

Dossier

Autor(en): **[s.n.]**

Objektyp: **Group**

Zeitschrift: **L'Émilie : magazine socio-culturelles**

Band (Jahr): **[95] (2007)**

Heft 1510

PDF erstellt am: **11.09.2024**

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Avortement: Les pièges d'une pseudo-émancipation

Dans pratiquement tous les pays, la tendance est aujourd'hui à la libéralisation de l'avortement. La Suisse n'a pas échappé à la règle. En 2002, le peuple votait le régime du délai qui permet aux femmes d'avorter légalement jusqu'à la douzième semaine de grossesse. Si l'on ne peut que se réjouir de la dépénalisation des interruptions volontaires de grossesse, la question de la culpabilité n'en est pas pour autant résolue. Pis, elle tend à se renforcer en isolant la femme face à son acte et sa décision.

VIRGINIE POYETTON

Jusqu'en 2002 (année de l'acceptation par le peuple du régime du délai) – et depuis l'entrée en vigueur du code pénal en 1942 –, l'avortement était considéré comme un crime en Suisse. Seule exception à la règle: lorsque la grossesse constituait un danger ou une atteinte grave à la santé de la mère. Un (deuxième) médecin certifié par le canton de résidence de la femme était seul habilité à évaluer les risques encourus par la génitrice (avis conforme). De cette absolu législatif, la pratique a progressivement évolué vers une plus grande tolérance. Depuis les années 1970, le nombre de cantons dans lesquels l'avortement se pratique sans condamnation pénale est passé de six à dix-sept. Les femmes pouvaient facilement y obtenir le fameux avis conforme ou, le cas échéant, avorter dans un canton plus libéral ou à l'étranger. Dans la majorité des cas, la notion de «santé» était interprétée dans le sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS): «La santé n'implique pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité; elle est un état de complet bien-être physique, mental et social.» A partir de 1988, mis à part un cas isolé, plus aucune femme n'a été condamnée pour avortement illégal.

En 2002, seuls trois cantons (Appenzell Rhodes-Intérieures, Obwald et Nidwald) refusaient encore de pratiquer IVG. Après des années de luttes féministes, l'entrée en vigueur du régime du délai, il y a cinq ans, a été un grand pas en avant vers la décriminalisation de l'avortement et vers le respect de l'intégrité corporelle des femmes. Mais le tableau est loin d'être complètement rose. Si la décision d'interrompre ou non une grossesse non désirée ne dépend plus uniquement du bon vouloir d'un médecin et si aujourd'hui la femme est beaucoup plus libre de décider d'enfanter ou non, les milieux anti-avortement n'ont pas pour autant mis fin à leur croisade pro-vie. A commencer par leur tentative de pousser les caisses-maladie à ne plus rembourser les interruptions volontaires de grossesse (lire p.13). A Genève, le service du Planning familial a, depuis quarante ans, vu évoluer la législation et les mentalités. Et malgré tout, la notion de «faute» reste très présente chez les femmes qui avortent. «Il n'y a pas de retour en arrière, mais les représentations personnelles perdurent. L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est toujours considérée par les femmes qui l'envisagent comme un crime», témoigne Dorette Fert, responsable du Planning familial (lire le reportage en pp. 14 et 15)

Si 50% des avortements se font aujourd'hui par voie médicamenteuse, on ne peut pas dire que le RU-486 (pilule abortive) qui permet aux femmes de «s'avorter» sans l'aide des médecins résolve à lui tout seul le problème de la culpabilisation des femmes qui avortent. «Les réponses féministes doivent être politiques et non techniques. Ce qui doit faire débat, c'est l'avortement et ses conditions et non les méthodes abortives.» Céline Schnegg, coordinatrice suppléante de la formation continue en Etudes Genre à Genève, vient de soutenir un travail de DEA sur l'avortement médicamenteux et l'expérience qu'en font les femmes (lire l'interview en pp. 16 et 17). Pour la sociologue, il est nécessaire de mettre sur pied des formations spécifiques pour le personnel soignant en vue d'une prise en charge non culpabilisante des femmes et d'imaginer des lieux de collectivisation de cette expérience douloureuse qu'est l'avortement.

L'avortement dans le monde

Au niveau international, la tendance à la libéralisation de l'avortement se poursuit. Entre 1950 et 1985, la plupart des pays du Nord, ainsi que quelques pays en voie de développement, ont libéralisé leurs lois sur l'avortement. À partir de 1985, vingt et un autres pays ont assoupli leur législation en la matière. Treize d'entre eux (dont la Suisse) ont introduit le régime du délai. Aujourd'hui, 41% de la population mondiale vit dans des pays où la loi autorise l'IVG à la demande de la femme, dans un certain délai ou sans restrictions dans le temps. Dernier exemple européen en date: le Portugal votait, le 13 février dernier, à 60% en faveur de la révision de la loi sur l'avortement dans le sens d'un régime du délai. En Europe, seules l'Irlande, Andorre, Malte, Monaco et Saint-Marin interdisent encore l'avortement. Aux Etats-Unis, dans certains Etats, les milieux anti-avortements ne faiblissent pas. Pour l'instant, ils enchaînent les défaites. La dernière en date au Dakota du Sud, où les citoyens ont refusé à une majorité de 56% l'interdiction quasi-totale de l'avortement.



Avortement

Il y a cinq ans, la Suisse votait le régime du délai

En 2002, 72,2% des votant-e-s acceptaient une modification du code pénal entérinant le régime du délai en matière d'avortement et balayaient par la même occasion avec 81,7% de non l'initiative fondamentaliste dite «Pour la mère et l'enfant». Retour sur ce moment historique pour les femmes vivant en Suisse.

VALÉRIE BALLEYS

La question de l'autodétermination des femmes par rapport à leur corps a toujours été au centre du débat sur l'avortement. En droit, le législateur est amené à peser deux intérêts considérés comme opposés: celui de la vie prénatale du fœtus et le libre choix des femmes. Bien que le premier n'ait pas véritablement de personnalité juridique, aucun pays, au niveau européen, n'a laissé le libre choix aux femmes et chaque nation – ayant adopté le régime du délai – a limité dans le temps la possibilité de recourir à un avortement. Dans certains pays comme les Pays - Bas (24 semaines), la Suède (18 semaines), l'Autriche (16 semaines), la France ou l'Allemagne (14 semaines), le délai est plus permissif qu'en terres helvétiques.

En Suisse, la loi fixe en effet à 12 semaines après la date des dernières règles le délai pour pratiquer un avortement sans que celui-ci ne soit punissable (exception faite des cas d'atteinte grave à l'intégrité physique de la femme enceinte ou lors d'un état de détresse profonde). La modification du Code pénal en matière d'avortement était plus que nécessaire puisque l'ancien droit datait de 1937. Ce dernier prévoyait encore des peines d'emprisonnement allant de trois jours à trois ans pour la femme qui avortait en l'absence de situation de détresse ou de danger. Les registres statistiques montrent par exemple qu'en 1950 ce ne sont pas moins de 548 femmes qui ont été condamnées pour avortement. Dès les années septante, la loi a été interprétée avec beaucoup plus de liberté. Cela dépendait toutefois des cantons et engendrait de grandes inégalités pour les femmes en fonction de leur lieu de résidence.

L'adoption du nouveau texte de loi en 2002 a donc permis d'harmoniser les diverses situations et d'affirmer une claire reconnaissance du droit des femmes à choisir le moment où elles désiraient avoir ou ne pas avoir d'enfant. Le texte soumis à votation était aussi un compromis. En ce sens la Suisse ne s'est pas dotée ce jour-là de la législation la plus progressiste en la matière. En effet, la modification du Code pénal proposée était la version édulcorée d'un avant-projet, jugé trop permissif, et

refusé pour cette raison par le Conseil fédéral en 1997. Ainsi, de cet avant-projet à la loi adoptée, le délai pour recourir à un avortement est passé de 14 à 12 semaines. Dorette Fert, responsable du Planning familial genevois, regrette cette réduction du délai légal, mais relativise: «Notre expérience montre que la majorité des femmes consultent plus tôt qu'autrefois (entre la 5e/6e semaine et la 7e/8e semaine)».

Autre détail important, la nouvelle loi stipule que les femmes sont tenues de faire une demande par écrit en invoquant un motif de détresse pour recourir à un avortement. Certaines voix se sont élevées à l'époque pour dénoncer l'infantilisation des femmes qui se cache derrière cette clause juridique et le non-respect du libre choix sur leur propre corps. Toutefois, il s'agit ici d'un débat théorique qui pose la question de l'adéquation de notre droit au principe d'égalité entre femmes et hommes. Dans la pratique, il a bien fallu s'accommoder de cette condition. Ainsi Mme Fert précise que concrètement, la femme ne rédige pas de lettre invoquant son état de détresse mais «signe une feuille pré-imprimée que lui remet le médecin ou l'infirmière, à l'instar des démarches demandées aux patients lors d'interventions chirurgicales. A ma connaissance, cette démarche n'est pas ressentie comme une contrainte par les femmes désirant avorter».

Rien n'est pourtant acquis en ce domaine. Les pro-vie veillent. Après l'échec de son initiative, l'association «Pour la mère et l'enfant» a essayé de faire pression sur les femmes souhaitant avorter par le biais de l'assurance-maladie. Les anti-avortement prétendaient vouloir lancer une initiative pour supprimer la prise en charge de l'IVG par les caisses. En Suisse, pourtant, depuis 1981, l'interruption de grossesse est une prestation obligatoire de l'assurance de base.

Et, n'en déplaise aux opposants pro-vie, deux ans après l'entrée en vigueur du régime du délai (dernières statistiques disponibles), le nombre d'avortements n'a pas augmenté en Suisse. Seul un petit pourcentage des IVG se font après la 12^e semaine (4,4%). La Suisse présente le taux le plus bas d'avortements (7 IVG sur 1000 grossesses) et de grossesses adolescentes d'Europe occidentale.

Un enfant ou pas?

Visite guidée au Planning familial de Genève

La mission du service du Planning familial de Genève consiste à informer et orienter la population sur toutes les questions liées à la sexualité et à la procréation. Dans ces lieux se jouent parfois les destins de femmes et de couples: choisir une contraception, faire un test, décider de poursuivre ou non sa grossesse, etc. Même si l'avortement est désormais légal et facilité, les représentations qui y sont liées en font un infanticide persistant. Un des enjeux des conseillères et conseillers du Planning familial consiste, avant tout, à ne pas juger les femmes et les hommes qui viennent les consulter. Rencontre avec Dorette Fert, responsable du Planning familial.

ESTELLE PRALONG

Mercredi après-midi. La salle d'attente du service du Planning familial de Genève (CIFERN) est animée par un va-et-vient incessant de collaboratrices et collaborateurs. Entre ces quatre murs raisonnent encore les échos des conversations de femmes et d'hommes à des moments importants de leur vie – douloureux ou heureux – liés au désir, à la sexualité. Deux adolescentes attendent leur rendez-vous. Elles illustrent parfaitement l'ambivalence de leur âge: corps de femme et sucette à la bouche. Leur bavardage est ponctué de rires nerveux qui rappellent que le lieu n'a rien d'une ludothèque.

Dorette Fert, la responsable du CIFERN arrive. Dynamique et accueillante, elle parle avec chaleur des activités et des enjeux de son service. A la question d'une éventuelle désapprobation sociale de la contraception et de l'avortement, Dorette Fert répond par la négative. «Il n'y a pas de retour en arrière, mais les représentations personnelles perdurent. L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est toujours considérée par les femmes qui l'envisagent comme un crime. Quant à la contraception, on assisterait à un engouement pour la contraception naturelle. «Ceci est aussi sûrement lié aux préoccupations d'ordre écologique de nos sociétés. Pourtant, pour les femmes de ma génération, avoir le choix de concevoir ou non des enfants constituait une véritable révolution. Les jeunes de vingt ans ne se rendent pas compte!».

«La moitié des personnes qui se rendent au Planning familial ont moins de vingt ans et sont majoritairement des femmes»

Persiste également de nos jours la difficulté des jeunes filles à dire «non». Elles peinent à refuser un rapport sexuel avec leur petit ami même lorsqu'elles n'en ont pas vraiment envie. Les adolescentes et adolescents ont tendance à passer plus facilement à l'acte qu'auparavant. Peut-être est-ce dû au fait qu'elles/ils sont davantage «informé-e-s» que les anciennes générations. Il est même devenu assez courant que les jeunes aient accès – par Internet ou téléphone mobile – à des images ou des films pornographiques. Si l'aspect technique n'est plus

vraiment mystérieux, il n'en reste pas moins que l'entrée dans la vie sexuelle suscite toujours craintes, désirs et émotions contradictoires pour lesquels les jeunes gens ne sont pas souvent préparés.

Le Planning familial, bien que désormais rattaché au Département de médecine communautaire des Hôpitaux Universitaires de Genève, n'offre pas de prestations médicales. C'est ce qui en fait ce lieu unique, entre le médical et le social. Cette spécificité le rend d'ailleurs plus facile d'accès. La moitié des personnes qui s'y rendent ont moins de vingt ans et sont majoritairement des femmes. Elles viennent accompagnées d'une amie, d'un conjoint ou seules. Les trois demandes les plus fréquentes sont celle de la pilule du lendemain, du test de grossesse ou de l'IVG. Sinon les visites, téléphones et mails adressés au service touchent toutes les questions liées à la sexualité et à la procréation: post-partum, problèmes de contraception, crainte d'une infection sexuellement transmissible (IST), grossesse qui se fait attendre... En cas de nécessité, le Planning familial offre la possibilité d'un suivi individualisé pour les femmes migrantes ou les adolescentes enceintes. Les prestations – gratuites et confidentielles du CIFERN – comprennent aussi des consultations conjugales ainsi que l'accès aux ouvrages et publications d'un centre de documentation.

L'information préventive ne suffit pas pour éviter les grossesses imprévues. Sexualité et procréation ne font pas uniquement appel au rationnel, mais aussi et surtout à l'irrationnel et à l'inconscient. Ainsi, certaines femmes éprouvent des résistances face à la contraception: elles se sentent médicalisées par la pilule ou alors ressentent les stérilets et autres contraceptifs comme des corps étrangers. Il n'existe pas de contraception idéale et sans contrainte. De plus, une ambivalence fondamentale est au cœur du désir d'enfant. On peut, à la fois, désirer et redouter de tomber enceinte. Une grossesse imprévue peut être le signe d'une révolte chez une adolescente en difficulté ou alors le besoin de vérifier sa fécondité chez une femme. D'ailleurs, comme le précise Dorette Fert, les femmes enceintes qui viennent au Planning familial sont souvent ce qu'on appelle des ambivalentes. Elles ont besoin d'un espace pour savoir si elles désirent poursuivre ou non leur grossesse. Les autres



Assis, de gauche à droite: Jeanne-Marie Oronotz, Dorette Fert et Raphaël Ducrot. Debout, de gauche à droite: Christian Schwartz, Marie-Claude Fachinotti, Angela Walder et Catherine Colquhoun
Les absents: Lorenza Bettoli, Geneviève Sandoz, Ruth Merz Serex et Anne-Laure Piguët

Le Planning familial de Genève (CIFERN), le premier en Suisse, est né en 1965. Pour ses quarante ans, les collaborateurs du service, sous la responsabilité de Dorette Fert, ont publié le livre: *Désirs, réalités... le choix? au cœur du Planning familial de Genève, 1965-2005*. Un des grands intérêts de cet ouvrage réside justement dans le fait qu'il a été conçu par ceux-là mêmes qui font le CIFERN d'aujourd'hui. De plus, il va au-delà de l'histoire et de la présentation du service. Cet ouvrage collectif, préfacé par Bernard Crettaz, donne un aperçu des enjeux sociologiques et psychologiques liés à la venue au monde d'un enfant, à son éducation, à la liberté sexuelle, à la contraception et à l'avortement.

Note:
Désirs, réalités... le choix ? : au cœur du Planning familial de Genève, 1965 - 2005 sous la responsabilité de Dorette Fert, Genève: HUG, Affaires culturelles, Ayer: Ed. Porte-Plumes, 2006.

femmes se rendent désormais directement à la maternité. Il est d'ailleurs rare qu'une jeune fille ou femme se retrouve enceinte par hasard. Il s'agit parfois d'un accident, lors de l'oubli d'une pilule, par exemple, mais le plus souvent des conflits intérieurs ou des désirs inconscients sont à la source de ces grossesses. Le rôle du Planning familial est d'aider ces femmes ou ces couples à comprendre pourquoi ils en sont arrivés là et à trouver la solution la plus adaptée à leur cas. Il s'agit pour les conseillères et les conseillers de leur offrir une écoute attentive et d'éviter tout jugement moral.

« Une ambivalence fondamentale est au cœur du désir d'enfant. On peut, à la fois, désirer et redouter de tomber enceinte. »

Il se fait tard. Avant de conclure, Dorette Fert tient à faire partager la réalité du travail au quotidien. Elle va chercher une cassette vidéo. Une série d'entretiens réalisés dans un planning familial français. Pour des raisons évidentes de confidentialité, il lui est difficile de projeter des entretiens genevois. La vidéo montre des femmes qui pour la plupart sont enceintes et envisagent un avortement. Elles sont touchantes: leur désarroi est palpable. Cependant, leur capacité à démêler leurs sentiments et à envisager leur situation avec lucidité est impressionnante. Ce qui frappe surtout, c'est qu'une IVG peut ne pas être un événement sombre et dramatique. Même s'il est toujours délicat, l'avortement peut aussi devenir – dans de bonnes conditions – l'occasion de se connaître mieux soi-même. Comprendre les motivations conscientes et inconscientes de sa grossesse, c'est aussi en savoir plus sur sa situation, ses projets et ses désirs. Décider – rapidement – d'avoir un enfant ou pas, constitue un véritable choix. Cela peut aller jusqu'à un bilan de vie qui permet parfois de choisir entre sa volonté et ceux de son conjoint ou de sa famille, entre une rupture ou une vie de famille, entre son désir et ses projets.

Le Planning familial en chiffres

Chaque année, l'équipe pluridisciplinaire du Planning familial reçoit quelque 3'500 personnes (adultes et adolescent-e-s confondu-e-s).

La clientèle du Planning familial c'est:

- 40% de personnes de moins de 18 ans
- 82% des personnes sont célibataires, 12% sont mariées
- 17% des hommes accompagnent leur partenaire

Les demandes se répartissent dans trois domaines:

- 65% concernent une thématique de planning familial (contraception, pilule d'urgence, test de grossesse, interruption de grossesse, éducation sexuelle, difficultés sexuelles, problèmes médicaux, ménopause, infections sexuellement transmissibles, SIDA)
- 20% sont liées à une grossesse (préparation à la naissance, fertilité ou stérilité, problèmes sociaux et juridiques)
- 15% relèvent d'une consultation conjugale (problèmes psychologiques, difficultés sexuelles, violence)

Source: HUG

Pilule abortive

« Parler de technologie émancipatrice me semble une aberration »

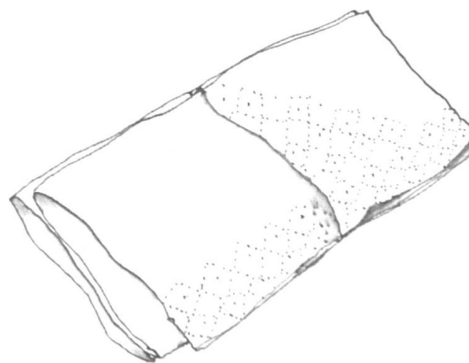
Lors de sa mise sur le marché en 1999, le RU-486⁽¹⁾, appelé également pilule abortive, a suscité, en Suisse, un enthousiasme généralisé tant de la part des médecins, des médias que de certaines militantes féministes. Sous prescription médicale uniquement, l'avortement médicamenteux ⁽²⁾ peut avoir lieu jusqu'au 49^e jour suivant la date des dernières règles. Aujourd'hui, environ 50% des avortements se font par le RU-486. Défini comme une technologie émancipatrice – puisqu'il permet aux femmes de « s'avorter » sans l'aide des médecins et de leurs instruments –, le RU-486 semble résoudre à lui seul le débat sur l'avortement puisque d'une expérience d'oppression, il en fait une expérience d'autodétermination. Céline Schnegg, sociologue, coordinatrice suppléante de la formation continue en Etudes Genre à l'Université de Genève, vient de soutenir un travail de DEA en Études Genre sur l'avortement médicamenteux et l'expérience qu'en font les femmes.

PROPOS RECUEILLIS PAR LAETITIA CARRERAS

L'émilie: Dans l'ensemble, comment la pilule abortive a-t-elle été accueillie?

Céline Schnegg: Disons que de manière générale, elle a été bien accueillie et a suscité passablement d'espoir chez les médecins et certaines militantes féministes. Aux Etats-Unis où l'accès à l'avortement et à des structures médicales adéquates est particulièrement difficile, on observe une forte mobilisation en faveur de la pilule abortive. Dans ce contexte particulier et en lien avec un mouvement anti-avortement très actif, toutes et tous voient dans le RU un moyen de faciliter l'accès à l'avortement. En effet, « grâce » à la pilule abortive, les femmes sont non seulement moins dépendantes des structures de prise en charge et des médecins (ce qui semble résoudre le problème de la pénurie de structures adéquates), mais elles peuvent aussi avorter en toute discrétion. En France aussi, l'accueil du RU-486 a été plutôt enthousiaste. Il faut dire que c'est un endocrinologue français qui a mis au point cette nouvelle technologie. Tout d'un coup, c'est comme si tout le monde était devenu féministe en se montrant favorable à cette technologie dite d'autonomie. Face aux réactions extrêmement virulentes des organisations opposées à l'avortement, le ministre français de la santé a même proclamé à l'époque : « le RU-486 est la propriété morale des femmes ».

Du côté des militantes féministes, que ce soit en Suisse, en France ou aux Etats-Unis, elles sont majoritairement favorables au RU-486 : le fait que le geste d'avorter soit délégué aux femmes est analysé comme un moyen pour elles de s'émanciper du pouvoir médical. Toutefois, une frange féministe s'oppose à l'avortement pharmacologique et insiste sur les dangers qu'il représente pour la santé des femmes : risques d'hémorragies, vomissements, nausées, diarrhées, et risque aussi que les femmes se trouvent à avorter toutes seules et sans l'aide de personne.



L'émilie: Comment comprendre le bon accueil réservé au RU-486 par les médecins?

CS: Sans vouloir paraître paranoïaque, il me semble qu'il faut interroger l'enthousiasme des médecins par rapport au RU-486. En effet, la procédure médicamenteuse leur permet de réduire leur implication puisque ce ne sont plus elles/eux qui pratiquent le geste d'avortement. Le geste d'avorter revient aux femmes. Mais en même temps, les médecins gardent le monopole, le RU-486 n'étant délivré que sur ordonnance médicale.

Plus encore, et si on exagère à peine, le RU-486 et sa procédure font « disparaître » l'avortement de l'hôpital. Le geste d'avorter est délégué aux femmes. Pendant leur matinée à l'hôpital, elles doivent uriner dans une bassine et regarder elles-mêmes si le sac fœtal a été expulsé. En responsabilisant les femmes de la sorte et en les laissant seules, on nie aussi leurs souffrances et leurs douleurs. Cela d'autant plus qu'on nous « vend » cet isolement et cette responsabilisation des femmes comme une possibilité d'autonomie et d'émancipation.

L'émilie: Justement, peut-on réellement adhérer à ce constat sur l'autonomie des femmes?

CS: A mon sens, ce discours sur l'autonomie est le produit d'un faux débat. Toutes les attentions se focalisent sur la technologie abortive comme si celle-ci permettait, indépendamment de son contexte social et médical d'utilisation, de transformer l'avortement en une expérience d'autonomie et de libération. C'est accorder bien trop de pouvoir à la technique. De mon point de vue, l'avortement est un produit de système de genre qui induit les grossesses et condamne les avortements. Il conforte la sexualité hétérosexuelle et coïtale comme seule possible. L'avortement est donc politique. Dans ce cadre, comment une technique, qui plus est dans un cadre médicalisé, aurait-elle le pouvoir de transformer une interruption de grossesse en expérience d'autonomie? Parler de technologie émancipatrice me semble une aberration. Un avortement reste un avortement avec tout ce qu'il implique comme violence et culpabilité, quelle que soit la méthode utilisée! C'est important de le rappeler et cela ressort fortement du discours de femmes. La pilule abortive apparaît moins comme un outil d'émancipation que comme un moyen de se punir d'avorter et d'avoir eu des rapports sexuels. Dans ce contexte, les femmes insistent sur l'importance de souffrir, d'avoir mal et d'être seules.

Finalement, du point de vue de l'action féministe, il faut arrêter de perdre nos énergies à débattre sur la méthode abortive (définie soit comme émancipatrice, soit comme instrumentalisante) et nous concentrer sur les conditions sociales et médicales de l'avortement, pour une prise en charge adaptée et non culpabilisante. Autrement dit, les réponses féministes doivent être politiques et non techniques. Ce qui doit faire débat, c'est l'avortement et ses conditions et non les méthodes abortives.

L'émilie: Comment expliquez-vous ce «besoin» d'isolement et de solitude exprimé par les femmes?

CS: Selon mon analyse, ce n'est que l'expression d'une volonté individuelle. Premièrement, on peut lire cette «envie» d'être seule comme un effet de la privatisation de l'avortement qui définit l'interruption de grossesse comme un problème avant tout personnel et féminin. Ce sont les femmes qui ont commis une erreur (contraceptive); elles sont désignées comme uniques responsables et doivent assumer seules. Le fait de «vouloir» être seules est aussi un moyen pour elles d'être tranquilles et de se protéger des regards culpabilisants au sein de l'hôpital. Mais il existe aussi une certaine fierté à avorter seules et de se prendre en charge. On peut interpréter cette valorisation de la responsabilité individuelle à la lumière de la norme libérale dominante dans notre société, selon laquelle nous serions responsables de notre sort.

L'émilie: Quelle est l'implication du partenaire dans ce processus?

CS: Les partenaires masculins sont majoritairement absents. C'est d'ailleurs souvent ce qui pousse les femmes à avorter. Sur les huit femmes interviewées, une seule a été accompagnée par son partenaire à l'hôpital. De manière générale, mes interlocutrices n'avaient pas envie que leur compagnon soit présent.

L'émilie: Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur le soulagement et la souffrance inhérents à tout avortement ?

C.S: Toutes les femmes se disent soulagées d'avoir avorté et, comme elles le disent, elles-mêmes, que tout se soit bien passé. Toutefois, la manière dont elles racontent leur avortement en dit long sur la violence et la culpabilité qu'elles ressentent : «C'était dur, tout ce sang... Mais c'était nécessaire», «J'ai interrompu une vie», «C'était la décision du meurtre». Ces discours nous font voir l'efficacité de la condamnation sociale. L'avortement médicamenteux devient un moyen de se punir, de ne pas commettre deux fois la même erreur.

L'émilie: Comment améliorer la prise en charge des femmes qui décident d'avorter?

CS: Ce que ma recherche montre, c'est que la question de l'avortement est encore et toujours d'actualité, malgré sa légalisation et la possibilité pour les femmes de «choisir» la méthode abortive. On pourrait d'ailleurs discuter des réelles possibilités de choix des femmes, puisqu'elles dépendent largement des informations dispensées par leur gynécologue pour se faire une opinion. Encore une fois, j'insisterai sur le fait qu'il faut intervenir sur les conditions d'avortement. A défaut d'une démedicalisation, on pourrait imaginer une formation particulière pour le personnel soignant en vue d'une prise en charge respectueuse, non culpabilisante et tenant compte des souffrances des femmes. On pourrait aussi imaginer certains lieux de collectivisation de l'expérience dans lesquels les femmes pourraient partager leur vécu. En conclusion, le débat sur la méthode abortive «liquide» l'avortement et le système d'oppression qui le produit et le condamne. Le problème de fond, celui de la répression de l'avortement et de la culpabilisation des femmes qui avortent, n'est de loin pas encore résolu.

Note :

(1) Du nom de la molécule, hormone anti-progestérone, responsable de la désagrégation de la muqueuse utérine et de l'avortement.

(2) Mise au point par l'endocrinologue français Étienne Émile-Baulieu à la fin des années 80, l'avortement pharmacologique se fait en deux étapes lors d'une première visite à l'hôpital, ingestion de la Mifégyne® (nom commercial du RU-486) et 48 heures plus tard, lors d'une seconde visite, prise de la prostaglandine (substance qui produit des contractions utérines et favorise l'expulsion). Les femmes restent alors la matinée à l'hôpital, généralement le temps de l'expulsion.