditions d'utilisation des techniques médicales. Il se produit là, paradoxalement, une réaffectation du groupe professionnel des sages-femmes à un rang inférieur.

L'observation montre par ailleurs une certaine relation de déférence des membres de l'ANSFO envers les médecins de l'ANCIC, comme s'il se jouait là, peut-être, quelque chose de l'intériorisation de la position subalterne de la profession dans la hiérarchie médicale.

Et, face à leurs auditoires, l'ANCIC tend par sa notoriété à invisibiliser le travail militant de l'ANSFO. Par exemple, à la publication de l'arrêté du 27 octobre 2022 fixant la liste des établissements autorisés à lancer une expérimentation de la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes, un certain nombre d'adhérent.es ayant préalablement déposé un dossier de candidature manifestent leur mécontentement de n'avoir pas reçu d'explications pour motiver la décision du refus qui leur a été adressé. Les deux associations recueillent ici et là des doléances à ce sujet ; dans un courrier commun, elles font part à la DGOS ainsi qu'à plusieurs personnalités politiques de leur étonnement relatif au nombre limité d'établissements ayant reçu l'aval des autorités publiques. Or, l'enquête a montré que la réponse de la DGOS a été envoyée uniquement à l'ANCIC (qui l'a retransférée à l'ANSFO).

En 2020, une crise interne survient au sein de l'ANSFO, suite aux démissions de sa présidente et vice-présidente, en raison de différends liés à la gouvernance interne de l'association. Celle-ci, déjà affaiblie dans le contexte de crise sanitaire, peine à recouvrer sa stabilité pendant quelques mois⁹⁰. La conscience de sa faiblesse numérique, et de son manque de visibilité les pousse à envisager d'intégrer l'ANCIC. Dans l'entretien que nous avons mené avec elle, Elodie marque son opposition sur ce point :

« Après, si on peut pas vivre parce que c'est trop compliqué, évidemment qu'on intégrera l'ANCIC. Mais l'IVG instrumentale et les sages-femmes, à l'ANCIC, ça sera une de leurs batailles, mais ça sera pas LEUR seule bataille. Y a pas de commission sage-femme à l'ANCIC. C'est normal, hein. L'idée c'est de regrouper les professionnel.le.s des centres IVG, donc y a pas de raison. Mais y aurait pas cette représentativité des sages-femmes orthogénistes, pour dire : « On existe ! » (rires). Non mais c'est pas juste un truc en l'air, jeté par certains politiques militants qui décident de pondre des lois ! C'est du concret ! Tu vois les réunions avec Albane Gaillot, tous les mois... Je vois bien, y a le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, ben on sent que... C'est mieux que ça l'a été, c'est pas un reproche, mais elles n'ont pas le nez dedans, elles ont d'autres trucs à gérer. NOUS, on a le nez dedans. Tu sens qu'elles commencent à s'intéresser tout juste à cette question. Elles

⁹⁰ L'association a dû procéder à la tenue d'une assemblée générale exceptionnelle pour réécrire et déposer à nouveau ses statuts, notamment pour officialiser le changement d'adresse du siège et la composition nouvelle du bureau. Elle a dû également transférer ses comptes dans un établissement bancaire proche du domicile d'une des présidentes de l'association ainsi renouvelée. (Extrait du journal de terrain).

ont pas ce côté militantisme, elles ont pas cette connaissance clinique des sages-femmes orthogénistes, de la pratique, quoi. Je vois bien que quand c'est une sage-femme du CNOF ou bien une sage-femme orthogéniste de terrain qui parle, c'est pas la même chose, par rapport à un politique militant et par rapport aux autres associations.»

Dans ses propos, Elodie affirme la nécessité d'une indépendance de l'ANSFO, pour défendre du même mouvement la portée catégorielle et la légitimité propre des revendications du groupe professionnel face au pôle politique de l'espace de la cause des femmes, mais aussi la teneur militante de ces dernières face aux pôles professionnel et associatif. Mais ces propos dénotent qu'elle connaît également la fragilité d'une association si petite sur le plan numérique.

CONCLUSION

Dans ce chapitre, nous avons montré la particularité d'une association professionnelle qui porte, avec l'objectif de santé publique d'amélioration de l'offre de soins en matière d'orthogénie, des revendications à la fois catégorielles et féministes dans l'espace de la cause des femmes. La force de l'argumentation est de construire, face aux différents auditoires du pôle professionnel de cet espace, une rhétorique qui cherche à transformer les représentations négatives attachées à l'IVG, héritées de l'histoire de l'institutionnalisation du groupe professionnel : en s'efforçant de « dépathologiser » la pratique abortive, l'ANSFO entend la construire comme un objet du travail des sages-femmes, en même temps que prendre la main sur les instruments chirurgicaux dont l'usage leur a toujours été interdit, et qui leur a été accordé dans la loi du 2 mars 2022.

Cette rhétorique de « physiologisation » de l'IVG opère une articulation singulière entre certains des schèmes de critique de l'exclusivité du mandat médical de la pratique abortive issue des mobilisations du MLAC à des revendications médico-centrées. Les modalités d'appropriation de la méthode par aspiration par les profanes avaient donné lieu à un remaniement des savoirs abortifs qui ne se rapportaient pas à une simple question de différentiel de légitimité avec les médecins (RUAULT, 2017). La sécurité du geste abortif était selon les groupes dissidents garantie, dans la pratique collective des avortements, par un contrôle des

gestes par les paires⁹¹ et dans une collaboration avortante-avorteuse⁹², là où les médecins pratiquent l'auto-évaluation de chacun des gestes des protocoles. Les sages-femmes de l'ANSFO revendiquent également, aux côtés des autres professionnel.le.s de l'ANCIC, une approche moins parcellisée des procédés d'avortement, comme naguère les groupes dissidents du MLAC revendiquaient l'intrication de la technique et du soin, des aspects psychologiques et physiques, en reconnaissant la valeur épistémique des sensations et des émotions dans les apprentissages des techniques abortives. Les militantes de l'ANSFO sont aussi promptes à valoriser l'empathie et la centralité de l'écoute dans l'interaction avec les avortantes, comme cette dernière structurait au sein des pratiques collectives d'avortement l'économie des savoirs abortifs. Il s'agit, hier comme aujourd'hui, d'une rhétorique de légitimation d'une technique abortive qui cherche à se distinguer de la froideur de la science médicale. Pour autant, si l'ANSFO conteste aujourd'hui la division statutaire du travail de santé comme les groupes du MLAC autrefois, ses militantes portent des revendications médico-centrées, au sens où elles cherchent à ce que leur groupe professionnel puisse participer aux expérimentations sur l'IVG. Elles défendent également un meilleur accès des femmes à l'offre de soin médicalisée, et, pour gagner le droit à la parole dans un univers marqué par les savoirs scientifiques, elles adoptent une stratégie d'investissement dans les connaissances scientifiques et techniques qui s'apparente à une quête de respectabilité dans le champ de l'orthogénie, en revendiquant d'avoir à parfaire la formation des sages-femmes sur cette activité médicale. En outre, l'ANSFO adopte une position résolument réformatrice, visant à améliorer, dans la loi, les conditions de l'encadrement médical de l'IVG. L'association mène par ailleurs, au sein du pôle professionnel, une entreprise de lutte pour subvertir la position subalterne où elles sont tenues dans la hiérarchie médicale. Celle-ci s'articule à une rhétorique de subversion de l'ordre de genre et de défense des droits reproductifs, au cœur des mobilisations féministes auxquelles l'association se joint.

Le caractère très récent, la petite taille de l'association ainsi que l'articulation d'enjeux de lutte différents qui peuvent brouiller la visibilité de leurs mobilisations, s'ajoutent au fait que l'ANSFO ne dispose pas d'une grande autonomie dans les jeux d'alliance qu'elle peut mener au sein de l'espace de la cause des femmes : l'association demeure subordonnée aux associations militantes féministes tout comme aux instances professionnelles qui bénéficient

⁹¹ Nous employons ici, comme Lucile Ruault, le féminin pluriel, du fait de la composition genrée des groupes dissidents.

⁹² L'avortée était sollicitée pour pratiquer sur elle-même des touchers vaginaux, pour donner, à partir de ses sensations, des indications à l'avorteuse sur l'introduction dans le vagin des tailles de bougie d'épaisseur croissante, sur le rythme de l'utilisation de la canule.

d'une plus grande visibilité et reconnaissance institutionnelle, en même temps qu'elles ne disposent pas d'un fort capital politique.

CONCLUSION DE LA THÈSE

L'interruption volontaire de grossesse demeure, au plan politique, l'objet de controverses sur la scène internationale : au plan politique, l'actualité récente a donné de nombreux exemples du retour d'une forme de panique morale autour de l'IVG, comme en témoigne, le 24 juin 2022, la décision d'annuler le jugement Roe versus Wade (1973) ainsi que l'arrêt Planned Parenthood versus Casey (1992) qui protégeaient l'accès à l'IVG aux Etats-Unis. En pratique, l'interdiction est devenue effective dans 26 Etats américains environ. Le recul est ainsi de nouveau perceptible sur le continent européen. En Europe également, l'on observe un mouvement de recul contre les droits des femmes. En 2013, le gouvernement espagnol a voulu réduire considérablement le droit à l'avortement avec un projet de loi ne permettant de recourir à une IVG que dans deux cas : le viol, attesté par un dépôt de plainte ; ou « *un risque durable ou permanent* » pour la santé physique ou psychique de la mère, certifié par deux psychiatres. Face aux protestations soulevées par le projet, le gouvernement a retiré le texte en septembre 2014. En 2015, le Portugal a voté une loi sur le déremboursement de l'IVG, imposant aux femmes un suivi psychologique également, sous la pression d'un mouvement baptisé « Pour le droit à naître ». La Pologne, après avoir introduit la contraception d'urgence sur ordonnance, puis abandonné le financement de la fécondation in vitro par le budget de l'Etat, le ministère de la Santé a annoncé le 6 juin 2022 mettre en place un « registre des grossesses » dans lequel devra figurer chaque nouvelle grossesse.

En France, jeudi 24 novembre 2022, a été votée en première lecture à l'Assemblée Nationale, la proposition de loi visant à inscrire le droit à l'avortement dans la Constitution, avec l'intention que la loi garantisse « l'effectivité et l'égal accès au droit à l'interruption volontaire de grossesse ». Pour certain.e.s commentateurices, parmi lesquel.le.s, Sylvie Pierre-Brossolette, présidente du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, le vote de ce texte trans-partisan souligne la popularité d'une telle mesure, que l'enquête conduite en octobre par l'institut Viavoice pour le Haut conseil à l'égalité (HCE) : 81 % des Français se disent favorables à la constitutionnalisation du droit à l'IVG, un chiffre qui apparaissait déjà dans une précédente enquête menée par l'IFOP cet été, dans la foulée de l'abrogation de l'arrêt Roe v Wade, aux Etats-Unis. Dans l'enquête menée pour le HCE¹, soumise à un échantillon de

¹ <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/ivg-le-vote-historique-de-l-assemblee-nationale-reflete-l-attachement-de-la>

2500 personnes, les sous-totaux sont éclairants : 85 % des femmes et 76 % des hommes (se déclarant de toutes tendances politiques et/ou ayant ou non une pratique religieuse) se prononcent pour la constitutionnalisation de l'IVG.

A. CADRAGE THEORIQUE ET INSTITUTIONNEL DE LA RECHERCHE

De nombreux rapports publics ont régulièrement montré que l'activité d'IVG et plus particulièrement l'effectuation de gestes abortifs, demeurent des tâches considérées comme non valorisantes, à la fois sur le plan technique, financier et symbolique. Différentes lectures nous ont d'abord éclairée sur les enjeux politiques de la construction de l'avortement comme problème public (CAHEN, 2016 ; LE NAOUR et VALENTI, 2003 ; MATHIEU, 2005, PAVARD, ROCHEFORT et ZANCARINI-FOURNEL, 2012). Ces travaux ont aussi fait la lumière sur les revendications portées par les luttes féministes, mais aussi sur les tensions qui traversaient les différents groupes de militant.e.s, au sujet de la qualification attribuée à ce problème public, mais aussi dans les rangs des profanes et des expert.e.s médicaux.ales (GARCIA, 2005 ; RUAULT, 2017). La centralité de l'établissement du compromis normatif qu'a représenté dans la loi Veil le transfert du contrôle social sur la régulation des naissances, du champ judiciaire au champ médical, apparaît dans d'autres travaux (BAJOS et FERRAND, 2011 ; FERRAND-PICARD, 1982). D'autres travaux avaient nourri notre réflexion sur la prégnance du prisme de la déviance dans les pratiques et les représentations professionnelles autour de la prise en charge de l'IVG (DIVAY, 2003, 2004 ; MATHIEU, 2016). Mais un manque subsistait : peu de recherches (à l'exception de thèses de médecine ou de mémoires de fin d'études de maïeutique) avaient été jusqu'alors menées sur les modalités mêmes de la pratique abortive, ses évolutions et leurs incidences sur la division du travail abortif, entre les différent.e.s professionnel.le.s des établissements de santé et en cabinet de ville où elle s'effectue.

L'inscription de notre recherche dans le cadre d'une convention CIFRE (2017-2020) signée entre l'université de Bourgogne et l'Observatoire Régional de Santé, financé pour cela dans le cadre de son contrat d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé Bourgogne Franche-Comté, nous a conduite à resserrer la focale de notre investigation, en nous interrogeant plus particulièrement sur le rôle et la place du groupe professionnel des sages-

femmes dans l'organisation territoriale de l'offre de soins en matière d'orthogénie. La commande première qui nous était passée était d'objectiver, par le biais d'analyses quantitatives et qualitatives, la part prise effectivement par les sages-femmes, mais aussi d'identifier les freins et les leviers à l'engagement de la profession dans la pratique abortive, dans le contexte de la réorganisation de l'offre induite par la loi de 2016.

Nourrie de nos lectures, nous étions à notre entrée sur le terrain guidée par l'hypothèse selon laquelle l'élargissement du champ de compétence des sages-femmes à la pratique abortive par voie médicamenteuse, inscrit dans la loi de modernisation de notre système de santé en janvier 2016, avait donné lieu à des pratiques de « délégation du sale boulot » de la pratique abortive, entrant dans le jeu de délimitation des territoires d'exercice professionnels entre obstétricien.ne.s, gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes et infirmières (HUGHES, 1996 ; ARBORIO 2009). C'est ainsi que nous nous sommes d'abord interrogée sur les modalités effectives de la division du travail abortif au sein des services dans les établissements de santé, en souhaitant produire un savoir localisé sur les pratiques et les représentations professionnelles en orthogénie, en nous intéressant plus particulièrement à la profession de sages-femmes.

Dans le cadre des grandes orientations de la Stratégie nationale de santé, du Pacte territoire santé (PTS), depuis 2012, outre l'intégration du Diplôme d'État de sage-femme à la réforme Licence-Master-Doctorat (LMD), différentes mesures gouvernementales sont venues renforcer la place et le rôle de celles-ci dans notre système de santé : création du statut de sages-femmes coordonnatrices permettant de valoriser la diversité de leurs responsabilités dans l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux (suppression de la hiérarchie directe des directeurs de soins), renforcement de la représentation de ces professionnelles (étudiantes comprises) au sein des commissions médicales d'établissements (CME), reconsidération du statut des étudiantes sages-femmes (qui deviennent des agents publics dès leur 4e année, rémunérées ainsi au même titre que les étudiant.e.s en médecine, pharmacie et odontologie), formation renforcée et création dès 2017 d'un corps enseignant.e.s-chercheuses en maïeutique, et revalorisation salariale (rénovation de la grille indiciaire à l'hôpital et possibilité de facturer les actes médicaux comme les médecins, en libéral).

Ce contexte donnait par ailleurs plus de pertinence à notre objectif d'analyser le processus d'intégration du groupe professionnel à la catégorie formelle des « metteur.euse.s en œuvre » de la politique publique en matière d'IVG.

B. APPORTS DE CETTE RECHERCHE

Nos analyses et nos observations ont été nourries par nos lectures tout au long de l'enquête de terrain.

Il nous est apparu très vite que le prisme dominant dans la littérature consacrée à la prise en charge de l'IVG, celui du « gouvernement des conduites » adopté dans une perspective à la fois foucaldienne et féministe, selon laquelle la médicalisation de la pratique abortive reconduirait l'exercice d'une forme de contrôle social sur les pratiques contraceptives et abortives, restreindrait l'appréhension des modalités d'engagement des sages-femmes dans la pratique abortive. Certes, tous les entretiens menés ont ceci de commun, quelle que soit la profession, le rang dans la hiérarchie médicale ou le statut de l'enquêté.e, qu'ils soulignent l'importance de ne pas « banaliser » cet acte médical si peu « anodin ». Mais cette forme de discours public sur l'IVG, assez consensuelle, prend un sens différent dès lors que l'analyse tient compte des conditions de production de ce discours. L'observation des scènes du travail abortif a montré que ce groupe professionnel n'est pas investi partout de la même manière sur le territoire, ni sur un plan quantitatif, et encore moins qualitatif. L'un des premiers résultats de l'enquête est d'avoir mis au jour l'inégale participation des sages-femmes à la prise en charge de l'IVG, et, suivant, les différentes manières de donner du sens à cette activité médicale. A la façon d'Anne Paillet procédant à une sociologie de l'éthique ancrée dans les pratiques professionnelles, nous nous sommes efforcée de « saisir les processus de production et de mobilisation des valeurs – et les rapports que les individus entretiennent avec elles – dans les contextes pratiques dans lesquels ils se jouent » (2007 :11). Nous souhaitons donc souligner plusieurs variables de l'analyse, qui a montré comment la distribution des tâches, des rôles, des fonctions contribue à la production d'un ordre négocié (STRAUSS, 1992) autour de l'activité d'orthogénie.

I. L'importance des choix organisationnels et de l'organisation de l'offre de soins en périnatalité dans l'économie des coopérations entre membres de groupes professionnels concurrents

Sur un plan numérique, tout d'abord, d'importantes disparités territoriales sont apparues, aussi bien dans les pratiques, les modalités de la division du travail et le sens que les professionnelles donnent à l'activité d'IVG. Celles-ci peuvent répondre à des injonctions managériales et gestionnaires. Selon la taille de l'établissement de santé, son statut

(privé/public), le volume de son activité en termes de suivi de grossesse, de prise en charge des accouchements et la proportion relative du nombre d'IVG réalisées dans l'établissement, selon le type de maternité (I, IIA, IIB ou III), selon aussi le volume de la masse salariale, les statuts des personnels employé.e.s, les choix de rotation des personnels dans les différents services (suivi de grossesse, salle de travail, suite de couches) ou au contraire celui de l'affectation des sages-femmes à un seul service, la part prise par les sages-femmes dans l'activité d'IVG varie énormément d'un établissement à l'autre. Certains centres d'IVG n'ont, longtemps, pas employé de sages-femmes au sein de leurs équipes. D'autres variables entrent aussi en ligne de compte : la répartition géographique et l'organisation territoriale de l'offre de soins, fonction aussi de la démographie médicale comme du dynamisme démographique selon les contextes populationnels, pèsent sur la manière dont les sages-femmes sont impliquées dans le déploiement de l'offre en matière d'orthogénie. Et, pour les sages-femmes libérales, il en va de même. Il est bien évident qu'une sage-femme sera différemment amenée à participer à la prise en charge de l'IVG, selon qu'elle exerce par exemple, comme Aurélie dans notre enquête, depuis dix ans dans une maternité de type III, dans un service où sont prises en charge conjointement les grossesses dites pathologiques et les IVG en ambulatoire – à raison d'environ 1000 par an, essentiellement par voie médicamenteuse – avec une quarantaine d'autres sages-femmes, ou selon qu'elle exerce, comme Elodie, dans un centre d'orthogénie d'un hôpital de la région parisienne, dans lequel elle occupe un poste dédié, avec un médecin généraliste, une autre sage-femme à mi-temps et une conseillère conjugale et familiale. Aurélie accueille dans son service, selon les plages réservées au bloc opératoire et aux IVG médicamenteuses, 4 à 6 femmes par semaine pour une IVG ; elle effectue leur surveillance post-opératoire en même temps qu'elle s'occupe des femmes hospitalisées pour un problème de santé durant leur grossesse. Elle a le sentiment que les femmes venues pour une IVG lui font perdre du temps ; Elodie prend en charge plus de femmes pour une IVG dans la semaine : mais elle a choisi ce poste, elle n'effectue pas de garde le week-end ni le soir, elle consacre certaines après-midi à des déplacements dans des établissements scolaires pour des séances d'éducation à la sexualité, et elle effectue aussi des consultations dédiées à la contraception. Il en va encore différemment pour Anna, sage-femme libérale dans un département rural, qui a choisi de se rendre disponible pour effectuer des IVG médicamenteuses dans son cabinet : mais la population locale est vieillissante, les jeunes femmes du territoire poursuivent pour l'essentiel leurs études dans des grandes villes éloignées de son cabinet. Ses patientes, si elles ne sont pas résidentes de la petite ville où elle exerce, doivent nécessairement se rendre chez elle en voiture (ce qui exclut en pratique qu'une adolescente vienne seule la consulter) , quand ce n'est pas Anna qui effectue

des visites à domicile. Aussi ne pratique-t-elle guère que 4 à 5 IVG par année. Toutes n'ont pas le même regard sur cette partie de leur activité professionnelle. Aurélie exprime lassitude et agacement ; Elodie, son intérêt jamais démenti pour cet objet du travail médical, support d'un engagement militant. Pour Anna, la pratique de l'IVG compte parmi les services qu'en tant que sage-femme libérale, elle peut proposer à sa patientèle : elle l'inscrit dans le continuum de sa représentation de la santé sexuelle et reproductive.

L'enquête, telle qu'elle a été menée, et aussi parce que le recul temporel était encore insuffisant, n'a pas permis d'établir de comparaisons entre les représentations des professionnelles, à contexte d'exercice comparable. Seule une enquête menée par questionnaire, dispensé à un grand nombre de sages-femmes sur l'ensemble du territoire, pourrait permettre de typifier les modalités de l'engagement de ces dernières dans l'activité d'orthogénie et son ordre négocié, comme de rendre compte de dynamiques professionnelles sur un terme pertinent.

II. L'influence de la « culture des services » et des trajectoires biographiques dans la construction du mandat en orthogénie

Corrélée aux choix relatifs aux modalités de l'organisation de la division du travail abortif dans les établissements de santé ou à l'échelle géographique, l'influence des cultures locales et des trajectoires biographiques des professionnel.le.s sur les pratiques de coopération interprofessionnelles a été mise en lumière par l'enquête, au travers d'une grille de lecture interactionniste, attentive aux logiques et processus microsociologiques au fondement des coproductions et des négociations développées au sein des situations de travail entre les professionnel.le.s impliqué.e.s dans l'activité d'orthogénie. Celle-ci demanderait à être affinée, peut-être au travers d'analyses monographiques. L'observation a ainsi donné à voir combien, au centre périnatal de proximité de D2., l'histoire de la fermeture de la maternité, des luttes locales qu'elle a soulevées, mais aussi l'ancrage rural de l'établissement, dans un département habité par une population précaire, vieillissante, comptant un nombre important d'agriculteurices, les interactions entre soignant.e.s et patientes étaient variables. Voir Florence, elle-même mariée à un exploitant agricole, se montrer compréhensive à l'égard des angoisses comptables d'une épouse d'agriculteur justifiant son oubli d'une visite de contrôle parce que c'était « les foins » incite par exemple à décentrer le prisme de l'analyse en termes de gouvernement des conduites. A cela, il faut ajouter l'inscription temporelle de la relation professionnelle entretenue par le personnel avec le Dr T., qui déjeune depuis plus de trente ans

avec ses collègues : il n'est « pas anodin » de voir les secrétaires se précipiter pour aider ce dernier à faire une photocopie avec la nouvelle imprimante, qu'il maîtrise mal. Là, les questions de « professionnalité », de « cloisonnements disciplinaires » et de « partage des savoirs » sont posées dans des termes qui diffèrent d'un service comme celui du Dr. V., au CHU1, connu pour sa froideur et son management autoritaire. L'approche par les socialisations professionnelles a donc été un autre apport de cette thèse : nous avons vu comment la prise en charge de l'IVG était traduite dans les programmes d'enseignement au cours des études de maïeutique, là encore en portant une attention sur les différences qui se font jour dans ces traductions en fonction des écoles et des dynamiques impulsées par certain.e.s enseignant.e.s. Nous avons souligné aussi combien les modalités mêmes de la coopération, l'autonomie laissée aux sages-femmes dans la division du travail abortif pouvaient peser sur la construction de ces représentations professionnelles de l'IVG. Nous avons, pour cela, mobilisé les outils de la sociologie de l'engendrement de Luc Boltanski, en essayant de montrer que ces contextes de socialisation participaient de la construction de l'ethos professionnel, en jouant sur les dispositions des professionnel.le.s à accepter les deux contraintes paradoxales inhérentes à cette grammaire de l'engendrement.

III. Le poids de l'histoire du groupe professionnel sur les représentations de l'IVG

La thèse s'est également articulée autour d'une analyse des modalités de l'engagement des sages-femmes dans l'activité d'orthogénie basée sur la prise en compte des dynamiques sociohistoriques observables au sein et entre les territoires professionnels du champ. Les résistances ou au contraire l'enthousiasme des sages-femmes à investir ce nouveau mandat abortif ne peuvent en effet être comprises si elles sont dissociées de l'histoire du groupe professionnel, qui occupe une position dominée dans le champ médical depuis son institutionnalisation au tournant du XVIIIème siècle. Celui-ci est toujours en quête de légitimation face aux groupes concurrents dans le champ de l'obstétrique et de la périnatalité. Les sages-femmes, mandatées par les pouvoirs publics pour prendre en charge les événements relevant du champ de la physiologie dans les parcours de santé gésique des femmes, s'efforcent de défendre et d'accroître le territoire de leur juridiction, sur une scène professionnelle où le paradigme du risque est au fondement de toute l'organisation de l'offre de soins. Toute attribution de nouvelles licences en matière de santé sexuelle et reproductive est donc, en principe pour les sages-femmes, perçue comme une reconnaissance.

L'obtention d'un droit d'exercice de manière pleinement autonome dans le champ de l'orthogénie s'inscrit, dans le contexte de ces luttes définitionnelles, comme une nouvelle étape dans ces dynamiques professionnelles. L'élargissement du champ de compétence à la possibilité de prescrire et de pratiquer les différentes techniques abortives représente donc une opportunité paradoxale pour le groupe professionnel. Pour que l'obtention de la compétence abortive puisse représenter aux yeux des professionnelles un nouveau mandat valorisant, au même titre que, par exemple, le droit de procéder au suivi gynécologique des femmes en bonne santé obtenu en 2009, il a fallu construire l'activité d'orthogénie comme nouvel objet du travail médical. Cela n'avait rien d'évident, car, précisément, l'institutionnalisation du groupe professionnel s'est opérée, au 19^{ème} surtout, au nom des luttes entreprises par les politiques natalistes, en proscrivant aux sages-femmes de répondre à toute demande d'avortement, considérée alors comme illégitime, voire déviante. Nous posons que l'analyse des dynamiques professionnelles actuelles en matière d'orthogénie ne peut se découpler de celle des contextes dans lequel les pouvoirs publics ont à cœur de défendre, depuis le vote de la loi Veil, le droit d'accéder à l'IVG.

L'investissement du mandat des sages-femmes en orthogénie trouve sa place dans le changement paradigmatique qui s'opère depuis le tournant du 20^{ème} siècle, et non sans tensions, dans la « culture du problème public de l'IVG ». Depuis le vote de la loi Veil en 1975, l'amélioration du cadre légal et réglementaire dans un objectif de lutte contre les inégalités sociales et territoriales en matière d'accès à l'IVG a traduit l'évolution des représentations autour de cet acte médical. Celui-ci se trouve progressivement « dépathologisé » à mesure que l'autonomie décisionnelle des femmes est renforcée dans le droit : possiblement effectué hors de l'enceinte de l'hôpital, en médecine de ville, à domicile (en partie), et au cours des consultations de télémedecine, dorénavant assuré par d'autres professionnelles de santé que des médecins, il est en voie de « normalisation » dans le système de santé.

Nous considérons qu'un glissement paradigmatique s'est opéré dans l'ordre symbolique produit autour de ce problème public, que nous qualifions de « physiologisation » de l'IVG, en « passant aux mains » des sages-femmes. Les spécialistes de gynécologie et d'obstétrique comme les médecins généralistes ont perdu leur position de monopole sur cet objet du travail, avec l'élargissement du champ de compétence des sages-femmes en la matière. Ce glissement n'est pas à entendre comme un processus de « démedicalisation » de l'IVG, au sens où elle fait toujours l'objet d'un traitement médical. Il est cependant particulièrement symbolique pour ce qui relève de la compétence instrumentale, longtemps le « lieu » du partage hiérarchique entre les obstétriciens et les sages-femmes. Cette légitimation du groupe professionnel représente un

changement majeur pour la profession, en ce sens qu'elle traduit un desserrement du contrôle des médecins sur les savoirs, l'exécution des tâches et leur hiérarchisation dans le champ de la santé sexuelle et reproductive (FREIDSON, 1984).

Une partie de la thèse s'est attachée à décrire comment ce groupe professionnel investit ce mandat en orthogénie ; nous avons vu (cf. supra) que la finalité de l'activité est définie en fonction des contextes d'exercice, des modalités de coopération et des trajectoires biographiques des individus ; mais elle fait aussi l'objet d'un travail de définition par les professionnelles elles-mêmes, au sein des instances ordinales et des associations professionnelles qui les représentent. Ce travail s'opère par le biais d'une rhétorique qui consolide cette opération de « physiologisation de l'IVG » sur un plan cognitif, en le construisant, non plus comme un acte déviant, ni comme relevant d'un seul « échec de la contraception », mais comme un événement de la santé génésique des femmes (et des couples) en bonne santé. L'orthogénie est donc construite comme une spécialité centrée sur le soin des femmes, perçue comme nécessaire, voire bénéfique pour celles auxquelles elle s'applique. La prise en charge de l'IVG est intégrée dans les programmes de la formation initiale, fait l'objet de spécialisations dans le cadre de formations continues ; et trouve sa place comme argument justifiant des revalorisations financières dans les revendications catégorielles du groupe professionnel auprès de différents auditoires, les institutions hospitalières et l'Etat. Considérée dès lors comme objet du travail médical au même titre que le suivi gynécologique, l'accompagnement de la grossesse et des accouchements, elle peut justifier la mobilisation de la compétence relationnelle, dont la profession se targue d'avoir une meilleure maîtrise (sinon le monopole) que leurs concurrents dans le champ médical.

L'élargissement du champ de compétence des sages-femmes s'est accompagné d'une autre mesure hautement symbolique (dans la voie de normalisation de l'acte), votée aussi dans la loi du 2 mars 2022, celle de l'allongement des délais légaux de prise en charge de l'IVG jusqu'à 16 SA. Celle-ci participe de ce mouvement de normalisation de l'activité d'orthogénie dans le système de soin, contredit par l'hostilité qu'a soulevé la question de la suppression de la clause de conscience spécifique à l'IVG, refusée par les législateurices. Nous considérons que la légitimation du groupe professionnel des sages-femmes à participer à la conduite de l'action publique en matière d'IVG représente, pour les pouvoirs publics, une voie de compromis : elle permet aux autorités d'augmenter le nombre d'acteurices de premier recours en santé sexuelle et reproductive, et par là de tenter de pallier aux problématiques d'accès à l'IVG, sans toucher à cette clause de conscience, dont on a vu le poids symbolique et moral

qu'elle jouait dans l'établissement du compromis de la loi Veil, comme dans son maintien dans la législation près de 50 ans plus tard.

IV. La construction d'une médecine féministe ?

Nous avons vu que la conjugaison avec l'expression de valeurs féministes de la pratique de la gynécologie, et plus particulièrement de l'orthogénie qui a été un enjeu conflictuel des luttes pendant les années qui ont précédé la légalisation de l'avortement (RUAULT, 2017 ; PAVARD, 2012), pose question. Certaines professions de la gynécologie ou segments de la profession ont pu mettre en avant une identité professionnelle qui mobilisait l'idée d'une spécialité féministe. La dernière partie de la thèse s'est intéressée à ce titre aux mobilisations actuelles de l'association nationale des sages-femmes orthogénistes (ANSFO) qui revendiquent cette spécificité. L'analyse se proposait d'en appréhender les fondements politiques et les implications, en termes de savoirs et de pratiques médicales et professionnelles.

Nous avons montré la particularité de leurs revendications féministes, de nature essentiellement réformistes, qui tentent de faire évoluer la loi pour améliorer les conditions de l'accès à l'IVG en France, sur un plan quantitatif et qualitatif. L'association articule deux enjeux dans leurs luttes : un enjeu de santé publique, et un enjeu professionnel, celui de faire reconnaître, du même mouvement, la légitimité du groupe professionnel à la participation de l'action publique en matière d'orthogénie. Leurs revendications portent donc sur une critique de la législation, que ses membres souhaitent voir amender, on l'a vu, et sur une critique de l'obstétrique et de la gynécologie, en ce qu'elles peuvent contribuer au redéploiement des normes de genre dans le champ de la contraception et de la reproduction, et lorsqu'elles se bornent à prendre en charge les événements de la santé génésique sans les replacer dans le contexte social, et psycho-affectif des individus, sans considérer l'agentivité des sujets amenés à être pris en charge. Ces valeurs conduisent les militantes de l'ANSFO à critiquer également l'ordre de genre et les rapports sociaux de sexe existant au sein de la société comme de la hiérarchie médicale, et qui sont, d'après elles, au fondement de la domination que le groupe professionnel subit encore dans les établissements de santé. Elles participent à la construction de l'IVG comme objet du travail pour le groupe professionnel en s'efforçant de faire la lumière sur les points aveugles et les logiques discriminatoires qui continuent d'exister dans les pratiques de prescription des professionnel.le.s de santé en la matière. Cependant, elles ne vont pas jusqu'à développer une rhétorique visant à porter une revendication de démedicalisation de l'IVG, comme celles qui peuvent être développées dans d'autres pôles associatifs de l'espace

de la cause des femmes. Nous avons vu que l'association, de petite taille et encore peu visible sur la scène médiatique, demeure aussi dans l'ombre portée d'associations professionnelles militantes telles que l'ANCIC, plus ancienne et plus « légitime » du fait de la présence dans ses rangs de médecins disposant d'un fort capital symbolique et militant.

L'ANSFO a bénéficié, depuis la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID 19 qui a contribué à l'engagement des pouvoirs publics pour assouplir la réglementation des conditions de prise en charge de l'IVG, d'une fenêtre d'opportunités pour faire entendre des revendications que l'association porte depuis 2009, date de sa création. Le vote de la loi du 2 mars 2022 a été, bien sûr, accueilli comme une victoire par les militantes, qui ne comptent pas s'en tenir là. En effet, l'enquête a montré qu'elles demeuraient vigilantes à la bonne opérationnalisation des dispositifs mis en place dans la législation, notamment celui de l'expérimentation à la pratique instrumentale de l'IVG par les sages-femmes.

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES SCIENTIFIQUES

AMAT-ROZE Jeanne-Marie, 2011, « La territorialisation de la santé : quand le territoire fait débat », *Hérodote*, 4 n°143, pp. 13-32.

ANCIAN Julie, 2021, « Grossesses sous contraintes. L'invisibilisation des inégalités sociales de santé dans les procès de néonaticide », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1-2, n° 236-237, pp. 40-53.

AIKEN Abigail R.A, LOHR Patricia A, LORD Jonathan, GHOSH Nabanita, STARLING Jennifer, 2021, « Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study », *BJOG, A international Journal of Obstetrics and Gynaecology*, n° 128/9, pp. 1464-1474.

ARBORIO Anne-Marie, 2007 ; « L'Observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier », *Recherche en soins infirmiers* n° 90, pp.26-34.

AUBENY Elisabeth, 2015, « L'IVG médicamenteuse : une technique en évolution permanente », *Genesis*, n°182.

AZCUE Mathieu, TAIN Laurence, 2021 « L'émergence du concept de « violence obstétricale » : l'impact du mouvement féministe », *Santé Publique*, Vol. 33 n°5, pp. 635-643.

BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle, 2001, « L'avortement à l'âge de raison », *Mouvements*, /4, n°17, pp99-105.

BAJOS N. *et al.*, 2004, « Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France », *Population*, vol. 59, n° 3-4.

BAJOS N., FERRAND M., 2006, « L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines*, 1/n°61, pp. 91-117

BAJOS N., FERRAND M., 2011, « De l'interdiction au contrôle. Les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°1, pp.43-60

BAJOS Nathalie, PRIOUX France, MOREAU Caroline, 2013, « Increase of repeat abortion in France : From contraceptive issues to postponement of childbearing age », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61(4), pp.291-8.

BAJOS Nathalie *et al.*, 2014, « La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? », *Population et sociétés*, n° 511.

BALCOU-DEBUSSCHE Maryvette, 2005, « L'écriture et la socialisation professionnelle des étudiants. L'exemple des infirmiers, sages-femmes et aides-soignants en formation initiale », *Le Sociographe*, vol. 18, janvier, pp. 47-58.

BAUBEAU Dominique, MORAIS Serge, RUFFIÉ Antoine, 1999, « Les maternités de 1975 à 1996. Un processus de restructuration sur longue période. DREES, *Etudes et Résultats* n° 21.

BAUDOT Pierre-Yves, REVILLARD Anne, 2014, « Entre mobilisations et institutions. Les politiques des droits dans l'action publique », in *Gouvernement et action publique*, 4, volume 3, pp. 9-33.

BEARAK Jonathan, POPINCHALK Anna, GANATRA Bela, MOLLER Ann-Beth, TUNÇALP Özge, BEAVIN Cynthia *et al.*, 2020, « Unintended pregnancy and abortion by income, region and the legal status of abortion : estimates from a comprehensive model for 1990-2019 », *The Lancet Global Health*, vol. 8, issue 9, e1152-61..

BECKWITH Karen, 2000, « Beyond Compare ? Women's Movements in Comparative Perspective », *European Journal of Political Research*, vol. 37, pp. 431-468.

BENACCHI Alexandra, MULLER-COLARD Marion, QUINIO Dominique, 2021, « Débat sur le délai d'accès à l'IVG », *Société d'Edition de Revues*, « *Etudes* », n°2, pp. 33-45.

BERENI Laure, 2009, « Quand la mise à l'agenda ravive les mobilisations féministes. L'espace de la cause des femmes et la parité politique (1997-2000) », *Revue française de science politique*, /2 (Vol. 59), p. 301-323.

BERENI Laure, DEBAUCHE Alice, LATOUR Emmanuelle *et al.*, 2010, « Entre contrainte et ressource : les mouvements féministes face au droit », *Nouvelles Questions Féministes*, 1 (Vol. 29), pp. 6-15.

BERENI Laure, REVILLARD Anne, 2012, « Un mouvement social paradigmatique ? Ce que le mouvement des femmes fait à la sociologie des mouvements sociaux », *Sociétés contemporaines*, 1 n° 85, p. 17-41.

BESSE Laurent, CHATEIGNER Frédéric, IHADDADENE Florence, « L'éducation populaire », 2016, *Savoirs*, 3, n 42, pp. 11-49.

BETALA BELINGA Jean-François *et al.*, 2010, « Coût de l'interruption volontaire de grossesse pour un établissement public de santé en France : enjeux et problématique d'une activité mal déclarée », *Journal de Gynécologie et Biologie de la Reproduction*, Vol. 39, N°7, pp. 549-553.

BIZEUL Daniel, 1998, « Le récit des conditions d'enquête : exploiter l'information en connaissance de cause », *Revue française de sociologie*, vol. 39, n°4, pp. 751-787.

BLAYO Chantal, 1995, « L'évolution du recours à l'avortement en France depuis 1976 », In: *Population*, 50^e année, n°3, pp. 779-810.

BLONDEL Béatrice, NORTON Joanna, DU MAZAUBRUN Christiane, BREART Gérard, 2001, « Évolution des principaux indicateurs de santé périnatale en France métropolitaine entre 1995 et 1998 », *Journal de la Gynécologie Obstétrique et de la Biologie de la Reproduction*, vol. 30, pp. 552-564

BOJOVIC Neva, STANISLJEVIC Jovana, GIUNTI Guido, 2021, « The impact of COVID-19 on abortion access: Insights from the European Union and the United Kingdom », *Health Policy*, Volume 125, Issue 7, pp. 841-858

BOKANOWSKI Thierry, 2010, « Du traumatisme au trauma : Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse », *Psychologie clinique et projective*, /1 n° 16, p. 9-27.

BOLTANSKI Luc, 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 26^e année, n° 1, pp. 205-233.

BOLTANSKI L., 2005, « Passer des épreuves », *Revue Projet*, 6, n°289, pp. 72-75.

BONDUELLE Alexandre, 1996, « La clause de conscience et le fonctionnaire », *LPA*, n°117, p.16.

BOURDIEU Pierre, 1973, « L'opinion publique n'existe pas », *Les Temps Modernes*, n°378, pp. 1292-1309

BOUVIER-COLLE Marie-Hélène, 2016, « Santé sexuelle et de la reproduction. État des lieux et émergence des problématiques », *ADSP* n°96, pp.10-12.

- BREHAUX Karine, DELEPINE-PANISSET Béatrice, GRAFTIEAUX Jean-Pierre, 2014, « Controverses éthiques et cliniques sur le « Bien naître » », *Bulletin d'histoire et d'épistémologie des sciences de la vie*, 2/ 21, pp. 191-208.
- BRETIN Hélène, KOTOBI Laurence, 2016, « Inégalités contraceptives au pays de la pilule », *Agone*, 1, n° 58, pp. 123-134.
- BROQUA Christophe, 2009, « L'ethnographie comme engagement : enquêter en terrain militant ». *Genèses*, vol. 75, pp. 109-124.
- BROUSSAL Dominique, 2009, « Valeurs et normes dans la formation des sages-femmes », *Les Dossiers des Sciences de l'Education*, 22, pp. 121-138.
- BUÉ Nicolas, 2010, « Gérer les relations d'enquête en terrains imbriqués. Risque d'enclichage et distances aux enquêtés dans une recherche sur une coalition partisane locale », *Revue internationale de politique comparée*, 4 Vol. 17, pp. 77-91.
- BUISSON Guillemette, 2003, « Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risques, avec de fortes disparités régionales », *DREES, Études et Résultats n°225*.
- CAHEN Fabrice, 2011, « De 'l'efficacité' des politiques publiques : la lutte contre l'avortement 'criminel' en France, 1890-1950 », *Revue d'histoire moderne & contemporaine*, 3, n° 58-3, pp. 90-117.
- CAHEN F. 2015, « Soins, refus de soin ou maltraitance ? Médecins et avortées dans les hôpitaux parisiens, 1900-1975 », *Histoire, médecine et santé*, 7, pp. 63-76.
- CALLON Michel, RABEHARISOA Vololona, 1999, « De la sociologie du travail appliquée à l'opération chirurgicale : ou comment faire disparaître la personne du patient ? », *Sociologie du travail*, 41/2, pp 143-162.
- CAMERON Sharon, RAWLANDS Sam, GEMZELL-DANIELSSON Kristina, 2019, « Self-assessment of success of early medical abortion using a self-performing urine pregnancy test », *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, vol. 24/4, pp.319-312.
- CARAYOL Marion, 2004, « La sage-femme : un acteur incontournable de la périnatalité en France », In: *Santé, Société et Solidarité*, n°1. Naître en France et au Québec. pp. 97-103.

CARON-LEULLIEZ Marianne, 2006, « L'Accouchement Sans Douleur. Un enjeu politique en France pendant la guerre froide », *Canadian Bulletin of Medical History /BCHM*, Vol. 23 n°1, pp. 69-88.

CARRICABURU Danièle, 2005, De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public, *Sociologie du travail*, Vol. 47 - n° 2, pp. 245-262.

CARRICABURU Danièle, 2007, « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition », *Sociologie et société*, n° 1-39, pp. 123-144.

CASTEL Robert et al., 2008, « D'où vient la psychologisation des rapports sociaux ? », *Sociologies pratiques* 2/17, pp. 15-27.

CASTRA Michel, 2013, « Travail émotionnel et compétences relationnelles en soins palliatifs », In SCHEPENS Florent (éd.), *Les soignants et la mort*. Toulouse, Érès, « Clinique du travail », pp. 123-135.

CESBRON Paul, 2001, « Plaidoyer pour une bienveillance obstétricale : de la 'sécurité' au 'bien-être' », *Journal de pédiatrie et de puériculture*, Vol. 14/6, pp. 341-346.

CHAMBOREDON Hélène, PAVIS Fabienne, SURDEZ Muriel, WILLEMEZ Laurent, 1994, « S'imposer aux imposants. À propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », *Genèses*, n° 16.

CHAPONNIERE Martine, ROUX Patricia, RUAULT Lucile, 2017, « Que font les jeunes féministes de l'héritage des générations antérieures ? », *Nouvelles Questions Féministes*, 1, Vol. 36, pp. 6-14.

CHAPOULIE Jean-Michel, 1973, « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », *Revue française de sociologie*, n° 14, pp. 86-114.

CHARLAP Cécile, 2015, « La question de la ménopause dans le contexte français. Entre médicalisation genrée et résistances des femmes », *Gérontologie et société*, 1, vol. 37, n° 148, pp. 123-134.

CHARRIER Philippe, 2004, « Comment envisage-t-on d'être sage-femme quand on est un homme ? L'intégration professionnelle des étudiants hommes sages-femmes », *Travail, genre et sociétés*, 2 n°12.

CHARRIER P., 2008, « Des hommes dans une profession "traditionnellement" féminine : choix professionnel et dénomination chez les hommes sages-femmes », In GUICHARD-CLAUDIC

Yvonne, KERGOAT Danièle, VILBROD Alain (dir.), *L'inversion du genre*, Rennes, PUR, pp.231-242.

CHARRIER P., 2011, *Les sages-femmes en France*, Rapport de recherche, Centre Max Weber, ENS Lyon.

CHARRIER P., 2013, « Les mutations professionnelles comme soutien de la présence des hommes dans la profession de sage-femme », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 44-2, pp. 93-113.

CHARRIER P., 2015, « Diversification des lieux de naissance en France : le cas des Maisons de naissance », *Recherches familiales*, 1 n°12, p. 71-83.

CHARVOLIN Véronique, 2016, « Rapport dominant/dominé, étude socio-historique de l'obstétrique entre visibilité et invisibilité du groupe professionnel des sages-femmes », Transversales, Université de Bourgogne, CNRS, Centre Georges Chevrier, Sociétés & Sensibilités [Dijon - UMR7366].

CHEYNEY M., BOVBJERG M., EVERSON C., GORDON W., HANNIBAL D., VEDAM S., 2014, « Outcomes of care for 16,984 planned home births in the United States : The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004-2009 », *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol.59, n°1, pp. 17-27.

CICOUREL Aaron V., KITSUSE John, 1963, « A Note on the Uses of Official Statistics », *Social Problems*, 11, pp. 131-139.

CLAVANDIER Gaëlle, CHARRIER Philippe, 2015, « La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie ? », *Recherches familiales*, 1/12, pp. 165-174.

COLLET Marc, 2011, « Un panorama de l'offre en matière de prise en charge des IVG : caractéristiques, évolutions et apport de la médecine de ville », *Revue française des affaires sociales*, p. 86-115.

COLMANT Claire, FRYDMAN René, 2009, « Y a-t-il des grossesses et des accouchements à bas risque ? », *Gynécologie obstétrique et fertilité*, 37, pp.195-199.

CONRAD Peter, 1975, « The discovery of hyperkinesis : notes on the medicalization of deviant behavior », *Social Problems*, vol. 23, n°1, pp.12-21.

CRENSHAW Kimberlé W, 2005 « Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l'identité et violences contre les femmes de couleur », *Cahiers du Genre*, 2, n° 39, pp. 51-82.

CRINON Jacques, GUIGUE Michèle, 2006, « Écriture et professionnalisation », *Revue française de pédagogie*, 3 n°156, pp. 12-12.

DAGNAUD Monique, MEHL Dominique, 1988a, « Les gynécologues 1 : une profession sous influence », *Sociologie du travail*, n° 2-30, p. 271-285.

DAGNAUD M., MEHL D., 1988b, « Les gynécologues 2 : une profession influente », *Sociologie du travail*, n° 2-30, p. 287-300.

DARMON Muriel, 2005, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, 1 n°58, pp. 98-112.

DELPHY Christine, 1970, « L'ennemi principal », *Partisans*, 54-55, juillet-octobre, pp. 157-172.

DEMAILLY Lise et DE LA BROISE Patrice, 2009, « Les enjeux de la déprofessionnalisation », *Socio-Logos*, n°4.

DERBEZ Benjamin, 2010, « Négocier un terrain hospitalier. Un moment critique de la recherche en anthropologie médicale », Belin, *Genèses*, 1 n° 78. pp.105-120.

DEVREUX Anne-Marie, FERRAND-PICARD Michèle, 1982, « La loi sur l'avortement. Chronologie des événements et des prises de position », *Revue française de sociologie*, 1982, 23-3. La libéralisation de l'avortement, pp. 503-518.

DESPRES Caroline, 2013 « Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité », *Anthropologie et santé*, n°6.

DE ZORDO Silvia, ZANINI Giulia, MISHTAL Joanna *et al.*, 2021, « Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe ; a mixed-methods study », *BJOG*, vol. 128 n°5, p838-845.

DIVAY Sophie, 2003, « L'IVG : un droit concédé encore à conquérir », *Travail, genre et sociétés*, 1, n°9, p. 197-222.

DIVAY S., 2004, « L'avortement : une déviance légale », *Déviance et Société*, 2 Vol. 28, pp. 195-209.

DUMORTIER Thomas, 2008, « La loi IVG : l'effectivité de quel droit ? » CHAMPEIL-DESPLATS Véronique, LOCHAK Danièle, *A la recherche de l'effectivité des droits de l'homme*, Presses Universitaires de Paris 10.

ENDLER Margit, A LAVELANET Antonella, CLEEVE Amanda, et al., 2019, « Telemedicine for medical abortion: a systematic review, *BJOG, A international Journal of Obstetrics and Gynaecology*, n° 126/9, pp. 1094-1102.

FAGOT-LARGEAULT Anne, 2011, « Un regard de philosophe sur le statut de l'embryon et de l'IVG », *Revue française des affaires sociales*, 1, pp.61-67.

FAUCON C., BRILLAC T., 2013, « Accouchement à domicile ou à l'hôpital : comparaison des risques à travers une revue de la littérature internationale », *Gynécologie obstétrique & fertilité*, n°41, pp. 388-393.

FAVRE Lola, 2020, « Les législations sud-américaines contre les violences obstétricales : résultat d'une mobilisation précoce », Institut du Genre en géopolitique, 22 juillet, article en ligne, disponible sur <https://igg-geo.org/?p=1568>.*

FERRAND-PICARD Michèle, 1982, « Médicalisation et contrôle social de l'avortement. Derrière la loi, les enjeux », *Revue française de sociologie*, 23-3, p.383-396.

FILLION Emmanuelle, 2012, « Quelles stratégies de soins face à des risques concurrents ? Les professionnels de la grossesse et de la naissance aux prises avec des conflits de légitimité », *Sciences sociales et santé*, 2 vol. 30, pp. 5-28.

FLAHAULT Érika, 2013, « 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 (n° 55), pp. 89-108.

FLYE SAINTE-MARIE Bénédicte, 2009 « les doulas : un accompagnement controversé », dossier « Bientôt maman », *Côté Mômes*.

FONDIMARE Elsa, 2014, « La loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes à l'épreuve du Conseil constitutionnel. Avortement et procédure législative », *La Revue des droits de l'homme* [En ligne], Actualités Droits-Libertés, mis en ligne le 11 décembre.

FOURNIER Cécile, BOURGEOIS Isabelle, NAIDITCH Michel, 2018, « Action de santé libérale en équipe (ASALEE) : un espace de transformation des pratiques de soins primaires », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n°232.

FONQUERNE Leslie, 2021, « C'est pas la pilule qui ouvre la porte du frigo ! ». Violences médicales et gynécologiques en consultation de contraception, *Santé Publique*, 5, vol.33, pp. 663-673.

FRESSON Jeanne, REY Sylvie, VANHAESEBROUCK Alexis, VILAIN Annick, avec la participation de BLONDEL Béatrice, BONNET Camille et COULM Bénédicte (INSERM), CVETOJEVIC Deborah, SZCRUPAK Martin, VALDÈS Lydia (DGOS), 2017, « Les maternités en 2016. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », DREES, *Études et Résultats*, n°1031.

FRIGON Sylvie, 1994, « Femmes, hérésies et contrôle social : des sorcières aux sages-femmes et au-delà », *Canadian Journal of Women & the Law*, vol. 7 n° 1, pp. 133-155.

FRIEDBERG Erhard, 1994, « Comprendre comment les hommes gèrent leur interdépendance et structurent leur coopération : réponse à François Chazel et Olivier Favereau », *Sociologie du travail*, 36^{ème} année, 1, pp. 103-111.

GARCIA Sandrine, 2005 « Expertise scientifique et capital militant. Le rôle des médecins dans la lutte pour la légalisation de l'avortement », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3 n°158, pp. 96-115.

GAVARINI Laurence, 2002, « La production d'un nouvel imaginaire scientifico-biologique. Promotion des « nouveaux » modes de procréation », *Journal des anthropologues*, 1-2, n° 88-89, pp. 79-101.

GÉLIS Jacques, 1980 « Enquête sur les sages-femmes du royaume », *Annales de démographie historique*, pp. 299-343.

GELLY Maud, PAVARD Bibia, 2016, « De la fabrique des militant.e.s à la fabrique des patient.es. Deux mobilisations profanes : l'avortement (1972-1975) et le dépistage du sida (2007-2011) », *Genèses*, vol. 1, n°102, pp. 47-66.

GENEST Serge, 1990, « Un, deux, trois... Bistouri. Technologie, symbolisme et rapports sociaux en salle d'opération », *Anthropologie et sociétés*, 14/1, pp. 9-24.

GIAMI Alain, SPENCER Brenda, 2004, « Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle : contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels », *Revue d'Epidémiologie et de santé publique*, Genre et Santé, septembre, volume 52, n° 4, pp 377-387.

GILBERT Claude, HENRY Emmanuel, 2012, « La définition des problèmes publics : entre publicité et discrétion. *Revue Française de Sociologie*, Vol. 53(1), pp. 35-59.

GIRAUD Anne-Sophie, 2016, Le statut liminal du fœtus mort en France. Du « déchet anatomique » à « l'enfant », *Techniques et Culture*, « Réparer le monde » 65/66

GISQUET Elsa, 2006, « Vers une réelle ingérence des profanes ? Le mythe de la décision médicale partagée à travers le cas des décisions d'arrêt de vie en réanimation néonatale », *Recherches familiales*, 1, n°3, pp. 61-73.

GOFFMAN Erving, 2002 « la « distance au rôle » en salle d'opération », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 3/143, p. 80-87.

GOMPERTS Rebecca, 2002, « Women on waves: Where next for the abortion boat? », *Reproductive Health Matters*, 10(19), pp. 180-183.

GREGOIR Stéphane, 2014, « L'évaluation des politiques publiques : qui et comment ? », *Économie & prévision*, 1-2, n°204-205, pp. 211-224.

GUILLAUME Agnès, ROSSIER Clémentine, 2018, « L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences », *Population*, 2, Vol. 73, pp. 225-322.

GUTIERREZ Hector, HOUDAILLE Jacques, 1983, « La mortalité maternelle en France au XVIIIe siècle », *Population*, n° 6, p. 988.

HABIB Johanna, YATIM Fatima, SEBAI Jihane, 2019, « Analyse des facteurs influençant l'émergence des pratiques de télémédecine : le cas des Maisons de Santé en France », *Systèmes d'information & management*, Vol. 24 n°1, p. 47-85.

HARDY Anne-Chantal, 2015, « La formation de l'objet du travail médical. L'exemple de la médecine générale et de la gynécologie obstétrique », *Travail et emploi*, 1 n°141, p. 9-24.

HENAUT Léonie et POULARD Frédéric, 2018, « Faire groupe au sein d'un groupe : la structuration des segments professionnels », *SociologieS*, dossier « Identité au travail, identités professionnelles », novembre. En ligne : <http://journals.openedition.org/sociologies/8798>.

HIEZ David, 2006, « La clause de conscience ou la conscience source du droit ? », *Libres propos sur les sources du droit : mélanges en l'honneur de Philippe Jestaz*, Dalloz, pp. 209-224

HILGARDNER Stephen, BOSK Charles L., 1988, « The Rise and fall of Social Problems : a public arenas model », *The American Journal of Sociology*, 1, pp. 58-59.

JACQUES Béatrice, PURGUES Sonia, 2012, « L'entrée des hommes dans le métier de sage-femme : faire sa place dans un monde professionnel « ultraféminisé » », *Revue française des affaires sociales*, n°2-3, p. 52-71.

JACQUES Béatrice, 2019, « Des pratiques d'accouchement routinisées aux violences obstétricales », 2ème *congrès international du GIS Institut du genre « Genre et émancipation »*, Université d'Angers, France.

JACQUES B., 2022, « Élargissement des compétences des sages-femmes et reconfiguration des frontières professionnelles dans le champ du dépistage », in : *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, DENISE Thomas, DIVAY Sophie, et al. (dir.), IRDES, pp.277-288.

JOBERT Bruno et MULLER Pierre. 2021, « L'État en action (1987) », *Revue française de science politique*, n° hors-série, p. 222-227.

JOSEPH Isaac, 1994, « Attention distribuée et attention focalisée : les protocoles de la coopération au PCC de la ligne A du RER », *Sociologie du travail*, 36^{ème} année, n°4, pp.563-585.

KENNEL John, KLAUS Marshall, McGRATH Susan, ROBERTSON Steven, HINKLEY Clark, 1991, "Continuous emotional support during labor in a US hospital", *JAMA*, Vol. 265, n°17, pp.2197-2201.

KERGOAT Danièle, 2000, « Division sexuelle du travail et rapports sociaux de sexe », In *Dictionnaire critique du féminisme*, HIRATA Helena, LABORIE Françoise., LE DOARÉ Hélène, SENOTIER Danièle. (ed.), Paris, PUF pp. 35-44.

KLAUS Marshall, KENNEL John, ROBERTSON Steven, SOSA Roberto, 1986, Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *B.M.J.* 293, pp. 585-587.

KOECHLIN Aurore, 2019, « L'auto-gynécologie : écoféminisme et intersectionnalité », *Travail, genre et sociétés*, 2/42, pp. 109-126.

LARRERE Catherine, 2017, « L'écoféminisme ou comment faire de la politique autrement », *Multitudes*, 2 n°67, pp. 29-36.

LASCOUMES Pierre, SIMARD Louis, 2011 « L'action publique au prisme de ses instruments. Introduction », *Revue française de science politique*, 1/61, pp. 5-22.

LAVOUÉ Vincent et al. ? 2011, « L'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse de 12 à 14 semaines d'aménorrhée : étude rétrospective portant sur 126 patientes », *Journal de Gynécologie obstétrique et Biologie de la reproduction*, vol. 40, n° 7, p. 626-632.

LEFAUCHEUR Nadine, 1988, « La résistible création des accoucheurs des hôpitaux », *Sociologie du travail*, 30^e année n°2, Désir d'enfant et techniques de la naissance. pp. 323-352.

LE GUEN Mireille, ROUZAUD-CORNABAS Mylène, VENTOLA Cécile, 2021, « Les hommes face à la contraception : entre norme contraceptive genrée et processus de distinction », *Cahiers du Genre*, 1 (n° 70), p. 157-184.

LEVY Michel-Louis, 1996, « Les Cinquante ans du Baby-Boom », INED, *Population et société*, n°311.

LIARTE Aurélien, 2007, « Le corps, territoire politique du sacré », *Noesis*,12 (en ligne <http://journals.openedition.org/noesis/13434>)

LÖWY Ilana, 2005, « Le féminisme a-t-il changé la recherche biomédicale ? Le Women' Health Movement et les transformations de la médecine aux Etats-Unis », *Travail, Genre et sociétés*, vol. 2, n°14, pp.89-108.

MARGUET Laurie, 2022, « La loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement : un renforcement en demi-teinte », *La Revue des droits de l'homme* [En ligne], Actualités Droits-Libertés, mis en ligne le 19 avril 2022. URL : <http://journals.openedition.org/revdh/14614> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/revdh.14614>

MATHEY-PIERRE Catherine, BOURDONCLE Raymond, 1995, « Autour du mot 'Professionnalité' », *Recherche & Formation*, n°19, Recherches sur les institutions et pratiques de formation. pp. 137-148.

MATHIEU Marie, RUAULT Lucile, 2014, « Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale : la classe des femmes sous surveillance », *Politix*, /3, n°107, pp. 33-59.

MATHIEU M., 2019, « Une poignée de sel sur les braises de la lutte pour la libération de l'avortement et de la contraception. A propos du film *Quand je veux, si je veux* », *La Découverte*, « Mouvements », 3, n°99, pp.48-56.

MATHIEU M., MOZZICONACCI Vanina, RUAULT Lucile et al., 2020, « Pour un usage fort des épistémologies féministes », *Nouvelles questions féministes*, 1/39, pp.6-15

MATHIEU M., 2022, « L'avortement en France ; du droit formel aux limites concrètes à l'autonomie des femmes », *Lextenso*, « Droits et sociétés », 2/111, pp.335-355.

- MATHIEU Séverine, 2012b, « Religion et assistance médicale à la procréation », *Sociologie*, 3 ; Vol. 3, pp. 267-281.
- MAZUY Magali, TOULEMON Laurent, BARIL Élodie, 2014, « Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours », *Population*, /3, vol. 69, p. 365-398.
- MAZUY Magali, TOULEMON Laurent, BARIL Élodie, 2015, « Un recours moindre à l'IVG, mais plus souvent répété », *Population & Sociétés*, /1, n°518, pp. 1-4.
- MAZUY Magali, BARIL Élodie, TOULEMON Laurent, 2016, « L'IVG en France et l'évolution des normes procréatives et contraceptives », *ADSP* n° 96, p. 21
- MEMMI Dominique, 1989, « Savants et maîtres à penser », *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 76-77, Droit et expertise. pp. 82-103.
- MEMMI Dominique, 1999, « L'enquêteur enquêté », *Genèses*, n°35.
- MEMMI Dominique, 2005, « Administration du vivant et sacralité », *Vingtième siècle*, Revue d'histoire, 87, juillet-septembre.
- MESNIL Marie, 2020, « L'autoconservation de gamètes en débat », *Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM)*, 1, n°25, pp. 27-31.
- MICHIE Lucy, CAMERON Sharon T. et al., 2014, « Simplified follow-up after early medical abortion : 12-month experience of a telephone call and self-performed low-sensitivity urine pregnancy test », *Contraception* 89, 440-445.
- MILLET Mathias, THIN Daniel, 2005, « Le temps des familles populaires à l'épreuve de la précarité », *Lien social et Politiques*, n°54, pp. 153–162.
- MILLEPIED Anne-Charlotte, 2020, « Visualiser l'endométriose », *Revue d'anthropologie des connaissances* [En ligne], 14-3.
- MOLENAT Françoise, MORARD-DUBEY Anne, ROEGIERS Luc, 2019, « Le sentiment de continuité en périnatalité. Concepts et outils : une élaboration progressive », *Périnatalité*, /4 Vol. 11, pp. 149-160.
- MOLINIER Pascale, 2006, « Le Masochisme des femmes dans le travail : mythe sexiste ou défense professionnelle ? Le cas des infirmières de bloc opératoire », *Psychologie clinique et projective*, 1/12, pp.211-230.
- MONJARET Anne, 2002, « Les bureaux ne sont pas seulement des espaces de travail... », *Communication et organisation* [En ligne], 21, mis en ligne le 27 mars 2012

- MOREAU Caroline, BAJOS Nathalie, BOUYER Jean, 2004, « De la confusion de langage à l'oubli : la déclaration des IVG dans les enquêtes quantitatives en population générale ». *Population* (3-4), pp. 503-517.
- MORIGNY Cynthia, TAQUE Robert, FROMAGET Jean, SAGOT Paul, 2005-2006, « Interruptions volontaires de grossesse : Tenter de comprendre la répétition », *Adsp*, HCSP, n° 53-54.
- MORIN Christine, LEYMARIE Marie-Christine, 2014, « Évolution de la formation des sages-femmes », *Les Dossiers de l'obstétrique*, n° 440, p. 28-32.
- NAIDITCH M. et BRÉMOND M, 1998, « Réseaux et filières en périnatalogie, définitions, typologie et enjeux », in « Conférence de consensus », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 27, supplément n° 2, pp. 52-61.
- NAU Jean-Yves, 2014, « De la démedicalisation du corps des femmes », *Revue Médicale Suisse*, pp.1270-1271.
- KAUFMANN Jean-Claude, 1992, "Le monde social des objets", *Sociétés contemporaines*, n°27, p. 111-125.
- OLSEN Ole, CLAUSEN Jette A., 2012, « Planned hospital birth versus planned home birth », *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- D'OLIVEIRA Ana Flávia PIRES Lucas, DINIZ Simone Grilo; SCHRAIBER Lilia Blima, 2002« Violence against women in health-care institutions: an emerging problem », *The Lancet*, Vol. 359, 9318, pp.1681-1685.
- PALIER Bruno, 2010, « Path dependance (Dépendance au chemin emprunté) », In BOUSSAGUET Laurie (ed), *Dictionnaire des politiques publiques*, 3ème édition actualisée et augmentée, Paris, Presses de Sciences Po., « Références », pp. 411-419
- PARADEISE Catherine, 1985, « Rhétorique professionnelle et expertise », *Sociologie du travail*, vol. XXVII, n°1, pp. 17-31.
- PAVARD Bibia, 2012, « Quand la pratique fait mouvement. La méthode Karman dans les mobilisations pour l'avortement libre et gratuit (1972-1975) », *Sociétés contemporaines*, 1 n°85, pp. 43-63.
- PAVARD B., 2009, « Contraception et avortement dans *Marie-Claire* (1955-1975) : de la méthode des températures à la méthode Karman », *Le Temps des médias* n°12, pp. 100-113.

- PELCHAT Yolande, 1995 « La Conférence internationale sur la population et le développement du Caire : un parti pris pour les femmes ? », *Recherches féministes*, Vol. 8 n°1, Femmes, populations développement, pp. 155-164.
- PENEFF Jean, 1997, « Le travail du chirurgien : les opérations à cœur ouvert », *Sociologie du travail*, 39/3, pp.265-296
- PERETTI-WATEL Patrick, 2003, « Risque et innovation : un point de vue sociologique », *Innovations*, 2 n°18, pp. 59-72.
- PERETTI-WATEL P., 2005, « La culture du risque, ses marqueurs et ses paradoxes », *Revue économique*, n°56, pp. 372-373.
- PERETTI-WATEL P., 2006, « Lien social et santé en situation de précarité : état de santé, recours aux soins, abus d'alcool et réseau relationnel parmi les usagers des services d'aide », *Economie et statistiques*, n°391-392, pp.115-130
- PETITNICOLAS Jacques, 2006, « Le mannequin de Madame du Coudray ou comment former les accoucheuses au xviii^e siècle », *La Revue du praticien*, vol. 56, pp. 226-229.
- PHILIPPE Claudine, 2007, « Le conseil conjugal et familial. Une profession à la recherche de reconnaissance et d'unité ». *Recherches et prévisions*, n° 89, pp. 64-71.
- PICHAT Jean-Bourgeois, 1946, « La Situation démographique », *INED Population*, n°2, pp. 329-342.
- PIERRU Frédéric, 2020, « Agences régionales de santé : mission impossible », *Revue française d'administration publique*, 2, n°174, p. 385-403.
- PINELL Patrice, 2005, « Champ médical et processus de spécialisation », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°156-157, pp. 5-36.
- PINELL Patrice, 2009, « La genèse du champ médical : le cas de la France (1795- 1870) », *Revue française de sociologie*, n°50-2, pp. 315-349.
- POUCHELLE Marie-Christine, 2010, « Situations ethnographiques à l'hôpital. « Elle vient voir si on a un os dans le nez... », *Recherche en soins infirmiers*, 4 n°103, p. 4-19.
- POWLES John, 1973, On the limitations of modern medicine. *Sci Med Man*, 1(1):1-30. PMID.
- PRUVOST Geneviève, 2018, « Le monde de la naissance alternative : une myriade de points de vue féministes », *Travail, genre et sociétés*, vol.1, n° 39, pp. 207-213.4

- RAUDE Jocelyn, 2013, « Les stratégies et les discours de prévention en santé publique : paradigmes et évolutions », *Communication & langages*, 2 n°176, pp. 49-64.
- RENAHY Nicolas, 2010, « Classes populaires et capital d'autochtonie. Genèses et usages d'une notion », *Regards sociologiques*, n°40, pp.9-26.
- REYNOLDS-WRIGHT John Joseph, JOHNSTONE Anne, MCCABE Karen, EVANS Emily, CAMERON Sharon, 2021, « Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks' gestation: a prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic », *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 47: 246-251.
- REZNIK Florence, 2009, « Le groupe Balint, une autre façon de penser le soin », *Le Journal des psychologues*, T.7, n°270, pp.29-30.
- RICHARD-GUERROUDJ Nour, 2014, « le rôle des sages-femmes, une comparaison France-Angleterre », *Les Tribunes de la santé* » Presses de Sciences Po, Vol. 3 n° 44, pp. 85 à 91.
- ROLLAND Christine, PIERRU Frédéric, 2013, « Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade », *Santé Publique*, 4, Vol. 25, p. 411-419.
- ROSSIER Clémentine, PIRUS Claudine, 2017, « Évolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002 », *Population*, Vol. 62 n°1, p. 57-90.
- ROUX Alexandra, VENTOLA Cécile, BAJOS Nathalie, 2017, « Des experts aux logiques profanes : les prescripteurs de contraception en France », *Sciences sociales et santé*, 3, Vol. 35, pp. 41-70.
- RUAULT Lucile, 2016, « La circulation transnationale du self-help féministe : acte 2 des luttes pour l'avortement libre », *Critique internationale*, 1 n°70, pp.37-54.
- RUAULT L., 2021, « Histoires d'A et méthode K. La mise en récit d'une technique et ses enjeux dans le mouvement pour l'avortement libre en France », *Sociétés contemporaines*, 1 n°121, pp. 139-170.
- RUFFIÉ Antoine *et al.*, 1998, « État des lieux des structures obstétricales et néonatales en France », *Journal de gynécologie, d'obstétrique et de biologie de la reproduction* n° 27, supplément n°2.
- SADLER Michelle, DOS SANTOS Mário, RUIZ-BERDÚN Dolorès, LEIVA ROJAS Gonzalo, SKOKO Elena, GILLEN Patricia, CLAUSEN Jette A, 2016, "Moving beyond

disrespect and abuse : addressing the structural dimensions of obstetric violence”, *Reproductive Health Matters*, 24(47), pp. 47-55.

SAIAS Thomas, CLAVEL Caroline, BODARD Julie, 2018, « Effets du programme d’accompagnement du retour à domicile sur les pratiques des services de Protection maternelle et infantile », *Santé Publique*, 4, Vol. 30, pp. 489-496.

SAINT-AMANT Stéphanie, 2015, « Naît-on encore ? Réflexions sur la production médicale de l’accouchement », *Recherches familiales*, Vol. 1, n° 12, pp. 9-25.

SANSEIGNE Francis, 2009, « Médicaliser l’action en faveur de la contraception : le Planning Familial, du scandale à la stratégie de l’objectivité », *Quaderni*, 68, pp.49-60.

SAWICKI Frédéric, SIMEANT Johana, 2009, « Décloisonner la sociologie de l’engagement militant. Note critique sur quelques tendances récentes des travaux français », *Sociologie du travail*, 51(1), pp. 97-125

SAUREL-CUBIZOLLES Marie-Josèphe, OPATOWSKI Marion, DAVID Philippe, BARDY Françoise, DUNBAVAND Annabel, 2016, « Pain during medical abortion : a multicenter study in France », *European of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, Vol. 194 n°11, pp. 212-217.

SCHNEGG Céline, 2007, « L’avortement médicamenteux : de la technique à l’expérience. La méthode abortive en question », *Nouvelles Questions Féministes* Vol. 26 n°2, p. 60-72.

SCHWEYER François-Xavier, 1996, « La profession de sage-femme : autonomie au travail et corporatisme protectionniste », *Sciences sociales et santé*, 14/3, pp. 67-102.

SETBON Michel, 1996, « Le risque comme problème politique », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°2, pp. 11-28.

SIHVO Sinikka, BAJOS Nathalie, DUCOT Béatrice, KAMINSKY Monique and the COCON group, 2003, « Women’s life cycle and abortion decision in unintended pregnancies », *Journal of Epidemiology and Community Health Care*, 57(8), pp. 601-605.

SITRUK-WARE Régine, 2000, « Approval of mifepristone (RU 486) in Europe », *Zentralblatt für Gynäkologie*,122(5):241-7.

SOMMIER Isabelle, 2020 « Contre-mouvement », In FILLIEULE Olivier (éd)., *Dictionnaire des mouvements sociaux. 2^e édition mise à jour et augmentée*. Paris, Presses de Sciences Po, « Références », pp. 159-164.

SOMMIER Isabelle, 2010, « 5. Diffusion et circulation des mouvements sociaux », In AGRİKOLIANSKY Éric (éd.), *Penser les mouvements sociaux. Conflits sociaux et contestations dans les sociétés contemporaines*. Paris, La Découverte, « Recherches », pp. 101-120.

SOSA Roberto, KENNEL John, KLAUS Marshall, ROBERTSON Steven, URRUTIA Juan, 1980, “The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction”, *N. Engl. J. Med.* 303, pp. 597-600.

THOËR-FABRE Christine, LEVY Joseph, 2007, « La pharmacologisation de la ménopause : l’hormonothérapie et ses fonctions dans les discours de baby-boomers françaises » *Nouvelles Pratiques Sociales*, 19(2), pp. 46-61.

THIZY Laurine, 2021 « Esquiver le stigmate lié à l’avortement : le travail « d’invisibilisation » comme renforcement du travail procréatif », *Enfances Familles Générations*, [En ligne] <https://journals.openedition.org/efg/11732>.

THOME Cécile, 2022a, « Quand la sortie de la norme médicale interroge les normes intimes : l’exemple du coït interrompu », *Sciences sociales et santé*, 3, vol.40, pp. 75-98.

THOME C., 2022b, « Les « méthodes naturelles » de contraception. La construction d’une pratique entre normes de classe et reproduction de genre », *Cahiers du Genre*, 1, n° 72, pp. 143-174.

TILLICH Emma, 2019, « « Libérées, délivrées ! » : stérilisées et sans enfant », *Ethnologie française*, 4, Vol. 49, pp. 787-801.

TRAIÏNI Christophe, 2009, « Choc moral », In FILLIEULE Olivier (éd.), *Dictionnaire des mouvements sociaux*, Paris, Presses de Sciences Po, « Références », pp. 101-107.

ULMANN André, 2000, « The development of mifepristone: a pharmaceutical drama in three acts », *Journal of the American Medical Women’s Association*, 55 (3 Suppl):117-20

ULRICH Amandine, LESEUR Benoit, INSEE, 2019, « L’offre périnatale de Bourgogne Franche-Comté serait confrontée à une baisse des naissances jusqu’en 2030 », *INSEE Analyses Bourgogne Franche-Comté*, n°48.

VASSY Carine, 2022, « Coopérer pour résister à la déprofessionnalisation ; le travail des sages-femmes en maternité privée », in : IRDES, *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, DENISE Thomas, DIVAY Sophie, DOS SANTOS Marie, FOURNIER Cécile, GIRARD Lucile, LUNEAU Aymeric (dir.), pp. 85-98.

VEGA Anne, 1999, « Contagion et rapports sociaux à l'hôpital », *Ethnologie française*, 29 janvier, pp.100-110

VENTOLA Cécile, 2014, « Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées », *Genre, sexualité & société* [En ligne], 12, Automne.

VENTOLA C., 2016, « Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre », *Cahiers du Genre*, 1 n°60, pp. 101-122.

VIALLE Claire, 2017, « Abortion access in the Republic of Ireland and Northern Ireland: International influence and changing laws? », *Policy Perspectives*, 24, pp.1-15.

VILAIN Annick, 2011, « Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge », *La Documentation française, Revue Française des Affaires Sociales*, /1, pp. 116- 147.

WEBER Jean-Christophe *et al.*, 2008, « Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical : entre indications cliniques et embarras éthiques », *Sciences sociales et santé*, 1 Vol. 26, pp. 93-120.

WILLEMEZ Laurent, 2002, « De l'expertise à l'enchantement du dévouement », in COLLOVALD Annie *et al.* (dir), *L'Humanitaire ou le management des dévouements. Enquête sur un militantisme de « solidarité internationale » en faveur du Tiers-Monde*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, pp. 49-78.

ZALD Mayer Nathan. *et* USEEM Bert, 1987, « Movement and Countermovement Interaction : Mobilization, Tactics, and State Involvement », In Mc CARTHY John D. *et* ZALD Mayer Nathan, *Social Movements in an Organizational Society*, New York, Routledge , pp. 247-272.

ZOLESIO Emmanuelle, 2013 « La socialisation chirurgicale, un apprentissage « par claques » », *Revue française de pédagogie*, 3 n°184, p. 95-104.

ZOLESIO E., 2015, « Des modalités d'apprentissage brutes et brutales en chirurgie », *Travail et emploi*, 1 n°141, p. 25-35.

REVUES PROFESSIONNELLES

BOUET Patrick, GERARD-VARET Jean-François (dir), *L'Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2020*, Conseil National de l'Ordre des Médecins

DOUGUET Florence et VILBROD Alain, 2019, « L'exercice du métier de sage-femme libérale dans une organisation pluridisciplinaire : quels effets sur les coopérations interprofessionnelles ? », *Revue Sage-femme*, vol. 18, n° 5, pp. 68-73.

GLORIE Céline, 2012, « IVG : quelles perspectives pour les sages-femmes ? », *Les Dossiers de l'Obstétrique*, n° 416, juin.

The Lancet, 2014, « Maïeutique », Résumé analytique de la série du *Lancet*, juin

YOHANNA Emmanuelle, 1995, « Relations d'enquête et positions sociales », *Genèses*, n°20.

« La santé. Innovations de modernisation », *Innovations* 2019/3 (n°60), De Boeck Supérieur, 246 p.

« Le nouveau-né prématuré, son environnement et sa famille », *Revue de médecine périnatale*, Lavoisier, 2016/3 (Vol. 8), 52 p

OUVRAGES

ABBOTT Andrew, 1988, *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, Chicago University Press.

ABRAHAM Nicolas, TOROK Maria, 1978, *L'écorce et le noyau*, Paris, Flammarion.

AÏACH Pierre, FASSIN Didier *et. Al.*, 1994, *Les métiers de la santé : Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, collection Sociologiques.

AKRICH Madeleine, PASVEER Bernike, 1996, *Comment la naissance vient aux femmes. : Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Le Plessis Robinson, Synthelabo, Les empêcheurs de penser en rond.

ANCIAN Julie, 2022, *Les Violences inaudibles. Récits d'infanticides*, Paris, Le Seuil, collection « La Couleur des idées ».

ARAGON Louis, 1963, *Le Fou d'Elsa*, Paris, Gallimard.

ARTAL-MITTELMARK Raul, 2021, « Physiologie de la grossesse », *Manuel MSD, Saint Louis University School of Medicine*,

AUGE Marc, 1992, *Non-lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*, Paris, Le Seuil.

- AUSTIN John L., 1991, *Quand dire, c'est faire*, Paris, Le Seuil, coll. « Points Essais », [1962]
- BAJOS Nathalie, FERRAND Michèle, 2002, *De la contraception à l'avortement, sociologie des grossesses non prévues*, Paris, éditions Inserm
- BAJOS N. et FERRAND M., 2005, *Contraception et avortement*, Paris, La Découverte.
- BALARD Frédéric, FOURNIER Cécile, KIVITS Joëlle *et al.*, 2016, « Introduction », in Joëlle Kivits éd., *Les recherches qualitatives en santé*. Paris, Armand Colin, « U ».
- BELORGEY Nicolas, 2010, *L'Hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*, Paris, La Découverte.
- BERCOT Régine, DE CONINCK Frédéric, 2006, *Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ?* Paris, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales ».
- BERENI Laure, CHAUVIN Sébastien, JAUNAIT Alexandre, REVILLARD Anne, 2012, *Introduction aux études sur le genre*, Bruxelles, De Boeck.
- BERGERON Henri, CASTEL Patrick, 2015, *Sociologie politique de la santé*, Paris, PUF, coll. « Quadrige Manuels.
- BOLTANSKI Luc, 2004, *La Condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, NRF Essais.
- BOLTANSKI Luc, 2012, *Énigmes et complots. Une enquête à propos d'enquêtes*, Paris, Gallimard.
- BORELLE Céline, 2017, *Diagnostiquer l'autisme. Une approche sociologique*, Presses des Mines, Paris, 2017
- BOURDIEU Pierre, 1972, *Esquisse d'une théorie de la pratique. Précédé de « Trois études d'ethnologie kabyle*, Paris, Librairie Droz, « Travaux de Sciences Sociales »
- BOURDIEU P., 1982, *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*, Paris, Fayard
- BOURDIEU P., 1989, *La Noblesse d'État. Grandes écoles et esprit de corps*. Paris, Éditions de Minuit
- BOURDIEU P., 1992, *Les règles de l'art. Genèse et structure du champ littéraire*, Paris, Seuil, « Libre examen »
- BOURDIEU P., 1994, *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Paris, Le Seuil.

- BOURDIEU P., 2001, « Les rites d'institution », *Langage et pouvoir symbolique*, Paris, Le Seuil
- BOURDIEU P., 2002, *Le Bal des célibataires. Crise de la société paysanne en Béarn*, Paris, Points Seuil
- BOURDIEU P., 2004, *Esquisse pour une auto-analyse*, Paris, Éditions Raisons d'agir.
- BRUCHEZ Christine, DARWICHE Joëlle, VIAL Yvan, 2019, « Tests prénataux et grossesse après assistance médicale à la procréation », *Périnatalité*, /3, vol. 11, pp. 117-125.
- BURKE Kenneth, 1994, *Attitudes towards History*, University of California Press, 3^{ème} édition, 434 p.
- BURNAY Nathalie, 2022, *Sociologie des émotions*, Paris, De Boeck.
- CAHEN Fabrice, 2016, *Gouverner les mœurs. La lutte contre l'avortement en France, 1890-1950.*, Paris, INED Editions, Collection : Études et enquêtes historiques.
- CANGUILHEM Georges, 1952, *La Connaissance de la vie*, Paris, Hachette.
- CARRICABURU Danièle, CASTRA Michel, COHEN Patrice, 2010, *Risque et pratiques médicales*, Presses de l'EHESP, « Recherche, santé, social ».
- CARRICABURU Danièle, MENOIRET Marie, 2004, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin
- CASTEL Robert, 2003, *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ?*, Paris, Le Seuil/ La République.
- CASTRA Michel, 2003, *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*. Presses Universitaires de France, « Le Lien social ».
- CESBRON Pierre et KNIEBIEHLER Yvonne, 2004, *La naissance en Occident*, Paris, Albin Michel.
- CHAMPY Florent, 2012, *La sociologie des professions*, Paris, Presses Universitaires de France, « Quadrige ».
- CHARRIER Philippe, CLAVANDIER Gaëlle, 2013, *Sociologie de la naissance*, Paris, Armand Colin, « Collection U ».
- CLAIR Isabelle, 2012, *Sociologie du genre*, Paris, Armand Colin, coll. « 128 », 125 p.

COCHOY Franck, 1999, *Une histoire du marketing : discipliner l'économie de marché*, Paris, La Découverte, « Textes à l'appui ».

COHEN Stanley, 2002, *Folk Devils and Moral Panics*, (1972), London, Routledge.

COMBIER Évelyne, DE POUVOURVILLE Gérard, 1999, *Périnatalité. L'évolution des pratiques médicales en France*, Paris, La Mutualité française, collection « Horizons »

CRESSON Geneviève, DRULHE Marcel, SCHWEYER François-Xavier [dir.], 2003, *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*, Rennes, Éditions de l'EHESP, Collection « Recherche Santé Social ».

DARMON Muriel, 2016, *La socialisation*, Paris, Armand Colin, « 128 ».

DARMON M., 2021, *Réparer les cerveaux. Sociologie des pertes et des récupérations post AVC*, Paris, La Découverte.

DELOYE Yves, 1996, *Sociologie historique du politique*, Paris, la Découverte.

DENISE Thomas, DIVAY Sophie, et al., 2022, *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Paris, IRDES.

DEMAZIERE Didier, GADEA Charles (dir.), 2009, *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, collection « Recherches ».

DESJEUX Dominique, GARABUAU-MOUSSAOUI Isabelle, 2000, *Objet banal, objet social. Les objets quotidiens comme révélateurs des relations sociales*, Paris, L'Harmattan.

DODIER Nicolas, 2003, *Leçons politiques de l'épidémie de sida*, Paris, Éditions de l'EHESS.

DOUGUET Florence et VILBROD Alain, 2017, *Les sages-femmes libérales*, Paris, Seli Arslan.

DUBAR Claude, 1996 (1991), *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Colin.

DUBAR Claude et TRIPIER Pierre, 1998, *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin.

DUDEN Barbara, 1996, *L'invention du fœtus. Le corps féminin comme lieu public*, Paris, Descartes et Cie.

DURKHEIM Émile, 1985, *Les Formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, Presses Universitaires de France, réédition de 1912.

DURKHEIM É., 2003, *Éducation et sociologie*, Paris, PUF, réédition de 1922.

- ERNAUX Annie, 2000, *L'Événement*, Paris, Gallimard.
- FASSIN Didier, 1996, *L'espace politique de la santé, Essai de généalogie*, Paris, Presses Universitaires de France, collection Sociologie d'aujourd'hui.
- FAUCHER Philippe, 2021, *Une sur trois*, Paris, Robert Laffont.
- FAUCHER Philippe, HASSOUN Danielle, 2018, *Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse*, 3^{ème} édition, Paris, Vuibert.
- FEDERICI Silvia, 2014, *Caliban et la sorcière*, Paris, Éditions Entremonde.
- FILLEULE Olivier, OFFERLE Michel, 2005, *Le désengagement militant*, Paris, Belin, collection « Sociologiquement ».
- FILLIEULE Olivier, MATHIEU Lilian et PECHU Cécile, 2009, *Dictionnaire des mouvements sociaux*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.
- FOX Renée, 1988, *L'incertitude médicale*, Paris, L'Harmattan.
- FREIDSON Eliot, 1984, *La profession médicale*, Paris, Payot.
- GELIS Jacques, 1988, *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard
- GELIS Jacques, 1984, *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident moderne XVIème-XIXème siècle*, Paris, Fayard.
- GIAMI Alain, MOREAU Émilie, MOULIN Pierre, 2015, *Infirmières et sexualité. Entre soins et relation*. Presses de l'EHESP, « Recherche, santé, social »
- GIDDENS Anthony, 1991, *Modernity and Self-Identity*, Cambridge, Polity Press.
- GOODE Erich, NACHMAN Ben-Yehuda, 2009, *Moral Panics: The Social Construction of Deviance*, Wiley–Blackwell.
- GUICHARD-CLAUDIE Yvonne, KERGOAT Danièle et VILBROD Alain, 2008, *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement.*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes.
- GUILLAUMIN Colette, 2002, *L'Idéologie raciste. Genèse et langage actuel*, Paris, Gallimard, réédition de 1972.

GUSFIELD Joseph, 2009, *La Culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Economica, collection « Etudes Sociologiques ».

HASSENTEUFEL Patrick, 2011, *Sociologie politique : l'action publique*. Armand Colin, « Collection U ».

HOCHSCHILD Arlie, 2017, *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*, Paris, La Découverte, traduction de 1983.

HUGHES Everett Cherrington, 1997, *Le regard sociologique. Essais choisis*. Textes rassemblés et présentés par J.-M. Chapoulie, Paris, Éditions de l'EHESS.

JACQUES Béatrice, 2007, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, Presses Universitaires de France, collection « Partage du savoir ».

JOBERT Bruno, MULLER Pierre, 1987, *L'Etat en action : Politique publiques et corporatismes*. Paris, Presses Universitaires de France.

JODELET Denise, 1994, *Les représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France.

KERGOAT Danièle, 2012, *Se battre, disent-elles...*, Paris, La Dispute.

KOECHLIN Aurore, 2022, *La norme gynécologique. Ce que la médecine fait au corps des femmes*, Paris, Editions Amsterdam.

LAHAYE Marie-Hélène, 2018, *Accouchement, les femmes méritent mieux*, Paris, Michalon.

LEBOYER Ferdinand 2008, *Pour une naissance sans violence*, Paris, Points Poche, réédition de 1974.

LE VAN Charlotte, 1998, *Les grossesses à l'adolescence - Normes sociales, réalités vécues*, Paris, L'Harmattan, Le Travail du Social.

MC ADAM Doug, TARROW Sidney et TILLY Charles, 2001, *Dynamics of Contention*, Cambridge, Cambridge University Press.

MARKS Harry, 1999, *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Paris, Synthélabo-Les empêcheurs de penser en rond.

MATHIEU Lilian, 2012, *L'espace des mouvements sociaux*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant.

- MAUSS Marcel, 1923-1924, *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques* », L'Année sociologique, seconde série. Réédité par TREMBLAY Jean-Marie Cégep de Chicoutimi 2002.
- MEHL Dominique, 2011, *Les lois de l'enfantement. Procréation et politique en France (1982-2011)*. Presses de Sciences Po, « Références ».
- MULLER Pierre, 1990, *Les politiques publiques*, Paris, PUF, 12e éd. 2018
- MONTAZEAU Odile, BETHUYS Jeanne, 2012, *Histoire de la formation de sage-femme en France*, [En ligne], Université Médicale Virtuelle Francophone.
- MOREL Marie-France (dir.), 2016, *Naître à la maison. D'hier à aujourd'hui*, Toulouse, Érès.
- NEGRIE Laëtitia et CASCALES Béatrice, 2016, *L'accouchement est politique. Fecondite, femmes en travail et institution*, Paris, Editions l'instant présent, collection sciences humaines.
- NEVEU Erik, 2015, *Sociologie politique des problèmes publics*, Paris, Armand Colin, Collection U.
- NIPPERT-ENG Christena, 1996, *Home and Work, Negotiating Boundaries through Everyday Life*, Chicago, University of Chicago Press.
- NOIRIEL Gérard, 2008, *Introduction à la socio-histoire*, Paris, La Découverte.
- ODENT Michel, 1976, *Bien Naître*, Paris, Le Seuil.
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2008, *La Rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*, Louvain La Neuve, Academia Bruylant
- RUWEN Ogien, 2004, *La Panique morale*, Paris, Grasset, Essais et Documents.
- PADIOLEAU Jean Gustave, 1982, *L'Etat au concret*, Paris Presses Universitaires de France.
- PAILLET Anne, 2007, *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute, coll. « Corps, Santé et Société ».
- PARSONS Talcott, 1951, *The Social System*, New York, Free Press.
- PAVARD Bibia, ROCHEFORT Florence, ZANCARINI-FOURNEL Michelle, 2012, *Les lois Veil. Contraception 1974, IVG 1975*, Paris, Armand Colin, « Collection U ».
- PENEFF Jean, 2005, *L'Hôpital en urgence*, Paris, Éditions Métailié, « Leçons De Choses », réédition de 1992.
- PERETTI-WATEL Patrick, 2010, *La société du risque*, Paris, La Découverte, « Repères ».

PINARD Adolphe, 1918, *Hygiène sociale, pour sauver la France après la victoire*, Paris, École de puériculture de la Faculté de Médecine

PLANEL Maurice-Pierre, VARNIER Frédéric, VERAN Olivier (préface), 2017, *Les fondements du virage ambulatoire. Pour une réforme du système de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP.

POUCHELLE Marie-Christine, 2003, *L'Hôpital corps et âme*, Paris, Seli Arslan

POUCHELLE M-C., 2008, *L'Hôpital ou le théâtre des opérations. Essais d'anthropologie hospitalière : tome 2*, Paris, Seli Arslan

REVILLARD Anne, 20016, *La Cause des femmes dans l'Etat. Une comparaison France-Québec*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, série « Libres courts ».

ROUMEAS Marie-Annick, 2006, *À l'écoute du corps et de la parole des femmes. La pratique quotidienne d'une gynécologue*, Paris, Éditions Yves Michel.

SAGE-PRANCHERE Nathalie, 2017, *L'École des sages-femmes. Naissance d'un corps professionnel (1786-1917)*, Tours, Presses universitaires François Rabelais.

SCHEINGOLD Stuart A., 2004, *The Politics of Rights : Lawyers, Public Policy and Political Change*, Ann Arbor (Michigan), University Of Michigan Press.

SCHWARTZ Olivier, 1990, *Le monde privé des ouvriers, Hommes et femmes du Nord*, Paris, Presses Universitaires de France.

SCHWARTZ O., 1993, *L'empirisme irréductible*, Paris, Nathan.

STRAUSS Anselm, 1992, *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme*, Textes réunis par Baszanger, Paris, L'Harmattan, collection Logiques sociales.

TAIN Laurence, 2013, *Le corps reproducteur. Dynamiques de genre et pratiques reproductives*, Rennes, Presses de l'EHESP, collection Recherche, Santé, social.

TAMIAN-KUNÉGEL Isabelle, 2002, *L'avortement et le lien maternel. Une autre écoute de l'interruption de grossesse*, Lyon, Édition Chronique sociale.

THEBAUD Françoise, 1986, *Quand nos grand-mères donnaient la vie*, Lyon, P.U.L.

VAN GENNEP Arnold, 1981, *Les Rites de passage Étude systématique des rites*, Paris, Mouton and Co et Maison des Sciences de l'homme. Paris : Éditions A. et J. Picard, réédition de 1909.

VEREAUX Michel, 1991 « L'échec d'une interruption volontaire de grossesse est-il de nature à ouvrir droit à indemnité ? », *Recueil Dalloz*, p. 80.

VIGNERON Emmanuel, 2011, *Les inégalités de santé dans les territoires français. État des lieux et voies de progrès*, Paris, Elsevier Masson.

CHAPITRES D'OUVRAGES

ABBOTT Andrew, 2003, 1. Ecologies liées : à propos du système des professions, In : MENGER Pierre-Michel, *Les professions et leurs sociologies : modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.

BERENI Laure, 2012b, « Penser la transversalité des mobilisations féministes : l'espace de la cause des femmes », in BARD Christine, *Les féministes de la 2ème vague*, Presses universitaires de Rennes, pp.27-41.

BERLIVET Luc, 2001, « Déchiffrer la maladie », In DOZON Jean-Pierre, FASSIN Didier (dir.), *Critique de la santé publique : Une approche anthropologique*, Paris, Balland, pp. 75-102.

BOISSONNAT Vincent, 2003. Un « objet-réseau » : la radiographie de dépistage du cancer du sein ». In CRESSON Geneviève (éd.), *Coopérations, conflits et concurrences dans le système de santé*. Rennes, Presses de l'EHESP, « Recherche, santé, social », pp. 47-73

CARRICABURU Danièle, 1995, « Les sages-femmes face à l'innovation technique », dans P. AÏACH Pierre et FASSIN Didier, *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos, pp. 281-308.

CARRICABURU D., 2010, « Entre incertitude et risque, les professionnels de l'obstétrique face à l'accouchement podalique », In CARRICABURU Danièle et al., *Risque et pratiques médicales*, Rennes, Presses de l'EHESP, pp. 35-47.

CÈBE Dominique, PHILIPPE Claudine, 2002. « La poursuite d'une grossesse tardivement découverte ou le recours à l'IVG hors du cadre légal français », In BAJOS Nathalie, FERRAND Michelle, *De la contraception à l'avortement, sociologie des grossesses non prévues*, éditions Inserm, Question en santé publique, Chap. 6, pp. 205- 248.

CEFAÏ Daniel, 2009 (1981) « La fabrique des problèmes publics. Boire ou conduire, il faut choisir ! », postface, in Joseph Gusfield, *La culture des problèmes publics*. pp. 219-318.

CORISH-ARNAL Marguerite, 1998, *Pratiques et croyances religieuses, valeurs morales*, Paul Brennan (dir.), *La sécularisation en Irlande*, Caen : Presses universitaires de Caen, pp 131-154.

CRESPY Amandine, SCHMIDT Vivien A., 2019, « Néo-institutionnalisme discursif », in Laurie Boussaguet éd., *Dictionnaire des politiques publiques. 5^e édition entièrement revue et corrigée*. Paris, Presses de Sciences Po, « Références », pp. 367-375.

DOBRY Michel, 2009, « La régression vers les habitus » *Sociologie des crises politiques. La dynamique des mobilisations multisectorielles*. In DOBRY, Michel (dir), Paris, Presses de Sciences Po, « Références », pp. 257-283.

DORLIN Elsa, 2009, *La matrice de la race, Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*, Paris, La Découverte, chapitre 7, « Épistémologie historique des savoirs obstétriques », pp. 137-155.

FILLIEULE Olivier, MATHIEU Lilian, 2009, « Structure des opportunités politiques », dans : Olivier Fillieule éd., *Dictionnaire des mouvements sociaux*. Paris, Presses de Sciences Po, « Références », , pp. 530-540.

GILBERT Claude, HENRY Emmanuel (dir), 2009, *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, Collection Recherches / Territoires du politique, pp.9-14.

HERVIEU-LEGER Danièle, 2007, « Vieux interdits, nouveaux absolus : le cas de l'approche catholique de la nature », dans F. Champion, S. Nizard et P. Zawadzki (sous la direction de), *Le sacré hors religion*, Paris, L'Harmattan, pp. 241-253.

JACQUES Béatrice, 2016 « Où en est-on en 2015 de la reconnaissance de l'accouchement à la maison comme pratique alternative ? », In MOREL Marie-France (éd.), 2016, *Naître à la maison. D'hier à aujourd'hui*, Toulouse, Érès, « 1001 bébés », pp. 365-385.

KING Ynestra, 2016, « Si je ne peux pas danser, je ne veux pas prendre part à votre révolution », in HACHE Émilie, *Reclaim, Recueil de textes écoféministes*, Paris, Éditions Cambourakis, collection « Sorcières, pp.105-126.

LOCHARD Yves, SIMONET Maud, « 23. Les experts associatifs, entre savoirs profanes, militants et professionnels », in DEMAZIERE Didier (éd.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*. Paris, La Découverte, « Recherches », 2009, pp. 274-284.

- MEMMI Dominique (dir), 2014, « Les profanes n'en demandaient pas tant », chapitre 7, In *La Revanche de la chair. Essai sur les nouveaux supports de l'identité*, Paris, Le Seuil, « La Couleur des idées », pp. 119-136.
- MEMMI Dominique, 2016, « Pour conclure. Naître à la maison d'hier à aujourd'hui », In Marie-France Morel éd., *Naître à la maison. D'hier à aujourd'hui*. Toulouse, Érès, « 1001 bébés », pp. 387-393.
- MERG-ESSADI Dominique, SCHMOLL Patrick, 2008, « l'IVG : du débat de société aux discussions entre experts », pp. 111-115.
- MERTON Robert, 1968, *Social Theory and social structure*, New York, The Free Press.
- MOSSUZ-LAVAU Janine, 2002, *Les lois de l'amour : les politiques de la sexualité en France, 1950-2002*, Paris : Payot.
- NISAND Israël, ARAUJO-ATTALI Luisa, SCHILLINGER-DECKER Anne-Laure, 2012, *L'IVG, Que sais-je ?* Paris, PUF, 128 p.
- PAVARD Bibia, ROCHEFORT Florence, ZANCARINI-FOURNEL Michelle, 2012, *Les lois Veil. Contraception 1974, IVG 1975*, Paris, Armand Colin, « Collection U ».
- PICQ Françoise, 1993, *Libération des Femmes. Les années mouvement*, Paris, Editions du Seuil.
- PHILIPPE Claudine, 2008, « Le conseil conjugal et familial au masculin ». In GUICHARD-CLAUDIC Yvonne, KERGOAT Danièle, VILBROD Alain (eds). *L'inversion du genre. Quand les métiers masculins se conjuguent au féminin... et réciproquement*. Rennes, Presses Universitaires de Rennes « Des sociétés ».
- RENNES Juliette, 2020, « Analyse de discours », dans : Olivier Fillieule éd., *Dictionnaire des mouvements sociaux*. 2e édition mise à jour et augmentée. Paris, Presses de Sciences Po, « Références », pp. 33-38.
- RIBEMONT Thomas, BOSSY Thibault, EVRARD Aurélien *et al.*, 2018, (dir.) « Chapitre 9. Les pesanteurs de l'action publique », in *Introduction à la sociologie de l'action publique*, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, « Ouvertures politiques », pp. 157-169.
- THOMAS Catherine, 2022, « L'accompagnement global de la maternité, un combat », chapitre 4, in *Sage-femme, gardienne de l'eutocie. Approche anthropologique du savoir-faire des sages-femmes*, Toulouse, Érès, « Trames », pp. 259-307.

RAPPORTS PUBLICS ET LITTÉRATURE GRISE

Académie nationale de médecine, 2008, Rapport au nom de la Commission X (Maternité - Enfance – Adolescence), « Les Doulas : une profession émergente ? », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, Tome 192, n°6, pp. 1237-1252.*

Agence Régionale de Santé Bourgogne-Franche-Comté, 2018, Schéma régional de santé - SRS - juillet 2018 - juin 2023 Volume 1 - parties 1 à 5, pp.188-195

Agence Régionale de Santé Ile-de-France, 2017, Plan Régional d'accès à l'IVG en Ile-de-France.

ARNAUD Jean-Michel et al., 2021, *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'Égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la situation des femmes dans les territoires ruraux*, tome 1, pp. 140-141.

ARS Ile-de-France, 2019, *L'accès à l'IVG. Principaux enseignements de l'enquête qualitative et territoriale auprès des Agences Régionales de santé.*

AUBENY Elisabeth, 2014 « L'IVG médicamenteuse : une technique qui a fait évoluer la loi », Colloque national Gynécologie et société, 14 novembre, Paris Syngof.

AUBIN Claire, JOURDAIN MENNINGER, Danièle, CHAMBAUD Laurent, 2009, *IVG : État des lieux et perspectives d'évolution du système d'information*, IGAS rapport N°RM2009-098A 37

AUBIN Claire, JOURDAIN MENNINGER, Danièle, CHAMBAUD Laurent, 2009, *Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001*, rapport de synthèse de l'Inspection Générale des Affaires Sociales.

BATTISTEL Marie-Noëlle, MUSCHOTTI Cécile, 2020, Rapport sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse, Assemblée nationale, rapport d'information n° 3343 fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes.

BOURDIN Joël, ANDRÉ Pierre, PLANCADE Jean-Pierre, 2004, Placer l'évaluation des politiques publiques au cœur de la réforme de l'État, rapport d'information fait au nom de la délégation du Sénat pour la planification sur l'évaluation des politiques publiques en France.

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

COCHRANE Archibald Leman, 1972, *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on the Health Service*, Londres, Nuffield Provincial Hospitals Trust.

Commission sur les données et la connaissance de l'IVG, 2016, « IVG : État des lieux et perspectives d'évolution du système d'information », juillet.

Conseil Supérieur de l'Information Sexuelle, de la Régulation des naissances et de l'éducation familiale, 2011, Rapport du groupe de travail n°2 portant sur l'organisation du système de soins en matière d'interruption volontaire de grossesse (IVG), janvier.

COUR DES COMPTES, 2011, « Le rôle des sages-femmes dans le système de soins », chapitre VI, Rapport Sécurité sociale.

DOUGUET Florence, VILBROD Alain. 2017, "Le métier de sage-femme libérale". Ministère des affaires sociales et de la santé, Observatoire national de la démographie des professions de santé. *Les sages-femmes : une profession en mutation*, pp. 121-147.

DREES, 2011, « Les maternités en 2010 : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », *Études et Résultats*, n° 776, octobre.

DREES, 2012, « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs », *Études et Résultats* n°791, mars.

DREES, 2016, *Portrait des professionnels de santé*, Panoramas de la DREES.

DREES, 2017, *Les établissements de santé*, Panoramas de la DREES.

DREES, 2019, *Les établissements de santé*, Panoramas de la DREES.

DREES 2020, « Interruptions volontaires de grossesse : une hausse confirmée en 2019 », *Études et Résultats*, n° 1163.

DREES 2021, « Interruptions volontaires de grossesse : une légère baisse du taux de recours en 2020 », *Études et Résultats* n° 1207.

DREES-INSERM, BLONDEL Béatrice, GONZALEZ Lucie, RAYNAUD Philippe (dir.), 2017, *Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010*

DUCLOY-BOUTHORS Anne-Sophie et al., 2013, « Organisation des soins en analgésie, anesthésie et réanimation en maternité en France métropolitaine : résultats comparés des

enquêtes nationales périnatales 2003 et 2010 », *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, n° 32, pp 18-24.

DUBOS Claire-Lise et LEDUC Aude, 2020, « L'EDP-Santé, un appariement des données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent au Système national des données de santé » DREES, *Les dossiers de la DREES* n°66.

European Center for Disease Prevention and Control (ECDC), 2011, *Sexual Health Report*.

ECDC, 2013, *A comprehensive approach to HIV/STI prevention in the context of sexual health in the EU/EEA. Technical report* [En ligne]. Stockholm : ECDC, 90 p.

Haute Autorité de Santé, 2013, « État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée », document de synthèse.

Haute Autorité de Santé, 2016, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mise à jour Mai 2016*. Saint-Denis la Plaine: HAS.

Haute Autorité de la Santé, 2017 « Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales », recommandation de bonne pratique, Méthode Recommandations pour la pratique clinique, argumentaire scientifique.

Haute Autorité de Santé, 2021, *Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Mise à jour, 11 mars*.

Haut Comité de la Santé Publique, 1994, « La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : Pour un nouveau plan périnatalité ».

Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE), 2013a, « Rapport relatif à l'accès à l'IVG Volet 1 : Information sur l'avortement sur Internet », Rapport n°2013-0912-HCE-008

HCE, 2013b, « Rapport relatif à l'accès à l'IVG Volet 2 : Accès à l'IVG dans les territoires », Rapport n°2013-1104-SAN-009.

HCE, 2017, « Accès à l'avortement : D'importants progrès réalisés, un accès réel qui peut encore être conforté. Bilan de la mise en œuvre des recommandations formulées par le Haut Conseil à l'Egalité depuis 2013 », réalisé à l'occasion du 42ème anniversaire de la loi Veil.

HCE, 2018, « Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme », Rapport n°2018-06-26-SAN-034.

HCE, 2020, Le monde, DEMAIN. Adapter l'IVG pour en garantir l'accès à toutes les femmes, 29 avril.

Haut Conseil de la Santé Publique, 2016, Santé sexuelle et reproductive, collection Avis et rapports.

IGAS, 2006, *Le statut des conseillères conjugales et familiales*.

IGAS, 2009a, *La prévention des grossesses non désirées : contraception et contraception d'urgence*.

IGAS, 2009b, *La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse*.

IGAS, 2009c, *Évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001*.

IGAS, 2010 « Évaluation de la mise en œuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) ».

IGAS, 2011., « Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale ».

IGAS, 2021, « L'évolution de la profession de sage-femme, » juillet.

IGAS, 2022 Rapport d'activité du groupe national d'appui à la mise en œuvre de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, rapport 2002-145.

INSEE, 2019, « L'offre périnatale de Bourgogne Franche-Comté serait confrontée à une baisse des naissances jusqu'en 2030 », *INSEE Analyses Bourgogne Franche-Comté*, n°48, janvier.

INSERM DREES-DGS, 2011, « L'Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 »

INSERM-DREES, 2017, « Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 », Enquête nationale périnatale 2016, octobre

INSERM-SANTE PUBLIQUE FRANCE 2022, « Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements. Situation et évolution depuis 2016 », enquête nationale périnatale 2021.

JOSEPH Dominique, TROSTIANSKY Olga, 2021, « Crise sanitaire et inégalités de genre », avis du Conseil économique, social et environnemental au nom de la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité, 76 p.

MACIAS Amandine, 2019, « Perception du débat sur les violences obstétricales par les professionnels, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens », école de sages-femmes Baudelocque, Université Paris Descartes.

MAUREY Hervé, LONGEOT Jean-François, 2020, *Rapport d'information fait au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable, par le groupe de travail sur les déserts médicaux*, Sénat, 29 janvier.

Ministère de la Santé et des Sports et al., 2010, *Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens*, Paris, Berger-Levrault.

Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2016, *IVG : État des lieux et perspectives d'évolution du système d'information*, Rapport de la Commission IVG.

Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019, *Accès à l'IVG. Principaux enseignements de l'enquête qualitative et territoriale auprès des agences régionales de santé*.

MONTAZEAU Odile, BETHUYS Jeanne, 2012, *Histoire de la formation des sages-femmes en France*, Université Médicale Virtuelle, en ligne.

Nations Unies, 2015, « Objectifs du Millénaire pour le développement ». Rapport 2015. [En ligne]. New-York, 75 p. Disponible sur http://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf

NISAND Israël, 1999, *L'IVG en France - Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les Femmes*, Rapport réalisé à la demande de Martine AUBRY, Ministre de l'emploi et de la solidarité et Bernard Kouchner, Secrétaire d'État à la santé et à l'action sociale, La Documentation Française.

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE, 2016, « Les sages-femmes. Une profession en mutation », Paris, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE, 2021, « La sage-femme, le généraliste et le gynécologue : les enjeux des relations entre des métiers en tension ».

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE BOURGOGNE, 2005, *Interruptions volontaires de grossesse : tenter de comprendre la répétition*.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE, 2017, Projet Régional de Santé Bourgogne-Franche-Comté 2018-2022 – Diagnostic régional, ARS BFC- ORS BFC, p.10.

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE BRETAGNE, 2021, « Les interruptions volontaires de grossesse en Bretagne. Analyse de l'offre disponible et des recours ».

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE D'ILE-DE-FRANCE, 2019, « Les interruptions volontaires de grossesses en Île-de-France, Données 2015-2017 ».

OMS, 2007, Introduire des lignes directrices et outils de santé sexuelle et génésique dans les programmes nationaux : principes et processus d'adaptation et de mise en œuvre [En ligne] Genève (CH).

OMS, 2019 « Selon une nouvelle étude de l'OMS, le nombre élevé de grossesses non désirées est lié au manque de services de planification familiale » disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>).

ONU, 2015, « Objectifs du Millénaire pour le développement ». [En ligne]. New-York, 75 p. Disponible sur http://www.un.org/fr/millenniumgoals/reports/2015/pdf/rapport_2015.pdf

ONSSF, 2017, Le plan pour la santé des femmes, un avenir pour la profession de sage-femme.

RAHIB Delphine, LE GUEN Mireille, LYDIE Nathalie, 2017, « Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent », Baromètre Santé. Contraception, Santé Publique France, Etudes et enquêtes.

RUDIGOZ René Charles, MILLIEZ Jacques, VILLE Yves, CREPIN Gilles au nom de la Commission X, 2018, 'Reproduction et Développement', « De la bientraitance en obstétrique – la réalité du fonctionnement des maternités », Académie de Médecine.

SYNGOF, 2015, « Une sage-femme n'est pas un gynécologue », n° 13.

SYNGOF, 2017, Bertrand de ROCHAMBEAU, « Violences obstétricales : « L'épisiotomie est un acte de prévention », 1 août.

SYNGOF, 2020, « Pourquoi l'allongement du délai légal pour pratiquer une IVG n'améliorera pas l'accès aux IVG en France », réponse à la proposition de loi, octobre. <https://syngof.fr>

WHO Division of Reproductive Health, 2004, *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*. Fourth Edition. Geneva, World Health Organization, 82 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010, *Developing Sexual Health : a framework for action*.

ASSOCIATIONS

Association professionnelle d'accouchement à domicile (APAAD), STAUFFER-OBRECHT Floriane, KOENIG Isabelle, Vincent LE GOUHALER, 2019, « L'accouchement accompagné à domicile. Pratique des sages-femmes françaises accompagnant les naissances à domicile. État des lieux 2018 », 59 p.

Mouvement Français pour le Planning Familial, 2014-2015, « L'accès à l'avortement à Paris, enquête 2014 », association départementale de Paris.

Mouvement Français pour le Planning Familial, 2006, *Liberté, sexualités, féminisme, 50 ans de combat du Planning pour les droits des femmes*, MFPF, Paris, La Découverte, 288 p.

Médecins du monde, 2016, *Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France*.

THESES, MEMOIRES

ARNAUD Aude, 2014, « Parcours de soins des femmes ayant recours à une IVG en Aquitaine en 2014, en fonction de la vulnérabilité selon le score EPICES », thèse de médecine humaine et pathologie, Université de Bordeaux.

CARAËS Océance, 2019, « Interruption volontaire de grossesse : quelle prise en charge pour les femmes hors délai ? » mémoire de master 1 en de Santé publique et épidémiologie, sous la direction de Ghada HATEM, Université de Caen.

CHAUMETTE Marie Salomé, 2014, « Douleur de l'IVG médicamenteuse : évaluation et recherche de facteurs prédictifs », thèse de médecine, Université Paris Diderot.

DORLIN Elsa, 2004, « Au chevet de la nation. Sexe, race et médecine (XVIIe-XVIIIe siècle) » thèse soutenue le 2 décembre 2004 à l'Université de Paris IV Sorbonne UFR, Philosophie et Sociologie.

ESTERLE Laurence, 2008, « Les débats et les controverses entre experts à l'occasion du projet de loi sur l'allongement des délais légaux de l'IVG », mémoire effectué pour l'obtention du Diplôme universitaire de Régulation des naissances, UFR Necker Cochin Port Royal, Université Paris Descartes

FREGONESE Coralie, 2016, « La professionnalisation des sages-femmes : étude de la dynamique d'un système représentationnel », Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation, Toulouse 2.

HERTZOG Irène Lucile, 2016, « Articuler assistance médicale à la procréation (AMP) et vie professionnelle : le travail invisible des femmes », doctorat de sociologie, Université de Caen.

KLEIN Alexandre, 2012. Du corps médical au corps du sujet. Etude historique et philosophique du problème de la subjectivité dans la médecine française moderne et contemporaine, Thèse de philosophie des sciences. Université de Lorraine.

KUHN Sara, 2017, La grève des sages-femmes de 2013-2014 : la remise en question de la profession au sein du système périnatal, mémoire de fin d'études de maïeutique, Université catholique de Lille, faculté de médecine et de maïeutique.

LOPPION Aude, 2006, « Le vécu des méthodes chirurgicale et médicale dans les IVG tardives. Etudes comparative dans les centres hospitaliers de Rennes et Vannes », thèse de médecine, Université de Rennes 1.

MATHIEU Marie, 2016, « Derrière l'avortement, les cadres sociaux de l'autonomie des femmes : refus de maternité, sexualités et vies des femmes sous contrôle : une comparaison France - Québec », Doctorat de sociologie, Université Paris 8 Vincennes Saint-Denis; Université du Québec à Montréal.

ROMERIO Alice, 2019, « Le travail féministe : enquête sur la professionnalisation du militantisme féministe au Planning familial », Doctorat en science politique, Université Paris 8.

SANSEIGNE Francis, 2019, « Inventer une cause, (dé)faire une loi : le cas de la contraception en France : Socio-histoire de la transformation d'une relation de pouvoir (1955-1967). Doctorat de Science politique, Université de Lyon.

THEAU Anne, 1998, L'accouchement à domicile a-t-il sa place dans le système obstétrical français actuel ? Montpellier, thèse de médecine

VENTOLA Cécile, 2017, « Prescrire, proscrire, laisser choisir : Autonomie et droits des usagers des systèmes de santé en France et en Angleterre au prisme des contraceptions masculines », thèse de sociologie, université Paris Saclay.

WOLOZYN Estelle, 2016, Les sages-femmes et l'avortement entre 1920 et 1975, mémoire de fin d'études de sage-femme, Académie de Paris, École de Sages-Femmes Saint-Antoine Université Pierre et Marie Curie - Faculté de Médecine.

PRESSE NATIONALE

ATAY Hazel, 2021 « Durant la pandémie les téléconsultations pour ivg ont explosé, et ce n'est pas uniquement à cause du virus », *The Conversation*, 22 août.

ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE, communiqué de presse du 10 octobre 2020

BALLET Virginie, 2020, « Droits des femmes, Confinement : faut-il allonger le délai légal d'accès à l'IVG ? », *Libération*, 28 avril.

BARBERON Laurent, 2022, « Les sages-femmes en quête de reconnaissance », syndicat CFTC, 19 janvier. disponible sur <https://www.cftc.fr/actualites/social/les-sages-femmes-en-quete-de-reconnaissance>

BINET Jean-René, 2022, « Allongement du délai de l'IVG : quelles limites ? », *La Croix*, 15 mars.

BOUR Hélène, 2015, « IVG : L'Assemblée supprime le délai de réflexion de 7 jours », amp.topsante.com, 09 avril.

CNGOF : « IVG entre 12 et 14 SA » du 12 octobre 2020, et « L'allongement du délai est une mauvaise réponse aux problèmes d'accessibilité et de réalisation de l'IVG en France » Communiqués de presse du 25 février 2022.

CNOM, 2017, communiqué de presse du 25 juillet, disponible sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/violences-obstetricales>

CNOM, 2020, « Clause de conscience spécifique à l'IVG », communiqué de presse du 10 octobre, www.conseil-national.medecin.fr

CNOSF, 2017, « Rapport sur les violences obstétricales : une nécessité », communiqué de presse du 27 juillet, disponible sur <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/rapport-sur-les-violences-obstetricales-une-necessite/>

CNOSF, 2018, Communiqué de presse du « Rapport du HCE : des pistes essentielles », 29 juin, disponible sur <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/rapport-du-hce-des-pistes-essentielles/>

CNOSF, 2020, « Contribution relative à l'accès à l'IVG en France », communiqué de presse du 18 mai, www.ordre-sages-femmes.fr

CNOSF, 2022, Livre blanc des sages-femmes, « *Et si on parlait d'elles ? 10 propositions par les sages-femmes pour la santé des et les droits des femmes* », Communiqué de presse, 7 mars

COLLET Margaux, 2017 « IVG : Faut-il jeter la clause de conscience avec l'eau du bain ? », 27 février, <https://syngof.fr/espace-infos/informations-generales/ivg-clause-de-conscience/>

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES, 2020 « IVG : allongeons le délai pour garantir le droit des femmes », communiqué de presse du 18 mai, www.ordre-sages-femmes.fr

COSTIL Mathilde, GITTUS Sylvie, BEGUIN François, 2019, « Près de 8 % des centres pratiquant l'IVG en France ont fermé en dix ans », *Le Monde* du 27 septembre.

HAUSALTER Louis, 2020, « Interruption médicale de grossesse: cette détresse psychosociale que la loi ne définit pas », *Marianne*, 4 août.

LE CORRE Aziliz, 2021 « L'extension du délai de l'IVG est une mauvaise nouvelle pour la santé des femmes », Figarovox/entretien, 01 janvier, amp.lefigaro.fr.

LE DREAU Alice, 2021 « Rallongement du délai de l'IVG, la proposition de loi examinée à l'Assemblée », *La Croix*, 29 novembre.

MALLAVAL Catherine, 2019, « IVG : un syndicat de gynécologues dans le viseur de la justice », *Libération*, 5 avril.

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 2021, *Ségur de la santé, Revalorisation des carrières*, dossier de presse.

MORIN Christine, SCHNALCK Claudine, 2020, « Au royaume du patriarcat, il faut subordonner les sages-femmes », *Le Monde*, 14 décembre.

MOTET Laura, BEGUIN François 2017, « dépassements d'honoraires des gynécologues : des consultations supérieures à 120 euros à Paris », *Le Monde* du 27 décembre.

NAPOLIER Fanny, 2015 « IVG : en finir avec la clause de conscience », *Egora*, 24 février.
http://www.avortementancic.net/IMG/pdf/egora.fr_-_ivg__en_finir_avec_la_clause_de_conscience_-_2015-02-24_2_.pdf

OIHANA Gabriel, 2018, « IVG : Faut-il faire évoluer la clause de conscience des soignants ? », *20 Minutes*, 13 septembre.

PAILLARD Henri, 1974, « Ouverture du débat à l'Assemblée nationale », *Le Figaro*.

PRETAGUT Magali, 2020, « Les IVG ont atteint un niveau record en France en 2019 », *Ouest-France*, 24 septembre.

RICHARD-GUERROUDJ Nour, 2021, « Olivier Véran met de nouveau les sages-femmes dans la rue le 7 octobre », *Profession Sage-Femme*, 1^{er} octobre.

SAPIN Emmanuel, 2021, « IVG : préservons la clause de conscience spécifique des soignants prévue par la loi », *FigaroVox*, 18 novembre.

THOMAS Marlène, 2020, « Le taux de recours à l'IVG à son plus haut niveau depuis trente ans », *Libération*, 24 septembre.

Tribune, 2019, « La clause de conscience des médecins relative à l'IVG fait débat à l'Assemblée », *Le Monde*, 23 mars.

Tribune, 2020, « Il faut « protéger les droits des femmes et maintenir l'accès à l'avortement », *Le Monde*, 31 mars.

Tribune, 2020, « Avec une légère hausse en 2019, le taux de recours à l'avortement atteint son niveau le plus haut depuis trente ans », *lemonde.fr*, 24 septembre.

RADIOS

MESSAGER Danielle et BALDACCHINO Julien, 2020, « En 2019, le nombre d'IVG a atteint son plus haut niveau depuis 30 ans », *franceinter.fr*, 24 septembre.

« Avortement : le taux d'IVG a atteint en 2019 son plus haut niveau en France depuis 30 ans », *France Info TV*, 24 septembre.

SITOGRAPHIE

www.ivg.fr

<http://martinwinckler.com>

<http://revho.fr/>

[https://www.senat.fr/espace_presse/actualites/201612/proposition de loi relative a l'extensi
on du delit dentrave a l'interruption volontaire de grossesse.html](https://www.senat.fr/espace_presse/actualites/201612/proposition_de_loi_relative_a_l'extensi
on_du_delit_dentrave_a_l'interruption_volontaire_de_grossesse.html)