



Année académique 2019-2020

MASTER DE SPÉCIALISATION EN ÉTUDES DE GENRE

Guillaume

Sandrine

Avortement : corps médical et corps des femmes, une question d'engagement féministe ?

Mona Claro, ULiège, promotrice

Charlotte Pezeril, Université Saint-Louis, assessseure

Je déclare qu'il s'agit d'un travail original et personnel et que toutes les sources référencées ont été indiquées dans leur totalité et ce, quelle que soit leur provenance. Je suis conscient-e que le fait de ne pas citer une source, de ne pas la citer clairement et complètement constitue un plagiat et que le plagiat est considéré comme une faute grave au sein de l'Université. J'ai notamment pris connaissance des risques de sanctions administratives et disciplinaires encourues en cas de plagiat comme prévues dans le *Règlement des études et des examens de l'Université catholique de Louvain* au Chapitre 4, Section 7, article 107 à 114.

Au vu de ce qui précède, je déclare sur l'honneur ne pas avoir commis de plagiat ou toute autre forme de fraude.

Nom, Prénom : Guillaume Sandrine

Date : 17 août 2020

Signature de l'étudiant-e :

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Guillaume', written in a cursive style.

Table des matières

Avant-propos	
Introduction	1
Chapitre I. Contextualisation	4
I.1. Le contexte historique belge.....	4
I.1.1. Les origines militantes : de l'éclatement du tabou à la loi de 1990	4
I.1.2. Une loi en évolution.....	7
I.1.3. Configuration du secteur associatif et des centres de planning familial (CPF).....	8
I.2. La médicalisation d'une pratique.....	10
Chapitre II. Cadre théorique et méthodologique	11
II.1 Revue de la littérature et concepts.....	11
II.2.1. Une revue de la littérature contrastée	11
II.2.2. Féminisme et engagement : définitions	15
II.3. Approche méthodologique	17
II.3.1. Prémices du questionnement et retour réflexif	17
II.3.2. Une enquête qualitative en CPF	17
II.3.3. Limites méthodologiques.....	20
Chapitre III. Analyse des données.....	21
III.1. La génération politique	21
III.2. Socialisation universitaire et premier lieu de stage.....	24
III.3. Socialisation professionnelle	27
III.4. Les pratiques et la prise en charge	30
III.4.1. L'entretien "psychosocial"	31
III.4.2. Motivations des femmes et consultation médicale.....	32
III.4.3. IVG itératives.....	36
III.4.4. Dialectique contraception-avortement	37
III.4.5. Les dispositions légales	39
III.5. Prises de position et actions militantes	40
III.6. Les motivations d'engagement.....	43
Conclusion.....	44
Bibliographie	48

Avant-propos

Je voudrais avant tout remercier ici ma promotrice, Mona Claro, pour ses conseils, son attention constante, et ses encouragements au cœur d'une période pleine d'incertitudes.

Ensuite, je remercie Caroline Watillon, ma maître de stage, pour son accueil à la fédération, pour le partage, d'idées et de ressources, et pour la pertinence de sa relecture. Merci également à Ornella Utri pour son enthousiasme communicatif et l'ouverture concrète qu'elle m'a offerte au monde du planning familial.

J'adresse un vif merci aux médecins que j'ai rencontré·es pour la confiance qu'ils et elles m'ont témoignée, pour leur disponibilité malgré les contraintes temporelles, pour leur partage d'expériences précieux.

Je remercie aussi mes collègues et ami·es du Master en études de genre pour le soutien et le partage. Merci à mes ami·es, à mes proches pour leur présence pendant cette année folle, et un merci particulier à Mouche pour sa relecture inspirante, et pour tout le reste.

Merci surtout à Julien, en qui j'ai puisé toutes mes forces.

“Les filles comme moi gâchaient la journée des médecins. Sans argent et sans relations – sinon elles ne seraient pas venues échouer à l’aveuglette chez eux –, elles les obligeaient à se rappeler la loi qui pouvait les envoyer en prison et leur interdire d’exercer pour toujours. Ils n’osaient pas dire la vérité, qu’ils n’allaient pas risquer de tout perdre pour les beaux yeux d’une demoiselle assez stupide pour se faire mettre en cloque. À moins qu’ils n’aient sincèrement préféré mourir plutôt que d’enfreindre une loi qui laissait mourir des femmes”.

Annie Ernaux, *L’événement*, 2000.

L’événement est un roman autobiographique relatant l’expérience d’avortement de l’auteurice dans la France de 1963.

Introduction

Le droit à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est semble-t-il aujourd'hui, en Europe et dans le reste du monde, plus que jamais menacé (Guillaume, Rossier, 2018). Ce droit controversé est au cœur même d'une actualité brûlante en Belgique. L'année 2020 commémore les trente ans de la loi Lallemand-Michielsens qui a dépénalisé partiellement l'avortement en 1990. Comme un clin d'œil symbolique quelque peu amer, cette même année 2020 est le théâtre d'un blocage institutionnel sans précédent sur le vote au Parlement d'une proposition de loi élargissant les conditions d'accès à l'avortement¹. Cette proposition de loi rencontre non seulement de vives oppositions dans les camps conservateurs, mais agite aussi l'opinion publique en d'interminables débats.

Car le grand paradoxe de l'avortement est là : il est à la fois reconnu comme un droit, inscrit dans la loi, mais dans le même temps, cet acte reste appréhendé comme une pratique illégitime de régulation des naissances (Divay, 2004). Rappelons ici qu'il n'est sorti du Code pénal belge qu'en 2018, et qu'il n'est toujours pas entièrement dépénalisé – la législation depuis en vigueur prévoit des sanctions pénales à l'encontre des femmes et des médecins qui auraient recours/pratiqueraient l'IVG en dehors des conditions légales. Cette stigmatisation est elle-même aussi inscrite dans la loi, notamment par l'intermédiaire des nombreuses restrictions qui lui sont accolées. La "clause de conscience"² en est une, que la juriste Tatiana Gründler voit comme "une trahison de certains principes essentiels du droit", en même temps qu'une "atteinte à la liberté des femmes" (Gründler, 2017, p.155). Ainsi, comme l'affirment Nathalie Bajos et Michèle Ferrand, "[...] l'avortement ne sera pas un droit comme les autres tant que cette pratique continuera à faire l'objet d'un traitement spécifique aussi bien au niveau symbolique qu'institutionnel" (Bajos, Ferrand, 2011, p.57).

Outre au sein du cadre légal, la désapprobation sociale qui entoure l'IVG s'exprime dans le tabou. Déjà en 2000, Christine Delphy le disait dans le journal *Le Monde* : "[...] tout le monde le fait, mais personne n'en parle"³. Sachant que les derniers chiffres officiels de la Commission nationale d'évaluation évoquent 17.108 IVG⁴ pour l'année 2017 en Belgique, et

¹ Voir Chapitre I. Contextualisation.

² En Belgique comme en France, cette clause inscrite dans la loi sur l'avortement autorise les médecins et gynécologues à refuser de participer à une IVG, en vertu de leurs convictions morales.

³ DELPHY Christine, "Comment nous en venons à avorter (nos vies sexuelles)", in *Le Monde*, 22/10/2000.

⁴ Rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, février 2020. Voir bibliographie.

que cela concernera plus ou moins une femme sur cinq au cours de sa vie⁵, la question du tabou m'est apparue, au départ de ma recherche, pertinente. Comment cette réalité, partagée par un nombre considérable de femmes, est-elle toujours tributaire du sceau du secret, de la suspicion et de la stigmatisation aujourd'hui⁶ ? "Même dans certains pays où le droit à l'avortement semble fermement acquis, la stigmatisation dont fait l'objet l'avortement reste répandue : objection de conscience, refus de soins, peur du regard de l'autre continuent à caractériser la pratique" (Guillaume, Rossier, 2018, :174).

Plutôt que d'examiner le rapport des femmes à l'avortement, qui mobilise assez généralement la recherche scientifique⁷, j'ai choisi de porter mon attention sur le corps médical, encore peu étudié dans son engagement envers l'IVG. Les médecins pratiquants sont pourtant les principaux acteurs et actrices de l'acte lui-même.

La Fédération Laïque de Centres de Planning Familial (FLCPF)⁸ s'est récemment inquiétée d'une pénurie des professionnel·les de santé pratiquant des IVG⁹, celle-ci étant l'une des conséquences d'une dévalorisation tant financière que sociétale de la pratique. Ainsi, comme l'énoncent les sociologues Marie Mathieu et Lucile Ruault, "la pratique abortive dans le champ médical fait partie des actes réputés techniquement médiocres, peu rémunérateurs et disqualifiants" (Mathieu, Ruault, 2014, p.45). La FLCPF émet quatre hypothèses de facteurs explicatifs : la simplicité d'un acte médical peu attrayant, la prévalence du principe de préservation de la vie dans le serment d'Hippocrate, l'invisibilisation de la problématique de la santé sexuelle et reproductive des femmes, et la perception d'une obligation militante (féministe et de gauche) pour la pratique des IVG.

Dans ce contexte particulièrement instable, j'interrogerai ici l'engagement, notamment féministe, des médecins qui pratiquent l'avortement. J'entends, au cours de ce mémoire, proposer une démarche méthodologique qualitative basée sur des entretiens avec des médecins pratiquant l'avortement en centre de planning familial (CPF). Celle-ci m'aidera à cerner une

⁵ VEROUGSTRAETE Anne, Communication, "Sortir l'avortement du code pénal belge", Actes des colloques organisés par le CAL, 2016-2017.

⁶ Rappelons ici dans une perspective de genre que ce stigmatisme ne touche que les femmes qui ont recours à l'avortement, alors que les hommes sont tout autant responsables de ces grossesses non désirées.

⁷ Voir la revue de la littérature au chapitre II.2.1.

⁸ Je recontextualise cette fédération dans le paysage du planning familial belge au chapitre I. Contextualisation, et dans l'Annexe I. Rapport de stage, puisque j'y ai effectué mon stage pour ce mémoire.

⁹ En août 2019, cette fédération a actualisé l'état des lieux au sujet des médecins qui pratiquent des IVG dans ses centres de planning familial. Elle a dénombré 79 médecins différents, dont 11 pratiquent dans 2 centres ou plus, et dont 20 ont 55 ans ou plus. Elle en a conclu que 25% de ces médecins seront retraité·es dans un avenir plus ou moins proche.

problématique : comment certain·es médecins choisissent-ils-elles de pratiquer des avortements ? Dans quelle mesure considèrent-ils-elles leur pratique comme une forme d'engagement féministe ? Celui-ci porte-t-il son nom dans le discours des médecins ? Faut-il nécessairement être militant·e pour poser cette pratique ? Comment envisagent-ils-elles cet acte médical à part puisque relevant d'une clause de conscience, et donc conçu comme potentiellement moralement déviant (Divay, 2004) ? Ces questions seront étudiées au prisme du genre car j'entends ici questionner le contrôle social des capacités reproductives des femmes, autorisé précisément par les rapports sociaux de sexe, ainsi que les mécanismes de stigmatisation qui y sont liés.

Après une contextualisation qui mettra en perspective le rôle des médecins dans la dépénalisation partielle de l'IVG en Belgique, la configuration du secteur associatif et la médicalisation du geste, je définirai le cadre théorique et méthodologique de ce travail. Puisque l'*engagement féministe* est questionné, il conviendra en effet préalablement de s'interroger sur la nature même de ces concepts que sont l'*engagement* et le *féminisme* : je tenterai de mobiliser des outils théoriques sur lesquels je pourrai appuyer mon analyse. Comment définir cet engagement féministe, le qualifier, le quantifier, l'objectiver ? Il s'agit en effet d'une réalité fluctuante difficilement appréhendable, car il existe *des* engagements et *des* féminismes. On peut néanmoins observer certains invariants qui interviennent dans la prise en charge des patientes¹⁰, la socialisation universitaire ou professionnelle ou les prises de position politiques et/ou médiatiques des médecins, et qui ont fait l'objet de questions au sein des entretiens réalisés. Ces données seront ensuite analysées.

Mon hypothèse principale peut être formulée comme suit : l'engagement féministe, ou pour la cause des femmes (Bereni, 2012), suppose une réduction du contrôle normatif sur les corps des femmes et sur leur vie sexuelle et reproductive. Ainsi qu'une inscription dans une visée "alternative" du rôle médical qui ne serait plus compris comme un outil de contrôle social, mais comme l'accompagnement non-paternaliste des réalités vécues par les femmes dans leur sexualité. Intuitivement, l'*engagement féministe* peut être vu comme une volonté d'œuvrer au changement, comme outil de lutte contre le patriarcat, l'idée de poser une action qui aura pour but de libérer les femmes d'une oppression.

¹⁰ Je souscris à l'idée que les femmes qui ont recours à l'avortement ne sont pas malades, ce ne sont donc pas à proprement parler des "patientes", mais pour une certaine lisibilité et en raison de la présence de cette appellation dans les discours des enquêtées, j'utiliserai parfois ce vocable.

Ce travail ne se veut ni exhaustif ni représentatif, mais se propose de donner la parole à des médecins qui pratiquent l'avortement, de tenter de cerner leurs trajectoires pour enfin dégager quelques pistes d'analyse au sujet de leur engagement. Dans le cadre d'une invisibilisation des études et recherches sur la santé sexuelle et reproductive des femmes, ce mémoire entend, très modestement, apporter un éclairage en ce sens.

Chapitre I. Contextualisation

I.1. Le contexte historique belge

I.1.1. Les origines militantes : de l'éclatement du tabou à la loi de 1990

Il est peu de dire que la Belgique entretient une histoire particulière avec le débat sur l'avortement. L'action des médecins belges y est particulièrement marquante. Rappelons tout d'abord qu'avant le vote de la loi Lallemand-Michielsens, en 1990, la Belgique est encore considérée, avec l'Irlande, comme l'un des derniers bastions européens du conservatisme, se référant toujours au Code pénal de 1867 où l'avortement apparaît sous la rubrique des "Crimes et délits contre l'ordre des familles et de la moralité publique"¹¹. Dès le début des années 60, pourtant, les avortements illégaux se mettent en place, puisque le premier centre de planning familial (CPF) en Belgique francophone ouvre ses portes en 1962 à Saint-Josse.

Au même moment, des mouvements sociaux émergent en Belgique et la question de l'avortement légal commence à agiter le débat public. Mais c'est surtout en 1973 que le tabou de l'avortement vole en éclats à l'occasion de ce qu'on a appelé "L'affaire Peers" (Marques-Pereira, Pereira, 2013, p.137). En janvier de cette année, le gynécologue namurois Willy Peers déclare publiquement pratiquer l'IVG dans sa clinique : il est arrêté et poursuivi pour avoir réalisé quelque 300 avortements. Son arrestation soulève une mobilisation sans précédent, suscite manifestations et pétitions pour sa libération. Il restera 34 jours en détention préventive : ce séjour en prison peut être considéré comme le symbole des "représailles à l'encontre de la rupture du tabou" (Marques-Pereira, 1989, p.28). Peers revendique en effet la pratique de l'avortement comme un problème de santé publique – les complications d'IVG clandestines peuplant les lits d'hôpitaux –, et d'injustice sociale : les femmes aisées avaient plus de possibilités de recourir à un avortement dans de bonnes conditions. L'affaire aboutira à deux résultats : la légalisation de l'information sur la contraception, et l'établissement d'une trêve judiciaire de fait. L'avortement sera donc, pendant nombre d'années, pratique illégale mais

¹¹ <https://www.laicite.be/app/uploads/2017/09/1-avortement-et-le-code-penal-en-belgique-1867-2017.pdf>

publique. Les années 70 seront également caractérisées par une période de stratégie non-décisionnelle des élus sociaux-chrétiens, de blocage permanent de la décision : “l’avortement était ainsi devenu un enjeu de société qui risquait de déstabiliser l’Etat belge” (Marques-Pereira, Pereira, 2013, p.137).

Face à cela, on assiste à une importante dynamique de mobilisation au sein de la société civile, et au dépôt de propositions de loi qui n’aboutissent pas¹². Cette mobilisation initiée essentiellement par les milieux féministes, laïques et de gauche perdurera jusqu’à la dépénalisation. Elle posera les jalons d’un militantisme fort, avec, par exemple, la création du *Groupe d’action des centres extrahospitaliers pratiquant l’avortement* (GACEHPA) en 1978 sous l’initiative de féministes et de médecins laïques. Dès 1970, plusieurs collectifs féministes – comme celui des “Marie Mineur”, créé par la jeune ouvrière Jeanne Vercheval – ont par ailleurs aidé des femmes à avorter dans l’illégalité bien avant les premières déclarations publiques de médecins. Leurs actions de désobéissance civile, aux côtés des “Dolle Mina” flamandes, notamment, ont permis de saisir les véritables enjeux de la loi à venir : l’individuation des femmes et le refus de l’instrumentalisation de leur corps. Le 11 novembre 1976, la Journée nationale des Femmes choisit pour thème “Avortement : les femmes décident”, et réunit plus de 8000 participantes à Bruxelles. Suite à cette journée historique, la création de comités dédiés à la lutte pour la dépénalisation de l’avortement pousse de plus en plus de médecins progressistes à s’engager. Fanny Filosof, activiste féministe dans les années 70, témoigne : “L’engagement de médecins ne signifiait pas pour autant que tous étaient d’accord de laisser la décision d’avorter aux seules femmes. C’est un débat qui a duré plusieurs années. À force d’échanges, de contacts avec les féministes, leur point de vue a changé”¹³.

Le rôle de l’*Université libre de Bruxelles* (ULB) dans la lutte pour la dépénalisation est également à souligner, car, en plus des centres extrahospitaliers, plusieurs hôpitaux de l’ULB – dont l’Hôpital Saint-Pierre, pionnier – pratiquent alors illégalement l’avortement¹⁴. Les médecins qui, à la suite de Willy Peers, revendiquent publiquement la pratique d’IVG sont de plus en plus nombreux, ce qui précipite la fin de la trêve judiciaire. A partir de 1978, les poursuites pénales reprennent de plus belle¹⁵. Plusieurs procès à l’encontre de médecins, gynécologues et personnel médical sont intentés entre 1981 et 1985, dont celui “dit Hubinont”,

¹² Au total, 19 propositions de loi, de la plus répressive à la plus libérale, seront déposées jusqu’en 1990. Cf. DORZEE Hughes, “Il y a 20 ans, les femmes enfin *maitres de leur corps*”, *Le Soir*, 1/04/2010.

¹³ FILOSOF Fanny, Interview, in *Politique*, n°41, 1/10/2005.

¹⁴ Pour la partie néerlandophone, c’est la VUB (*Vrije Universiteit Brussel*) qui participe aux actions.

¹⁵ DORZEE Hughes, *Ibid.*

du nom du chef de service à l'hôpital Saint-Pierre, et d'une trentaine d'autres inculpés, qui se démarque par son ampleur et par ses rebondissements inattendus¹⁶. Nul doute que les années 80 en Belgique resteront cette période de lutte historique où les praticien-nes utilisent la désobéissance civile comme mode d'action. Bien plus, "les médecins et le personnel paramédical en butte à la répression proclament devant leurs juges une volonté de résistance ouverte qui ne craint pas d'encourir des peines de prison ferme" (Marques-Pereira, 2002). L'intense travail de lobbying se poursuit et durera jusqu'en 1990, année du vote de la loi. Bérengère Marques-Pereira l'affirme : "[si] une loi a été possible, c'est grâce au relais politique d'une radicalisation de la société sur le mode de la désobéissance civile"¹⁷.

En outre, c'est sans nul doute dans la division du paysage social et politique belge en trois piliers – chrétien, socialiste et libéral – qu'il faut chercher l'origine de ces vingt années d'hypocrisie politique dans le débat sur l'avortement (Marques-Pereira, Pereira, 2013). Cette société du compromis – "à la belge" – a contribué à créer une situation paradoxale où la législation répressive cohabitait avec une libéralisation de fait.

Enfin, le rapprochement sur la scène politique entre socialistes et libéraux débouche sur la proposition de loi déposée en 1986 par Roger Lallemand, socialiste, et Lucienne Herman-Michielsens, libérale. Cette loi, qui sera finalement votée quatre ans plus tard, le 3 avril 1990, ne sort pas l'avortement du Code pénal, il s'agit d'une dépénalisation partielle. Une série de conditions sont nécessaires pour avoir recours à l'IVG ou la réaliser : pratique de l'avortement uniquement par un médecin en centre hospitalier ou extrahospitalier¹⁸, délai d'intervention fixé à 12 semaines de grossesse (ou 14 d'aménorrhée)¹⁹, délai obligatoire de six jours entre un premier contact avec un médecin et l'acte médical, possibilité pour tout médecin de recourir à la "clause de conscience" l'autorisant à refuser de participer à une IVG en vertu de ses convictions morales, reconnaissance par les médecins de l'état de "détresse" des femmes en demande d'IVG, obligation d'un entretien psychosocial pré-IVG, obligation pour les médecins d'informer les femmes sur les "alternatives à l'avortement" et sur la contraception. On voit bien ici qu'est instituée l'idée que seules deux personnes sont concernées par l'interruption de

¹⁶ AMY Jean-Jacques, Communication, "Sortir l'avortement du code pénal belge", Actes des colloques organisés par le CAL, 2016-2017.

¹⁷ MARQUES-PEREIRA Bérengère, Communication, "Sortir l'avortement du code pénal belge", Actes des colloques organisés par le CAL, 2016-2017.

¹⁸ Les modalités de la pratique : IVG chirurgicale par aspiration, ou IVG médicamenteuse, autorisée jusqu'à 5 semaines de grossesse (7 d'aménorrhée).

¹⁹ La loi n'autorise de dépasser ce délai que "si la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou lorsqu'il est certain que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic". Cf. Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse.

grossesse : la femme qui la demande et le médecin qui la pratiquera (Marques-Pereira 2013, p.136). L'état de "détresse", par exemple, est laissé à la libre appréciation de l'une et l'autre, à l'exclusion de toute autre personne.

Cette loi historique est une véritable victoire pour le camp progressiste, après vingt ans de luttes. Les collectifs féministes les plus engagés dénoncent, cependant, la "tutelle médicale"²⁰, et parlent de "trahison"²¹. Malgré le fait que cette loi de consensus soit pourtant assez restrictive, le roi Baudouin, fervent catholique, refuse de la sanctionner. Refus qui donne lieu à la fameuse "entourloupe constitutionnelle" permettant au Roi son impossibilité de régner ; le gouvernement, par l'intermédiaire de son Premier ministre Wilfried Martens, est autorisé à signer la loi. Le compromis à l'origine de la loi impliquait la mise en place d'un outil d'évaluation des pratiques relatives à l'IVG : c'est ainsi qu'est née la Commission nationale d'évaluation, chargée d'établir tous les deux ans un rapport statistique²². Instaurée comme "monnaie d'échange"²³ dans la négociation avec les conservateurs" (Kruyen, 2013, p.14), celle-ci relève avant tout de "mesures de surveillance de l'ampleur de l'application de la loi" (Marques-Pereira, Pereira, 2013, p.142).

I.1.2. Une loi en évolution

En octobre 2018, une nouvelle proposition de loi est étudiée par la majorité en place, et la sortie de l'avortement du Code pénal – tant réclamée par les milieux féministes depuis les années 70 – est enfin actée. Cependant, il ne s'agit pas d'une véritable dépénalisation puisque les sanctions pénales à l'encontre des femmes et des médecins restent légales. Seul l'état de "détresse" est supprimé de la loi de 1990, et une réduction du délai de six jours peut être demandée pour "raison médicale urgente"²⁴. Cette nouvelle loi – du 15 octobre 2018 – votée au Parlement fédéral est considérée comme un "leurre" par l'ensemble du secteur planning familial, qui s'insurge contre le système hypocrite dont l'Etat s'accommode²⁵.

²⁰ DORZEE Hughes, *Ibid.*

²¹ Jeanne Vercheval témoigne a posteriori : "[...] on trouvait que c'était une trahison. Parce que nous, ce qu'on voulait, c'était sortir l'avortement du Code pénal. Ça n'a rien à voir avec la Justice". STEVELINCK Laurence, Entretien avec Jeanne Vercheval-Vervoort, in *Axelle Mag*, n°217, mars 2019.

²² Le dernier rapport est sorti en février 2020. Voir bibliographie.

²³ Les partis sociaux-chrétiens avaient ce "vieux fantasme [...] que dès lors que l'avortement serait dépénalisé, on allait en voir exploser le nombre [...]" (Marques-Pereira, Pereira, 2013, p.142).

²⁴ Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse du 15 octobre 2018 :

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2018101503&table_name=loi

²⁵ Communiqué de presse dans *Le Vif* du 19/09/2018.

La situation actuelle – juillet 2020 – est marquée par un blocage institutionnel sans précédent. Une proposition de loi visant à élargir les conditions d'accès à l'IVG, déposée en juillet 2019, prévoit l'allongement du délai gestationnel à 18 semaines (20 d'aménorrhée), une réduction du délai entre le premier contact et l'acte médical à 48h au lieu de six jours, et la suppression de toute sanction pénale. Après trois renvois au Conseil d'Etat, le texte est, à la demande des partis (ultra-)conservateurs flamands – la N-VA, le Vlaams Belang et le CD&V –, renvoyé pour la quatrième fois au Conseil d'État à la mi-juillet 2020.²⁶ Ces péripéties politiques, inédites en Belgique, s'inscrivent dans le contexte de négociations pour la formation d'un nouveau gouvernement, et le secteur associatif dénonce non seulement un marchandage politique indigne, un "pied-de-nez" à la démocratie, mais aussi le maintien d'une position "hypocrite, paternaliste et culpabilisante"²⁷. Sans savoir ce à quoi cette proposition de loi est promise, on peut voir dans ce blocage institutionnel la résurgence d'une politique du compromis chère à la Belgique, mais surtout le souvenir de ces vingt années d'hypocrisie politique qui ont marqué le paysage belge dans la problématique de l'IVG. Cette situation réactive, par ailleurs, la mobilisation de la société civile et du secteur associatif et militant, certes institutionnalisé, mais dont l'action est toujours prédominante dans le débat.

I.1.3. Configuration du secteur associatif et des centres de planning familial (CPF)

On l'a vu, les médecins ont joué un grand rôle pour la dépénalisation de l'avortement dans les années 70 et 80 en Belgique. Cependant, la lutte de ceux-ci ne doit pas occulter le travail de militance préexistant sans lequel les conditions d'accès à l'IVG n'auraient pas pu être élargies au cours de ces années : c'est en effet grâce à la création des CPF que la pratique effective – et illégale – des avortements a pu se faire dans de bonnes conditions. Selon Bérengère Marques-Pereira et Sophie Pereira, "la mise en place de centres de planning est [...], dans une large mesure, le résultat d'un engagement militant le plus souvent à la fois féminin, laïc et féministe" (Marques-Pereira, Pereira, 2013, p.143). Aujourd'hui, 80 à 85% des IVG en Belgique francophone sont réalisées en centres extrahospitaliers, et entre 15 et 20% seulement en hospitalier²⁸, toujours sous anesthésie générale. Je m'attacherai donc à situer historiquement la création des CPF, et à contextualiser la pratique actuelle de ces structures.

²⁶ HERMANN Benjamin, "Quatrième renvoi de la loi IVG devant le Conseil d'Etat. 'Une première dans l'histoire de notre Parlement'", L'Avenir.net, 15/07/2020.

²⁷ Communiqué FLCPF, 15/07/20, <https://www.facebook.com/flcpf/>

²⁸ Rapport 2020 de la Commission nationale d'évaluation de l'IVG.

Le premier centre de Belgique francophone a, on l'a vu plus haut, ouvert à Saint-Josse en 1962 : sous le nom "La famille heureuse", il donne des informations sur la contraception à une époque où c'était encore illégal. Le centre "Aimer à l'ULB" ouvre ses portes en 1975 : très actif dans la pratique illégale d'avortements, il sera suivi de la création d'une série d'autres centres, tant à Bruxelles qu'en Wallonie. Dès 1978, le secteur extrahospitalier se coordonne et crée le GACEHPA²⁹. Selon cette association, aujourd'hui, sur 107 CPF se trouvant en Wallonie et à Bruxelles, 33 pratiquent des avortements³⁰. Forte d'une histoire intimement liée au militantisme, la pratique de l'IVG développée dans les CPF à Bruxelles et en Wallonie "semble assez unique en Europe" (Marques-Pereira, Pereira, 2013). En effet, on y trouve des équipes pluridisciplinaires composées de médecins, d'assistant·es sociaux·ales, de psychologues, de juristes, et éventuellement d'infirmier·ères sociaux·ales, qui œuvrent ensemble à la prévention en matière de santé sexuelle et reproductive, et accompagnent les femmes qui font face à une grossesse non désirée.

Il faut préciser que la grande majorité des médecins pratiquant des avortements aujourd'hui en CPF sont des médecins généralistes. Les gynécologues restent en effet pour la plupart attachés à la pratique hospitalière. En Belgique, le cursus universitaire de médecine ne comprend pas de formation proprement dite à l'IVG. La question de la formation, cruciale pour aborder celle du militantisme ou de la pénurie de médecins qui pratiquent des IVG, sera détaillée dans l'analyse au chapitre III.2.

En Belgique francophone, aujourd'hui, on compte quatre fédérations de CPF, plus ou moins issues des piliers politiques belges, dont la Fédération laïque de centres de planning familial (FLCPF) où j'ai effectué mon stage³¹. En 2012, pour lutter contre la montée des mouvements anti-IVG, une plateforme nationale pluraliste de vigilance et d'action (Abortion Right) est créée. Elle regroupe 23 associations francophones et néerlandophones défendant le droit à l'IVG, dont le Centre d'Action Laïque (CAL) et les quatre fédérations de CPF.

Aujourd'hui, l'activisme autour du droit à l'IVG s'est institutionnalisé et professionnalisé au sein de structures subsidiées par la Fédération Wallonie-Bruxelles, et il semble qu'on assiste depuis 1990 à une perte de capital militant : "Aujourd'hui, la

²⁹ Le GACEHPA (*Groupe d'action des centres extrahospitaliers pratiquant l'avortement*) se donne pour mission de défendre le droit fondamental des femmes à l'IVG, la garantie de la qualité de la pratique, et la défense des centres qui pratiquent l'avortement. <http://www.gacehpa.be/>

³⁰ En Flandre, la situation est différente puisque les IVG ne sont pas prises en charge par les plannings, mais par des centres IVG, au nombre de 6, chapeauté par l'ASBL Luna. https://www.abortus.be/_fr/home/index.php

³¹ Les autres fédérations sont les Femmes Prévoyantes Socialiste (FPS), la Fédération des centres pluralistes de planning familial (FCPPF), et la Fédération des centres de planning et de consultations (FCPC).

dépénalisation partielle de l’avortement et l’augmentation de la professionnalisation des équipes ont engendré un affaiblissement perceptible de la dimension militante du secteur” (Marques-Pereira, Pereira, 2013, p.143). Ce qui n’est pas sans incidence sur la perception de l’IVG par les acteurs et actrices de terrain, et notamment des médecins, nous le verrons dans l’analyse des données. Par ailleurs, quelle incidence peut avoir cette perte de capital militant sur le risque de pénurie ?

I.2. La médicalisation d’une pratique

Nous venons de voir que l’instauration d’un cadre légal autour de la pratique de l’avortement en Belgique est allée de pair avec la médicalisation de cette pratique. C’est globalement le cas de tous les pays où l’IVG est autorisée ou tolérée à certaines conditions, dont la France (Thouvenin, 2019). Ainsi, pour Michèle Ferrand-Picard : “[...] la véritable adhésion du corps médical à l’esprit de la loi a sans aucun doute pour origine le rôle très particulier que le dispositif lui propose de jouer : la médicalisation prévue par la loi va offrir au médecin, au-delà de son simple rôle technique, la possibilité d’exercer une ‘mission moralisatrice’ à l’occasion du contrôle de la procréation” (Ferrand-Picard, 1982, p.392).

Je montrerai dans ma revue de la littérature que la grande majorité de mes références scientifiques concernent la France. C’est pourquoi il a semblé pertinent dans un premier temps de proposer un axe d’analyse comparatif France-Belgique. Cependant il m’est rapidement apparu que cela nécessiterait un travail colossal, tant les processus sont complexes et s’opèrent sur de nombreux plans, à la fois politique, juridique, social, médical, associatif et militant. J’ai donc décidé de relever avant tout les points de convergence des deux pays, et de m’appuyer sur le cadre global de médicalisation qui m’apparaît, malgré un décalage législatif dans le temps³², assez similaire. En effet, tant en France qu’en Belgique, les enjeux sociaux de la médicalisation semblent relever de la même dynamique, à savoir “confier au corps médical le contrôle social de la procréation” (Bajos, Ferrand, 2011). Dans les deux cas, la médicalisation de l’avortement visait à mettre fin aux avortements clandestins, qu’ils soient dangereux ou militants (Thouvenin, 2019). La réactivation du pouvoir médical sur le corps des femmes³³ entre véritablement en jeu au moment de la légalisation de la pratique, et instaure à partir de là

³² 1975 pour la loi française, 1990 pour la loi belge.

³³ Fruit d’une longue histoire décrite par Barbara Ehrenreich et Deirdre English dans *Fragiles ou contagieuses. Le pouvoir médical et le corps des femmes*, Cambourakis, 2016.

une logique de contrôle³⁴. Bien que les contextes soient différents, la médicalisation et la libéralisation ont, par ailleurs, tout comme en Belgique, été réclamées par des médecins militants qui assumaient la pratique illégale d'avortements publics³⁵ (Garcia, 2005).

Chapitre II. Cadre théorique et méthodologique

II.1 Revue de la littérature et concepts

II.2.1. Une revue de la littérature contrastée

La problématique de l'avortement a été largement commentée par la littérature scientifique. En revanche, il semble que les chercheuses et chercheurs aient peu investigué l'engagement du corps médical pour l'IVG. J'ai malgré tout pu m'appuyer sur plusieurs publications qui m'ont permis de mieux cerner les enjeux complexes de cette thématique. Très généralement, on trouve un certain nombre d'études sur le vécu des femmes confrontées à une grossesse non désirée, et sur leur parcours médical jusqu'à l'avortement. Le personnel médical est alors vu comme adjuvant ou contrôlant, voire stigmatisant, selon les cas.

Avant toute chose, comme je viens de le préciser, il est important de mentionner que les références scientifiques sur lesquelles ce mémoire s'appuie sont pour la plupart françaises. Il m'a en effet été très difficile de trouver articles ou ouvrages scientifiques traitant du cas belge, exceptée la précieuse contribution de Bérengère Marques-Pereira, grâce à laquelle j'ai pu notamment construire ma contextualisation. Si les acteurs et actrices de terrain se montrent particulièrement actif-ves en Belgique, au vu du nombre conséquent de publications émanant d'associations militantes, force est de constater que la recherche scientifique ne s'est pas emparée du sujet comme elle l'a fait en France. Bien que les terrains ne soient pas identiques, il me semble que les logiques à l'œuvre peuvent être comparables.

L'apport de Bérengère Marques-Pereira à ma recherche s'est effectué en deux temps. Premièrement, son ouvrage intitulé *L'avortement en Belgique. De la clandestinité au débat*

³⁴ Il faudrait évidemment parler des structures d'accueil car, à l'inverse de la Belgique, 80% des IVG en France sont réalisées en hospitalier (seulement 15 à 20% pour la Belgique), ce qui influe bien entendu sur la prise en charge, et sur le rapport médecin-patiente que nous aborderons au cours de ce travail.
https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/09/28/les-deux-tiers-des-ivg-se-font-sans-chirurgie-et-une-sur-cinq-hors-de-l-hopital_5361262_4355770.html

³⁵ On pense ici au GIS (Groupe information santé) créé en 1972 par de jeunes médecins politisés à l'extrême gauche dans les années 1960 (Pavard, 2009), ou au MLAC (Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception) créé en 1973 à l'initiative de militantes féministes mais aussi de médecins (Pavard, 2009). Enfin, citons le "Manifeste des 331", pétition signée par 331 médecins dans le *Nouvel Obs* en 1973, revendiquant avoir pratiqué des avortements malgré l'interdiction de la loi française.

politique (Marques-Pereira, 1989), prolongement de sa thèse de doctorat en sociologie, m'a permis d'appréhender le contexte belge sous l'angle des enjeux propres au débat sur l'avortement qui a eu lieu dans les années précédant la dépénalisation partielle de 1990. Publié en 1989, donc juste avant la loi, l'ouvrage met en avant les différentes définitions de l'avortement, qu'elles soient pénales, médico-sociales ou morales, tout en analysant le rôle de la justice, de l'activisme laïque et féministe, et celui de l'Eglise dans le débat. On y voit ainsi, et je l'ai montré, à quel point le processus de politisation de l'IVG en Belgique est une longue histoire, débutant dès le début des années 70, jalonnée de compromis dits "à la belge", et nourrie de nombreux paradoxes, qui mènera à la légalisation en 1990.

Dans un second temps, c'est un article écrit par Marques-Pereira avec Sophie Pereira en 2013, "L'avortement en Belgique : un droit précaire ?", qui m'a permis d'actualiser ces données au regard d'un contexte plus récent, bénéficiant d'un certain recul sur les deux décennies écoulées depuis le vote de la loi Lallemand-Michielsens. Les autrices y analysent notamment les trois formes d'exercice de la responsabilité publique dans le contexte de politisation de l'avortement : d'abord, la participation à la "normativité sociale", qui s'incarne dans le recours à la "contraception moderne", ensuite une réflexion sur l'individuation des femmes qui se traduit par le clivage entre les visions laïques et féministes et celles des sociaux-chrétiens, et enfin l'expression d'une vigilance à l'égard des institutions qui s'est manifestée à chaque étape de la politisation du débat. Cet article a également contribué à éclairer le rôle de la Commission d'évaluation de la loi, les enjeux actuels face à une recrudescence des opposants à l'IVG, et face au phénomène naissant de pénurie de médecins pratiquant l'IVG. La formation des médecins en Belgique francophone et la clause de conscience sont aussi des sujets abordés dans cet article, qui m'a aidée à la contextualisation de la problématique.

En ce qui concerne la France, c'est véritablement la publication de Nathalie Bajos et Michèle Ferrand, "De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement" (Bajos, Ferrand, 2011) qui m'a éclairée sur les enjeux de la médicalisation de l'IVG. S'appuyant sur plusieurs enquêtes à grande échelle, elles mettent au jour des enjeux de contrôle social par rapport à une norme contraceptive, de laquelle est née une nouvelle norme, procréative celle-là³⁶, se révélant tout aussi contraignante que la norme contraceptive. Dans ce cadre, l'IVG représente l'échec des femmes à se conformer à une double injonction : "[d'un

³⁶ Selon les chercheuses, il est aujourd'hui de plus en plus difficile d'atteindre les "bonnes conditions" d'une naissance (projet parental d'un couple équilibré psychologiquement et économiquement établi, espacement des naissances, normes d'âge idéal pour procréer, etc).

côté] à une sexualité épanouie, déconnectée des enjeux procréatifs, de l'autre la représentation qu'elles ont largement intériorisée d'une sexualité conjugale et affective qui leur permette de fonder [une] famille [...]" (p.56).

Je voudrais ensuite souligner l'apport de l'article de Sophie Divay, sociologue, "L'avortement : une déviance légale" (Divay, 2004), qui m'a permis de mieux appréhender le poids des normes morales stigmatisantes liées à l'avortement, et du caractère déviant de celui-ci, inscrit dans la loi-même. D'où le secret entourant cet acte du point de vue des femmes qui ont intériorisé une certaine culpabilisation. L'autrice inscrit clairement son travail dans une posture féministe, notamment parce qu'elle entend partir de l'expérience des femmes, et qu'elle fait preuve d'une grande réflexivité, ayant été elle-même conseillère familiale dans un centre de planification en France³⁷, d'où elle tire son matériau sociologique.

C'est en outre du côté du droit que j'ai trouvé la contribution de Tatiana Gründler (Gründler, 2017), qui s'interroge sur la non-remise en question de la clause de conscience en matière d'IVG, alors que certaines autres restrictions mises en place au moment du vote de la loi ont pu être supprimées ou remaniées au fil du temps. En effet, pour la juriste, ce qui explique cette permanence, c'est "la protection des convictions [qui] a joué contre l'impérativité du droit et l'intérêt général et in fine contre la liberté des femmes. L'autonomie individuelle des uns se fait inévitablement au détriment de celle des autres" (p.178). Cet article scientifique m'a permis de mieux appréhender le cadre théorique et législatif français - mais il est semblable à ce sujet en Belgique - dans lequel s'inscrit la clause de conscience, considérée comme un outil d'oppression par les milieux féministes, et élément fondamental du rapport des praticiens à l'avortement.

J'ai enfin approché la question des médecins et de l'IVG grâce à Michèle Ferrand et ses deux articles "Médicalisation et contrôle social de l'avortement" (Ferrand-Picard, 1982) et "Les médecins face à l'avortement" (Ferrand, 1988). Dans la première enquête, la sociologue entend démontrer les enjeux sociaux cachés derrière la dépénalisation de l'IVG dans la France des années 70. Pour elle, "l'enjeu réel de cette loi [de 1975] est bien la médicalisation de l'avortement, qui apparaît ici comme l'instrument privilégié d'un contrôle social plus efficace sur l'avortement" (p.395).

³⁷ Pour cette enquête, Sophie Divay a réalisé des entretiens pré-IVG en France avec 89 femmes entre 1997 et 2000. Au moment où l'entretien pré-IVG était encore obligatoire en France, c'est-à-dire avant la loi du 4 juillet 2001 apportant quelques modifications à la loi de 1975. Les modalités de l'entretien "psychosocial" précédant l'interruption de grossesse sont alors semblables à celles que nous connaissons aujourd'hui en Belgique.

Dans le second article, elle utilise les outils de la sociologie et de l'histoire pour revenir sur l'historique de la légalisation de l'IVG en France. Elle y évoque la crise de conscience de gynécologues qui étaient jusqu'à l'adoption de la loi essentiellement des "accoucheurs", mais aussi le rôle de l'institution médicale dans les IVG, et la dévalorisation de l'image de la profession induite par la nouvelle loi. Michèle Ferrand décortique trois périodes sensibles : 1920-1973 (l'interdiction), 1973-1975 (le projet de loi), et après 1975 (l'application de la loi). Pour chacune d'entre elles, la chercheuse dégage les grandes tendances des positions des praticiens pour montrer que les réticences et le malaise restent présents.

On trouve un prolongement à ces travaux dans la contribution de Marie Mathieu et Lucile Ruault (Mathieu, Ruault, 2014), sociologues, qui vont un pas plus loin dans la déconstruction. Cet article est celui qui m'a le plus inspirée pour ce mémoire. La démarche méthodologique véritablement engagée de ces deux autrices est posée d'emblée comme privilégiant les théories féministes matérialistes. L'étude empirique, ethnographique et exploratoire a mobilisé, en différents lieux, des entretiens avec des gynécologues et du personnel médical, des observations directes d'"avortantes"³⁸ et de médecins, ainsi que des entretiens avec des femmes souhaitant avorter. L'étude entend comprendre l'encadrement des avortantes par l'institution médicale afin de saisir la vigilance publique mise en place au niveau de la gestion des fertilités des femmes et l'usage de leur corps. Pour les deux chercheuses, "la stigmatisation qui s'exerce auprès des avortantes se double d'une volonté de les discipliner, de les éduquer aux pratiques légitimes en matière de santé reproductive" (p.50). Il a finalement été observé que le discours des praticien·nes conforte le jugement social de déviance qui a déjà été mentionné plus haut. Il y a véritablement "renouvellement du stigmate, [...], qui s'ajoute en quelque sorte à une autre déviance : le corps des femmes et leur étiquetage au sein d'une médecine conçue selon des principes androcentrés" (p.59).

Je terminerai cet état de l'art avec un ouvrage qui s'est avéré fondamental pour ce travail, celui de Maud Gelly, intitulé *Avortement et contraception dans les études médicales* (Gelly, 2006). L'autrice, médecin généraliste en France dans un centre d'IVG, y livre un condensé de sa thèse de médecine générale. Elle questionne ici "l'enseignement de la maîtrise de la fécondité, située au carrefour de trois grands axes que sont la définition de la norme procréative, les rapports sociaux de sexe et les rapports patient·es-médecins" (p.8). Sur la base d'un questionnaire et d'entretiens réalisés avec des étudiant·es en médecine, la chercheuse

³⁸ Les autrices ont créé ce néologisme pour souligner, contrairement au terme "avortée", le caractère durable de l'épisode que vivent les femmes dans un parcours d'avortement, et nuancer la part de passivité de ces femmes.

interroge le rôle normatif des médecins et leur implication dans la diffusion de valeurs et de discours plus ou moins stigmatisants à l'encontre de la pratique de l'IVG et des femmes qui y ont recours. Elle en conclut tout d'abord que l'enseignement universitaire français de la contraception et de l'avortement ne répond pas aux objectifs de santé publique, se contentant d'aborder les aspects légaux, les contre-indications et les complications, favorisant au passage une certaine dramatisation de l'IVG par les étudiant·es. Sa démonstration met aussi en évidence l'idée que les étudiant·es ne sont en aucun cas formé·es à un "mode relationnel inhabituel qui les place en position d'exécutants face à une patiente qui pose l'indication d'un acte médical" (p.213). Elle montre que les médecins éprouvent alors le besoin de récupérer leur pouvoir décisionnel en mettant en place plusieurs stratégies, auxquelles la possibilité de recours à la "clause de conscience" n'est pas étrangère. C'est à eux – après la loi et la religion – que revient le devoir de légitimer l'avortement, légitimation qui ne s'applique que dans certaines circonstances assez précises³⁹, faisant des médecins des "entrepreneurs de morale", définis d'après Becker (p.179). Maud Gelly analyse enfin la dialectique contraception-avortement sous l'angle de la déviance (p.183). Les médecins, là aussi, jouent un rôle essentiel dans l'élaboration de cette norme, se soumettant à des objectifs à la fois moraux et préventifs. En définitive, l'autrice plaide pour un enseignement repensé à l'aune des enjeux politiques et sociaux de ces problématiques, dispensé par des personnes – médecins ou non – engagées et passionnées par leur discipline pour mettre l'accent sur l'accompagnement des femmes et enfin répondre aux objectifs de santé publique en la matière.

II.2.2. Féminisme et engagement : définitions

Au cours de la préparation de ce travail, il m'est apparu rapidement évident, à la suite de Marie Mathieu et Lucile Ruault, que les théories féministes matérialistes offraient un cadre de pensée pertinent pour l'étude de ce sujet. En effet, pour Christine Delphy, Colette Guillaumin ou Nicole-Claude Mathieu, les contrôles et les usages des corps sexués sont le produit d'une division sexuée du travail que l'on peut répartir comme suit : travail *reproductif* pour les femmes, travail *productif* pour les hommes (Bereni, 2012). Il y a donc non seulement opposition, mais surtout hiérarchisation entre les deux sphères, créant des rapports de pouvoir entre dominants et dominées. Une réflexion sur l'encadrement des femmes qui ont recours à l'avortement entre donc dans ce cadre de pensée bien précis, en ce sens qu'il y est question de

³⁹ Selon Maud Gelly et les résultats de sa recherche, pour être légitime, la demande d'IVG doit être "motivée", unique, décidée avec un conjoint, émaner d'une femme "en détresse" ayant une contraception régulière et enceinte de moins de 14 semaines d'aménorrhée (p.179).

prescriptions normatives en matière de reproduction, de sexualité et de contraception. Les médecins généralistes et gynécologues, de façon collective et structurelle, participent donc au premier chef à l'établissement et à la diffusion de ces normes auprès des patientes et, de façon plus générale, au sein des représentations sociales. Il conviendra néanmoins d'interroger ou de nuancer ce constat au cours de l'analyse et de l'examen des trajectoires de ces acteurs et actrices de terrain, et de voir comment des variations individuelles à ce modèle sont possibles.

Puisque l'engagement "féministe" des praticien·nes est questionné dans ce travail, il convient de donner une définition du "féminisme" qui sera la base sur laquelle je m'appuierai. J'ai choisi celle de Nicole-Claude Mathieu dans *L'arraisonnement des femmes* : "Je donnerai [...] au mot 'féminisme' le sens courant et minimal de : analyse faite par des femmes (c'est-à-dire à partir de l'expérience minoritaire) des mécanismes de l'oppression des femmes en tant que groupe ou classe par les hommes en tant que groupe ou classe, dans diverses sociétés, et volonté d'agir pour son abolition"⁴⁰.

Le genre, que j'utiliserai comme grille d'analyse, entre également dans cet ensemble réflexif matérialiste car il y est pensé comme système de différenciation mais aussi comme système de domination. Il permet de plus de questionner l'engagement féministe militant des professionnel·les de santé pour le droit des femmes à disposer librement de leur corps, l'une des marques du patriarcat étant, pour les féministes matérialistes, l'appropriation par les hommes de la capacité reproductive des femmes.

L'engagement est un autre concept qui nécessite une définition. La définition de Howard S. Becker est assez parlante : "On parle d'engagement lorsqu'un individu, en prenant un pari subsidiaire, associe à une ligne d'action cohérente des intérêts étrangers à celle-ci" (Becker, 1960). Cette "ligne d'action cohérente", ou "trajectoire d'activité cohérente" selon les traductions, renvoie à ces actions sociales ou individuelles que je tente précisément de cerner dans ce mémoire. Ainsi, dans le contexte qui nous occupe, objectiver l'engagement reviendrait à collecter un répertoire d'actions qui, mises ensemble, fourniraient le modèle d'une attitude engagée de la part de la ou du médecin dans sa pratique de l'avortement. Selon moi, il s'envisage en trois points : par une prise en charge non-paternaliste et non-moralisatrice des femmes qui ont recours à l'avortement, par la défense d'une position non-stigmatisante vers l'extérieur, cercle familial ou sphère publique, et par les actions militantes – le militantisme est

⁴⁰ MATHIEU Nicole-Claude, *L'arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*, Éd. de l'EHESS "Cahiers de l'Homme", Paris, 1985, p. 172.

l'une des formes de l'engagement collectif. Celles-ci peuvent prendre la forme de participation aux manifestations, signature de pétitions, défense de la cause dans les médias, signature de cartes blanches dans la presse, participation à des colloques universitaires ou militants, à des débats politiques, à des groupes d'action, formation de la jeune génération, transmission des savoirs.

II.3. Approche méthodologique

Mon approche méthodologique se veut empirique, inductive, explorative, et basée sur la méthode qualitative des entretiens.

II.3.1. Prémices du questionnement et retour réflexif

Conformément à la théorie des savoirs situés, je voudrais ici expliciter "d'où je parle" (Boisclair, 2014). Au point de départ de ma réflexion se situe ma propre expérience d'IVG qui m'a conduite à une question centrale : pourquoi ai-je laissé planer autant de silence autour de cet acte ? Pourquoi, alors que je suis informée et consciente de l'importance du témoignage féministe, et qui, dans ce contexte, se fait littéralement politique, n'ai-je pas parlé de cette IVG, ou très peu ? La question du tabou est donc au point de départ de ma recherche. Cette expérience m'a aussi confrontée à l'infantilisation dont les femmes peuvent faire l'objet lorsqu'elles décident d'avorter, notamment par la classe des médecins. C'est là aussi que le corps médical et ses motivations autour de l'IVG entrent en jeu.

Ce retour réflexif s'additionne d'un positionnement féministe : je souhaite avant tout l'émancipation des femmes de tout type d'oppression. Dans le cadre de l'IVG, il s'agit pour moi véritablement du droit qu'ont les femmes à disposer de leur corps, qu'elles soient également libérées de toute assignation à une fonction maternelle et de tout contrôle stigmatisant sur leur sexualité, ou la façon dont elles mènent, ou non, leur contraception. Ma recherche est aussi celle d'une femme blanche, de la classe moyenne, chercheuse en genre, ayant avorté donc, et mère d'une fille en bas âge. Consciente que cette expérience d'IVG me situe comme sujet de l'enquête autant que les professionnel·les de santé que j'ai interrogé·es, je pense malgré tout pouvoir mobiliser une démarche scientifique sans toutefois tomber dans l'illusion d'une neutralité axiologique.

II.3.2. Une enquête qualitative en CPF

Comme François-André Isambert, je serais tentée de poser la question suivante : "Une sociologie de l'avortement est-elle possible ?" (Isambert, 1982). A l'en croire, oui, mais en

parlant de “sociologies” au pluriel, car cet objet multidimensionnel et conflictuel recouvre de nombreuses couches de savoirs différentes⁴¹. Prétendre imbriquer tous ces plans est illusoire, mais il faut, à la suite d’Isambert, et dans une perspective féministe, garder en tête l’expérience des femmes qui ont ou qui vont avorter comme première et prédominante. Ainsi, mon sujet de recherche ne concerne pas que l’institution médicale et ses praticien·nes ; il se propose d’envisager les liens et les rapports qui existent entre les médecins et les patientes, et comment les premier·ères expriment leur engagement pour la liberté des secondes.

J’ai choisi d’interroger des médecins qui pratiquent l’avortement. J’aurais pu orienter ma recherche vers celle·ceux qui ne le pratiquent pas, et/ou ne veulent pas le pratiquer, par choix éthiques, circonstances pratiques, par hasard ou autres, et j’aurais ainsi pu éclairer d’autres enjeux de la problématique IVG. Mais je voulais ici centrer la réflexion sur celles·ceux qui choisissent de pratiquer un acte médical pas tout à fait comme les autres, on l’a vu. Ainsi, si l’IVG est autorisée par la loi, elle ne l’est que de façon limitée, dans des circonstances très précises, et scrupuleusement encadrée, accompagnée d’un certain nombre de restrictions. Les professionnel·les de la santé qui la pratiquent hors de ce cadre peuvent encourir des sanctions, allant jusqu’à des peines de prison. Les enjeux sont donc de taille.

Pour cette enquête, j’avais au départ pour ambition de réaliser une dizaine d’entretiens avec des médecins pratiquant l’avortement, pour disposer d’un échantillon le plus représentatif possible. Finalement, en raison d’impératifs temporels et matériels dû à la crise sanitaire du Covid-19, j’ai dû adapter mon terrain et me limiter finalement à un corpus de cinq médecins : quatre généralistes et un gynécologue qui pratiquent l’IVG. Quatre exercent à Bruxelles, et une en Wallonie (Louvain-la-Neuve). Tous·tes pratiquent l’avortement dans les CPF affiliés à la FLCPF. C’est en effet à cette fédération que j’ai effectué mon stage – lui aussi écourté – sous la direction de Caroline Watillon, responsable en charge de la thématique IVG. C’est sur ses conseils que je me suis adressée à ces cinq médecins, me présentant comme sa stagiaire à la FLCPF et étudiante en études de genre, travaillant “sur l’engagement des médecins dans la problématique de l’avortement”. Tous·tes ont été très réactif·ves étant donné le peu de temps dont je disposais, et tous·tes ont montré de l’intérêt pour ma recherche. En outre, tous·tes ont accepté que leur nom figure dans mon mémoire. J’en ai rencontré trois sur leur lieu de travail, un à son domicile et une par vidéoconférence. Je me suis efforcée de créer un climat de

⁴¹ Isambert parle de “diverses constructions mentales et sociales selon des plans différents (conception métaphysique, représentation matérielle, normes morales, normes juridiques, mœurs sexuelles, mœurs médicales...) relativement autonomes et à étudier complémentirement”. (p.380).

confiance par une écoute non-jugeante, propice à l'émergence d'une parole vraie, selon la méthode féministe du terrain. Les entretiens approfondis et semi-dirigés ont duré entre 40 minutes et 1h10 ; ils ont été enregistrés puis retranscrits.

Cette étude qualitative se base sur un guide d'entretien⁴² qui se compose d'une trame de questions ouvertes et neutres qui m'ont permis d'explorer trois grands thèmes prédéfinis : l'expérience de vie professionnelle, la prise en charge des femmes qui ont recours à l'avortement, et le positionnement ou l'engagement proprement dits. Le guide d'entretien a subi plusieurs modifications en cours de travail et au contact du terrain, selon le principe de co-construction des savoirs⁴³. Il a été corrigé une première fois par ma promotrice Mona Claro qui m'a montré l'importance de poser d'abord des questions concrètes sur le "comment" – comment ils et elles travaillent – avant de les interroger sur leurs opinions personnelles. Il a également été corrigé par ma maître de stage après le premier entretien, notamment sur des questions de formulations un peu hasardeuses parfois ; c'est aussi elle qui m'a permis de différencier dans mes questions la clause de conscience institutionnelle⁴⁴ de la clause de conscience individuelle. Enfin, les questions de la peur des poursuites judiciaires et celles de la perception négative du geste chirurgical ont été ajoutées suite au premier entretien, parce que le premier médecin avait spontanément évoqué ces aspects. Je me suis aussi rapidement rendu compte que ma question "*Comment définiriez-vous votre engagement?*" sous-entendait que l'engagement allait de soi ; je l'ai donc transformée en "*Est-ce que votre pratique de l'avortement fait de vous quelqu'un d'engagé-e ? Si oui, comment définiriez-vous cet engagement ?*".

Je dois ici préciser que j'avais dans un premier temps imaginé utiliser trois types de sources : mes entretiens, la parole des médecins dans le film documentaire "Les mains des femmes" – commandé par la FLCPF dans le cadre du projet IVG auquel j'ai participé pendant mon stage⁴⁵ –, et les entretiens réalisés par des étudiants de l'ULB dans le même cadre. Or ayant récolté déjà énormément de matière dans mes propres entretiens, n'ayant pas pu avoir accès à la retranscription intégrale des entretiens de l'ULB, et finalement ne pouvant mettre

⁴² Voir Annexe II. Guide d'entretien

⁴³ L'entretien est toujours co-construit : "l'interviewer influence l'interviewé". Cité par Maud Gelly, 2006 : Alain Blanchet, Anne Gotman. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Nathan, pp.125, 2007.

⁴⁴ Certaines institutions médicales comme les hôpitaux posent parfois une clause de conscience concernant tous·tes ses médecins, bien qu'elle ne soit pas autorisée dans les faits. Cf. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/memorandum_recommandations_ivg.pdf

⁴⁵ Voir Annexe I. Rapport de stage.

ces trois matériaux sur le même plan, j'ai décidé de ne me baser que sur les données récoltées au cours de mes entretiens.

II.3.3. Limites méthodologiques

Les limites méthodologiques à ce travail sont nombreuses, mais sont aussi riches de pistes en vue de futurs prolongements. Je n'ai, tout d'abord, rencontré que des médecins issus de l'ULB. Or nous avons vu à quel point le rôle de cette institution a été prédominant dans la lutte pour la dépénalisation de l'avortement : le clivage ULB-UCL (*Université Catholique de Louvain*) sera un critère intéressant à intégrer à une nouvelle recherche. Ayant choisi d'occulter les centres hospitaliers au profit des centres extrahospitaliers, je me suis exposée à l'expression d'un engagement peut-être plus féministe ou militant de la part des professionnel·les de santé, conformément à l'historique de ces structures. En outre, mon échantillon se situant plus ou moins entre 30 et 50 ans, je n'ai pas rencontré de médecin ayant connu ces luttes historiques, ou faisant partie de cette génération plus âgée, proche de l'âge de la retraite. Or il aurait été pertinent d'observer cette donnée car on peut sans doute penser que les médecins les plus engagé·es pour l'avortement aujourd'hui sont celles et ceux de la première génération, qui se sont battu·es pour le droit, et qui ont pratiqué dans l'illégalité. Par ailleurs, je n'ai pu appréhender le clivage Bruxelles-Wallonie que par l'entremise d'une seule enquêtée qui travaillait en Wallonie. Il aurait été intéressant de mettre ce critère en perspective pour observer comment l'engagement pour l'IVG se traduit dans ces deux régions, la Wallonie ayant un accès à l'avortement un peu plus restreint et un contexte de pénurie sans doute plus important qu'à Bruxelles⁴⁶. Un autre critère fondamental est celui qui concerne les médecins généralistes et les gynécologues. Encore une fois, n'ayant rencontré qu'un seul gynécologue, il est difficile de tirer des conclusions à ce niveau⁴⁷. Le critère du sexe des praticien·nes aurait pu également constituer une balise intéressante pour évaluer leur engagement féministe : dans les CPF affiliés à la FLCPF, une grande majorité des médecins qui pratiquent l'IVG sont des femmes (environ 70%⁴⁸), mais mon échantillon comportant 3 femmes et 2 hommes n'a pas permis d'éclairer ce critère.

Enfin, la dernière limite tient au fait que je suis peu familière avec la démarche sociologique, ayant une formation littéraire, et n'ayant jamais réalisé d'enquête sociologique

⁴⁶ La FLCPF déplore une difficulté à engager des médecins formés, particulièrement dans les CPF ruraux. Voir Annexe I. Rapport de stage.

⁴⁷ Cependant, 90 à 95% des médecins pratiquant des IVG en CPF affiliés à la FLCPF sont des médecins généralistes. Chiffre mis à jour en août 2019 par la FLCPF.

⁴⁸ Chiffre mis à jour en août 2019 par la FLCPF.

préalablement à ce mémoire. J'ai donc pu manquer d'outils sociologiques pour construire mon analyse, mais j'ai malgré tout, grâce à des lectures enrichissantes, pu appréhender ce sujet de la manière la plus scientifique possible.

Je soulignerai en fin de compte l'idée que, n'ayant pas accompagné les médecins en consultation avec leurs patientes, je ne peux me baser que sur leur discours et non sur leur pratique, m'exposant au fait que les deux ne coïncident pas. Néanmoins, cette parole a du sens car elle consiste en l'image qu'ils et elles souhaitent donner d'eux·elles-mêmes.

Chapitre III. Analyse des données

Les données récoltées lors des entretiens menés avec les médecins donnent lieu à une analyse dans la suite du texte. Puisqu'ils et elles ont accepté de figurer nommément dans ce mémoire, je les nomme ci-dessous, dans l'ordre dans lequel je les ai rencontrés·es. L'âge n'est pas exact, mais donne un ordre d'idée, et leur sortie de l'université désigne la fin des sept années du tronc commun du cursus de médecine, juste avant l'assistantat. Je choisis, par souci de lisibilité, de les faire apparaître sous leurs seules initiales dans l'analyse qui suit.

Yannick Manigart (YM) :

Gynécologue en hospitalier et en CPF (Bruxelles), sortie ULB : 1996, 50 ans.

Isabelle Bomboir (IB) :

Médecin généraliste en CPF (Bruxelles), sortie ULB : 1999, 45 ans

Cédric Pé (CP) :

Médecin généraliste en CPF (Bruxelles), sortie ULB : 2006, 40 ans

Antigone Hatzfeld (AH) :

Médecin généraliste en CPF (Bruxelles), sortie ULB : 2016, 30 ans

Sylvie Delloye (SD) :

Médecin généraliste en CPF (Louvain-la-Neuve), sortie ULB : 2014, 30 ans

III.1. La génération politique

Comme déjà énoncé, les luttes militantes sont à l'origine de la politisation de l'avortement en Belgique, elle-même à la base de la médicalisation de l'acte. Le militantisme des médecins dans la lutte pour la dépénalisation de l'avortement a joué un rôle fondamental pour la reconnaissance de l'IVG comme un droit de santé publique. Qu'en est-il depuis la dépénalisation partielle de 1990 ? Quelle influence celle-ci a-t-elle eue sur l'engagement, notamment féministe, des praticien·nes ?

Pour identifier la manière dont l'engagement se manifeste chez les médecins qui pratiquent l'avortement, j'utiliserai le concept de génération politique. En effet, j'identifie trois moments, depuis les années 70 jusqu'à aujourd'hui, qui correspondent à trois générations de médecins face à l'avortement. La définition de la génération politique comme "un groupe qui, à un moment donné du temps identifié comme correspondant à une étape significative, a rejoint un collectif militant" (Magali Boumaza, 2009, citant Olivier Fillieule) s'applique bien sûr avant tout à cette génération de médecins engagés dans la lutte des années 70 et 80 en faveur du droit à l'avortement. Influencé·es par Mai 68, porté·es par les collectifs militants de gauche et par le féminisme de la deuxième vague⁴⁹, ces médecins inscrivent leur lutte dans ce bouillonnement intellectuel et d'actions qui permettra une réflexion sociétale globale de remise en cause des modèles idéologiques précédents (Sandrine Garcia, 2005).

Mon échantillon ne comprend pas de médecin ayant pratiqué des IVG dans l'illégalité, mais certain·es enquêté·es m'ont parlé de cette période où le militantisme était fort, comme YM qui a été très influencé au CHU Saint-Pierre par un chef de service "très engagé là-dedans, qui avait d'ailleurs été en procès puisque c'était l'époque où ce n'était pas encore légal". Plus loin dans l'entretien, il me dira :

YM : "Moi quand j'ai commencé, les gens qui étaient dans l'avortement, c'était il y a 25 ans, je vais avoir 50 ans, on avait l'impression qu'on prenait un package où il y avait un militantisme comme ça très... notamment avec des collègues [...] qui ont un discours qui pour moi maintenant n'est plus adapté, et qui a fait peur à beaucoup de gens".

On entend ici à quel point cette génération militante des années 70 a pu non seulement influencer mais aussi effrayer la génération suivante par un activisme peut-être trop envahissant. C'est sans doute ce qu'exprime Magali Boumaza lorsqu'elle souligne que "l'ombre de la génération 68 plane sur les générations qui lui succèdent" (Magali Boumaza, 2009, :10). Car le deuxième temps de cette histoire imbriquant médecins et avortement est une période idéologiquement pauvre caractérisée par une perte de capital militant (Marques-Pereira, Pereira, 2013). En effet, les années 90 et 2000, qui suivent la dépénalisation partielle en Belgique, sont marquées par une professionnalisation et une institutionnalisation du secteur du planning familial qui vont logiquement de pair avec un affaiblissement de la lutte – je le montrerai plus loin. Deux enquêté·es, qui ont commencé leur pratique au milieu et à la fin des années 90, reconnaissent tous·tes deux un "trou générationnel" caractérisé par "un vide idéologique [...] où on ne s'est plus battus pour rien" (YM).

⁴⁹ Y compris en Belgique : cf. Deuxième vague du féminisme belge, page Wikipedia : https://fr.wikipedia.org/wiki/Deuxi%C3%A8me_vague_du_f%C3%A9minisme_en_Belgique

YM : “Moi je suis né en 71, il ne s’est rien passé, pas de combat. Parfois à l’ULB on allait manifester antifasciste, mais y avait pas beaucoup de fascistes non plus hein...”

IB, quant à elle, a des “souvenirs de solitude et d’angoisse parce qu’[elle était] seule”.

IB : “Par rapport à ma génération à moi, de médecins qui sont sortis, qui m’ont entourée, je n’en connais aucun qui pratique l’avortement... Non. Pas qu’ils sont contre hein, mais c’est toujours le même discours “C’est bien que tu le fasses. Moi j’pourrais pas, mais c’est bien que tu le fasses !”.

Au-delà du “vide idéologique”, les facteurs explicatifs de ce désengagement sont donc à chercher aussi, pour YM, dans le militantisme “excessif” de la génération précédente, et de ses revendications féministes :

YM : “[...] On n’avait pas la possibilité de se poser la question de “est-ce qu’on doit aller plus loin ?”, c’était “il FAUT se battre pour aller plus loin” et “l’avortement est un moyen de contraception”. Or quand on te jette ça à la figure, c’est pas évident. C’était dur de s’exprimer et de dire ce qu’on pensait. [...] je pense que c’est pour ça que pendant longtemps, on n’a pas eu de relais...”

N’ayant pas pu trouver la confirmation de cette hypothèse dans la littérature scientifique, la question reste posée. Néanmoins, il est assez clair que la pénurie de médecins pratiquant l’avortement que la FLCPF observe aujourd’hui⁵⁰ résulte d’un désengagement de cette génération de médecins post-dépénalisation, à l’heure où les médecins militants des années 70 et 80 prennent leur retraite.

Enfin, on peut formuler l’hypothèse selon laquelle le troisième temps marquant de ce contexte est celui, contemporain, du renouveau de l’engagement féministe d’une génération qui a vécu l’avènement du mouvement #MeToo à la fin 2017. Des femmes du monde entier posent alors un “geste politique fondamentalement révolutionnaire en prenant la parole publiquement et en rompant l’isolement auquel elles étaient assignées jusqu’alors pour participer à un soulèvement collectif et international”⁵¹. Les droits sexuels et reproductifs constituent alors un front de lutte qui, semble-t-il, perdure. Les enquêté·es observent aussi un regain d’intérêt pour l’IVG parmi les jeunes médecins. IB le constate devant le nombre grandissant d’étudiant·es qui se lancent dans la formation GACEHPA :

IB : “J’ai l’impression qu’il y a plus d’intérêt. Et l’année dernière on a eu pas mal de jeunes médecins, qui étaient déjà médecins, donc pas des étudiants ou des assistants, qui venaient vers ça. Et de toutes les origines, donc autant de l’ULB que de l’UCL, et ça c’était plutôt rare”.

YM, de son côté, observe une participation en hausse à son séminaire, ou de plus en plus de demandes de mémoires sur le sujet, et se montre globalement optimiste :

⁵⁰ Comme déjà mentionné, la FLCPF a conclu de ses dernières évaluations statistiques (août 2019) que 25% des médecins exerçant dans ses CPF seront retraité·es dans un avenir plus ou moins proche.

⁵¹ « Éditorial », *Mouvements*, vol. 99, no. 3, 2019, pp. 7-10.

YM : “Mais moi je pense que derrière y a des jeunes, [...] donc des militants moi je pense qu’il y en a de plus en plus, même chez les sages-femmes et tout. Donc moi je suis optimiste. [...] Et j’ai de l’espoir. Maintenant c’est vrai qu’il y a eu un trou, mais je pense que ça va se combler”.

Les questions de santé sexuelle et reproductive semblent donc de nouveau intéresser ces jeunes “plutôt enthousiasmants” (CP) qui frappent à la porte des CPF aujourd’hui. Reste à voir si cette tendance se vérifiera dans le temps. Car les contraintes semblent peser lourdement sur les épaules de cette jeune génération de médecins. AH, qui en fait partie, souligne :

AH : “[...] ma génération, on est de plus en plus à dire “ben en fait nous, on ne veut pas travailler 48h par semaine, on veut avoir une vie à côté de notre médecine”, et donc si on doit pouvoir être encore disponible pour la médecine générale, plus être disponible pour notre vie à nous, c’est finalement assez facile de faire tomber le planning”.

C’est là que se manifeste l’importance de l’engagement des médecins sur le long terme :

IB : “Ce sont quand même toujours des médecins qui ont des petites part-time dans leur vie active, professionnelle, c’est ça [la pratique en planning] qui va sauter en premier, je pense, s’il n’y a pas cet engagement qui est accroché quoi...”

Tous·tes les enquêté·es estiment au minimum que le risque de pénurie de médecins pratiquant l’IVG en CPF existe. Voire que cette pénurie se confirme déjà, au vu des difficultés de remplacement du personnel en cas de maladie ou de congé, “difficulté quotidienne” pour CP. IB parle d’“une moyenne d’âge de 45 ans”, moyenne qui descend depuis quelques années, mais sans certitude sur l’avenir. La plus jeune des médecins interrogé·es, AH, confirme : “D’ailleurs y a juste à regarder comment on est dragués par les plannings pour qu’on vienne travailler chez eux. [...] j’aurais pu faire un temps plein en planning en claquant des doigts”.

Une autre enquêtée m’éclaire à ce sujet sur la différence entre Bruxelles et Wallonie :

SD : “Moi j’ai travaillé au planning à Namur, et justement eux ils ne font pas d’aspiration parce que ça fait des années qu’ils n’arrivent pas à trouver de médecins. Je pense que la pénurie est déjà là dans certaines zones... Et à Bruxelles, ça ne se ressent peut-être pas, parce que justement c’est plutôt l’ULB qui forme, mais en Wallonie je pense que clairement y a un souci à ce niveau-là”.

Certain·es enquêté·es soulignent l’importance d’une bonne formation, comme SD pour qui il faut “prendre soin de la formation”. Je me propose d’explorer l’influence de la socialisation universitaire au point suivant.

III.2. Socialisation universitaire et premier lieu de stage

Parmi les déterminants à l’engagement des médecins dans la pratique de l’IVG, la formation universitaire et les premiers lieux de stage doivent être observés dans le cadre de cette recherche. Quel rôle jouent-ils plus précisément ? Tous·tes les médecins que j’ai rencontré·es se sont formés à l’ULB. Je ne peux donc pas me prononcer pour l’ensemble des

établissements d'enseignement supérieur de Belgique francophone. S'il est clair que le clivage ULB-UCL pourrait être riche d'enseignement pour le cas de l'IVG, ce travail ne s'attachera pas à cela. J'entends ici chercher à savoir si l'institution ULB a déterminé l'accès des enquêté·es à la pratique de l'avortement et si oui, comment. En effet, j'ai montré plus haut le rôle prépondérant de l'ULB dans la lutte pour la dépénalisation, ainsi que son rôle dans la formation des premiers médecins au moment de la médicalisation de l'avortement.

Si le choix initial de l'institution pour ses valeurs de libre-pensée peut déjà avoir une incidence sur la pratique future de l'IVG de l'étudiant·e, j'ai surtout questionné la façon dont les enquêté·es avaient été mis·es en contact avec la pratique de l'avortement au cours de leurs études. Dans son ouvrage, *Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée*, Maud Gelly montre que l'avortement n'est quasi pas enseigné dans les études de médecine en France – en 2006 du moins – : tout au plus s'agit-il d'un “enseignement purement technique qui se limite à quelques heures”, et qui se centre sur “les aspects légaux, les contre-indications et les complications” de la contraception et de l'avortement (Gelly, 2006, p.213). Cet enseignement, selon la chercheuse et médecin, perpétue la dramatisation de l'acte IVG auprès des étudiant·es. En Belgique francophone aujourd'hui, sans avoir fait de recherche précise à ce sujet dans les programmes de cours, il semble que nos deux jeunes enquêtées sorties en 2014 et 2016 aient eu des cours traitant de l'avortement, à la fois dans le tronc commun, mais peu détaillés, et ensuite pendant la spécialisation en médecine générale⁵² : l'IVG était alors abordée plutôt sous ses aspects techniques et pratiques.

Depuis 2005, une formation organisée au départ conjointement par le GACEHPA et le département de médecine générale de l'ULB (donc exclusive des autres universités)⁵³ permet aux étudiant·es de se former pendant leur assistantat⁵⁴ à l'IVG et plus globalement à la pratique gynéco en planning familial au travers de 4 x 6 mois de stage en CPF. On doit cette formation à la persuasion de Dominique Roynet, médecin généraliste, à l'époque porte-parole du GACEHPA et militante de la première heure aux côtés de son professeur Willy Peers⁵⁵. Il apparaît donc que le militantisme d'acteur·rices de terrain a permis l'institutionnalisation d'une

⁵² A priori, il n'existe pas de formation spécifique en gynécologie, aujourd'hui.

⁵³ Aujourd'hui, la formation s'ouvre aux étudiant·es de toutes origines universitaires.

⁵⁴ À raison d'une demi-journée par semaine pendant deux ans, qui n'est pas comptabilisée comme partie de l'assistantat. Ce sont des heures en plus, comme me le dira une enquêtée, non sans regret. Le détail a son importance si l'on veut étudier l'accès à cette formation.

⁵⁵ <https://www.laicite.be/magazine-article/les-medecins-et-livg-cest-aux-anciens-de-stimuler-les-jeunes/>

formation prévue dès le départ comme une façon de pallier le manque de médecins pratiquant l'IVG⁵⁶.

Cela étant, les plus jeunes parmi les enquêté·es ont rencontré leurs premiers cas d'IVG lors de leurs stages en CPF au sein de cette formation. Les motivations pour s'engager dans celle-ci sont diverses. Interrogé à ce propos, CP évoque une sensibilisation préexistante.

CP : “Après, c'était un sujet sur lequel je m'étais progressivement sensibilisé avant que la formation existe, donc quand j'ai su qu'elle existait, ça m'a intéressé très rapidement”.

Pour AH, le hasard a joué un rôle, bien avant la formation GACEHPA elle-même, mais son profil ou ses “convictions” l'auraient peut-être malgré tout conduite dans cette voie

AH : “Mon entrée dans le domaine du planning, c'était en fait en faisant un stage... un peu par hasard en fait. Le médecin que j'ai suivi, c'était un type qui était venu manger chez mes parents qui m'a dit “ah je travaille à la Free Clinic, viens une fois faire un stage, c'est super chouette, tu vas voir, [...] je ne connaissais pas les plannings familiaux, j'y ai mis les pieds en me disant “ben oui c'est tout à fait normal que si jamais je fais de la médecine générale, ça me paraît tout à fait évident que je vais traîner là-dedans vu mes convictions et mon truc” et donc... Mais d'un autre côté, c'est quand même un peu par hasard, je me demande si j'avais pas rencontré ce gars-là... peut-être qu'après dans les cours j'aurais entendu parler de la formation GACEHPA et que du coup je m'y serais engagée”.

Les deux derniers médecins interrogés, qui ont commencé leur pratique avant l'existence de la formation GACEHPA, sont l'un et l'autre “tombé·es dans la marmite” lors de leurs stages. YM, gynécologue, explique l'importance de son assistantat au CHU Saint-Pierre dans son engagement, tandis qu'IB évoque un “feeling” :

YM : “J'ai fait mes cinq ans de spécialisation déjà au CHU Saint-Pierre. Donc c'est clair que ça, ça a beaucoup influé sur mon engagement et sur ma pratique, puisqu'effectivement quand on accepte de travailler là-bas, on accepte de faire des IVG. C'est des questions qu'on pose avant de prendre en spécialisation des futurs gynécos, c'est qu'évidemment ils doivent être prêts à réaliser des interruptions volontaires de grossesse. C'était une condition indispensable”.

IB : “Et comment j'ai choisi ? Je crois que c'était mon feeling, depuis toujours, au cours de mes stages, c'était mon feeling, vraiment, ça n'a pas changé après”.

Il semble qu'un adjuvant récurrent à la pratique et à la persistance de l'engagement soit à imputer aux rencontres. Tous.tes les médecins interviewé·es ont évoqué une personne, un médecin plus âgé, qui a en partie joué un rôle dans leur engagement en faveur de l'avortement. Que ce soit YM avec un “chef de service très engagé” déjà mentionné, ou CP, qui évoque à nouveau Dominique Roynet :

⁵⁶ Chaque année, 3 ou 4 médecins sortent de la formation GACEHPA. Cf. <http://www.gacehpa.be/> et <https://www.laicite.be/magazine-article/les-medecins-et-livg-cest-aux-anciens-de-stimuler-les-jeunes/>

CP : “Sur le plan personnel, mais je ne veux pas généraliser, je dirais que la rencontre avec le Dr Roynet pour moi a été importante, c’est vrai, sur mon engagement, c’est quelqu’un qui a eu une influence sur moi...”

IB : “J’ai eu la chance durant mes stages de rencontrer une gynéco qui travaillait en province, et qui, elle, faisait des avortements, et qui était très engagée là-dedans, donc je crois... moins aujourd’hui peut-être mais en tout cas l’engagement et le fait d’aller vers certaines formes de médecine, c’est les rencontres qu’on fait les uns avec les autres qui orientent vers cette démarche”.

De façon générale, la formation GACEHPA séduit les plus jeunes médecins rencontrés, qui reconnaissent son importance. Seule AH évoque spontanément en entretien les freins à la formation qui pourraient survenir suite à un épuisement des étudiant·es à la fin de leur cursus de médecine.

AH : “J’ai fait 7 années d’études, et 2 ans d’assistantat, moi c’était chouette, mais y a des gens qui se sont fait exploiter pendant 2 ans, et ils ont pas du tout envie de prolonger ça. Mais la curiosité et la fibre humaine elle est dévastée pendant ces études, que ce soit pour faire des IVG ou n’importe quoi d’autre hein. [...] Et faire la formation après son assistantat, c’est chaud aussi parce que franchement on est cassés, on est épuisés...”

C’est pourquoi, selon elle, l’ULB devrait inclure la formation GACEHPA dans l’assistantat, que ce ne soit pas des “heures en plus” pour convaincre davantage d’étudiant·es.

AH : “L’ULB, ils surfent un peu sur la vague ‘on est fiers de faire des IVG et tout ça’, donc on peut pas avoir les deux quoi, donc y a un moment, il faut leur rentrer dedans en disant ‘vous vous vantez de former des médecins qui font de l’IVG, ben il faut vous donner les moyens de votre art, les gars hein...”

III.3. Socialisation professionnelle

Que nous apprend la socialisation professionnelle des enquêté·es ? Que peut-on dire de l’engagement en centre de planning ou en centre hospitalier ? Quatre d’entre eux·elles sont médecins généralistes et travaillent en CPF depuis leur sortie d’assistantat⁵⁷. Le cinquième est gynécologue et travaille à la fois en CPF⁵⁸ et en hôpital. Pour expliquer le choix de leur spécialisation, les quatre généralistes me font tous·tes sans exception part d’un rejet de la structure hospitalière, jugée “inhumaine” :

AH : “J’aimais pas du tout le milieu hospitalier que je trouvais très maltraitant pour tout le monde, pour les soignants et pour les patients”.

Non seulement la prise en charge des femmes venues y avorter est estimée problématique, mais le personnel lui-même semble subir, selon les enquêté·es, des conditions de travail pénibles. IB, par exemple, n’avait pas envie de la “hiérarchie hospitalière” jugée “très difficile à vivre”. Quant à l’encadrement des patientes, tous·tes me relatent des exemples d’une

⁵⁷ À temps plein pour trois d’entre eux·elles, et à mi-temps pour la dernière qui partage son temps entre planning et maison médicale.

⁵⁸ Le City Planning étant un peu particulier puisqu’il s’agit d’un centre de planning hospitalier.

mauvaise prise en charge (le plus souvent des paroles non-respectueuses ou stigmatisantes, ou parfois “l’envie de punir” (YM)) : “c’est le côté pas bien encadrant de l’hôpital” (IB). Tous·tes estiment qu’il existe toujours des risques de tomber sur un·e infirmier·ère ou un·e anesthésiste peu respectueux·se de ces femmes parce qu’il ou elle est contre l’IVG. Même YM, pourtant chef de clinique au CHU Saint-Pierre, estime qu’ hormis pour une anesthésie générale, l’hôpital ne devrait pas être le premier réflexe des femmes :

YM : “Si on veut une anesthésie locale, surtout pas aller à l’hôpital. Vraiment. Ah non, vraiment ! Et moi, je n’ai aucun problème à le dire. Vraiment, la prise en charge au niveau humain sera beaucoup plus poussée... plus humaine dans les plannings familiaux. Moi je suis un grand défenseur des plannings familiaux”.

SD confirme cette organisation hospitalière problématique :

SD : “J’ai des souvenirs de mes stages de gynéco où on faisait des IVG à l’hôpital. C’était plutôt... je vais pas dire traumatisant mais c’est pas forcément des bons souvenirs. [...] C’était les assistants qui devaient pratiquer les avortements, et on voyait qu’ils avaient pas spécialement envie d’être là, de faire ça... donc je trouvais ça un petit peu rude, et puis l’encadrement des patientes n’était pas super. Et je pense que c’est cette opposition qui m’a plu justement au planning où là les patientes sont vraiment encadrées, les gens qui le font sont engagés là-dedans...”

Pour les enquêté·es, le choix de travailler en centre de planning est un choix positif, et non par défaut. Tout comme le choix de la médecine générale, plébiscitée pour le suivi médical des patient·es et l’humanité supposée d’une pratique opposable à la technicité d’autres spécialisations. La bienveillance du personnel rencontrée dans les CPF est soulignée par tous·tes les médecins rencontré·es, ce qui en fait un cadre de travail particulièrement apprécié. Bien plus, beaucoup considèrent que le simple fait de travailler en planning traduit forcément un intérêt pour la médecine sociale, voire déjà un engagement de la part de personnes qui “ne font pas ça pour l’argent” (SD) :

IB : “[...] les gens qui travaillent dans les centres extrahospitaliers ont décidé d’y travailler en sachant dans quel lieu ils entrent, ils savent qu’ils vont faire des avortements, et ils ont envie, je veux dire, c’est leur démarche”.

AH : “En tout cas, c’est sûr que tu ne te retrouves pas en planning familial en te disant “je vais me faire des thunes”... voilà, donc tu as quand même poussé la porte du planning en ayant un intérêt”.

Cependant, qu’en est-il de la perte de capital militant liée à l’institutionnalisation du secteur du planning familial (Marques-Pereira, Pereira 2013) ? En effet, “la professionnalisation des associations militantes s’accompagne souvent d’une crainte de dépolitisation des actrices, de leurs discours et de leurs pratiques” (Blanchard (et alii), 2018). Loin d’une crainte, pour Caroline Watillon⁵⁹, de la FLCPF, il s’agit d’un phénomène normal

⁵⁹ Je fais intervenir la parole de ma maître de stage à divers endroits, en tant qu’experte de la problématique.

que la fédération encourage. Elle m'explique que la professionnalisation du secteur, ainsi que sa subsidiarisation, ont mené à voir se côtoyer deux types de travailleur·euses aux engagements différents : "Il y a un décalage intergénérationnel entre ceux qui ont vraiment participé à la création du secteur et ceux qui travaillent aujourd'hui, qui sont des professionnels. Il y a une tension entre les deux"⁶⁰. Le mécanisme d'institutionnalisation mène donc quasi-automatiquement à une forme de dépolitisation de ses acteur·ices. Mais, comme l'observe la chercheuse Alice Romerio qui a travaillé sur le façonnage des "carrières féministes" en planning familial en France : "Alors que la majorité des salariées ne sont pas entrées au Planning familial *pour* défendre la cause des femmes, l'enquête montre comment elles développent une grille d'analyse féministe du monde social *en travaillant*" (Romerio, 2019). Qu'en est-il pour les enquêté·es dans la pratique ? SD, qui ne se dit ni féministe ni militante, estime malgré tout que le secteur du planning attire des personnes déjà conscientisées :

SD : "Je pense qu'il y a de tout, y a des gens plus militants et y en a qui le sont moins... [...] je pense qu'indirectement en travaillant en planning, y a un côté militant parce que justement on ne fait pas ça... on travaillerait ailleurs on serait mieux payés, donc y a qd même une certaine conviction derrière".

AH, par contre, qui se définit comme féministe et engagée, dénonce une forme d'absence de militantisme chez certain·es soignant·es travaillant en centre extrahospitalier :

AH : "Quand j'ai commencé, je pensais que toutes les personnes qui travaillaient en planning étaient forcément engagées et militantes... je suis un peu revenue là-dessus, certains le sont plus que d'autres. [...] Je ne sais pas très bien, parce que comment sont arrivés ces gens là ? Peut-être que c'est juste un degré différent de militantisme, tu vois, peut-être qu'ils sont arrivés là en étant complètement... et que moi j'ai un degré d'attente plus important, je ne sais pas. Mais par exemple dans la pratique, le côté pas paternaliste, pas jugeant, ne pas dire aux femmes "ok vous ne voulez pas d'hormones, mais vous allez quand même en avoir parce que vous avez fait trois IVG de suite", en fait, ça, c'est triste, mais ça existe aussi en planning, donc c'est clair que j'ai pas envie d'être un médecin comme ça".

Plus particulièrement, pour tenter de mieux cerner l'engagement des médecins dans leur pratique, j'ai demandé aux enquêté·es s'il était, selon eux·elles, nécessaire d'être militant·e pour pratiquer des IVG. Certain·es, comme AH ou CP, estiment qu'il y a inévitablement un engagement lié à la perception sociale de l'acte, mais qui ne se traduit pas forcément par des actions militantes :

CP : "Quand vous dites que vous faites des IVG, ça interpelle toujours un peu les gens donc c'est un acte qui reste quand même un acte, je pense, militant, en effet, en Belgique ou dans le monde. [...] l'IVG n'est pas un acte anodin dans notre société. Alors c'est pas pour ça qu'on va aller manifester ou écrire des pétitions tout ça, mais on est conscients que ça reste un acte spécifique, sensible, militant. Alors certains plus que d'autres... Certains vont s'engager plus, vont essayer de faire bouger les cadres de la loi, d'autres seront plus frileux et resteront bien dans les lignes".

⁶⁰ La FLCPF, comme le dit Caroline Watillon, est d'ailleurs en faveur d'une plus grande professionnalisation du secteur : elle réclame notamment la création d'un Master en santé sexuelle, obligatoire pour entrer en CPF.

D'autres, comme YM, expriment que le militantisme n'est pas indispensable et peut même se révéler être un frein à la pratique pour nombre de médecins ne se reconnaissant pas dans le discours féministe militant :

YM : “Mais pour moi, c’est pas du tout nécessaire, parce que c’est un problème de santé publique, et je pense qu’on doit plus défendre cet aspect-là pour convaincre les gens. [...] Et donc c’est déjà suffisant de juste se dire ça, et donc il y a des gens qui viennent sans être militant, et c’est très bien. Quel est le souci ? Ils vont être hyper humains avec ces gens, puisqu’ils vont les aider et tout... [...] C’est juste dire “oui, moi je fais des IVG mais je vais pas aux manifs et tout pour les droits de la femme machin-brol, je fais mon devoir de médecin”. Parce que c’est notre devoir de médecin”.

Ce sur quoi YM insiste ici, et il est rejoint en cela par la FLCPF qui estime qu’une sortie du militantisme permettrait de normaliser la pratique de l’IVG, c’est la prévalence du problème de santé publique dans la problématique de l’avortement. On sait d’ailleurs que cette revendication était déjà celle de Willy Peers qui, dans des images d’archives bien connues, explique aux journalistes à sa sortie de prison⁶¹ :

“Moi je sais ce que j’ai fait et je sais pourquoi je l’ai fait. Je suis médecin et je l’ai fait dans un but de santé publique. Je considère que mon devoir de médecin est de maintenir les opinions que j’ai toujours défendues, c’est que nous nous trouvons devant des situations où légitimement le médecin n’avait pas à se défilier, où il avait à prendre en conscience ses responsabilités.”

Ce devoir du médecin préexistant à tout est souvent exprimé par les enquêtés. C’est aussi ce que dit ici IB, insistant sur l’idée que l’acte est socialement dévalorisé :

IB : “Parce qu’il n’y a pas de reconnaissance médicale, il n’y a pas de reconnaissance financière, donc il y a vraiment juste un intérêt... ceux que je connais, c’est ça hein, c’est vraiment l’intérêt de le faire. Et cette absolue conviction que ça fait partie de notre travail de généraliste de faire ce job-là”.

III.4. Les pratiques et la prise en charge

Si le concept d’engagement a pu s’analyser ici sous le prisme de la génération politique, puis de la socialisation universitaire et professionnelle, c’est plus spécifiquement dans les pratiques elles-mêmes que l’on pourra sans doute le mieux examiner les façons dont s’incarne cet engagement⁶². Car instinctivement on formulera l’hypothèse que l’engagement féministe, dans la relation spécifique entre patiente-médecin dans le cadre de l’IVG, prend avant tout la forme d’une prise en charge non-stigmatisante des femmes désirant avorter.

Il conviendra de nuancer cette hypothèse dans la mesure où, comme l’explique Caroline Watillon, de la FLCPF, “le cadre légal force au paternalisme”. Les médecins ont effectivement l’obligation légale de parler de contraception et d’alternatives aux femmes qui avortent, ainsi

⁶¹ <https://www.sonuma.be/archive/liberation-du-dr-willy-peers>

⁶² Comme déjà mentionné, je n’ai pas réalisé d’observation participante au sein des consultations médicales des enquêtés. Je me base donc uniquement sur leur discours.

que d'appliquer le délai de 6 jours, notamment. On pourra néanmoins observer comment ils et elles jouent avec ces règles, les appliquant à la lettre ou les contournant.

III.4.1. L'entretien "psychosocial"

La première étape de la prise en charge de celles-ci consiste en un entretien dit "psychosocial" avec un·e accueillant·e : prévu par la loi, il consiste en un espace de parole où l'accueillant·e aborde non seulement les questions pratiques de la mise en place de l'IVG, mais permet aussi à la patiente de s'exprimer⁶³. En France, la loi Aubry de 2001 a supprimé le caractère obligatoire de cet entretien, sauf pour les mineures (Bajos, Ferrand, 2011) : vu par les chercheuses Marie Mathieu et Lucile Ruault comme un outil de surveillance sociale supplémentaire et relevant d'une "psychologisation" du parcours d'avortement des femmes (Mathieu, Ruault, 2014, p.52), il peut de prime abord sembler stigmatisant s'il attend des justifications de la part des avortantes. En CPF en Belgique, l'entretien psychosocial semble peu remis en cause. Caroline Watillon m'explique que la FLCPF se prononce même pour le maintien de celui-ci pour la "porte ouverte de discussion" qu'il représente, mais aussi parce que "le fait de garder l'entretien dans le cadre juridique permet une prise en charge comme soin, et donc un financement et un remboursement de celui-ci". Tous.tes les enquêté·es sans exception y voient un espace de parole essentiel, non seulement pour la relation médicale de confiance qu'il induit, mais surtout pour le bien-être des femmes, sans "psychologisation" aucune.

YM : "[...] en fait, ces femmes souvent elles n'ont pas besoin de psychologue. Du moment que l'accueillante est là, si elle est psychologue c'est bien, mais je veux dire elles n'ont pas besoin de psychothérapie parce qu'elles font un avortement".

CP : "C'est un peu délicat de faire de manière adéquate l'entretien parce qu'il faut se présenter comme ne cherchant pas des justifications, laisser la dame parler si elle a envie et ne pas l'obliger si elle n'a pas envie, et donc il faut trouver le juste équilibre. Mais j'ai l'impression que la plupart du temps c'est vécu positivement par la patiente et que ça lui fait du bien. Mais je pense que globalement c'est un plus dans notre pratique d'avoir cet accueil, ce moment pour parler... [...] c'est pas un entretien psychologique, c'est un espace de discussion, pouvoir déposer des choses, et pouvoir mieux accompagner la patiente, on se dit que si on connaît mieux sa situation, on peut être le plus adéquat possible dans l'entretien médical..."

Pour autant, il ne s'agit pas, selon les médecins, d'une injonction à la parole, mais plutôt d'une possibilité qui leur est ouverte :

SD : "Il y a un entretien qui est prévu de 45 minutes, maintenant elles en font ce qu'elles veulent, elles ne sont pas obligées spécialement de parler..."

⁶³ Rappelons ici que la notion de "détresse" a été supprimée de la loi en 2018 seulement.

Cet entretien est néanmoins conçu par les enquêtés comme partie intégrante d'un "bon accompagnement", qui va de pair avec la possibilité de "déposer des choses", idée récurrente pendant les entretiens. Par ailleurs, l'organisation en centres extrahospitaliers fait en sorte que la femme qui avorte soit toujours confrontée aux deux mêmes personnes (accueillant·e et médecin) durant son parcours IVG ; l'accueillant·e jouant donc ce rôle d'accompagnant·e dès le début et jusqu'à la fin de la prise en charge. Cette spécificité organisationnelle propre au planning familial, qu'on ne retrouve donc pas en hospitalier, est caractérisée par tous·tes les médecins comme le signe d'une prise en charge de qualité, plus "humaine", qui permet de prendre en compte l'individualité de chaque patiente.

Ainsi, plutôt qu'outil de contrôle psychologisant, l'entretien psychosocial, obligatoire selon la loi, est vécu unanimement par les médecins comme un point essentiel de la prise en charge, tout en étant laissé à la bonne appréciation des femmes, libres de s'exprimer ou non. La simplification du processus apparaît en tout cas comme le point fort de l'organisation en centres extrahospitaliers. Car, en France, la suppression de l'entretien psychosocial semble entraîner plutôt un dispersément et une multiplication des interactions et des intervenants, qui se révèlent préjudiciables à la bonne prise en charge des femmes dans leurs démarches (Mathieu, Ruault, 2014, p.46).

III.4.2. Motivations des femmes et consultation médicale

C'est dans la deuxième étape du parcours d'IVG en CPF qu'intervient théoriquement le médecin, lors de la consultation médicale pré-IVG, suivant directement l'entretien avec l'accueillant·e. A la question de savoir si les médecins demandent les raisons du choix d'avorter des patientes, les réponses des enquêtés sont de nouveau assez similaires, même si on observe quelques variantes significatives. Il est important d'appréhender les réponses à cette question dans le cadre d'une recherche féministe, car avec Maud Gelly on peut dire que la stigmatisation de l'avortement, depuis la médicalisation de la pratique, en France comme en Belgique, passe par un "contrôle discursif, par l'aveu et la confession" (Gelly, 2006, p.149) dont les médecins sont les garants. De façon générale, les enquêté·es ne posent pas la question des motivations des femmes, soit parce que ça a été fait en entretien psychosocial, soit parce qu'ils·elles n'ont tout simplement pas besoin de le savoir :

YM : "[...] moi j'insiste pas sur le côté personnel etcetera... sauf si je vois que les gens sont mal, je leur dis juste "voilà, moi je suis là pour vous aider". Je dis "si vous voulez me parler de vos raisons, si vous avez des questions vous me les posez, si vous n'avez pas envie d'en parler, je veux dire libre à vous".

[...] Et puis vraiment, parfois, je ne demande absolument pas. Non, parce que ça a été fait avant. Sauf si je vois qu'il y a de la souffrance, de l'anxiété, des questions..."

IB : "En fait, oui, je n'ai pas vraiment besoin de savoir le pourquoi ni le comment, mais juste de savoir si la décision est prise et qu'elle est claire, et si elles ont des questions par rapport à ça. J'ai envie d'être curieuse souvent [...], mais en fait peu importe, je n'ai pas besoin de le savoir".

CP : "[...] demander pourquoi vous avortez, on évite vraiment de poser cette question, moi je ne la pose pas en tout cas. [...] je resynthétise ce que je sais d'elle. [...] je ne requestionne pas sur la situation de l'IVG sauf peut-être dans des situations très douloureuses et très compliquées où je reprends le temps de discuter une deuxième fois".

Dans tous les cas, les situations particulièrement sensibles ou difficiles pour les femmes feront plus facilement l'objet d'un retour sur le récit, mais jamais de façon stigmatisante, selon les enquêtés. Le "dévoilement verbal relativement poussé de l'intime" (Mathieu, Ruault 2014, p.46) ne semble donc pas du tout encouragé par ces médecins. Néanmoins, pour certain·es plus que d'autres, l'importance de connaître l'histoire des femmes qui avortent, même indirectement par le rapport des accueillant·es, a pu constituer un élément décisif dans les premiers moments de la pratique. AH, elle, jeune médecin, avoue avoir évolué sur la question :

AH : "Quand j'ai commencé la formation, on nous avait demandé "De quoi avez-vous besoin pour faire une IVG ?" Je me souviens que j'avais dit "ouais moi il me faut vraiment le contexte de vie de la patiente", un peu comme si c'était justifiant... j'ai complètement évolué là-dessus. J'ai pas besoin que la patiente me raconte sa vie, j'ai besoin de me dire qu'elle ne va pas regretter après-demain et qu'elle est convaincue que c'est la bonne décision, et que c'est SA décision, pas de maman, ou du petit copain ou euh... Donc c'est de ça que je m'assure quand j'ai la patiente en face de moi, mais pas tellement de savoir pourquoi elle fait son IVG".

AH : "Je me souviens que je croyais vraiment que ouais c'était important de connaître l'histoire de la personne pour pouvoir être à l'aise. Je pense que c'était un peu dans le sens "je ne veux pas être un technicien, je ne veux pas faire des IVG à la chaîne", et je ne veux toujours pas faire des IVG à la chaîne, mais j'ai pas ce côté heu... justificatif, quoi. J'ai déjà entendu des gens qui disaient "Moi j'ai pas de problème avec l'IVG dans certaines circonstances..." Quoi, dans certaines circonstances ?! C'est quoi les circonstances où on a le droit de faire une IVG ?"

Car finalement, "faire des IVG à la chaîne" serait manquer la part d'humain, dont ces médecins semblent avoir fait le centre de leur pratique. La difficulté consiste donc à trouver le juste milieu entre un accompagnement "humain" et un refus de demander des justifications, comme déjà évoqué plus haut par CP ("[...] il faut se présenter comme ne cherchant pas des justifications"). C'est aussi ce que veut dire YM quand il évoque les débuts de sa pratique où l'accompagnement des femmes en hospitalier ne permettait pas une prise en charge individualisée :

YM : “Donc c’est-à-dire que souvent on faisait des IVG à des patientes dont on ne connaissait pas l’histoire, en fait. Ce qui pour la patiente n’est pas super, même pour nous, ça ne nous aide pas forcément à comprendre”.

Ce besoin de “comprendre”, qui peut être vu comme une réactivation du contrôle social, est à relier, selon lui, à une caractéristique personnelle de curiosité pour l’humain : “Je suis toujours curieux et intéressé, et vraiment la vie des autres m’intéresse, vraiment. Je me dis parfois que j’aurais dû faire psycho ou un truc comme ça”. On est loin ici d’une hiérarchisation entre des catégories de situations plus ou moins légitimes pour avorter, et partant de femmes plus ou moins responsables (Gelly, 2006, p.165). Le médecin s’empresse alors de les “déculpabiliser”.

YM : “Souvent les gens s’expriment un peu spontanément, y en a qui essaient de se justifier, je dis “mais ça, vous devez pas du tout”... parce que parfois justement elles se sentent dans la culpabilité etcetera. En tout cas, j’essaie de les déculpabiliser. Soit sans qu’elles ne me parlent de rien, soit parce qu’elles me parlent de leurs raisons, et je vais dire que pour moi ce sont des bonnes raisons, ce qui est toujours le cas”.

Car, en effet, la question de la justification n’est pas loin de celle de la culpabilité et du stigmate dont les femmes qui avortent sont encore victimes (Divay, 2004). Souvent, l’intégration des mécanismes de justification par les femmes elles-mêmes les conduit à construire un discours socialement acceptable et légitime sur l’avortement, celui-ci indiquant “l’acceptation de normes stigmatisantes vis-à-vis de l’avortement” (Divay, 2004) et la “permanence d’une certaine conception de l’IVG comme une concession faite aux femmes, et non comme un droit” (Gelly, 2006, p.148). Les enquêté-es disent tous-tes tenter de “déculpabiliser” les patientes, qui auraient “toutes” intégré cette stigmatisation, selon IB : “[...] toutes les patientes qui viennent ont quand même ce poids de la culpabilité”. Dans la pratique, la déculpabilisation peut s’incarner dans un discours qui “dédrématise” :

IB : “Et c’est qd même un stigmate important et ce stigmate provoque cette difficulté des femmes à le vivre comme un acte normal. Parce que moi quand je leur dis... ces femmes qui sont en majorité culpabilisées, qui se sentent mal, qui ont honte... et je leur dis “mais vous savez, tomber enceinte, c’est un truc qui arrive à toutes les femmes”. Et décider de garder ou pas, ça arrive à toutes les femmes, elles vont toutes, on va toutes être confrontées à ça un jour dans notre vie, toutes ne vont pas avorter et personne n’a envie d’avorter, mais c’est une décision qu’on peut prendre et à laquelle on doit faire face un jour. Donc vous êtes pas la seule, et ça vous arrivera peut-être encore... Comment dédrématiser... et c’est parfois ça qui est le plus dur pendant les consultations difficiles aujourd’hui pour moi, c’est ça en fait, c’est d’arriver à rendre moins dramatique la situation dans laquelle elles sont... elles pensent être, en fait !”

On observe ici à la fois la reconnaissance de l’extrême normalité de l’avortement et la dénonciation d’une certaine dramatisation socialement acceptée, voire imposée. Mathieu et Ruault parlent à ce sujet de “représentations disqualifiantes de l’avortement, vu comme un

épisode difficile, voire traumatisant pour les corps et les esprits” (Mathieu, Ruault, 2014, p.52). Cette “injonction au drame” est aussi reconnue par les médecins interviewé·es.

AH : “[...] parce qu’en fait c’est pas dramatique forcément une IVG. Et vraiment y a des IVG où la nana elle est sur la table et on parle de ses dernières vacances, on parle de ce qu’elle fait dans la vie, et en fait, oui, si j’étais en train de la recoudre on ferait pareil quoi”.

Cependant, elle est assez ambivalente dans son désir de dédramatiser une pratique qui, selon les cas, peut être mal vécue, tout en refusant l’injonction absolue au drame :

AH : “[...] j’ai pas non plus envie d’être dans ce courant-là, de trop dédramatiser, mais d’un autre côté, j’ai clairement pas envie d’être dans ceux qui... Par exemple, les collègues de l’ancienne maison médicale, j’arrivais le vendredi après-midi, on me disait “ça va, ça a été ? c’était pas trop dur... ?”. Non mais ça va, j’ai pas tué des bébés ce matin, hein, on se calme...”

Quand je leur demande ce qu’ils et elles pensent de “l’avortement comme acte médical comme un autre”, les enquêté·es répondent de façon assez unanime : ils et elles sont d’accord avec l’affirmation, et voudraient qu’il soit reconnu légalement. CP résume : “Moi je pense que ça doit être reconnu comme un acte médical comme un autre, parce que ça devrait aussi dédramatiser et déstigmatiser, donc c’est un besoin de santé publique que l’IVG soit reconnue comme un acte de santé comme un autre, oui”.

Même pour SD, qui ne se dit pourtant ni engagée ni féministe : “C’est un acte médical qui devrait sortir du politique... ça ne concerne que les femmes. Donc oui je pense que c’est un acte médical comme un autre.” IB va un pas plus loin encore :

IB : “C’est ce que je dis tout le temps, moi. J’aurais envie que ce soit un acte médical comme un autre, et pour moi si on pousse à l’extrême il n’y a pas besoin d’une loi parce qu’on est capable de gérer cet acte médical en relation singulière avec la patiente qui le demande, quel que soit l’âge de la grossesse”.

Plus qu’une “banalisation”, les enquêté·es sont majoritairement plus à l’aise avec le terme de “normalisation”. Comme YM qui pense que l’IVG n’est jamais un acte “banal” et qui s’interroge sur les raisons, ou IB qui remet l’accent sur l’avortement comme pratique ordinaire dans la vie des femmes :

YM : Mais c’est sûr que normaliser, et simplifier, moi je dirais aussi, je pense que ce serait... mais voilà c’est pas banal, ça reste quelque chose de pas banal. Ce serait chouette que ça le devienne hein, mais c’est pas pour demain. [...] Mais effectivement le truc de certaines c’était de dire “arrêtons, essayons de banaliser la chose”. Alors c’est vrai... mais pour une femme je pense que ça l’est jamais quand même... mais est-ce que ça l’est jamais parce qu’on est dans une société judéo-chrétienne avec tout ce que ça implique ?”

IB : “Oui, pas une banalisation, mais qqch de l’ordre du normal en effet. Comme on a besoin d’une contraception... Se dire qu’être enceinte c’est un fait qui peut nous arriver et qu’il faut prendre une décision et que l’avortement est une des solutions [...]. Plutôt rendre ça normal, c’est un fait de la femme, en fait”.

On reconnaît ici dans les paroles de IB "un discours reconnaissant l'avortement pour ce qu'il est : une pratique ordinaire, concernant une femme sur deux dans sa vie, et faisant partie de sa vie de manière ni plus ni moins banale et ni plus ni moins importante que les autres événements de la vie sexuelle"(Gelly, 2006 p.167). Ce qui, pour Maud Gelly, correspond à la pratique idéale que tous·tes les médecins devraient adopter, en cela qu'elle participe à la construction individuelle et collective de l'avortement comme une pratique non-déviante. AH, elle, reconnaît qu'il y a encore du chemin à faire avant d'arriver à un accompagnement parfait, mais selon elle, aucune pratique médicale ne devrait être banalisée :

AH : "Après y a rien qui, dans le soin, devrait être 'banalisé'... pour tout le monde, même avoir des points de suture parce qu'on s'est cogné, ça devrait être accompagné... pas juste les points de suture. Ça c'est le meilleur des mondes. Mais pour le moment on n'est pas dans le monde des Bisounours, et donc on accompagne encore mal les gens même pour des points de suture. Et c'est vrai que peut-être je préférerais qu'on continue à mal accompagner les gens pour des points de suture, mais qu'on les accompagne au moins correctement pour les IVG. Peut-être. Je préférerais qu'on accompagne tout le monde bien".

Dans tous les cas, jusqu'ici, les discours des enquêté·es semblent s'éloigner beaucoup du concept d'"entrepreneur de morale" décrit par Becker, et repris par Sophie Divay dans son article "L'avortement : une déviance légale"⁶⁴. C'est plutôt dans l'application de la dialectique contraception-avortement et dans la prise en charge des femmes ayant avorté plusieurs fois que le recours aux normes contraceptives et procréatives définies par Nathalie Bajos et Michèle Ferrand (Bajos, Ferrand, 2006) peut resurgir chez certain·es enquêté·es.

III.4.3. IVG itératives

Dans les cas d'interruptions de grossesse itératives ou multiples, il semble exister une sorte de gradation de réactions et de prises en charge, allant d'une procédure identique aux autres IVG, à la prise de "mesures" limitant la répétition. D'un côté de l'échelle, on trouve les praticien·nes pour qui la prise en charge non-stigmatisante reste une évidence, y compris dans ce contexte d'avortements itératifs :

IB : "Ça ne change rien. C'est chaque fois une nouvelle fois, pour moi. Mais par contre pour elles, il y a une forme de culpabilité quand même importante".

CP : "Dans les plannings où je travaille, on a pas mal travaillé là-dessus, sur la façon dont on les recevait, et j'ai l'impression qu'elles ne sont pas jugées sur le fait de revenir plusieurs fois au planning. Moi ça ne me pose aucun problème qu'une femme avorte... Là où on essaie d'être vigilant, c'est de voir si la patiente en souffre de faire plusieurs IVG et de voir comment éviter la répétition, si c'est compliqué pour elle. Maintenant, si elle est à l'aise avec ça, nous ça nous va".

⁶⁴ "[...] les médecins généralistes ou les spécialistes s'érigent en "entrepreneurs de morale" qui tendent par leur action à faire respecter et appliquer des normes auxquelles ils adhèrent" (Divay, 2004, p.200).

De l'autre côté, on trouve des médecins qui sont un peu plus mal à l'aise face à des femmes qui ont déjà avorté plusieurs fois : ils et elles tentent alors souvent de mettre en place des solutions contraceptives, ou vont accorder une attention particulière aux contextes de vie de ces femmes, voire leur parler des risques qu'elles encourent :

SD : "En soi, la prise en charge est la même... maintenant on sera peut-être plus attentifs aux... à la contraception après. Peut-être plus insister... Mais dans tous les cas de toute façon on essaie de remettre une contraception après. Maintenant y a des cas parfois un peu plus extrêmes avec des patientes qui ont déjà fait 7, 8 interruptions et là c'est vrai que... on se pose peut-être plus de questions... mais ça reste toujours les patientes qui sont aux commandes entre guillemets, et parfois y a pas grand-chose à faire je pense".

AH : "Je pense que ça change quand même... si t'as fait une IVG quand t'avais 16 ans, puis à 25, puis un à 42, c'est pas le même parcours que si t'en fais un à 20, 21, 22, 23... Clairement. Donc y a la petite ampoule "violence" qui s'allume quand même, on sait que c'est souvent des contextes de violence, pour essayer de voir si y a pas quelque chose qu'on peut faire... Clairement, il va malgré tout y avoir l'ampoule "contraception", de questionner, de mettre des mots sur..."

YM : [...] Maintenant, mon jugement a changé aussi par rapport à ces femmes. On va dire que quand j'étais jeune, je me trouvais... je ne leur disais pas... Enfin, oui, quelque part, moi, j'ai une position qui est assez difficile par rapport à ça, je trouve. De nouveau, pourquoi je leur dirais... (il réfléchit) Ouais, je leur dis juste que peut-être si elles veulent des enfants plus tard faut faire gaffe quand même parce que c'est un geste qui peut être... mais en même temps si je dis ça, c'est débile... [...] si c'était vrai, j'aurais plein de soucis avec mes patientes, donc quelque part c'est pas vraiment vrai, en plus. [...] Moi, simplement, je cherche un peu à savoir pourquoi. Voilà. [...] Moi je pense quand même que, je pense toujours qu'il y a une raison. Je pense toujours que venir faire une interruption de grossesse, c'est pas facile pour elles, et donc je pense qu'en leur proposant ça, et en poussant à ce qu'elles aient une contraception, je vais les aider. Mais si elles me disent non, elles me disent non. [...] Mais voilà, j'essaie de faire mon petit... d'essayer qu'elles prennent une contraception".

III.4.4. Dialectique contraception-avortement

On voit bien ici qu'un positionnement engagé pour le bien-être des femmes peut dans les pratiques être "rattrapé" par un certain nombre de prescriptions normatives. Examiner la question de la contraception se révèle indispensable lorsqu'on parle d'avortement en raison d'une "dialectique contraception-avortement" forte, induisant la contraception comme un "bon comportement", et l'avortement, de l'autre côté de l'échelle, comme une "mauvaise pratique" (Bajos, Ferrand, 2011, p.51). C'est aussi l'idée courante selon laquelle plus la contraception sera promue, accessible et utilisée, plus les taux d'avortements régresseront. Or cette idée ne correspond ni à la réalité statistique ni à la vie des femmes (Gelly, 2006). Cette rhétorique préventive ne prend pas en compte un ensemble de déterminants bien plus complexes, d'autant que 58% des grossesses non prévues en Belgique surviennent chez des femmes utilisant une contraception⁶⁵. Comme l'énonce Maud Gelly, "en réduisant l'avortement à l'échec

⁶⁵ Chiffre délivré par la FLCPF.

contraceptif, on stigmatise l'avortement comme s'il était une déviance, une transgression par rapport à la norme contraceptive, alors qu'il s'agit d'un événement probable dans une trajectoire féminine" (Gelly, 2006, p.183). On peut donc considérer que la réactivation de la norme contraceptive (Bajos, Ferrand, 2006) constitue pour les praticien·nes une sorte de conformation à la doxa médicale qui propose une triple modalité : le devoir contraceptif, la temporalité contraceptive et l'échec comme déviance (Bajos, Ferrand, 2011, p.52). Rappelons ici que le cadre légal belge oblige les médecins à parler de contraception aux femmes qui ont recours à l'avortement.

Nos enquêté·es manifestent à ce sujet, comme lorsqu'ils·elles sont confronté·es à des interruptions itératives, une divergence d'approches qui m'amène à formuler l'hypothèse que celles et ceux qui se disent spontanément féministes sont aussi celles et ceux qui seront les moins enclins à contrôler la contraception. Pourtant cette hypothèse ne se vérifie pas de façon absolue parmi les enquêté·es, ce qui m'invite à prendre en compte l'idée qu'au-delà des perceptions et sensibilités personnelles, les centres de planning peuvent chacun obéir à des protocoles différents. Qui parfois peuvent se révéler assez invasifs ou insistants, comme dans ce centre extrahospitalier où la contraception est discutée, selon SD, "avec les accueillantes, puis on en discute à l'entretien avant. En général on en parle après l'interruption parce qu'on aime bien mettre une pilule en route si c'est possible. Et on en reparle au post(-IVG), pour essayer justement que... d'avoir mis quelque chose en place, quoi".

De même, YM pense que le sujet de la contraception future de la femme qui avorte devrait "prendre vraiment beaucoup de place, et plus de place" dans la prise en charge. Il justifie ce point en vertu du bien-être de la patiente, mais reconnaît la difficulté de trouver une contraception adaptée : "Pour moi, c'est essentiel, parce que je pense que ce n'est pas chouette de venir faire une interruption de grossesse. Et donc si on peut éviter ça aux patientes... Maintenant, trouver une contraception adaptée pour une femme, c'est compliqué".

Parfois la réflexion sur la parole autour de la contraception s'amorce, par exemple avec AH qui, en tant que jeune médecin, et de façon générale, questionne beaucoup ses propres pratiques :

AH : "Oui j'en parle à chaque fois mais pas en mode "bon, qu'est-ce qui a foiré ?". Au contraire, j'essaie un peu de déculpabiliser le truc et de dire "ben si vous en aviez une, vous avez déjà fait tout ce qu'il fallait", si vous n'en avez pas, pourquoi ? c'est un choix ? En tout cas, je questionne la contraception et aussi à la sortie... J'essaie de ne pas... J'ai des collègues qui sont parfois un peu en mode "il faut qu'elles sortent avec une contraception", j'essaie de ne pas faire ça, mais j'essaie aussi de faire en sorte que la question soit posée, et que si elles sortent sans contraception ce soit vraiment parce qu'elles décident de ne pas prendre de contraception".

Enfin, CP, qui s'est spontanément dit féministe de longue date, mentionne que c'est un "point qui est abordé lors de l'entretien d'accueil, donc avant que le médecin voie la dame", sous-entendant qu'il ne questionne pas lui-même la patiente. Puis, sur la systématisation du procédé : "je pense que c'est systématique, mais si la patiente nous dit que ça ne l'intéresse pas, ben on s'arrête là".

III.4.5. Les dispositions légales

Le degré d'engagement peut aussi être évalué à l'aune du respect ou du non-respect des dispositions légales de la prise en charge. En les transgressant, rappelons qu'ils et elles risquent toujours selon la loi des sanctions pénales allant jusqu'à des peines de prison. Premièrement, la loi, inchangée depuis 1990 sur ce point, prévoit un délai de six jours, "dit de réflexion", entre la première consultation et l'interruption de grossesse. A ce sujet, tous·tes les enquêté·es, suivant peu ou prou l'encadrement de leur centre extrahospitalier⁶⁶, déclarent ne pas respecter une loi qui leur semble absurde. Comme l'énonce AH : "Les femmes, quand elles viennent et qu'elles ont pris rendez-vous, elles n'ont pas découvert la grossesse y a une demi-heure, on ne doit pas décider à leur place que six jours plus tard, elles auront réfléchi".

En termes de temporalité, certain·es semblent déroger à la règle depuis longtemps, invoquant parfois la loi de 2018 stipulant que ce délai peut être réduit pour "urgence médicale". D'autres évoquent la crise sanitaire du Covid-19, ou encore l'hypocrisie de la classe politique dans le blocage institutionnel des derniers mois comme déclencheurs du non-respect de la loi. C'est le cas d'YM :

YM : "Moi je trouve que comme on ne respecte pas la démocratie dans cette loi, vraiment hein, je vais être beaucoup plus... je ne blague pas, hein, je pense que ça va changer ma manière de travailler. Avant je trouvais qu'il y avait des lois et qu'il fallait les respecter, maintenant ce truc-là m'a quand même fort perturbé, je vais... [...] Vraiment je suis sincère, le délai des six jours, on le respectait dans 99% des cas, mais maintenant comme il y a cette notion d'urgence, on va s'en servir bcp plus souvent parce qu'elle est très vague : dans les travaux parlementaires, elle n'est pas du tout explicitée".

IB exprime, elle, la difficulté d'expliquer aux patientes pourquoi elles doivent... patienter : "[...] en fait c'est juste la loi, quelqu'un a décidé pour vous que vous devez attendre (elle rit). C'est vraiment ça et c'est juste horrible [...] Mais moi je sais que j'ai arrêté avec ce tps d'attente, donc si j'ai quelqu'un devant moi qui a décidé, et si j'ai la possibilité de le faire le lendemain je peux le faire le lendemain, si ça l'arrange, si ça m'arrange, voilà".

Là aussi, on le voit, les médecins interviewé·es semblent loin des prescripteurs paternalistes que décrit Maud Gelly : "La plupart des étudiants ont donc du mal à se penser comme les exécutants d'une décision déjà arrêtée et se veulent les architectes d'un processus

⁶⁶ Comme le confirme CP en entretien : "En fonction des plannings et des équipes, on a des avis différents là-dessus, et des attitudes différentes".

de mûrissement de la décision, dispositif dans lequel le ‘délai de réflexion’ est une pièce maîtresse” (Gelly, 2006, p.147). Au contraire, cette règle est vécue ici par les enquêté·es comme une restriction de liberté sans fondement. AH s’interroge une nouvelle fois sur sa pratique, la décrivant comme potentiellement militante :

AH : “[...] par exemple, l’histoire du délai de réflexion, pour moi ça n’a pas de sens, et du coup je n’ai pas de problème à ne pas le respecter parce que je pense qu’on est des soignants et qu’on aide les patients, et que cette règle est une règle politique et historique mais qui n’a plus de sens. Donc est-ce que ça c’est un acte militant ? alors clairement je suis militante”.

Dans un deuxième temps, les dispositions légales prévoient l’impossibilité de recourir à une IVG au-delà de 12 semaines de grossesse (ou 14 d’aménorrhée) : cette limite, bien plus difficile à transgresser, est contournée par tous·tes les enquêté·es qui disent organiser, avec leur CPF, le voyage des patientes en Hollande⁶⁷, et assurer leur bonne prise en charge en “pré” et “post”-IVG. Certain·es enquêté·es se disent, de plus, prêt·es à pratiquer une intervention au-delà des 14 semaines d’aménorrhée, en cas d’extrême gravité. La peur des poursuites judiciaires est néanmoins bien réelle.

Ainsi, il apparaît que la transgression de la loi, principalement l’allongement du délai, nécessite un certain engagement de la part du·de la praticien·ne, qui prend des risques pour la liberté de ses patientes, réactivant au passage la longue histoire de désobéissance civile dont certain·es médecins ont été les acteurs et actrices durant les années 70 et 80.

En conclusion, si les pratiques des enquêté·es révèlent de façon générale une position non-paternaliste et non-jugeante, elles mettent aussi en évidence une résurgence de certains mécanismes normatifs, surtout dans les cas d’IVG itératives.

III.5. Prises de position et actions militantes

Si les femmes portent le stigmate de l’avortement (Divay, 2006 ; Mathieu, Ruault, 2014), les médecins qui le pratiquent sont-ils·elles eux·elles-mêmes impactés par la stigmatisation sociale entourant cet acte ? Si oui, comment cela se manifeste-t-il ? En outre, qu’est-ce que cela vient dire de leur engagement ? J’ai questionné à ce sujet leur facilité à en parler dans l’espace privé et public.

Dans la sphère privée, il apparaît que les enquêté·es abordent très facilement le sujet de l’avortement avec leurs proches, que ce soit pour échanger sur un sujet qui les passionne, comme YM qui en parle beaucoup avec sa famille, ou IB qui à la question de savoir si elle en

⁶⁷ Où l’IVG est autorisée jusqu’à 22 semaines de grossesse (24 d’aménorrhée).

parle facilement avec ses proches, répond “Oui, les pauvres ! (elle rit) Avec mes enfants, tout le monde. Ce que je veux dire, c’est que c’est pas une discussion tabou, quoi, c’est facile d’en parler”. Ou pour d’autres motifs, comme SD qui évoque plutôt sa propre pratique avec “les gens qui sont vraiment proches” dans un but de décharge émotionnelle : “J’en parle assez souvent parce que je pense qu’il faut un peu décharger tout ça... y a quand même des situations un peu plus lourdes [...]”. Elle s’empresse d’ajouter qu’il a parfois été difficile de dire qu’elle arrêterait la médecine générale pour ne plus faire que du planning. Puis elle précise : “Je pense que tout le monde le prend bien, c’était plutôt moi qui avais une crainte d’en parler, surtout tout ce qui est grands-parents... mais en fait ça a été bien pris”. Sa “crainte d’en parler” renvoie clairement à une peur du jugement, notamment de personnes plus âgées supposées plus conservatrices, et à une dévalorisation sociale du travail en planning familial.

D’autres enquêté·es se soucient également de la question de la légitimation de leur pratique par leurs proches, mais avec une autre approche :

AH : “Mes parents, y a jamais eu une discussion du genre “Sérieusement tu vas faire ça ?”. Non jamais, c’était un peu genre “tu fais des points de suture, tu fais des IVG”, c’était bien [...]”

Même ressenti chez CP qui évoque l’importance d’être soutenu par ses proches : “Après, mes proches sont tout à fait en accord avec le fait que je fasse des IVG donc... C’est pas comme si je devais vivre au quotidien avec quelqu’un qui est mal à l’aise par rapport à ça”. Seul YM mentionne que des désaccords d’opinion au sujet de l’IVG sont parfois rencontrés :

YM : “J’ai des amis, moi je sais très bien que ça va être un sujet difficile, parce que de par mon histoire, j’ai vécu dans des milieux très différents, et que j’ai pas envie... parce que je respecte vraiment les pensées... et que s’ils sont contre, ça ne me dérange pas. Vraiment”.

Pour AH, par contre, la plus jeune des médecins interviewé·es, le sujet semble détabouisé, et même valorisé dans son milieu : “[...] je pense que je fais partie d’un milieu où ça ne dérange pas tellement les gens et où même c’est bien, c’est évident, et donc c’est très facile dans mon milieu à moi de dire que je fais des IVG”. Par contre, lorsqu’elle sort de “son milieu”, il semble que certaines réticences à évoquer sa pratique d’IVG apparaissent :

AH : “Y a quand même deux-trois endroits où c’est un peu plus compliqué. [...] quand j’ai été m’engager dans une maison médicale, y a eu des endroits où je me suis dit “tiens, est-ce que je dis que je fais des IVG ?”, et puis j’ai entendu cette phrase-là dans ma tête et je me suis dit “mais t’es complètement con, si je le dis pas, comment je vais pouvoir travailler dans cet endroit... ?”

Ce qui ne l’empêche pas de pouvoir ressentir aussi de la fierté lorsque son entourage la valorise : “[...] parfois même ma sœur ou quoi dit “ma sœur, elle fait des IVG !”, y a peut-être un petit côté... badass comme ça”.

Cette valorisation venant de l'extérieur, AH est la seule à l'évoquer spontanément. A la question de savoir si les enquêté-es en parlent facilement lorsqu'ils et elles rencontrent de nouvelles personnes, certain·es n'ont aucun problème à évoquer le sujet, comme CP ou SD, même si la réaction est souvent interloquée et s'inscrit presque toujours dans le registre du drame, qui provoque un besoin de justification de la part de la ou du médecin :

CP : “[...] y a tjs des gens qui vont vous regarder bizarre ou qui disent “oh ça doit être dur, difficile... quand même interrompre une grossesse c’est pas rien”... c’est toujours un truc par rapport auquel il faut se défendre, se justifier, ça ne passe pas comme une lettre à la poste [...]”.

IB : “[...] et alors, vraiment, le truc qui sort toujours, c’est “roh ça, ça doit être dur, hein”. Et moi je dis “non c’est juste merveilleux, en fait !” C'est merveilleux de pouvoir les accompagner, de pouvoir faire ça pour elles, et le soulagement que ça provoque, c’est tellement...”

D'autres encore, les plus âgés, YM et IB, estiment qu'il était beaucoup plus difficile d'en parler “avant”, au début de leur pratique. De façon générale, YM et IB évoquent un contexte de grande solitude pour les médecins qui pratiquaient l'avortement à la fin des années 90-début 2000. Cette période correspond, on l'a vu, aux années de “creux” où l'avortement partiellement dépenalisé ne mobilisait plus autant qu'avant la loi de 1990.

IB : “A l'époque, en 99, il n'y avait pas de formation qui existait comme aujourd'hui, donc c'était un peu voilà... fallait être motivé, trouver quelqu'un qui voulait bien former, c'était un peu galère, c'était un peu la solitude absolue, c'était vraiment difficile, j'avoue”.

Cette “solitude” sous-entend aussi un manque de considération liée à la pratique. Si le stigmate pour les médecins pratiquants semble aujourd'hui moins présent qu'à cette époque, le tabou peut encore imprégner les relations des médecins dans la sphère privée, on l'a vu.

Dans la sphère publique, certain·es médecins se font les porte-paroles de l'avortement en défendant la cause dans les médias, notamment. C'est le cas de YM et de IB, dont la visibilité médiatique est très forte. Il et elle sont souvent appelé·es pour participer à des débats en radio ou en télévision, ou comme expert IVG dans la presse⁶⁸. Pourtant, cela ne s'accompagne pas forcément d'une sérénité à toute épreuve :

YM : “Les médecins militants, moi je vois ça moi-même, je me suis senti fort seul... [...] Alors comme disent mes collègues qui travaillent avec moi au planning, aller discuter de ça, c'est pas facile. Quand on se trouve face à des gens, il faut avoir réfléchi... moi ça fait franchement des années que je réfléchis. Au début, c'était dur, hein. C'est dur d'aller défendre des trucs comme ça, notamment j'ai eu des menaces... à un moment, j'ai même eu un peu... peur quand même, parce qu'il y a des solides tarés, hein. Donc j'ai eu des lettres, j'ai eu des mails...”

⁶⁸ Voir par exemple, leur interview dans Le Soir du 15 juillet 2020 : <https://plus.lesoir.be/313272/article/2020-07-15/la-loi-ivg-suscite-un-vif-debat-chez-les-medecins-et-soignants>

Défendre l'avortement sur la place publique semble donc toujours marqué par le sceau de la difficulté, de la justification, de la lourdeur, voire de la peur. Le militantisme pour l'avortement prend peut-être encore une coloration plus délicate aujourd'hui, à l'heure où on observe une montée en puissance des mouvements réactionnaires, et plus particulièrement des anti-choix. C'est surtout par l'intermédiaire du groupe d'action GACEHPA que certain·es médecins s'engagent plus politiquement, et médiatiquement aussi. C'est le cas de deux de mes enquêté·es : l'un (CP) en a fait partie, et l'autre (IB) y est responsable de la formation. Elle m'explique : "c'est un autre engagement, plus auprès des femmes en direct mais en indirect". Pour CP, l'importance de transmettre est manifeste : "j'essaie que la formation soit le plus agréable possible et qu'ils apprennent un maximum de choses possibles pour leur donner envie".

III.6. Les motivations d'engagement

Nous avons vu comment la génération politique, la socialisation universitaire puis professionnelle, les pratiques et les actions peuvent déterminer la façon dont l'engagement, notamment féministe, des médecins se manifeste. Je voudrais maintenant au terme de ce travail montrer comment ils et elles l'expriment ou le perçoivent, comment ils et elles définissent cet engagement, ou comment il les définit parfois.

Deux des enquêté·es définissent spontanément leur engagement comme "féministe", tandis que deux autres préfèrent le mot "humaniste", même s'il et elle se disent aussi féministes. La dernière ne se considère pas comme engagée, d'aucune façon.

L'un des médecins interrogé·es, et le plus prompt à se définir comme féministe, considère que sa pratique d'IVG est "une chance" (le mot reviendra plusieurs fois en entretien) car son travail est en accord avec ses "convictions politiques ou philosophiques" :

CP : "Je me considérais comme féministe à l'époque déjà, donc quand j'ai eu la possibilité d'allier on va dire mes convictions et mon travail, c'était quand même une chance de pouvoir le faire dans le cadre de son travail. Donc très vite ça m'a intéressé d'être engagé dans ce domaine-là vu que je pouvais le faire dans le cadre de mon travail et pas juste sur le plan intellectuel ou citoyen."

La plus jeune des médecins interrogé·es trouve, quant à elle, que sa pratique de l'IVG la définit "un peu". Comme sa pratique en CPF. Elle m'explique que la défense du droit à l'avortement fait partie intégrante de son engagement, et qu'elle va "manifester le samedi quand il y a une manif pour l'IVG" : elle se demande d'ailleurs si c'est parce qu'elle est une jeune médecin "pas encore fatiguée". Pourtant, AH considère que sa pratique de l'avortement est de l'ordre de la normalité :

AH : “Après c’est comme être féministe, y a des gens qui considèrent qu’ils ne sont pas féministes mais qui ont un discours tout à fait féministe, mais parce qu’ils considèrent qu’en fait c’est... genre être citoyen quoi, que c’est la base... c’est pour ça que... heu... je ne suis pas non plus... je me sens engagée, mais je n’ai pas l’impression non plus d’être porteur du mouvement, j’ai l’impression que c’est logique de le faire, quoi”.

Elle trouve le travail gratifiant, peut-être pour le côté “un peu nombriliste” que peut lui apporter la reconnaissance des femmes après l’acte. C’est un point auquel IB est, elle, extrêmement sensible, c’est-à-dire l’accompagnement des femmes :

IB : “C’est un épanouissement personnel et c’est aussi un échange et un moment... c’est tellement important pour les femmes qu’il y ait cette prise en charge qui soit respectueuse. Voilà, c’est cet engagement-là, quoi. [...] Mais je crois que mon plus fort engagement c’est auprès de femmes dans les moments singuliers de consultation.”

Elle considère pourtant son engagement comme “humain” avant d’être féministe : “pas uniquement féministe, c’est presque humain en fait, autant la femme que le couple. Alors c’est clair que je vois plus les femmes, mais c’est tout un ensemble de société...”.

C’est ce que pense aussi YM pour qui l’engagement est “d’abord humaniste”, puis féministe, qu’il dépasse les barrières du genre :

YM : “Et féministe, oui. Parce que c’est vrai qu’après on est dans l’être humain, et puis il s’avère que c’est la femme. Mais l’homme est souvent impliqué aussi. Donc oui, humaniste et féministe. Parce que souvent cette femme est souvent victime d’une société plus masculine etcetera. Mais je dirais humaniste au départ. Et féministe, moi je me sens féministe... – maintenant le féminisme c’est hyper compliqué, y a plein de courants – je me sens féministe au sens large, oui, maintenant pas extrémiste... voilà. [...] même si je trouve que le combat est extrémiste dans certains..., pour certains, certaines...”

SD, elle, ne se voit pas comme engagée, ni féministe, ni militante. Elle hésite beaucoup avant de répondre à la question de ses motivations, et finit, avant de souligner l’importance de “croire en ce qu’on fait”, par évoquer une sorte de non-choix, pourtant guidé par le risque de pénurie de médecins pratiquants :

SD : “Ben... c’est peut-être un peu bizarre, mais justement parce que ça ne me dérangeait pas d’en faire, et donc je me disais que si ça ne me dérangeait pas et que... comme on est quand même un peu en pénurie à ce niveau-là, ben autant que je le fasse, quoi”.

Conclusion

Au terme de cette enquête, je dégagerai quelques pistes d’analyse observées au contact de la parole de médecins interrogés sur leur engagement. Mon échantillon étant restreint et quelque peu homogène, la prudence est de mise dans l’élaboration de ces résultats. Néanmoins, il me semble pouvoir mettre au jour des lignes directrices dans les trajectoires de ces médecins qui ont choisi de pratiquer l’avortement, et ainsi permettre une meilleure définition des mécanismes d’engagement dans la pratique elle-même.

Au départ de l'analyse des données, le concept de génération politique nous a permis d'observer qu'un "vide générationnel" de médecins pratiquant l'IVG s'est créé à la fois naturellement suite à la dépénalisation partielle de l'acte et à la professionnalisation du secteur, et plus symboliquement peut-être en réaction aux "excès" de militantisme de la première génération qui a pratiqué dans l'illégalité⁶⁹. Cet affaiblissement du capital militant a conduit à un déficit d'engagement dont le secteur est tributaire aujourd'hui, tous·tes les enquêté·es reconnaissant le risque de pénurie, si ce n'est son existence déjà bien réelle. Ces facteurs explicatifs n'entrent pas seuls en ligne de compte, puisque nous avons vu que l'IVG, toujours objet de tabou, est aussi financièrement, médicalement et symboliquement dévalorisée. C'est dans ce contexte que je me suis interrogée sur l'engagement des médecins belges pratiquant l'IVG aujourd'hui. Pour tenter d'ébaucher les contours de cet engagement, j'ai interrogé celui-ci à l'aune de six critères identifiés comme pertinents : la génération politique, la socialisation universitaire puis professionnelle, la pratique, le registre de l'action militante et les motivations exprimées par les enquêté·es. Je reviendrai ici sur les premiers questionnements qui ont nourri ma réflexion : comment certain·es médecins choisissent-ils·elles de pratiquer des avortements ? Dans quelle mesure considèrent-ils·elles leur pratique comme une forme d'engagement féministe ?

Bien que tous·tes appellent de leurs vœux une certaine normalisation de l'acte, force est de constater que celle-ci est loin d'être à l'ordre du jour, selon les propos de ces médecins soucieux·ses de déstigmatiser et de dédramatiser une pratique en même temps que de déculpabiliser les femmes qui y ont recours. C'est pourquoi la pratique de cet acte toujours "sensible" est presque unanimement appréhendée, les concernant, comme un engagement : pour quatre des enquêté·es, celui-ci est manifeste et exprimé ; pour la dernière enquêtée, bien qu'elle ne se reconnaisse pas dans le profil du médecin engagé, elle laisse entendre au cours de l'entretien que le travail en CPF suppose en soi déjà, même indirectement, "un côté militant", l'argent n'étant pas le moteur du travail.

Bien plus, pour certain·es, l'engagement préexiste à la pratique de l'IVG, car le "devoir de médecin" suppose l'engagement "humaniste" d'aider son·sa patient·e quels que soient ses besoins. Ainsi, selon cette définition de la profession, refuser la pratique de l'avortement contredirait cet engagement premier. Ces médecins seront alors plus prompt·es à se déclarer "humanistes" avant tout. Pour d'autres encore, c'est dans le choix d'une médecine sociale et

⁶⁹ Cela fait du moins partie des hypothèses de la FLCPF et d'un de mes enquêté·es.

dans le choix du travail en centre de planning que se manifeste en premier l'engagement. En effet, selon les enquêté·es, il est tout à fait possible de pratiquer des avortements "mécaniquement", c'est-à-dire sans l'accompagnement bienveillant et sans la conscientisation à cette pratique, en centre hospitalier⁷⁰. Ainsi, à la question "faut-il nécessairement être militant·e pour poser cette pratique ?", la réponse des enquêté·es est non. Plus encore, certain·es considèrent qu'une sortie du militantisme permettrait de remettre l'accent sur la problématique de santé publique que représente l'IVG. De même, pour la FLCPF, la question de l'engagement proprement dit ne se pose pas en ces termes car l'objectif du secteur du planning familial est de faire reconnaître la légitimité d'une pratique et de pouvoir compter sur une relève de médecins, militants ou non.

Les déterminants à l'engagement ou à la pratique en CPF de nos enquêté·es sont assez divers : les rencontres jouent un grand rôle, mais il ne faut pas négliger le rôle de l'ULB et son accès facilité à la formation GACEHPA, le rejet des structures hospitalières jugées "inhumaines", ou les convictions préexistantes de certain·es.

Qu'en est-il de l'engagement féministe ? Le "féminisme" était en effet envisagé parmi mes questions de départ parce que la stigmatisation de l'avortement relève d'une discrimination sexuée spécifique "qui non seulement touche uniquement les femmes – alors que les hommes sont tout aussi responsables des grossesses non désirées –, mais qui de plus n'aurait pas d'objet si on reconnaissait aux femmes la liberté de se réaliser dans des rôles non familiaux" (Guillaume, Rossier, 2018, :174). J'entends revenir ici sur mon hypothèse de départ, qui stipulait que l'engagement féministe suppose une réduction du contrôle normatif sur les corps des femmes et sur leur vie sexuelle et reproductive. Au vu des données récoltées en entretien, je pense pouvoir dire qu'elle se vérifie, bien que cet engagement féministe ne dise pas toujours son nom. Il apparaît, en effet, que les médecins interrogés créent une rupture avec le modèle du médecin tout-puissant qui exercerait un contrôle moral et prescriptif sur les femmes qui ont recours à l'avortement. Certain·es remettent aussi en question le rôle normatif du médecin. On observe ainsi un retour réflexif sur leurs propres pratiques qui, de fait, s'affranchissent des "mécanismes de surveillance" (Mathieu, Ruault, 2014) opérés par la classe de médecins sur celle des femmes. Bien qu'on ait pu identifier une résurgence normative chez certain·es d'entre eux·elles dans certaines pratiques – dans le contexte d'IVG itératives, notamment –, celle-ci semble bien loin de résulter d'une "police de la procréation" décrite par Marie Mathieu et

⁷⁰ C'est pourquoi mettre l'accent sur ces médecins qui pratiquent en structure hospitalière serait l'une des pistes d'analyse qui permettrait d'approfondir le sujet de cette étude.

Lucile Ruault (Mathieu, Ruault, 2014, p.58). L'accompagnement non-jugeant et non-paternaliste semble primer, dans les discours des enquêté·es, sur les prescriptions extrasanitaires, n'hésitant pas à appliquer des stratégies de contournement de la norme légale à certains endroits.

Ainsi, cette étude peut conclure à un continuum de l'engagement, allant de la simple pratique à un prolongement vers le militantisme qui peut s'incarner dans un répertoire d'actions variées, nous l'avons vu. Chacun·e des enquêté·es se positionne sur cette échelle de l'engagement qu'il serait bon de systématiser davantage dans un prolongement de ces pages. Car la relative homogénéité de mon échantillon ne me permet pas, en l'état, de dessiner une typologie de l'engagement des médecins pratiquant l'avortement, mais m'autorise à dégager des pistes pour une enquête à plus grande échelle.

Il sera alors pertinent d'intégrer le critère du sexe des praticien·nes pour tenter de savoir si les femmes, plus nombreuses à pratiquer l'IVG en CPF, ont un rapport différent à leur engagement ou non. De même, il conviendra d'interroger pleinement le clivage CPF/hôpital qui donnera sans doute des résultats bien plus contrastés, comme la dichotomie généralistes/gynécologues. Elargir l'échantillon en termes d'âge pour étudier l'engagement des médecins de la première génération militante permettra d'éprouver les trois phases identifiées au cours de ce travail, correspondant aux trois générations de médecins face à l'avortement en Belgique. La persistance de l'effet #MeToo sur les nouvelles générations pourra aussi être étudié. Je lancerai une dernière piste à propos d'une thématique que je n'ai pas du tout abordée dans ce mémoire, mais qui me semble pertinente : celle de l'IVG médicamenteuse, pour laquelle l'intervention du médecin n'est pas requise. Comment envisagent-ils·elles leur rôle à cet égard, à l'heure où des collectifs féministes français dénoncent son utilisation abusive et la voient comme un piège laissant les femmes à elles-mêmes⁷¹ ?

En définitive, quelle que soit l'étiquette que ces cinq médecins accolent à leur engagement, leurs pratiques finalement se ressemblent, traçant le fil d'une histoire où l'humain prend toute la place. Une histoire qui semble se réécrire dans les moments singuliers de consultation, où s'instaure un dialogue intime toujours renouvelé où l'un·e se positionne pour la liberté de l'autre à disposer de son corps.

⁷¹ Cf. Documentaire radio France Culture, LSD, "Avortement, le pouvoir du médecin" (4 épisodes), 2020. Par Johanna Bedeau.

Bibliographie

Littérature académique

BAJOS Nathalie et FERRAND Michèle, “De l’interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l’avortement”, in *Revue française des affaires sociales*, 1, 2011, pp.42-60.

BAJOS Nathalie et FERRAND Michèle, “L’interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative”, in *Sociétés contemporaines*, 61-1, 2006, pp.91-117.

BECKER Howard S., “Notes sur le concept d’engagement”, in *The American Journal of Sociology*, 66-1, 1960, pp.32-40. Traduction : *Tracés. Revue de Sciences humaine*, 11, 2006.

BERENI Laure (et alii), *Introduction aux études sur le genre*, De Boeck supérieur, Paris, 2012.

BERENI Laure, “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, 2012, pp.27-41.

BESSIN Marc et DORLIN Elsa, “Les renouvellements générationnels du féminisme : mais pour quel sujet politique ?”, in *L’Homme & la Société*, 158-4, 2005, pp.11-27.

BLANCHARD Soline (et alii), “La cause des femmes dans les institutions”, in *Actes de la recherche en sciences sociales*, 223-3, 2018, pp.4-11.

BOISCLAIR Isabelle, “Savoirs féminins, savoirs féministes, savoirs situés” / *Politiques féministes et constructions des savoirs. « Penser nous devons »!*, de Maria Puig de la Bellacasa, L’Harmattan, in *Spirale*, 247, 2014, pp.68–70.

BOUMAZA Magali, “Les générations politiques au prisme de la comparaison : quelques propositions théoriques et méthodologiques”, in *Revue internationale de politique comparée*, 16-2, 2009, pp. 189-203.

COENEN Marie-Thérèse, *Corps de femmes. Sexualité et contrôle social*, De Boeck Supérieur, 2002.

CUVELLIEZ Marie-Thérèse, “La question de l’avortement en Belgique”, in *Les Cahiers du GRIF*, Le féminisme pour quoi faire ?, n°1, 1973.

DIVAY Sophie, “L’avortement : une déviance légale”, in *Déviance et Société*, 28-2, 2004, pp.195-209.

DIVAY Sophie, “L’IVG : un droit concédé encore à conquérir”, in *Travail, genre et sociétés*, 9-1, 2003, pp.197-222.

EHRENREICH Barbara et ENGLISH Deirdre, *Fragiles ou contagieuses. Le pouvoir médical et le corps des femmes*, Cambourakis, 2016.

FERRAND Michèle, “Les médecins face à l’avortement”, in *Sociologie du travail*, 30-2, 1988, pp.367-380.

FERRAND-PICARD Michèle, “Médicalisation et contrôle social de l’avortement. Derrière la loi, les enjeux”, in *Revue française de sociologie*, “La libéralisation de l’avortement”, 23-3, 1982, pp.383-396.

GARCIA Sandrine, "Expertise scientifique et capital militant. Le rôle des médecins dans la lutte pour la légalisation de l'avortement", in *Actes de la recherche en sciences sociales*, 158-3, 2005, pp.96-115.

GAUDILLIERE Jean-Paul, "Intellectuels engagés et experts : biologistes et médecins dans la bataille de l'avortement", in *Natures Sciences Sociétés*, 14-3, 2006, pp.239-248.

GELLY Maud, *Avortement et contraception dans les études médicales : une formation inadaptée*, L'Harmattan, Paris, 2006.

GRUNDLER Tatiana, "La clause de conscience en matière d'IVG, un antidote contre la trahison ?", in *Droit et Cultures*, 74, 2017, pp.155-178.

GUILLAUME Agnès et ROSSIER Clémentine, "L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences", in *Population*, 73-2, 2018, pp.225-322.

ISAMBERT François-André, "Une sociologie de l'avortement est-elle possible ?", in *Revue française de sociologie*, 23-3, "La libéralisation de l'avortement", 1982, pp.359-381.

KRUYEN Françoise, "La Commission nationale d'Évaluation de la loi relative à l'IVG", in *Chronique féministe*, 105, Université des femmes, Bruxelles, janvier-juin 2010, pp.14-15.

MARQUES-PEREIRA Bérengère et PEREIRA Sophie, "L'avortement en Belgique : un droit précaire", in HOANG Thao et HUART France (dir.), *En avoir ou pas?*, "Les féministes et les maternités", Université des femmes, Bruxelles, 2013, pp.135-156.

MARQUES-PEREIRA Bérengère, *L'avortement en Belgique. De la clandestinité au débat politique*, éd. de l'Université de Bruxelles, Bruxelles, 1989.

MARQUES-PEREIRA, Bérengère, "L'interruption volontaire de grossesse", in *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1127-22, 1986, pp.1-41.

MARQUES-PEREIRA Bérengère, "L'avortement à l'intersection des luttes féministes et laïques", in *Chronique féministe*, 105, janvier-juillet 2010, p.10-12.

MARQUES-PEREIRA Bérengère, "L'interruption volontaire de grossesse : de l'interdit pénal à la parenté responsable", in COENEN Marie-Thérèse éd., *Corps de femmes. Sexualité et contrôle social*, De Boeck Supérieur, 2002, pp.159-173.

MATHIEU Nicole-Claude, *L'arrondissement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*, Éd. de l'EHESS "Cahiers de l'Homme", Paris, 1985, p.172.

MATHIEU Marie et RUAULT Lucile, "Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale : la classe des femmes sous surveillance", in *Politix*, 107-3, 2014, pp.33-59.

MATHIEU Marie, "Une poignée de sel sur les braises de la lutte pour la libération de l'avortement et de la contraception. À propos du film *Quand je veux, si je veux*", in *Mouvements*, 99-3, 2019, pp.48-56.

PAVARD Bibia, "Genre et militantisme dans le Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception. Pratique des avortements (1973-1979)", in *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, 29, 2009, p.79-96.

ROMERIO Alice, "Des carrières féministes : devenir et rester féministe en travaillant au Planning familial", in *Recherches féministes*, 32-2, 2019, p. 217-234.

QUERE Lucille, “Luttes féministes autour du consentement. Héritages et impensés des mobilisations contemporaines sur la gynécologie”, in *Nouvelles questions féministes* 2016/1, vol. 35, pp.32-47.

« Éditorial », *Mouvements*, vol. 99-3, 2019, pp.7-10.

Littérature grise

Rapport de la Commission nationale d'évaluation (février 2020).

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/memorandum_recommandations_ivg.pdf

Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse du 15 octobre 2018 :

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2018101503&table_name=loi

AMY Jean-Jacques, Interview, “Willy Peers, de face et de profil”, CEDIF

<https://www.planningfamilial.net/>

AMY Jean-Jacques, Communication, “Sortir l'avortement du code pénal belge”, Actes des colloques organisés par le CAL, 2016-2017.

<https://www.laicite.be/app/uploads/2018/01/sortir-l-avortement-du-code-penal-actes-des-colloques-2018.pdf>

MARQUES-PEREIRA Bérengère, Communication, “Sortir l'avortement du code pénal belge”, Actes des colloques organisés par le CAL, 2016-2017.

VEROUGSTRAETE Anne, Communication, “Sortir l'avortement du code pénal belge”, Actes des colloques organisés par le CAL, 2016-2017.

Sources audiovisuelles et médiatiques

Film documentaire “Les mains des femmes”, 2020. Par Coline Grando (CVB).

Film documentaire “La place de l'homme”, 2017. Par Coline Grando (CVB).

BLOGIE Elodie, La loi IVG suscite un vif débat chez les médecins et soignants, in *Le Soir*, 15/07/20.

<https://plus.lesoir.be/313272/article/2020-07-15/la-loi-ivg-suscite-un-vif-debat-chez-les-medecins-et-soignants>

DELPHY Christine, “Comment nous en venons à avorter (nos vies sexuelles)”, in *Le Monde*, 22/10/2000.

DORZEE Hughes, “Il y a 20 ans, les femmes enfin *maitres de leur corps*”, in *Le Soir*, 1/04/2010.

<https://www.lesoir.be/art/il-y-a-20-ans-les-femmes-enfin-maitres-de-leur-corps-t-20100401-00V3XQ.html>

FILOSOF Fanny, Interview, in *Politique*, n°41, 1/10/2005.

<https://www.revuepolitique.be/les-femmes-decident/>

GAUTIER Céline, “L'IVG en danger”, in *Espace de Libertés*, mai 2013, n°419, p. 20.

HERMANN Benjamin, "Quatrième renvoi de la loi IVG devant le Conseil d'Etat. 'Une première dans l'histoire de notre Parlement'", L'Avenir.net, 15/07/2020.

STEVELINCK Laurence, Entretien avec Jeanne Vercheval-Vervoort, in Axelle Mag, n°217, mars 2019. <https://www.axellemag.be/rencontre-avec-jeanne-vercheval-vervoort/>

Communiqué de presse, *Le Vif* 19/09/18 :

<https://www.levif.be/actualite/belgique/depenalisation-de-l-avortement-cette-proposition-de-loi-est-un-leurre/article-normal-986455.html>

Documentaire radio France Culture, LSD, "Avortement, le pouvoir du médecin" (4 épisodes), 2020. Par Johanna Bedeau.

Film documentaire "Le corps du délit. 20 ans du droit à l'avortement en Belgique", 2010.

Par le CAL.

<http://www.abortionright.eu/2014/07/07/documentaire-le-corps-du-delit-20-ans-du-droit-a-lavortement-en-belgique-25/>

Film documentaire « Quand je veux, si je veux », 2019.

Par Susana Arbizu, Mickaël Foucault, Nicolas Drouet et Henri Belin.

Site internet FLCPF : <https://www.planningfamilial.net/>

Site internet Abortion right : <https://www.abortionright.eu>

Archive Willy Peers : <https://www.sonuma.be/archive/liberation-du-dr-willy-peers>