

Les avortements en délai dépassé

Derrière le stigmate, le travail abortif des femmes

Marie Mathieu, Sophie Avarquez

DANS **SOCIÉTÉS CONTEMPORAINES** 2023/2 (N° 130), PAGES 69 À 100
ÉDITIONS **PRESSES DE SCIENCES PO**

ISSN 1150-1944

ISBN 9782130861348

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2023-2-page-69.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Presses de Sciences Po.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Les avortements en délai dépassé

Derrière le stigmate, le travail abortif des femmes

Marie Mathieu¹
Sophie Avarguez²

À partir de deux enquêtes qualitatives mêlant des entretiens de femmes ayant avorté à l'étranger et des observations de parcours de femmes voulant interrompre une grossesse au-delà du seuil légal français, cet article révèle le travail abortif réalisé par les femmes pour obtenir un arrêt de grossesse au-delà du seuil inscrit dans la loi, dans ses différentes séquences et dimensions : le travail d'information sur les cadres légaux de l'avortement en France et à l'étranger, les lieux et les conditions de leur prise en charge ; le travail de collecte de l'argent qu'implique ce type d'intervention et le voyage qu'il suppose ; le travail cognitif qu'elles assurent et le travail émotionnel auquel elles ne peuvent se soustraire. En dévoilant les expériences peu connues d'avortement transfrontalier, cet article donne à voir les mécanismes, acteur-rices et outils facilitant ou entravant l'autonomie procréative des femmes en France.

Mots-clés : Avortement transfrontalier – Travail abortif – Division sexuée du travail – Normes légales et sociales – Stigmate

Abortions beyond the legal threshold. Behind the stigma, women's abortion work

Based on two qualitative surveys combining interviews with women who have had an abortion abroad and observations of women's trajectories as they seek to terminate a pregnancy beyond the French legal threshold, this article reveals the different sequences and dimensions of the abortion work carried out by women in order to obtain an abortion beyond the threshold laid down by law: the work of informing about the legal framework for abortion in France and abroad, and the places and conditions in which they can be taken care of; the work of collecting the money involved in this type of procedure and the travel it entails; the cognitive work they do and the emotional work they cannot avoid. It shows the mechanisms, players and tools that facilitate or hinder women's procreative autonomy in France, and reveals the little-known realities of cross-border abortion experiences.

Keywords : Cross-Border abortion – Abortifacient work – Gendered division of labor – Legal and social norms – Stigma

1. Cermes3 et CRESPPA-CSU, marie.juliette.mathieu@gmail.com

2. CRESEM, EA 7397, Axe SLAM, sophie.avarguez@univ-perp.fr

En France, deux catégories d'avortements ont été créées et autorisées par la loi de 1975³. Les « interruptions thérapeutiques/médicales de grossesse » (IMG) dites aujourd'hui « pour motif médical » peuvent être réalisées à n'importe quel moment de la grossesse. Les « interruptions volontaires de grossesse » – dites IVG, ne sont quant à elles autorisées que sous une série de conditions, notamment seulement dans les 10 premières semaines de grossesse (SG). Cette limite temporelle est alors justifiée « par un argument sanitaire qui considère que les risques courus par une femme lors d'une IVG sont d'autant moins élevés que la grossesse est récente » (Ferrand et Jaspard, 1987, p. 36). Pourtant, certains pays accordent alors des délais plus longs aux femmes⁴ et l'on sait aujourd'hui que les risques liés aux IVG du 2^e trimestre demeurent très rares (Roman *et al.*, 2021, p. 43). Ce seuil de prise en charge est passé de 10 à 12 SG en 2001, puis à 14 SG (soit 16 semaines d'aménorrhée – SA) en 2022, comme cela avait été réclamé par le nouveau manifeste des 343⁵, des associations de professionnel·les de soins⁶ et le Conseil national de l'ordre des sages-femmes.

Pourtant, des femmes doivent toujours quitter la France pour pouvoir mettre fin à leur grossesse (Avarquez et Harlé, 2024) du fait de sa découverte tardive, d'un changement de situation matérielle ou conjugale ou même d'une application inégale des textes sur le territoire. Contournant la loi, elles se déplacent dans des espaces où celle-ci leur est plus favorable (Guillaume et Rossier, 2018). Un certain flou demeure sur le nombre de femmes concernées. Dominique Cèbe et Claudine Philippe en 2002, font état de 3 000 à 6 000 femmes se rendant annuellement à l'étranger pour avorter. Ces estimations, dont le mode de calcul n'est pas renseigné, se fondent sur les données recueillies au Planning familial (PF). Certaines cliniques étrangères se montrant peu enclines à communiquer sur le nombre de femmes prises en charge⁷, ces réalités sont en outre probablement sous-évaluées⁸.

3. Nous tenons à remercier les personnes ayant accepté de relire cet article pour leurs conseils : Michèle Ferrand, Lucile Ruault, Fabrice Cahen et Lisa Carayon, mais aussi les membres du comité de la revue *Sociétés contemporaines* qui ont contribué à sa progression. Merci aussi au Planning familial (PF) et aux membres du groupe IVGDD de l'association, pour les échanges qui ont enrichi le travail présenté ici.

4. En Angleterre-Galles, il est autorisé alors jusqu'à 28 semaines (Munoz Perez, 1981) et en République fédérale d'Allemagne durant les 3 premiers mois de grossesse (Ottomeyer-Hervieu, 1995).

5. Cinquante ans après le « Manifeste des 343 », le nouveau manifeste publié le 5 avril 2021 dans le *Journal du dimanche* réclame l'allongement de ce délai de 12 à 14 SG, disposition votée environ un an plus tard.

6. Le PF, l'Association nationale des Centres d'IVG et de contraception (ANCIC) et l'Association nationale des sage-femmes orthogénistes.

7. On sait que les cliniques hollandaises ont pris en charge 1 348 Françaises en 2015. Depuis ce nombre a diminué. Il représente 744 femmes en 2019 (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2019, p. 26).

8. En effet, les demandes reçues dans les associations départementales (AD) du PF ne sont pas systématiquement enregistrées ou communiquées à la confédération, les consigner étant souvent perçu comme une tâche administrative secondaire. S'appuyant sur de précédents travaux (Cesbron, 1997 ; Nisand, 1999), les autrices précisent que « le nombre de demandes tardives est en réalité beaucoup plus important puisque certaines [femmes] peuvent bénéficier d'une IVG en France [comme l'atteste une enquête récente :

L'expérience de ces femmes demeure, par ailleurs, peu ou partiellement documentée dans la production scientifique francophone⁹. Ce n'est que récemment que les sciences sociales se sont emparées de cette question. En 2002, Dominique Cèbe et Claudine Philippe explorent la construction sociale des décisions des femmes face à une grossesse découverte tardivement. Puis le projet *Europe Abortion Access Project* financé par l'European Research Council (2016-2022) a vu le jour ainsi que des mémoires mobilisant des méthodes des sciences sociales en santé publique (par exemple Caraës, 2019).

À partir de l'analyse du terrain de deux enquêtes qualitatives menées entre 2017 et 2020 (voir encadré 1), cet article vise à rendre compte du travail réalisé par des femmes pour obtenir un « avortement en délai dépassé » (DD), soit une interruption de grossesse sans motif médical au-delà du seuil légal de prise en charge des IVG en France. En croisant observations et entretiens, les enquêtes que nous avons menées ont permis d'appréhender les vécus et les expériences concrètes des femmes, de les saisir dans leur globalité, de la formulation de leur demande, jusqu'après leur prise en charge à l'étranger.

Dans la continuité des analyses féministes matérialistes du travail domestique et de la production des enfants (Delphy et Leonard, 2019 [1992] ; Tabet, 2018 [1985] ; Devreux, 1988 ; Haicault, 1984) et du travail de subsistance (Mies, 1988 ; Collectif Rosa Bonheur, 2017), l'article rend compte d'un pan particulièrement invisibilisé du travail procréatif, entendu comme l'ensemble des tâches qu'impliquent la production ou la non-production de nouveaux êtres humains (la production et l'élevage des enfants, l'entretien et la surveillance sanitaire des sexualités, la régulation de la fécondité, le suivi gynécologique, etc.) (Mathieu et Ruault, 2017 ; Hertzog et Mathieu, 2021). En se focalisant sur le travail abortif en délai dépassé, nous révélons une forme du travail gratuit et invisibilisé largement assumée par les femmes (Simonet, 2018 ; Robert et Toupin, 2018) et donnons à voir à la fois les difficultés concrètes qu'elles rencontrent pour obtenir un avortement en délai dépassé

En se focalisant sur le travail abortif en délai dépassé, nous révélons une forme du travail gratuit et invisibilisé largement assumée par les femmes et donnons à voir à la fois les difficultés concrètes qu'elles rencontrent pour obtenir un avortement en délai dépassé, ainsi que les supports dont elles bénéficient pour y parvenir.

Perrin, 2023] et que d'autres renoncent à leur projet d'IVG et poursuivent leur grossesse » (Cèbe et Philippe, 2002, p. 208-209). De plus, les évolutions de l'accès à l'IMG et à l'information sur les avortements à l'étranger, rendent ces estimations complexes.

9. Ce qui contraste avec la production universitaire anglophone. Voir par exemple *Abortion Across Borders* (Sethna et Davis, 2019). En France, celle-ci se constitue avant tout de mémoires de conseillères conjugales et familiales du PF (Louis, 2010 ; Lépine, 2019) auxquels s'ajoutent des mémoires de professionnel·les de santé (par exemple Wittke, 2006), des publications de l'ANCIC et de la Fédération internationale des associés professionnels de l'avortement et de la contraception (FIAPAC). Aussi, des journalistes ont mené des observations. Cependant leurs publications reposent généralement sur une expérience synthétisée dans un format court (par exemple Condat, 1984 ; Simon, 1997 ; Ménine, 1999 ; Goldberger, 2019). Seule Olivia Benhamou rend compte d'expériences d'avortement transfrontalier à partir du récit détaillé de l'accompagnement d'une jeune femme et de sa mère (2004).

(DD), ainsi que les supports dont elles bénéficient pour y parvenir. L'attention est ainsi portée sur le travail de recherche et de sélection des informations qu'implique un avortement en DD. Sera aussi décrit le travail réalisé pour accéder à un avortement transfrontalier, l'opération nécessitant de surmonter des obstacles matériels et financiers, mais aussi le travail cognitif et émotionnel lié à la stigmatisation qui entoure le recours à cette pratique (Mathieu et Ruault, 2014).

Encadré 1 – Le croisement des données issues de deux recherches

Cet article s'appuie sur les terrains de deux enquêtes. La première est une enquête ethnographique post-doctorale menée durant les 3 mois de l'été 2019 par Marie Mathieu¹⁰ au sein de l'AD du planning familial de Paris (dite AD75¹¹). Elle a consisté en 168 heures d'observation notamment d'accueils de femmes souhaitant avorter, et tout particulièrement de celles ayant dépassé le délai légal. Ce terrain a été complété par l'accompagnement de 4 femmes enceintes de plus de 12 SG, quittant la France pour obtenir un avortement : 2 aux Pays-Bas (dans une clinique à Heemstede) et 2 en Espagne dans des établissements de Barcelone et de Madrid. Celui-ci a duré entre 24 et 96 heures en continu, sans tenir compte des nombreux échanges en amont et en aval des voyages. En Espagne, il a nécessité des déplacements en avion, un logement sur place et un séjour de 2 à 4 jours. Il a été plus bref aux Pays-Bas. Partant en car de nuit la veille de l'intervention, nous revenions tard dans la fin de soirée le lendemain.

La seconde recherche réalisée par Sophie Avarguez et Aude Harlé¹² a quant à elle associé observations et entretiens. Une enquête ethnographique a été menée de 2017 à 2020 de part et d'autre de la frontière franco-espagnole dans les structures du champ sanitaire et social impliquées dans la prise en charge de demandeuses d'avortement en DD, plus précisément dans les cliniques de Gérone et Barcelone (soit environ 140 heures d'observation sur 2 ans). 40 entretiens ont été réalisés auprès de femmes ayant avorté en Espagne (n = 23), de mères accompagnantes (n = 2), de professionnel·les de soins et de militantes, intervenant surtout dans les milieux institutionnels ou associatifs et notamment les structures investiguées (n = 15). Le recrutement des femmes s'est fait principalement¹³ dans les salles d'attente des cliniques. Parmi les femmes rencontrées sur place, environ la moitié a été orientée par le PF. L'autre moitié avait pris directement rendez-vous auprès de la clinique.

Enfin, ces enquêtes se sont croisées durant l'observation participante des réunions du groupe national de travail du PF sur les avortements en DD dit « IVGDD » de

10. Cette recherche et les déplacements à l'étranger qu'elle a impliqués ont été rendus possibles par deux financements : la bourse de recherche de la Ville de Paris en études de genre 2018 et une bourse d'aide à la mobilité de l'Institut du genre (IdG 2019).

11. L'AD75 a été choisie car c'est celle qui reçoit le plus de demandes d'avortements en DD. Selon les données compilées au niveau national de 1995 à 2001, ses 3 sites recueillent chaque année entre 40 et 60 % de ces demandes.

12. Cette recherche s'inscrit dans le cadre du projet européen « PROspecTsaso » (*Prospective transfrontalière sanitaire et sociale*) : <https://transfrontera.univ-perp.fr/prospectasos-prospective-transfrontaliere-sanitaire-et-sociale/>

13. Pour multiplier les possibilités de contacts, nous avons lancé un appel à témoignages via la presse locale et les réseaux sociaux. Cette initiative n'a pas eu l'effet escompté puisque sur l'ensemble des entretiens menés, quatre femmes seulement y ont répondu (deux femmes ayant avorté quelques années plus tôt alors mineures et deux mères accompagnantes).

mars 2019 jusqu'à décembre 2022, soit un total de 35 heures réparties en 14 réunions de 2 h 30 en moyenne.

Il importe de souligner que dans les deux enquêtes le nombre de femmes ayant accepté de témoigner ou d'être accompagnées à l'étranger est particulièrement faible au regard du nombre rencontré, ce qui ne peut être dissocié de la « sur-stigmatisation » du type d'avortements étudié (Mathieu et Ruault, 2014, p. 57). À titre d'exemple, dans la seconde enquête sur presque 300 femmes rencontrées en salle d'attente des cliniques et 70 échanges inter-individuels, seules 43 ont accepté d'être recontactées et 20 n'ont pas donné suite à une reprise de contact ultérieure.

Les enquêtées sont désignées par des pseudonymes pour préserver leur anonymat. Leurs propriétés sociales n'ont parfois pas pu être recueillies, les femmes ne souhaitant pas les communiquer craignant d'être reconnues. Nous les mentionnons lorsque nous y avons eu accès.

■ Le travail des femmes pour obtenir des informations fiables sur l'avortement en dépassement de délai

Pour pouvoir exercer leur choix d'interrompre une grossesse, les femmes qui veulent avorter en délai dépassé mettent dans un premier temps en œuvre un travail de recherche d'informations : cadres légaux de l'avortement à l'étranger, lieux et conditions de leur prise en charge. Les informations doivent être trouvées mais aussi vérifiées. Les terrains réalisés donnent à voir des situations contrastées dans l'accès à l'information, certaines femmes affrontant de nombreux obstacles pour obtenir ces renseignements, d'autres bénéficiant d'outils leur en simplifiant l'accès.

Une quête d'information ralentie par les professionnel·les de santé ?

C'est souvent en premier lieu vers des médecins que les femmes se dirigent pour s'informer. Certain·es se font le relais des informations indispensables pour pouvoir avorter et agissent en facilitateur·rices du travail informationnel permettant l'accès à l'avortement en délai dépassé. Mais nos deux enquêtes soulignent aussi les difficultés que les femmes rencontrent pour obtenir des informations claires, y compris de la part des professionnel·les de santé.

Dans les deux recherches, une partie des enquêtées est passée par le planning familial (14 des 27 femmes interviewées ou accompagnées à l'étranger). Certaines y ont été orientées par les professionnel·les de santé qui identifient le PF comme la ressource



Affiche extraite de la campagne de sensibilisation du grand public faite par le Planning familial en 2018 sur les avortements en délai dépassé¹⁴ (© Louise Damiano)

experte de la prise en charge des avortements en DD, comme le rappelle l'image de la campagne de sensibilisation du PF reproduite ci-après.

Toutefois, qu'elles soient ou non passées par le planning familial, de nombreuses enquêtées soulignent une absence de soutien des professionnel·les de santé rencontré·es en France hors PF, même si celle-ci s'exprime au travers de postures et de pratiques très contrastées. Face aux demandes d'avortements en délai dépassé, certain·es professionnel·les de santé donnent des informations partielles – et en cela erronées – aux femmes et les incitent à continuer leur grossesse, compliquant ainsi leur parcours (rallongement de la durée de la grossesse, angoisse de ne pouvoir l'interrompre). Depuis l'obtention de son CAP d'agent de sécurité, Ilona est en recherche d'emploi. Elle a 19 ans et est célibataire quand elle apprend qu'elle est enceinte de 19 semaines. Alors qu'elle manifeste clairement sa volonté d'interrompre cette grossesse, la personne qui réalise son échographie ne lui donne aucune information sur les possibilités existantes. Son médecin traitant ne l'a « pas orientée non plus. Il m'a dit : "Tu es obligée de le garder". Et moi, je n'en voulais pas ». Entrepreneant de réaliser des recherches par ses propres moyens, elle se rend à une permanence du planning familial où on lui

14. Si la campagne visait à interpeller le grand public et l'État sur les effets concrets du délai légal, cette affiche soulignait la délégation de la prise en charge des avortements en délai dépassé au Planning familial, parfois assimilé à une « agence de voyages » par des professionnel·les de santé peu enclins à s'informer sur les activités de l'association.

apprend qu'elle peut avorter en Espagne, à Gérone où nous la rencontrons finalement.

Même lorsque les professionnel·les de santé connaissent les possibilités d'avorter à l'étranger, il n'est pas rare qu'une partie d'entre elles-eux n'évoquent cette option qu'en dernier choix. Florence est une danseuse auto-entrepreneuse de 36 ans, rencontrée dans la salle d'attente d'une clinique espagnole (orientée par le PF). Fille d'un artisan-ouvrier à la retraite et d'une femme au foyer, elle est séparée du père de son enfant et en couple au moment où elle découvre qu'elle est enceinte. Voici ce qu'elle raconte quant à la façon dont les professionnel·les de santé de l'hôpital lui présentent les choses après la datation de sa grossesse :

Ils m'ont dit que c'était pas possible [d'avoir une IVG]. Ils m'ont dit que j'étais à [...] 15 semaines [SA] + 2 [jours], que ça se jouait à une semaine. J'étais dégoûtée [...] Et [la gynécologue] a dit [...] que soit je le gardais – donc elle a dit : « Il faut re-réfléchir ». J'ai dit : « Ah bon ? Ah non, je suis sûre que je [ne] veux pas, parce que mon compagnon a dit que c'est sûr, faut pas le garder ». Et après, elle a dit : « Mais si vous [ne] voulez pas le garder, vous pouvez faire quand même la grossesse et le faire adopter ». J'ai dit : « Ah non, pas ça... J'aurais trop de mal [...] si je l'accouche, je vais le garder pour moi ». Du coup, elle a dit : « Par contre, si vous allez en Espagne, c'est à vos frais ». J'ai dit : « Ah bon ? Et combien ça va me coûter, tout ça ? » Parce que... c'est compliqué, hein...

Certain-es soignant-es donnent la priorité à la maternité et à l'accouchement sous le secret, par rapport à un avortement à l'étranger, soulignant au passage le coût économique que représente pour les femmes cette dernière option. Dans le même temps, pourtant, il-elles invisibilisent la charge économique, physique et temporelle que représente le fait de devenir mère, tout comme le coût émotionnel de mener une grossesse à terme et de donner naissance à un nouvel être humain sans connaître son devenir. Quant à la possibilité d'avoir recours à une interruption de grossesse pour motif médical (IMG), celle-ci n'est nullement soulignée dans les témoignages recueillis, alors même que les femmes peuvent en faire la demande (voir encadré 2).

Les professionnel·les de santé qui proposent aux femmes de quitter la France pour avorter ne fournissent pas toujours les informations nécessaires à la prise des rendez-vous. Sonia est une ingénieure cadre de 38 ans, fille de fonctionnaires. Mariée à un cadre, elle est mère de 3 enfants. Le dernier a 18 mois lorsqu'elle découvre qu'elle est enceinte de 15 semaines ; elle souhaite interrompre sa grossesse au plus vite. Elle explique ainsi la réaction de l'équipe soignante à la suite de la datation de sa grossesse :

Tout en connaissant les ressources existantes à l'étranger pour obtenir un avortement en délai dépassé, certain-es professionnel·les de santé considèrent encore sa pratique comme illégale, tout comme la diffusion d'informations sur ces avortements, alors que cet acte est légal dans les pays où il est réalisé et qu'aucun texte français n'interdit la transmission de ces renseignements.

Donc du coup, ils n'ont pas voulu, et ils m'ont suggéré l'Espagne [...] Ils m'ont dit : « On peut juste vous le suggérer. On n'a pas les numéros de cliniques [...] ». Ils m'ont dit qu'ils n'avaient pas le droit de me donner de numéro...

Tout en connaissant les ressources existantes à l'étranger pour obtenir un avortement en délai dépassé, certain-es professionnel·les de santé considèrent encore sa pratique comme illégale, tout comme la diffusion d'informations sur ces avortements, alors que cet acte est légal dans les pays où il est réalisé et qu'aucun texte français n'interdit la transmission de ces renseignements (voir encadré 2). Ainsi Ilona, après avoir été confrontée à un mur de silence à la suite de son échographie, multiplie ses démarches et va dans un centre de planification familiale où :

[La médecin] m'a donné une feuille et elle m'a dit : « Par contre, moi je peux pas vous l'écrire, c'est à vous de l'écrire », parce qu'elle n'a pas le droit. Du coup, j'ai recopié à la main les adresses. Elle m'en a donné 4 ou 5 [...] Du coup, j'ai dit : « OK, ben je vais appeler » [...] parce qu'ils n'ont pas le droit en fait... Parce qu'ils ont dit que plus de 14 semaines, c'est illégal.

Ce témoignage rejoint celui de Marie (19 ans, en cours de formation – CAP esthétique lors de l'entretien) rencontrée dans la salle d'attente d'une clinique espagnole vers laquelle elle a été orientée par le planning familial. Après son avortement, elle demeure dans le doute, quant à ce que les professionnel·les de santé ont le droit de dire aux femmes en demande d'avortement en DD :

Ils ne m'ont rien dit car ils n'ont pas le droit d'en parler [...] J'ai cherché de mon côté car... Parce que je crois qu'ils n'ont pas forcément le droit les gynécos, les docteurs. Je crois qu'ils n'ont pas le droit de parler de ça... La gynéco qui m'a fait l'échographie, elle m'a juste dit : « Pas en France »... Mais je sais pas après, s'ils ont le droit d'en parler.

Cette représentation véhiculée par l'attitude de certain-es acteur·rices du champ de la santé, contribue à fragiliser et isoler les femmes. Si elles n'interrogent jamais ce que les professionnel·les sont dans l'obligation légale de leur dire (par exemple sur le suivi médical d'une grossesse), elles pensent, en revanche, avoir ou avoir eu recours à un acte illégal voire condamnable (Avarguez et Harlé, 2024), ce qui complique leur recherche d'informations.

Bien souvent cependant les professionnel·les rencontrés par les enquêtées ne connaissent même pas la possibilité qu'ont les femmes d'avorter en dehors de la France lorsqu'elles ont dépassé le seuil limite. C'est ce qu'explique Jessica (serveuse de 20 ans, fille d'un chauffeur de poids lourds et d'une serveuse) qui rend compte ainsi de la réaction du gynécologue lorsqu'elle lui apprend être enceinte de 13 semaines :

Dès qu'elle m'a dit que je [ne] pouvais pas [avorter], j'ai pleuré, je n'arrêtais pas de pleurer [...] Je pensais à l'avenir, à comment je ferai si je [ne] pouvais

pas l'avorter, je pensais pas à moi, mais à l'enfant. Si je le garde, j'arriverai pas, il serait malheureux, moi aussi, une grossesse que je vivrais très mal. Ça m'a choquée [...] La gynéco ne savait pas du tout... Elle n'était pas vraiment renseignée sur le sujet. Elle m'a orientée sur la sage-femme qui travaillait avec elle [qui] a pris le relais. Elle a été adorable avec moi, elle m'a dit : « Vous avez de la chance, j'ai rencontré dernièrement une dame qui s'occupe de ça ».

Si Jessica a été redirigée par la sage-femme vers le planning familial où nous la rencontrons et si elle a pu avorter en Espagne malgré les restrictions de déplacement liées alors au Covid, nombreux·ses sont les professionnel·les de santé à ne pas orienter les femmes vers d'autres collègues en mesure de les appuyer pour accéder à un avortement, comme ils et elles sont contraint·es de le faire pour les IVG en délai (voir encadré 2). Ainsi, Lou (fille d'une secrétaire et d'un technicien, âgée de 23 ans au moment de l'entretien), nous raconte son avortement vécu à 18 ans après avoir répondu à l'appel à témoignages que nous avons mis en place. Elle découvre être enceinte de 16 semaines, alors qu'elle était alors en couple depuis un an, et menait « une vie dissolue » (rupture scolaire, consommation de drogue). Elle se rend alors dans un centre de planification :

Quand j'ai récupéré l'échographie qui était censée déterminer la taille du fœtus, pour savoir [...] si je pouvais avorter en France ou pas [...] alors que j'avais dit que je voulais avorter, ils ne m'ont rien dit, rien dit du tout. Je suis repartie comme ça.

Face à ce silence, Lou est désemparée. Puisqu'on lui délègue complètement le travail de recherche d'informations, elle investigue d'autres pistes et se dirige au Centre d'orthogénie de l'hôpital où une sage-femme lui délivre les informations nécessaires pour qu'elle puisse avorter en Espagne.

L'analyse souligne des postures variées des professionnel·les de santé sollicité·es pour un avortement en délai dépassé, opposant les travailleuses du planning familial qui diffusent des informations aux autres groupes professionnels. Les propos des enquêtées soulignent une forte méconnaissance des professionnel·les de santé de la pratique des avortements en DD (légal et sécurisée dans d'autres pays). Lorsqu'ils et elles ne présentent pas la pratique des avortements en DD à l'étranger comme illégale, ils et elles optent très majoritairement pour le silence. Du fait des choix méthodologiques opérés, on ne peut pas connaître leurs raisons (opposition à certains avortements ou à tous, méconnaissance des pratiques à l'étranger, de l'évolution légale en France et dans d'autres pays). Cependant, il importe de prolonger l'analyse de ces pratiques dans la lignée de précédents travaux (Ferrand, 1988 ; Perrin, 2025 ; Gelly, 2006 ; 2008). En ne disant mot, ces acteur·rices du champ

sanitaire contribuent à mettre en danger les femmes et à les fragiliser. Si comme l'a montré Julie Ancian cela peut mener à des issues tragiques – avortement contraint hors délai et non sécurisé traumatique, néonaticide – (2022, p. 255), cela oblige aussi les femmes à éprouver plus longtemps un état qu'elles ne souhaitent pas endurer et à trouver par leurs propres moyens les informations nécessaires.

Une recherche de renseignements facilitée par Internet ?

Le développement d'Internet et la création de sites web par les cliniques espagnoles et hollandaises ont permis un accès plus direct aux informations sur les prises en charge des avortements en DD facilitant les recherches des femmes. Mais ces modalités les exposent à de nouvelles formes d'entrave au choix et soulèvent de nouveaux enjeux.

Ces modes de diffusion de l'information sur les avortements en DD ont rendu l'évaluation quantitative des demandes complexe, comme le révèle l'augmentation des appels reçus à l'AD75 pour obtenir la carte d'adhésion au PF. Amorçant leurs démarches de façon autonome, directement auprès des cliniques, certaines femmes découvrent la possibilité d'une réduction de tarif si elles sont orientées par l'association¹⁵. Les intervenantes du planning familial tentent alors de fournir l'information la plus globale possible par téléphone, si les femmes ne peuvent ou ne souhaitent pas se déplacer dans les locaux.

Pendant longtemps, ce système d'adhésion a permis à l'association de se défendre de toute accusation d'incitation à l'avortement, puisque la diffusion des informations concerne un réseau restreint. Car, jusqu'à la loi du 4 juillet 2001, « Toute publicité ou incitation à l'avortement légal ou non [était] passible d'emprisonnement » (voir encadré 2). Cette « ficelle » usitée par le PF par le passé (Sanseigne, 2010), lui a permis de diffuser aussi des informations sur les avortements en DD et sur les cliniques à l'étranger, activité qui demeurait jusqu'alors « dans un certain flou, entre reconnaissance par des services officiels, tolérance implicite et clandestinité » (Cèbe et Philippe, 2002, p. 208). Ce « mode d'action sans éclat » (RTMFPP¹⁶, 1963) a permis au PF de construire un réseau de soutiens discret mais solide. Il reste que si cette diversification des modes d'accès à l'information a pu contribuer à sa démocratisation,

15. Les prix négociés n'impliquent aucune contrepartie de la part du PF envers les cliniques et le montant de l'adhésion recommandé (entre 8 et 20 euros) est, en pratique, laissé à l'appréciation des femmes.

16. *Revue trimestrielle du Mouvement français pour le planning familial.*

les fractures numériques (Ben Youssef, 2004) peuvent aussi renforcer les inégalités entre femmes.

De plus, Internet tend à individualiser et invisibiliser des expériences autrefois appréhendées plus systématiquement par le planning familial. En l'absence d'informations claires des professionnelles de santé, les femmes sont exposées à de la désinformation numérique, comme le montre l'expérience d'Olivia. La gynécologue qui lui a prescrit son échographie ne lui donne aucune information sur les avortements à l'étranger à la suite de la datation de sa grossesse, mais elle les qualifie de « dangereux », représentation qui ne s'appuie sur aucune donnée médicale. Elle explique à Olivia qu'à ce stade, elle n'a que deux options : l'accouchement sous le secret ou la maternité (sans mentionner la possibilité d'une demande d'interruption médicale de grossesse [IMG]). Olivia n'envisage pas de devenir mère à ce moment de sa vie, d'autant qu'elle ne bénéficie pas de solidarité familiale ou conjugale. Et ayant elle-même été placée en foyer puis adoptée, elle exclut d'accoucher sous le secret. Désespérée, elle appelle son amie d'enfance, qui lui conseille de la rejoindre à Paris (à plus de 500 km) pour aller ensemble au planning familial. Après avoir sauté dans le premier train, Olivia se rend le lendemain au PF où elle reçoit toutes les informations sur l'avortement en Espagne, car malgré une éducation catholique qui imprègne son choix d'une très forte culpabilité, elle ne peut envisager d'autre issue.

Internet tend à individualiser et invisibiliser des expériences autrefois appréhendées plus systématiquement par le planning familial.

La veille de son départ pour Paris, Olivia se renseigne sur Internet et appelle un numéro vert mentionné sur un site français apparemment officiel. Une boîte vocale l'invite à laisser son prénom et ses coordonnées. Une femme rassurante la rappelle, elle la recontactera *via* WhatsApp après le passage d'Olivia au PF. L'échange prend une autre tournure quand Olivia annonce partir avorter en Espagne :

23 h 47, Mme X : — Bonsoir, c'est Mme X. Où en es-tu ?

9 h 20, Olivia : — Bonjour, je vous en parlerai plus tard une fois que les choses seront sûres. Merci de prendre des nouvelles. Bonne journée.

Mme X : — Oui volontiers. Le RDV s'est bien passé ? Ils t'envoient où avec les mensurations ?

Olivia : — Madrid. Je pars demain et j'ai l'intervention lundi. Je prie pour que ça marche. Je ne veux pas trop en parler pour le moment jusqu'à ce que ça soit fait. Je suis à la limite et j'ai une chance inouïe qu'ils puissent me prendre. Je prie pour que ça marche c'est tout.

Mme X : — ATTENTION ! Madrid. Comment peux-tu prier ? Il y a des solutions. J'espère que le planning t'a dit qu'il était pratiquement viable et que peut-être il sortirait vivant. Si tu ne me crois pas regarde les vidéos.

13 h 42, Mme X : — Il y a une autre solution. Tu vas beaucoup moins souffrir et tu le sais bien.

15 h 16, Mme X : — C'est dangereux là-bas. Deux cliniques ont fermé en 48 heures.

Mme X : — Pourquoi ???

Mme X : — Demande... Elles t'ont dit les infirmières. Es-tu en Espagne ? Il y a une question à leur poser.

19 h 45, Mme X : — Pour ta santé physique et psychologique pourvu que TU pries pour faire demi-tour.

Mettant en avant une religion commune qui condamne l'avortement et démultipliant les messages, l'interlocutrice tente de dissuader Olivia, l'oriente vers des vidéos qui humanisent le produit de sa grossesse et l'amène à s'interroger sur les scandales impliquant des cliniques espagnoles. Olivia va regarder ces vidéos après l'intervention. Particulièrement perturbée par les images, elle cherchera des ressources et appellera l'enquêtrice, qui la dirigera vers le centre de planification familiale le plus proche de chez elle, où elle se rendra pour en parler avec une conseillère.

Les médias ont identifié ce site, comme celui d'un groupe français anti-choix inscrit dans un réseau international (Le Saint, 2019) mais Olivia l'ignorait et n'a pas immédiatement saisi les intentions de son interlocutrice. Face à l'absence de renseignements clairs sur les recours possibles de la part de professionnel·les de santé et sur le site gouvernemental sur l'IVG mis en place en 2012¹⁷, les femmes sont bien souvent contraintes de se débrouiller pour savoir comment accéder à un avortement en DD. Malgré la bataille de référencement menée au moment de la mise en ligne du site officiel (Boudet, 2016 ; *Le Monde*, 2016), des sites anti-choix français demeurent haut placés par les moteurs de recherche (Lausson, 2022). Distinguer les ressources fiables de celles issues de groupes anti-avortement apparaît encore compliqué. Par ailleurs, les femmes affrontent bien souvent seules leurs interventions qui constituent un frein important dans leurs démarches et ont des effets sur leur santé psychique.

Encadré 2 – Ce que disent les lois sur l'avortement en France et ailleurs

Le cadre légal de l'IVG a évolué et a renforcé l'autonomie procréative des femmes (Mathieu, 2022). Ces modifications ont notamment porté sur l'IVG tel que définie par la loi :

- depuis la loi du 2 mars 2022, l'IVG est autorisée en France jusqu'à 14SG (soit 16 semaines d'aménorrhée – SA) ;
- depuis 2010, la clause des professionnel·les de santé impliqué·es dans la prise en charge des avortements précise qu'ils et elles doivent obligatoirement informer immédiatement la femme demandeuse d'avortement de leur refus de

17. www.sante.gouv.fr/ivg

soin, et « lui communiquer immédiatement le nom de praticien·nes susceptibles de réaliser cette intervention » [nous italisons] ;

- depuis la loi Vallaud-Belkacem de 2014, le délit d'entrave (formalisé dès 1993 par la loi Neiertz) vise aussi l'entrave à « l'information sur l'IVG » ; depuis 2017, ce délit a été étendu aux réseaux sociaux et à Internet, et est « puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende » ;
- depuis la loi du 4 juillet 2001, toute publicité ou incitation à l'avortement *légal ou non* [nous italisons], n'est plus passible d'emprisonnement. Par ailleurs, depuis l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme du 29 octobre 1992 dit *Open Door* et *Dublin Well Woman* contre l'Irlande, l'interdiction de diffusion d'information sur ce type d'avortement enfreint l'article 10 de la Convention européenne des droits de l'homme (droit à la liberté d'expression) ;
- l'avortement est légal aux Pays-Bas et en Angleterre jusqu'à 22 SA et en Espagne sans justification jusqu'à 16 SA et jusqu'à 24 SA lorsqu'il met la santé du fœtus ou de la femme enceinte en danger (santé physique et mentale) ;
- l'entrave à l'avortement est condamnée en Espagne depuis 2022 et en 2020, le tribunal du district de Hollande du Nord à Haarlem a souligné que les manifestant·es anti-choix ne peuvent parler aux femmes qui vont avorter qu'avec le consentement explicite de ces dernières et en respectant une distance de 25 m. Enfin, de manière générale, les professionnel·les de santé en France ont une obligation d'information loyale des patient·es, selon le code de la santé publique. Si ils et elles estiment qu'une grossesse peut mettre en danger la santé d'une femme, ils et elles doivent l'informer sur la possibilité de faire une demande d'IMG et rien ne leur interdit la diffusion d'informations sur les avortements en DD pratiqués dans des cliniques à l'étranger.

■ La fabrique de solutions pour avorter à l'étranger

Avorter à l'étranger implique de mettre en rapport les informations recueillies avec les ressources et d'inventer des solutions financières et matérielles dans l'urgence. Ce travail prend des formes variées selon les situations économiques, conjugales, familiales et professionnelles des femmes. Elles doivent identifier les solidarités dont elles pourraient bénéficier et les mobiliser, mais aussi trouver des stratégies pour contourner ce qui entrave leur autonomie procréative.

Avorter à l'étranger implique de mettre en rapport les informations recueillies avec les ressources et d'inventer des solutions financières et matérielles dans l'urgence.

Des bricolages financiers confectionnés dans l'urgence

Le tarif de l'intervention varie selon les pays dans lesquels sont implantées les cliniques et selon l'avancée de la grossesse comme l'illustre le tableau ci-après. Ainsi, c'est une somme de plusieurs centaines ou milliers d'euros que les femmes doivent réunir dans l'urgence.

Tarifs de 3 établissements européens pratiquant des avortements au-delà du seuil légal français ¹⁸

Données compilées par le groupe de travail PF IVGDD auprès des différentes cliniques à l'étranger, 5 juin 2021 ¹⁹

Durée de la grossesse (en SA*)	Tarifs d'une intervention en Hollande selon l'avancée de la grossesse (en SA)		Tarifs d'une intervention en Angleterre selon l'avancée de la grossesse (en SA et J**)	Tarifs d'une intervention en Espagne selon l'avancée de la grossesse (en SA et J)
	Sans passer par le PF	Si orientation par le PF (avec carte d'adhésion)		
Entre 13 et 15 SA	830 €	780 €	1 080 €	595 €
Entre 15 et 17 SA	830 €	780 €	1 080 €	595 € (BIP* max 38)
Entre 17 et 18 SA	830 € (BIP*** max 40)	780 € (BIP max 40)	1 080 €	625 €
Entre 18 et 20 SA	1 065 €	965 €	1 810 €	840 € (de 18 SA et 1 J à 19 SA) 990 € (de 19 SA et 1 J à 20 SA)
Entre 20 et 22 SA	1 065 €	965 €	1 810 €	1 470 € (de 20 SA et 1 J à 21 SA) 1 655 € (de 21 SA et 1 J à 22 SA)
Au-delà de 22 SA	(non pratiqué)	(non pratiqué)	1 810 € (Seuil maximal de prise en charge : 23 SA et 5 J)	2 205 € (de 22 SA et 1 J à 23 SA) 2 415 € (de 23 SA et 1 J à 24 SA)

* SA : semaine d'aménorrhée ; **J : jour ; *** BIP : mesure du diamètre bipariétal (entre les deux côtés du crâne), exprimé en millimètres.

Si chaque établissement pratique une grille tarifaire et des découpages singuliers, la clinique espagnole choisie ici montre l'amplitude maximale des prix pratiqués en Europe : de 595 € à 2 415 € (sans tenir compte d'interventions supplémentaires facturées, comme une prise de sang ou un vaccin anti-D si la patiente à un groupe sanguin rhésus négatif).

18. On comprend au regard de ces prix que selon l'avancée de leur grossesse, la proximité géographique de ces lieux et les coûts des voyages, les femmes se rendent majoritairement aux Pays-Bas et en Espagne. Des « sentiers invisibles » se sont ainsi construits au croisement de logiques institutionnelles (légales) et sociales (géographiques et économiques).

19. Ces tarifs ne cessent d'augmenter notamment sur les interventions avant 19 SA. Par exemple, les tarifs de la clinique espagnole présentés ont été modifiés en 2022 : une intervention entre 14 et 16 SA et 6 jours coûte aujourd'hui 650 €. De 17 à 19 SA et 6 jours, le prix est passé à 850 €. De même aux Pays-Bas, pour une intervention – sans passer par le planning familial – les femmes doivent payer 965 € entre 16 et 18 SA, 1 235 € entre 18 et 22 SA (Le Brun et Lépine, 2024).

Les femmes doivent réunir une somme importante en un laps de temps très court, car au coût de l'intervention, s'ajoutent des déplacements variables selon l'adresse de résidence : de leurs lieux de vie au planning familial, un aller-retour de la France vers les Pays-Bas ou l'Espagne (billets de bus ou d'avion achetés à la dernière minute pour au moins deux personnes, car les cliniques conseillent fortement de venir accompagnée). Dans certaines situations²⁰, il faut aussi prévoir une enveloppe financière pour le logement, les déplacements sur place le plus souvent pour deux personnes *a minima* et des frais « annexes ». Parmi ces derniers, nous avons identifié des communications téléphoniques de l'étranger en France (pour le travail salarié, pour rassurer des proches ou réserver des billets de retour), l'utilisation du GPS hors France, des courses alimentaires, voire des repas au restaurant, l'achat de médicaments sur place, d'accessoires comme une alèse pour protéger le lit de l'hôtel la nuit suivant l'intervention. Ce sont des frais que les femmes n'ont pas toujours pu prévoir malgré un important travail d'anticipation et de logistique pour réduire au mieux le coût de ces « voyages » (en comparant les prix des billets de transports déjà très contraints par les horaires contraints de rendez-vous et les prix des logements tenant compte de leur proximité de la clinique).

Ainsi, Olivia ne s'attendait pas à devoir partir plusieurs jours en Espagne pour son avortement. Si son amie lui a prêté des vêtements pour ce voyage, nous partagerons avec elle des affaires de toilettes auxquelles, préoccupée par un éventuel refus de prise en charge, elle n'a pas pensé. D'ailleurs des événements imprévisibles (grève des transports, hôtels à bas prix complets du fait d'une manifestation sportive nationale) ont gonflé une addition qu'elle réglera seule²¹.

Pour les 4 parcours observés, la facture totale va de 995 € pour Fatoumata (mère célibataire d'une trentaine d'années, en recherche d'emploi, dont le partenaire s'est « évaporé », recrutée via l'AD75 du PF) qui fait un aller-retour en 24 heures aux Pays-Bas en car de nuit (dont 780 € pour l'intervention), à 3 080 € pour Olivia qui va en avion à Madrid et passe 4 nuits à l'hôtel (dont 2 205 € pour l'intervention). Mais aucune des femmes accompagnées n'a pu réunir la somme nécessaire pour avorter sans mobiliser des solidarités.

Mobiliser des solidarités et dépasser des entraves à l'autonomie procréative des femmes

Avorter à l'étranger est conditionné à la capacité des femmes à réunir une somme importante dont elles ne disposent pas. Il leur

20. Quand la distance entre le lieu d'habitation et de l'intervention est importante et pour les avortements à des stades « avancés » en Espagne nécessitant de rester 2 à 4 jours sur place.

21. Pour les 4 parcours observés, le co-responsable de la grossesse ne sera pas mis à contribution.

faut bien souvent identifier des personnes ressources et les solliciter. Charlie a 28 ans, elle est en CDI dans l'artisanat. Fille d'une fonctionnaire et d'un artisan, elle est en couple depuis 4 ans. Ils ne souhaitent pas avoir d'enfant et les médecins lui ont clairement dit qu'une pathologie à l'utérus l'en empêchait. Le couple rénove une nouvelle maison. Lorsqu'elle découvre être enceinte, elle est à 22 SG et se dirige vers le PF. Elle décide donc d'avorter en Espagne où nous la rencontrons en salle d'attente de la clinique, malgré le prix de l'intervention :

Je le savais que ce serait cher [...] mais bon c'est ce que je voulais. Ça a coûté 2 500 euros... On a eu de la chance, on a pris l'argent dans le budget « travaux » de la maison et, du coup, on a refait un crédit pour combler comme il fallait l'argent tout de suite, on n'a pas eu d'autre solution.

Si Charlie a pu bénéficier d'une solidarité conjugale, d'autres, plus jeunes, vont bénéficier de solidarité familiale comme Awa (jeune majeure, d'origine étrangère, étudiante en alternance dans le secrétariat, ayant un handicap physique) dont la mère avance les frais liés à l'intervention et au voyage à Barcelone. Si dans ces situations les proches sont informés de la grossesse en même temps que les femmes, dans d'autres cas, les femmes doivent choisir qui informer pour avoir du soutien. Marion (une lycéenne de 16 ans, célibataire, fille d'une serveuse et d'un peintre en bâtiment) va se tourner vers sa famille lorsqu'elle découvre sa grossesse à 16 semaines. Si elle part avorter à Gérone – où elle a été orientée par le PF et où nous la rencontrons dans la salle d'attente de la clinique, c'est grâce à un montage familial impliquant différents membres selon leurs capitaux et leurs disponibilités. Elle s'y est rendue avec sa mère et son oncle – mis dans la confiance car parlant espagnol. Mais c'est sa sœur qui a financé son intervention, soit 940 € au total (890 € pour l'avortement et 50 € pour les analyses de sang sur place).

Bien souvent, les femmes ne bénéficient ni de solidarité familiale (d'autant qu'elles ne souhaitent pas informer leurs proches), ni de solidarité conjugale (étant séparées du co-responsable de la grossesse, voire n'ayant plus de moyens de le contacter).

Bien souvent, les femmes ne bénéficient ni de solidarité familiale (d'autant qu'elles ne souhaitent pas informer leurs proches), ni de solidarité conjugale (étant séparées du co-responsable de la grossesse, voire n'ayant plus de moyens de le contacter). Elles se tournent alors vers d'autres femmes pour réunir la somme nécessaire pour avorter à l'étranger. Certaines mettent en place une caisse de solidarité auprès de leurs amies, d'autres cherchent des personnes pouvant leur prêter tout ou une partie de la somme dans leur réseau amical proche. C'est le cas d'Olivia et de Julie (Julie est étudiante en 1^{re} année d'études universitaires, issue d'une famille nombreuse catholique, vivant chez ses parents et séparée de son

premier partenaire sexuel au moment de la découverte de sa grossesse, rencontrée via l'AD75 du PF) qui empruntent de l'argent à une amie mise dans la confiance. En effet, si certaines AD du planning familial ont mis en place des caisses de solidarité pour soutenir l'autonomie des femmes, la collecte de fonds ne permet pas de couvrir l'ensemble des demandes.

Cependant, cette étape s'avère complexe pour la plupart des femmes, comme Fatoumata. Particulièrement précaire et isolée lorsque nous la rencontrons, elle doit attendre le versement de son revenu de solidarité active (RSA soit 911 €), se rendre au guichet de sa banque pour retirer cette somme et l'ajouter à ses économies pour payer l'intervention et son voyage soit 995 €²². Pour les femmes les moins dotées (dont les plus jeunes), le coût d'un avortement transfrontalier peut être un obstacle à leur autonomie et la construction de solution est parfois impossible. L'expérience de Mariam est significative. Accueillie dans l'un des centres de l'AD75 par Monique, bénévole de l'association, Mariam a 19 ans. Aucun signe ne lui a permis de s'imaginer enceinte, si ce n'est un léger arrondissement de son ventre qui l'a interpellée quelques jours avant sa venue au planning familial. Elle apparaît très angoissée. Elle a découvert être enceinte de 19-20 semaines après une échographie. Elle a fait des démarches pour obtenir un passeport sachant qu'elle doit aller à l'étranger, mais Monique lui rappelle que les cliniques concernées sont dans l'Union européenne et qu'une carte d'identité suffit.

Elle lui explique alors les démarches. La priorité étant d'avoir un rendez-vous, Monique appelle deux cliniques néerlandaises en mettant le haut-parleur. La première ne répond pas. Quand elle contacte la seconde, l'appel est d'abord renvoyé sur une messagerie d'attente en néerlandais. Monique, pour rassurer Mariam, précise que sur place des personnes parlent français. Après quelques minutes, l'interlocutrice annonce ne pas avoir de rendez-vous suffisamment tôt au regard des données communiquées. Monique appelle donc un établissement espagnol. Après s'être présentée et avoir expliqué la situation à l'interlocutrice, elle passe le combiné à Mariam. La personne lui fournit des informations et le rendez-vous est fixé le vendredi à 8 heures, soit 4 jours plus tard à Barcelone. Mais Mariam ne semble pas apaisée : si elle mentionne travailler et avoir « des sous de côté », le montant de l'intervention (1 100 €)

22. Au-delà des sommes à réunir, il faut retirer le montant de l'intervention en espèces, mode de règlement recommandé par les cliniques étrangères. Or les plafonds de retrait sont bien souvent inférieurs à ce montant. La réservation des billets de train, d'avion ou du logement sur place soulève la même difficulté.

est bien supérieur à ce qu'elle imaginait. Elle demande s'il est possible de payer en plusieurs fois, mais les cliniques ne le permettent pas. Mariam n'a pas d'ami-e qui pourrait lui avancer de l'argent. Sa seule possibilité est un emprunt à la banque ou à un organisme de prêt. En outre, Mariam découvre qu'aller en Espagne signifie découcher au moins une nuit, or elle vit chez sa mère qui insiste pour qu'elle dorme toujours sous son toit : « Avec ses fils, elle s'en fiche. Mais avec sa fille c'est différent », dit-elle. Mariam refuse que sa mère soit informée car elle pense qu'elle s'opposerait à cet avortement par conviction religieuse, et ce d'autant qu'il implique des dépenses conséquentes. Mariam apparaît alors sûre de son choix et peut légalement se rendre en Espagne, mais elle appellera la clinique espagnole et annulera son rendez-vous la veille de celui-ci.

Si l'on ne connaît pas les raisons exactes de sa décision, cette observation dévoile certains obstacles à l'autonomie procréative des femmes ; ici le manque de ressources matérielles propres et de solidarité conjugale et familiale, peut conduire certaines à poursuivre une grossesse non voulue. Alors même qu'elles ne souhaitent ni enfanter ni devenir mères, des femmes doivent s'engager non pas dans un travail abortif (Mathieu, 2019) mais dans une production d'enfant (Devreux, 1988) alors contrainte.

■ Les pans voilés du travail abortif en dépassement de délai

Au-delà du recueil d'informations, de la collecte des fonds nécessaires à l'intervention et du travail logistique qu'implique un avortement transfrontalier, les femmes doivent déployer des stratégies pour se protéger du stigmate associé au recours à l'avortement en délai dépassé et préserver leur autonomie, tout comme réaliser un certain travail émotionnel, le plus souvent avec l'appui d'autres femmes.

Les stratégies de contrôle de l'information des avortantes en DD

Avorter implique nécessairement de s'absenter (de 24 heures à 4 jours, selon l'avancée de la grossesse). Le calcul du coût de l'avortement réalisé ne prend pas en compte les pertes liées à l'absence au travail, qu'il s'agisse d'un poste de travail salarié (congé justifié ou non par un arrêt maladie) ou d'un autre poste de travail procréatif (frais liés à la garde d'un enfant). Hypertrophiant le travail

abortif réalisé par les femmes « dans le délai », les avortements en DD sont incompatibles avec une activité salariée et des tâches familiales et parentales. Olivia est ainsi contrainte de reporter le début de son nouveau contrat de travail. Pour Fatoumata, la recherche d'emploi doit être remise à plus tard. Elle doit d'ailleurs faire garder son fils en son absence. Awa et Julie « profiteront » quant à elles de leurs vacances pour s'acquitter des démarches pour se rendre à l'étranger et y avorter, étant alors toutes deux étudiantes.

Au-delà de l'organisation pratique et matérielle, les femmes sont aussi contraintes d'assurer un important travail cognitif. Notamment un travail de contrôle de l'information (Goffman, 2010 [1963]) et d'invisibilisation de leur avortement (Thizy, 2021) pour se soustraire au stigmate associé à cette pratique. En effet, si l'IVG a été construite en France comme une « déviance légale » (Divay, 2004) et est toujours pensée comme un mode illégitime de contrôle des naissances du fait de la norme contraceptive (Bajos et Ferrand, 2011), les avortements dits « hors délai » ou « tardifs » incarnent l'un des degrés les plus élevés de déviance parmi les conduites honnies dans le modèle dominant de contrôle des naissances (Mathieu et Ruault, 2014, p. 57).

Si dans certaines situations les femmes ne peuvent esquisser le stigmate associé à l'avortement en délai dépassé (à la pharmacie par exemple), elles tentent au mieux de contrôler l'information sur leur situation et leur choix au sein de leur sphère familiale et amicale (Avarguez et Harlé, 2024). Seul l'environnement familial d'une des femmes accompagnées, Awa, est informé du motif de son départ, puisque c'est sa sœur qui a identifié la grossesse. Julie en revanche invoque auprès de ses parents (chez qui elle vit) un voyage étudiant pour se rendre aux Pays-Bas et s'acquittera de photographies « touristiques » avec son amie d'université en guise de preuves. Fatoumata, elle, invoque un problème de santé auprès de la personne qui garde son enfant durant son voyage aux Pays-Bas.

Dissimuler le vrai motif de leur absence sous un autre problème médical est une stratégie courante dans la sphère professionnelle. C'est ainsi qu'Olivia occulte la raison du report de prise de poste à son futur employeur. De même, Agathe (21 ans, récemment séparée, fille d'une artisanne qui l'a élevée seule) qui fait un CAP Pâtisserie en alternance, justifie son absence pour avorter en Espagne – dans la clinique où nous la rencontrons, qu'elle a découverte par le planning familial – par un problème de santé bien précis :

Au-delà de l'organisation pratique et matérielle, les femmes sont aussi contraintes d'assurer un important travail cognitif.

Si dans certaines situations les femmes ne peuvent esquisser le stigmate associé à l'avortement en délai dépassé (à la pharmacie par exemple), elles tentent au mieux de contrôler l'information sur leur situation et leur choix au sein de leur sphère familiale et amicale.

J'ai prévenu l'établissement où je travaillais que je n'allais pas pouvoir être là ce jour-là ni le lendemain [...] J'ai dit comme quoi j'avais un kyste ovarien, parce que, pour moi, c'était pas bon de savoir que j'allais me faire avorter [...] Par chance, personne n'a regardé le temps d'arrêt qu'il faut réellement pour un kyste ovarien [rire].

L'articulation des tâches et la sur-stigmatisation des avortements en DD posent d'autant plus problème aux femmes qu'on leur recommande fortement d'être accompagnées pour avorter à l'étranger. Ce travail d'accompagnement réalisé quasi exclusivement par des femmes souligne la division sexuée de la circulation de l'information autour des avortements (Cresson, 2006a ; Thizy, 2021) et celle de la production des soins (Cresson, 2006b), qui vient prolonger le travail des intervenantes du PF (Cardoso, 2017) dans la sphère dite personnelle.

L'absence des partenaires dans les parcours des enquêtées s'explique notamment – comme pour les IVG en délai – par le choix des femmes de ne pas impliquer une personne avec qui elles ne sont plus en couple. Elles s'assurent ainsi, de ne pas être entravées dans leur décision et leur démarche, voire préservent un partenaire qu'elles ont quitté. Et même lorsqu'elles informent leur ex-partenaire, elles ne leur demandent généralement pas de s'impliquer dans leur parcours d'avortement, comme l'illustrent les propos de Jessica, serveuse de 20 ans – précédemment présentée – qui raconte comment cela s'est passé avec le partenaire co-responsable de la grossesse :

Je lui en ai parlé. Il a 29 ans, mais il m'a dit clairement qu'il n'était pas prêt à assumer l'enfant... Je l'ai juste informé que j'allais avorter. D'ailleurs il n'a même pas participé financièrement, malheureusement...

Pour certaines, l'absence du co-responsable de la grossesse est moins l'expression d'un choix qu'une conséquence d'une situation imposée, comme cela a été observé pour les IVG en délai (Mathieu, 2016). Lorsque Fatoumata amorce sa grossesse, le « géniteur » qu'elle identifie alors comme son « copain », se dit prêt à la soutenir. Mais après quelques mois, il disparaît. En l'absence de solidarité conjugale, pour Fatoumata alors en recherche d'emploi, bénéficiaire du RSA et déjà mère d'un enfant, poursuivre cette grossesse est impensable. Nouvellement installée en région parisienne, elle est très isolée et n'a trouvé personne pour l'accompagner aux Pays-Bas avant de nous contacter.

Une charge émotionnelle assumée quasi exclusivement par la classe des femmes

Quelques femmes enquêtées soulignent le soutien de leur partenaire durant cet épisode de leur vie. C'est le cas d'Alaïs, une coiffeuse de 23 ans rencontrée dans la salle d'attente d'une clinique espagnole qu'elle a trouvée via Internet avant de prendre directement rendez-vous. Fille d'un couple d'infirmier-ères, elle vit depuis 4 ans avec un étudiant de son âge quand elle découvre sa grossesse de 19 semaines. Elle rend compte ainsi du soutien reçu de son compagnon alors :

Mon p'tit copain, même s'il voulait le garder, il a été là pour moi du début à la fin. Il était là le jour J. Les 2 semaines qui ont suivi, j'ai eu pas mal de complications, il me faisait prendre ma douche, il me faisait à manger, il venait... il a été très présent pour moi...

Même lorsqu'elles se séparent de leur partenaire par la suite, elles soulignent l'importance de cet accompagnement comme Marine, étudiante en master métier de l'enseignement de 23 ans, fille d'une secrétaire et d'un commerçant propriétaire d'un magasin, rencontrée dans la salle d'attente d'une clinique espagnole qu'elle a trouvée sur Internet avant de prendre directement rendez-vous. Bien qu'elle soit séparée du partenaire avec lequel elle était au moment de son avortement, elle souligne l'importance de cet accompagnement (de l'échographie à l'hôpital jusqu'au jour de l'intervention à Gérone où il paiera la moitié de l'IVG) : « Paul a été extrêmement fiable, vraiment... Heureusement qu'il était là ».

Cependant, avoir un partenaire fiable ou l'appui d'une personne de confiance, ne garantit pas de pouvoir coordonner plusieurs emplois du temps pour partir un ou plusieurs jours à la dernière minute. C'est ainsi que la mère d'Awa qui ne peut s'absenter de son travail nous demande de voyager avec sa fille. De même, l'amie d'Olivia qui souhaitait l'accompagner et la soutenir durant cet épisode ne pourra pas échapper à la cérémonie de mariage d'un proche, d'où elle nous appelle et nous écrit des textos pour prendre des nouvelles.

Le travail émotionnel (Hochschild, 2017) prolongé dans l'entre-soi féminin est particulièrement important pour les avortantes, *a fortiori* lorsqu'elles n'ont pas de papier d'identité en règle, peu de ressources économiques, qu'elles n'ont jamais voyagé à l'étranger et ne parlent pas anglais, néerlandais ou espagnol. Passer la frontière est risqué pour les femmes en situation irrégulière, ou pour celles qui n'ont pas eu le temps de mettre leurs documents d'identité à

jour. D'ailleurs, ceux-ci n'étant pas toujours clairement identifiés, comme l'a donné à voir l'exemple de Mariam. Même lorsqu'elles ont une pièce d'identité en règle, le stress important que les femmes doivent gérer peut conduire à des inattentions lourdes de conséquences. Ainsi, Fatoumata a oublié sa carte d'identité à la banque au moment du retrait de son RSA. Elle prend conscience de cet oubli, une fois la banque fermée. Si elle n'avait pas eu un passeport, cet oubli aurait pu la contraindre à reporter ce voyage, subir plus longtemps les signes d'une grossesse qu'elle ne souhaitait pas et payer plus cher son avortement.

Les femmes doivent aussi se déplacer avec une somme importante en espèces, source de nombreuses angoisses. Lorsqu'avec Olivia nous passons le portillon de sécurité à l'aéroport, nous sommes particulièrement vigilantes quant à la trajectoire du sac à main qu'elle doit déposer sur le tapis roulant : celui-ci contient 2 200 € en espèces, le prix de l'intervention. Cette crainte est d'autant plus grande que les femmes doivent se déplacer dans des espaces déserts ou alors très fréquentés la nuit, comme la gare routière bondée d'où nous partirons en car peu après minuit avec Fatoumata, qui a opté pour le transport et les horaires les plus économiques pour aller aux Pays-Bas.

Différentes formes d'insécurité plus ou moins grandes s'ajoutent selon les ressources économiques et culturelles des femmes.

Différentes formes d'insécurité plus ou moins grandes s'ajoutent selon les ressources économiques et culturelles des femmes. Assez banales lors de tout voyage à l'étranger, elles prennent une dimension dramatique du fait de l'anxiété générale qui caractérise les parcours des avortantes en DD. D'abord, une insécurité géographique et temporelle : se rendre dans une ville souvent méconnue, où elles arrivent plus ou moins à se repérer et, pour les plus précaires, à traverser seules des lieux qui, selon les horaires, sont sous-fréquentés ou sur-fréquentés. Nous arrivons avec Fatoumata à l'aube dans la gare néerlandaise totalement vide et nous trouverons difficilement le lieu de départ du bus qui nous mènera jusqu'à la clinique, l'ensemble des informations sur les panneaux étant en néerlandais et les commerces étant encore fermés.

Cette insécurité linguistique est vécue à différents moments de leur parcours : sur place, mais aussi parfois en amont du départ, comme pour Mariam, qui se remet à pleurer quand elle entend le message d'attente pré-enregistré en néerlandais. Lorsqu'elles le peuvent, les femmes sollicitent des personnes qui maîtrisent la langue du pays où elles vont se rendre comme Marion qui mobilise son oncle pour l'accompagner du fait de cette compétence, ou comme l'évoque le récit de Lou :

Plus le temps passe, plus c'est cher, ça augmente très vite. Donc j'appelle, je prends rendez-vous, ça parle en espagnol, je... enfin, c'est ma mère qui essaye de s'occuper de ça avec moi. C'est très compliqué, c'est pas français du tout, je me sens perdue, plus les heures passent, plus les jours passent, c'est horrible...

De même Héléna, médecin de 33 ans, fille d'une cadre dans la fonction publique et d'un instructeur dans une entreprise privée, recrutée *via* l'appel à témoignages, nous raconte :

C'est vrai qu'à partir de là [la découverte du dépassement de délai], le temps a compté. J'étais à 19 quand j'ai avorté : 19 semaines + 5, quelque chose comme ça [...] J'ai demandé à un médecin de l'hôpital avec qui j'avais travaillé dans le service d'avant, en néphrologie, parce qu'elle parlait espagnol [sourire], je lui ai demandé d'appeler pour moi [...] C'était plus par rapport au fait que si on me demande un truc et que je comprends pas, et que c'est important, il faut quand même que je puisse répondre euh... mais j'avais plus peur, par exemple, au téléphone, parce que sur place ça m'a pas trop dérangé. L'infirmière, elle parlait français...

Si les cliniques ont souvent une personne qui parle français à l'accueil, les professionnel·les de l'ensemble des cliniques investiguées en Espagne ne parlent pas toujours, ce qui nous contraint avec Olivia à téléphoner à la traductrice d'une association espagnole lors du premier rendez-vous médical.

Par ailleurs, les femmes témoignent d'une certaine appréhension à être prises en charge à l'étranger, et notamment dans les cliniques espagnoles qui diffèrent des représentations qu'elles se font de telles structures comme le révèlent les propos de Sana, 32 ans, auto-entrepreneuse, fille d'un ouvrier dans le bâtiment et d'une aide-soignante, rencontrée dans la salle d'attente d'une clinique qu'elle a trouvée sur Internet avant de prendre rendez-vous :

Je m'attendais vraiment à une clinique. Je ne m'attendais pas à quelque chose qui ne fasse pas hôpital, quoi. Pas un petit centre médical. Au final, c'est comme un petit laboratoire.

Une fois dans les locaux, certaines femmes soulignent leur surprise voire leur gêne, à la vue des prospectus sur les interventions en chirurgie esthétique assurées dans les mêmes lieux. Amandine, l'une des enquêtée de 38 ans, rencontrée dans la salle d'attente d'une clinique identifiée avec l'aide du PF, rend compte de sa perception de l'établissement :

La clinique, la première impression que j'ai eue quand je suis arrivée, c'était que ça ressemblait... à un centre où on se fait blanchir les dents ou à un cabinet un peu esthétique, vous voyez ? La vitrine avec les *stickers*, les visages magnifiques [...] Ça, ça m'a un petit peu effrayé et je vous avoue que j'ai failli repartir, parce que je me suis dit : « Mais dans quoi je suis tombée ? Qu'est-ce que c'est que ce truc ? On va me charcuter ».

La réunion de la pratique d'avortement et d'activités perçues comme lucratives génère malaise et crainte et questionne le sérieux

de l'établissement et la qualité de la prise en charge. La recommandation appuyée de régler l'intervention en espèces accentue ce sentiment. C'est le cas de Sacha, étudiante en psychologie de 24 ans (fille d'une brocanteuse et d'un agent commercial), qui après s'être rendue dans une clinique en Espagne pour son avortement à 18 SA, où nous la rencontrons, ressort avec le sentiment que « Ça fait usine », « qu'ils doivent faire ça à la pelle ». Le ressenti d'Élisa (28 ans, ayant arrêté ses études à la fin du collège, pour faire des petits boulots et voyager et dont les parents exercent des professions libérales) est similaire. Après avoir trouvé la clinique sur le Web, elle prend rendez-vous directement là où nous la rejoignons. Elle souligne une certaine ambivalence quant à la rapidité de sa prise en charge :

Moi ça m'arrangeait, que ce soit expédié aussi rapidement... personnellement [...] ça m'allait très bien. Mais c'est vrai que ça m'a étonnée quand même. J'ai trouvé [...] que c'était vraiment l'usine, un peu. Allez hop, on passe dans le bureau, bim, tac tac et 3 heures après tu rentres chez toi, c'est fini [...] Mais [...] [les soignantes] font quand même attention à nous [...] Plusieurs fois, elles viennent nous voir en demandant si on va bien et tout ça. Mais elles enchaînent [...] et ça va très vite. Mais personnellement, ça m'a pas dérangée [...] Mais je peux comprendre que certaines femmes le vivent mal.

D'ailleurs, on l'a vu, les groupes anti-choix jouent sur ces craintes pour tenter de dissuader les femmes d'avorter. S'ils agissent *via* les nouveaux modes de communication et de manière voilée en France, ils sont présents dans les alentours des cliniques pratiquant des avortements (en Espagne comme aux Pays-Bas) où ils abordent directement les femmes et distribuent des prospectus. Ainsi, un couple de « seniors » souriants nous accoste avec Olivia sur le chemin de la clinique. C'est quand la femme nous tend un dépliant que nous comprenons ses intentions. La barrière linguistique protège alors Olivia mais, des messages en espagnol tels que « Les conséquences de l'avortement ne sont jamais effacées. Vous êtes seule... Et vous vous faites avorter pour la vie » ou « Il est facile de dire que l'avortement est un droit, alors que ce n'est pas vous qui allez être éliminé. Nous vous aidons à aller de l'avant »²³, figurent aux côtés de photographies de salles d'opération et d'instruments chirurgicaux, d'un « avant/après » : le ventre d'une femme enceinte et un ventre plat avec un bébé posé devant, des images de fœtus ensanglantés ou esthétisés et humanisés. Et la célèbre photographie *Hand of Hope*²⁴, sortie de son contexte. Ces documents constituent

23. Traductions par nos soins.

24. Réalisée lors d'une chirurgie fœtale ouverte qui a eu lieu en 1999 par une équipe américaine pour réparer une lésion de *spina bifida* d'un fœtus sur une femme enceinte de 21 semaines, elle montre la main d'un fœtus hors de l'utérus de la mère qui donne l'apparence de saisir le doigt d'un chirurgien. Cette image largement médiatisée aux États-Unis est souvent utilisée par les opposant-es à l'avortement.

une forme des violences abortives (Mathieu, 2019) vécues par les femmes, alors particulièrement fragilisées, du fait de cette quasi-clandestinité qui évoque les expériences d'avortement illégal du passé et l'imaginaire qui lui est associé.

Hypertrophiant le travail abortif « ordinaire » réalisé dans le délai légal, l'analyse des expériences d'avortement en délai dépassé révèle la part de travail qu'implique pour les femmes un avortement, travail bien souvent pensé comme relevant uniquement des professionnel·les de l'avortement. Appréhender ce qu'implique un avortement en termes de travail permet de le caractériser (un travail invisibilisé et réalisé gratuitement) d'analyser les conditions dans lesquelles il se déploie. D'autre part, cela permet de mettre en évidence les acteur·rices et outils facilitant ou entravant l'autonomie des femmes en France et de questionner la division sociale de ce travail entre expert·es et profanes comme entre professionnel·les de santé en France et en Europe. Ainsi, cet article ouvre la voie à différentes analyses.

Hypertrophiant le travail abortif « ordinaire » réalisé dans le délai légal, l'analyse des expériences d'avortement en délai dépassé révèle la part de travail qu'implique pour les femmes un avortement, travail bien souvent pensé comme relevant uniquement des professionnel·les de l'avortement.

Tout d'abord, il invite à approfondir les connaissances sur la mise en application des lois encadrant l'IVG, notamment l'allongement récent du seuil limite à 14 SG jusqu'auquel l'avortement sans motif est autorisé, et celle sur l'IMG dans le prolongement de travaux récents (Perrin, 2023).

De plus, il appelle à une exploration plus systématique des expériences et des caractéristiques des femmes bénéficiant des nouvelles dispositions favorisant leur autonomie (IVG au-delà de 12 SG et IMG pour détresse psychosociale), comme de celles qui en sont exclues : contraintes de quitter la France pour avorter, accouchant sous le secret ou devenant mères bien qu'elles ne le souhaitent pas. En effet, si la loi française, sa mise en application et les normes sociales en matière de contrôle des naissances perpétuent des inégalités entre classes de sexe et la stigmatisation des femmes, l'enjeu est aujourd'hui de prolonger l'analyse des inégalités abortives entre femmes. Comme l'ont souligné de précédents travaux (Mathieu et Thizy, 2023), il s'agit aujourd'hui de renseigner les inégalités abortives à l'aune des différents rapports sociaux sur l'ensemble du territoire français²⁵, dans le sillon des travaux sur les inégalités sociales et les rapports de domination dans le champ de la santé (Gelly *et al.*, 2021).

25. Si les expériences contemporaines d'avortement transfrontalier au départ de la France hexagonale sont peu documentées, celles des femmes quittant les territoires dits ultra-marins pour avorter demeurent inexplorées.

Aussi, cet article apporte sa contribution à l'analyse des oppositions contemporaines à l'avortement en France comme ailleurs (Le Guen, Mathieu et Perrin, 2025), car malgré les représentations communes, face aux avancées du droit au choix, ces freins à l'autonomie des femmes se renouvellent, qu'il s'agisse de pratiques de pouvoir médical (Perrin, 2025) ou de celles de groupes anti-avortement.

La fluctuation du seuil limite pour accéder à une IVG selon les pays de l'UE et les données sur son recours dans les pays autorisant des avortements à des stades de grossesse plus avancés qu'en France questionnent la pertinence de cette restriction légale.

Par ailleurs, la fluctuation du seuil limite pour accéder à une IVG selon les pays de l'UE et les données sur son recours dans les pays autorisant des avortements à des stades de grossesse plus avancés qu'en France questionnent la pertinence de cette restriction légale. Si l'Espagne et les Pays-Bas autorisent l'avortement jusqu'à respectivement 24 SA et 22 SA²⁶, les taux d'IVG y sont inférieurs à ceux décomptés en France, comme le montre le bilan de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques à partir des données européennes sur la santé pour tous (*European Health for All Databse*, HFA-DB) pour les années 2003 et 2009 (Vilain, 2011, p. 3).

Enfin, si la dichotomie IVG/IMG et la limitation des IVG à un seuil d'avancée de la grossesse semblent des évidences en France aujourd'hui, elles sont inexistantes ailleurs. Ainsi, au Canada, depuis le jugement dit Morgentaler de 1988, les femmes peuvent légalement avorter sans rendre compte des raisons de leur demande, quel que soit le stade de leur grossesse. La mise en perspective franco-québécoise s'avère particulièrement heuristique. En effet, s'il n'existe pas de limitation temporelle au Québec, en 2008 les femmes y avortaient, pour la très grande majorité, dans le même délai que celui fixé par la loi française (Mathieu, 2016, p. 104 ; CSF, 2009). En l'absence de seuil limite, même si elles hésitent, les femmes construisent leur décision et initient rapidement des démarches, car elles ont conscience des délais et des difficultés auxquels elles peuvent être confrontées pour l'obtenir et savent qu'elles pourront se désister si elles décidaient finalement de s'engager dans une maternité (Mathieu, 2016, p. 202-203).

Cela questionne l'existence même de ce seuil temporel dans la loi d'autant que depuis 2003, l'OMS plaide pour la suppression des limites de durée de grossesse afin que les avortements puissent être réalisés de manière sûre (Pezet, 2022 ; WHO²⁷, 2022). Car face aux difficultés d'accès à un avortement en délai dépassé, les femmes, encore bien souvent contraintes d'assumer seules le travail contraceptif, doivent

26. Si les Pays-Bas autorisent légalement les avortements en théorie jusqu'à 24 SA, ils ne sont pratiqués que jusqu'à 22 SA.

27. World Health Organization.

bien souvent construire seules des solutions face à ces « grossesses catastrophiques » (Ancian, 2022). Et même lorsqu'elles vivent, après coup, cette expérience d'avortement transfrontalier comme autonomisante, l'idée de ne pas pouvoir accéder à l'avortement les pousse à envisager encore aujourd'hui de se mettre en danger, *a fortiori* lorsqu'elles sont dans des contextes socio-économiques précaires et que leur mobilité est restreinte. L'histoire de Jessica donne à voir la part sombre de l'avortement en DD lorsque son accès est entravé. Séparée depuis peu de son « petit ami », après deux ans de vie commune, cette serveuse se rend à la clinique la plus proche de chez elle car elle vomit du sang. Ayant déjà eu un ulcère à l'estomac, elle pense à une récurrence. Le médecin lui fait une fibroscopie et c'est là qu'elle apprend être enceinte et que sa grossesse est « assez » avancée. Elle précise d'emblée au médecin qu'elle souhaite avorter : « J'ai demandé au moins à 15 personnes ce que je pouvais faire. Personne ne m'a rien dit, personne ne m'a dit qu'il y avait un service pour ça à l'hôpital ». De retour chez elle, Jessica prend rendez-vous chez une gynécologue libérale, mais il est fixé 10 jours plus tard. La gynécologue lui fait une échographie et lui annonce que sa grossesse de 13 semaines et 6 jours ne lui donne plus la possibilité d'avorter en France. Elle l'oriente alors vers une sage-femme qui contactera le planning familial et l'accompagnera dans ses démarches. Jessica est isolée socialement et ne veut pas solliciter ses parents pour ce dont elle estime être la seule responsable. En pleine crise sanitaire, le restaurant où elle travaille est fermé et elle n'a plus aucune rentrée financière. Les mesures de confinement restreignent drastiquement les déplacements, surtout pour franchir une frontière. Par chance, elle a les 690 € nécessaires pour l'intervention et 180 € pour les frais annexes : « J'ai vidé mon compte ». Elle se résoudra à informer son frère qui l'accompagnera. À aucun moment, Jessica n'a imaginé poursuivre cette grossesse. En revanche, elle a sérieusement envisagé d'y mettre un terme seule :

Si j'avais pas pu, j'y ai pensé... me faire prendre un gros stress, ou provoquer un accident... J'aurais tout fait pour me faire avorter moi-même... Quand vous [ne] voulez pas quelque chose, vraiment pas cette chose-là, on est prêt à tout pour ne pas l'avoir [...] Je sais qu'un impact sur le ventre, que si on tombe sur le ventre, donc ça pourrait... Si j'avais pas pu y aller, je l'aurais fait parce que je voulais vraiment pas garder cet enfant.

Cet extrait d'entretien – comme d'autres recueillis – souligne bien l'importance de documenter ces expériences invisibilisées, car si certaines femmes peuvent se rendre à l'étranger, d'autres, sont contraintes de mener à terme une grossesse qu'elles ne souhaitent pas ou envisagent toujours de se mettre en danger, en l'absence de ressources économiques et sociales et d'autonomie dans leur déplacement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ancian J., 2022 *Les Violences inaudibles. Récits d'infanticides*, Paris : Seuil.
- Avarquez S., Harlé A., 2024 « "Je préfère pas en parler". Le tabou des avortements en dépassement de délai », *The conversation*, 19 janvier (<https://theconversation.com/je-prefere-ne-pas-en-parler-le-tabou-des-avortements-en-depassement-de-delaies-220161>).
- Bajos N., Ferrand M., 2011 « De l'interdiction au contrôle. Les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 42-60.
- Benhamou O., 2004 « La Hollande, le voyage de la dernière chance », dans *Avorter aujourd'hui. Trente ans après la loi Veil*, Paris : Mille et une nuits, p. 11-24.
- Ben Youssef A., 2004 « Les quatre dimensions de la fracture numérique », *Réseaux*, 127-128, p. 181-209.
- Boudet A., 2016 *Comment le gouvernement a changé de stratégie pour imposer son site sur l'IVG*, 8 janvier (www.huffingtonpost.fr/actualites/article/comment-le-gouvernement-a-change-de-strategie-pour-imposer-son-site-sur-l-ivg_69833.html).
- Caraës O., 2019 *Interruption volontaire de grossesse. Quelle prise en charge pour les femmes hors délai ?*, mémoire de master 1 Santé publique, Caen : Université Caen Normandie.
- Cardoso A., 2017 « "C'est comme si on avait de la colère pour elles". Féminisme et émotions dans le travail d'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales », *Terrains & travaux*, 30, p. 31-53.
- Cèbe D., Philippe C., 2002 « La poursuite d'une grossesse découverte tardivement ou le recours à l'IVG hors du cadre légal français », dans Bajos N., Ferrand M. et l'équipe Giné, *De la contraception à l'avortement. Sociologies des grossesses non prévues*, Paris : Inserm, p. 205-248.
- Cesbron P., 1997 *L'Interruption de grossesse depuis la loi Veil. Bilans et perspectives*, Paris : Flammarion.

- Collectif Rosa Bonheur, 2017 « Des “inactives” très productives. Le travail de subsistance des femmes de classes populaires », *Tracés. Revue de sciences humaines*, 32, p. 91-110.
- Condat F., 1984 « Échec à l'IVG : 100 000 avortements clandestins par an » [réf. du journal manquant], mai [Archives MFPPF].
- Conseil du statut de la femme du Québec (CSF), Di Domenico M., 2009 *L'Avortement au Québec. État des lieux au printemps 2008*, Québec : CSF.
- Cresson G., 2006a « Les hommes et l'IVG. Expérience et confiance », *Sociétés contemporaines*, 61, p. 65-89.
- Cresson G., 2006b « La production familiale de soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle », *Recherches familiales*, 3, p. 6-15.
- Delphy C., Leonard D., 2019 [1992] *L'Exploitation domestique*, Paris : Syllepse [Familial Exploitation. A New Analysis of Marriage in Contemporary Western Societies, Cambridge : Polity Press].
- Devreux A.-M., 1988 *La Double Production. Les conditions de vie professionnelle des femmes enceintes*, Paris : CSU.
- Divay S., 2004 « L'avortement : une déviance légale », *Déviance et société*, 28, p. 195-209.
- Ferrand M., 1988 « Les médecins face à l'avortement », *Sociologie du travail*, 30 (2), p. 367-380.
- Ferrand M., Jaspard M., 1987 *L'Interruption volontaire de grossesse*, Paris : PUF.
- Gelly M., 2008 « L'enseignement de l'avortement et de la contraception dans les études médicales », dans Haudiquet V., Surduts M., Tenenbaum N. (dir.), *Une conquête inachevée. Le droit des femmes à disposer de leur corps*, Paris : Syllepse, p. 65-74.
- Gelly M., 2006 *Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée*, Paris : L'Harmattan.
- Gelly M., Mariette A., Pitti L., 2021 « Santé critique : Inégalités sociales et rapports de domination dans le champ de la santé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 236-237, p. 4-19.

- Goffman E., 2010 [1963 ; traduction française : 1975] *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris : Éditions de Minuit.
- Goldberger C., 2019 « Témoignages : “Nous sommes Françaises, mais nous avons été obligées d’avorter en Hollande” » (www.marieclaire.fr/avortement-j-ai-ete-obligee-d-avorter-en-hollande,20213,42829.asp).
- Guillaume A., Rossier C., 2018 « L’avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences », *Population*, 73, p. 225-322.
- Haicault M., 1984 « La gestion ordinaire de la vie en deux », *Sociologie du travail*, 26 (3), p. 268-277.
- Hertzog I.-L., Mathieu M., 2021 « Pour une analyse globale, internationale et interdisciplinaire du travail procréatif », *Enfances, familles, générations*, 38, p. 1-26.
- Hochschild A. R., 2017 *Le Prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*, Paris : La Découverte.
- Inspectie gezondheidszorg en jeugd, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2021 *Meldingnummer Jaarrapportage 2019. Wet afbreking zwangerschap (Wafz), Maart* (file:///Users/mariemathieu/Downloads/Jaarrapportage+2019+Wafz.pdf).
- Lausson J., 2022 « Un site français anti-IVG reste toujours haut classé sur les moteurs de recherche », 28 juin (www.numerama.com/tech/1021324-un-site-francais-anti-ivg-reste-toujours-haut-classe-sur-les-moteurs-de-recherche.html).
- Le Brun A.-L., Lepine E., 2024 *Accueil et orientation des femmes en demande d’avortement au-delà de 16 SA*, communication dans le cadre du DU Perfectionnement en orthogénie, Université Paris Saclay, 16 janvier.
- Le Guen M., Mathieu M., Perrin R. (coord.), 2025 « Les oppositions contemporaines autour de l’avortement, ici et ailleurs », *Revue française de sociologie* [dossier à paraître].
- LeMonde.fr, 2016 « Nouvelle bataille du référencement des sites sur l’IVG », 8 janvier (www.lemonde.fr/big-browser/article/2016/01/08/nouvelle-bataille-du-referencement-des-sites-sur-l-ivg_5991717_4832693.html).
- Lepine E., 2019 « Accueillir les exclues de l’IVG ». *Écoute et orientation des femmes en délai dépassé*, mémoire de CCF, MFPE, AD75.

- Le Saint R., 2019 « Au Congrès mondial des familles, l'égérie des anti-IVG se lâche », *Causette*, 107, 31 décembre.
- Louis I., 2010 *Interruptions volontaires de grossesse à l'étranger. Étude des vécus*, mémoire de CCF, MFPE, AD75.
- Mathieu M., 2016 *Derrière l'avortement, les cadres sociaux de l'autonomie des femmes. Refus de maternité, sexualités et vies des femmes sous contrôle. Une comparaison France-Québec*, thèse de doctorat en sociologie, Paris : Université Paris 8/UQAM.
- Mathieu M., 2019 « 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" de S. Arbizu, H. Belin, N. Drouet et M. Foucault, France, 2018, 1 h 13 », *Mouvements*, 99, p. 48-56.
- Mathieu M., 2022 « L'avortement en France. Du droit formel aux limites concrètes à l'autonomie des femmes », *Droit et société*, 111, p. 335-355.
- Mathieu M., Ruault R., 2014 « Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale : la classe des femmes sous surveillance », *Politix*, 107, p. 33-59.
- Mathieu M., Ruault R., 2017 « Une incursion collective sur un terrain éclaté. Pour une approche matérialiste des activités liées à la production des êtres humains », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 48, p. 1-27.
- Mathieu M., Thizy L., 2023 *Sociologie de l'avortement*, Paris : La Découverte.
- Menine K., 1999 « Avortement. Voyage au bout de la nuit », *Le Monde*, 27 avril, p. 12 [Archives MFPE].
- Mies M., 1988 *Patriarchat und Kapital. Frauen in der internationalen Arbeitsteilung*, Zurich : Rotpunktverlag.
- Munoz Perez F., 1981 « Douze ans d'avortement légal en Angleterre-Galles », *Population*, 36 (6), p. 1105-1139.
- Nisand I., 1999 *L'Interruption volontaire de grossesse en France, rapport au ministre de la Santé*, février.
- Ottomeyer-Hervieu C., 1995 « L'avortement en RFA », *Les Cahiers du CEDREF*, 4-5, p. 103-109.
- Perrin R., 2003 « Au tribunal des femmes enceintes. Enquête sur les pratiques d'interruption médicale de grossesse pour détresse psychosociale », *Revue française des affaires sociales*, 2, p. 107-129.

- Perrin R., 2025, à paraître « Avorter à l'heure du médecin. Contribution à une sociologie du pouvoir médical », *Actes de la recherche en sciences sociales*.
- Pezet J., 2022 « L'OMS préconise-t-elle les avortements jusqu'à neuf mois de grossesse ? », *Libération*, 6 avril (www.liberation.fr/checknews/loms-preconise-t-elle-les-avortements-jusqua-neuf-mois-de-grossesse-20220406_JEHXNCPJ2BCK7N7AOX2YG7SK7M/?redirected=1).
- Robert C., Toupin L., 2018 *Travail invisible. Portraits d'une lutte féministe inachevée*, Montréal : Éditions du Remue-ménage.
- Roman D., Rixain M., Sehier V., De Zordo S., Ville Y., Trignol N. et Gaillot A., 2021 « Parachever la loi Veil 46 ans après », *Journal du droit de la santé et de l'assurance-maladie*, 28, p. 38-45.
- RTMFPF, 1963 Bureau du 21 mars 1965, 24.16, fonds MFPF, D 04 04.
- Sanseigne F., 2010 « Le Planning familial face à la loi (1956-1967). Entre arrangements et transformation », *Nouvelles questions féministes*, 29, p. 16-31.
- Sethna C. et Davis G. (eds), 2019 *Abortion Across Borders*, Baltimore : The Johns Hopkins University Press.
- Simon C., 1997 « IVG, le chemin de Barcelone », *Le Monde*, 3 avril, p. 12 [Archives MFPF].
- Simonet M., 2018 *Travail gratuit. La nouvelle exploitation ?*, Paris : Éditions Textuel.
- Tabet P., 2018 [1985] « Fertilité naturelle, reproduction forcée », dans *Les Doigts coupés. Une anthropologie féministe*, Paris : La Dispute, p. 97-166 [dans Mathieu N.-C., *L'Arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*, Paris : Éditions de l'EHESS, p. 61-132].
- Thizy L., 2021 « Esquiver le stigmate lié à l'avortement. Le "travail d'invisibilisation" comme renforcement du travail procréatif », *Enfances, familles, générations*, 38.
- Vilain A., 2011 « Les interruptions volontaires de grossesse en 2008 et 2009 », *Études et résultats, Drees*, 765.
- World Health Organization (WHO), 2022 *Abortion Care Guideline*, Genève : World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>).
- Wittke L., 2006 *48 heures à la Beahuis & Bloemenhovekliniek*, mémoire de DU de régulation de naissances, Paris : Université Descartes.