

L'AVORTEMENT : UNE DÉVIANCE LÉGALE

Sophie Divay*

Bien que légalisé depuis presque trente ans en France, l'avortement est loin d'être banalisé comme le prétendent certains moralisateurs. L'analyse de quatre-vingt-neuf entretiens menés auprès de femmes ayant décidé d'avorter met, au contraire, en évidence qu'une telle décision demeure taboue et synonyme de déviance morale. Cet article présente comment ces femmes font face au poids des normes auxquelles elles sont confrontées. Pour se protéger des jugements et d'éventuelles sanctions diffuses, elles sont notamment contraintes d'élaborer diverses stratégies défensives dont la plus radicale consiste à garder le secret et, de ce fait, à recourir à l'IVG dans la solitude. On ne saurait donc cerner la question de l'avortement sans mesurer les effets de stigmatisation qu'il entraîne.

MOTS-CLÉS: DÉVIANCE MORALE – AVORTEMENT – STIGMATISATION – SANCTIONS DIFFUSES

Introduction

La légalisation de l'avortement¹ en France a mis fin au recours à la clandestinité et à son cortège de pratiques souvent dangereuses pour la santé des femmes souhaitant interrompre une grossesse non désirée. La promulgation de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en 1975 a renversé la qualification juridique d'un même acte. Hier hors-la-loi, les femmes qui décident d'avorter aujourd'hui font désormais valoir un droit.

Si le texte de loi de 1975 autorise un accès légal à l'IVG, il prévoit cependant certaines conditions. Il est notamment stipulé que l'avortement ne peut avoir lieu qu'au cours des dix premières semaines de grossesse. Par ailleurs, les femmes sont dans l'obligation de se soumettre, quelques jours avant l'intervention, à une consultation sociale. Cet entretien peut se dérouler indifféremment dans un « établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou autre organisme agréé ». À l'issue de l'entrevue, le personnel habilité de ces centres délivre une attestation de consultation sociale, formulaire sans lequel les femmes ne peuvent poursuivre leurs démarches, c'est-à-dire prendre rendez-vous auprès d'un hôpital ou d'une clinique. En 2001², le législateur a apporté des modifications à la loi de 1975 et les délais ont été étendus à douze semaines de grossesse. Quant à l'obligation d'une consultation sociale, elle a été supprimée pour les majeures, mais maintenue pour les mineures.

* Docteure en sociologie, ingénieure d'études, Université de Rouen – IRED.

¹ Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse, *Journal Officiel*, 18 janvier 1975.

² Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, *Journal Officiel*, 7 juillet 2001.

L'étude présentée ici concerne une période antérieure à 2001, c'est-à-dire comprise entre 1997 et 2000, alors que la consultation sociale était encore de rigueur. Au cours de ces trois années, en tant que conseillère conjugale au sein d'une association, j'ai eu l'occasion de mener nombre d'entretiens préalables à l'IVG, et ainsi d'accéder au discours de femmes qui souhaitaient avorter. Cette situation professionnelle a été « exploitée » comme un terrain de recherche où les données ont été recueillies par le biais d'observations participantes.

Cet article a pour objectif d'apporter des éléments de réponse à un ensemble de questionnements soulevé par le discours de ces femmes. Bien que dans leur droit, nombreuses sont celles qui portent un regard réprobateur sur leur choix. Aux justifications, s'ajoute parfois une autocritique plus ou moins sévère qui se traduit par l'utilisation fréquente de la notion de faute : « J'ai fait une faute ! Je n'aurais pas dû ! », « C'est de ma faute, j'aurais dû faire attention ! ». Certaines, au contraire, s'empressent d'avancer différentes raisons pour démontrer qu'elles ne sont pas responsables de ce qui leur arrive. Par ailleurs, beaucoup de femmes évoquent également les jugements négatifs d'autrui dont elles ont été la cible, sans pour autant s'en offusquer. Ainsi, lors de son premier avortement, quatre ans auparavant, Laura avait eu affaire à des infirmières et des médecins déplaisants et peu réconfortants. Elle commente ainsi les faits : « L'accueil n'a pas été bon ! Mais tout ça dépend de l'équipe ! Il y aura toujours des pour et des contre ! On n'y peut rien ». Le choix d'avorter recouvre, en effet, des oscillations complexes entre des sentiments contraires qui balancent entre légitimité et culpabilité. Une approche sous l'angle de la sociologie de la déviance est apparue la plus à même d'éclairer les ressorts des positionnements des femmes qui recourent à l'avortement. Nous avons choisi ici de nous départir d'une lecture psychologisante, afin de mettre au jour les facteurs sociaux, entre autres à l'origine de souffrances, de déni ou encore de mise à distance.

Une première partie sera tout d'abord consacrée à la démarche méthodologique suivie dans le cadre de cette étude, et notamment aux précautions déontologiques imposées par la situation d'entretien confidentiel. Ces précisions laisseront la place à une réflexion sur le rapport entre avortement et déviance, rapprochement qui s'explique par le poids des normes morales attachées à l'avortement. Cette perspective conduira alors à s'interroger sur les positions adoptées par les femmes qui recourent à l'IVG. Plus précisément, la question retenue ne portera pas tant sur les raisons qui les amènent à avorter, que sur leurs modes de perception et d'interprétation de cette déviance. Enfin, dans un dernier temps, différentes stratégies de lutte contre la stigmatisation feront l'objet d'une présentation afin de mieux comprendre les parades défensives élaborées par ces femmes pour se protéger du discrédit. Nous verrons, notamment, que ces stratégies d'autoprotection visent à justifier leur choix et non pas à prendre fait et cause pour le droit à l'IVG, nuance importante puisqu'elle leur épargne le risque d'être étiquetées comme anticonformistes.

Spécificités du travail de terrain

Pour cette enquête, le recueil des données a été effectué dans le cadre d'une situation professionnelle où j'ai exercé l'activité de conseillère conjugale et familiale entre octobre 1997 et juin 2000, dans un centre de planification, constitué en association privée régie par la loi de 1901. Cette association a pour objectif d'informer et si nécessaire de venir en aide à un public confronté à des questions ou à des difficultés liées à la sexualité. Les entretiens pré-IVG entrent dans les attributions des conseillères qui accueillent des femmes de tout âge, obligées par la loi de prendre rendez-vous pour être reçues dans le cadre d'une consul-

tation sociale. Beaucoup d'entre elles sont envoyées par un médecin généraliste ou par une clinique (ou hôpital) où l'intervention est programmée. De manière générale, l'entretien dure entre une demi-heure et une heure et demie, et se déroule en moyenne une huitaine de jours avant l'IVG. Ce contexte bien que contraint n'empêche pas la production de « récits de soi » qui *donnent la possibilité aux acteurs d'élaborer des synthèses partielles, de mettre de l'ordre et de la cohérence là où il n'y en avait pas forcément* (Lahire, 1998, 26).

Bon gré, mal gré, les personnes reçues se prêtent au jeu, c'est-à-dire acceptent d'engager un échange avec la conseillère. Pour une part, une telle participation s'explique par la soumission à une obligation légale. D'un autre côté, cependant, il est évident que beaucoup de femmes se saisissent de l'occasion afin de soulager un besoin de parler, d'autant que, comme nous le verrons plus loin, cet épisode est souvent vécu dans la solitude et le secret.

Le cadre institutionnel a déterminé les limites pragmatiques du travail de terrain. En effet, comme le note Olivier Schwartz, *les situations « participatives » [...] supposent l'abandon de tous les formalismes d'une recherche: ici, pas question d'enregistrer, de prendre des notes en cours d'événement* (Schwartz, 1993, 282). Le travail de reconstitution a cependant pu être réalisé « naturellement »; en effet, après chaque entretien, il est d'usage pour les conseillères de rédiger un compte rendu. J'ai donc appliqué ce principe le plus vite possible après le départ de la personne, dans le but de noter le plus grand nombre d'informations mémorisées. Il est vrai que ce matériau (composé de ce qui a été entendu et vu) perd de sa richesse au travers de cette opération qui ne permet de récolter qu'un *ensemble de traces constituées après coup. Ces traces sont nécessairement approximatives* (Schwartz, 1993, 281).

D'un point de vue déontologique, nous avons suivi l'approche prônée par Henri Peretz. Pour lui, *les situations qui, en principe, n'admettent pas de témoins [...] sont les plus fructueuses pour l'observation à condition qu'elle s'exerce à l'insu ou avec la connivence du milieu social étudié* (Peretz, 1998, 20). L'analyse a donc porté sur le contenu d'entretiens retranscrits de mémoire, sans que les personnes concernées n'aient été prévenues de l'usage fait ultérieurement de leur témoignage. La révélation de cet objectif aurait très certainement biaisé le cours de l'entretien et aurait surtout perturbé plus d'une personne éprouvant déjà un malaise, voire en état de souffrance lié directement ou indirectement à l'IVG. Le parti a donc été pris de ne pas se priver d'un matériel aussi riche et uniquement accessible de la sorte, tout en s'assurant que toutes les précautions soient prises pour garantir l'anonymat des personnes et des lieux.

Etant donné les conditions du recueil des données, l'intérêt des discours étudiés ne saurait être considéré sans en interroger la spécificité. Il ne s'agit pas d'un matériel neutre (remarque qui n'a aucun sens), mais d'une production émise et reçue au cours d'une interaction institutionnelle, légalement définie. Les personnes ont de ce fait ajusté leur position et choisi de taire ou de dire certaines informations plutôt que d'autres: *dans tous les cas il est évident qu'une femme demandant une IVG aura tendance à se conformer à ce qu'elle perçoit de l'attente de son interlocuteur, d'autant plus quand celui-ci est le partenaire social lié à la réalisation de l'IVG* (Ferrand, Jaspard, 1987, 97).

Toutefois, cette interaction au sein de l'association considérée offre une certaine marge de manœuvre aux consultantes. La conseillère peut effectivement adopter une position souple qui obéit à des principes professionnels, à la fois techniques et éthiques. Dans leur pratique quotidienne, les conseillères de l'association considérée se réfèrent à un protocole d'intervention commun plus ou moins formel qui structure le déroulement des entretiens. Selon la loi, la consultation sociale pré-IVG doit déboucher sur la remise d'une attestation de consultation sociale, formulaire signé par la conseillère. Comme on l'a vu plus haut,

l'intervention médicale ne peut avoir lieu si cette pièce obligatoire n'est pas remise à la clinique ou à l'hôpital. Au sein du collectif des conseillères, cet aspect contraignant, source de pouvoir sur le public, a été rejeté. Aussi, a-t-il été convenu de remettre ce « papier » dès le début de l'entretien en expliquant à la personne que c'est elle qui décide de la suite des événements. Elle a toute latitude de mettre fin à l'entrevue si elle le souhaite, ou bien au contraire de rester, sachant que la conseillère se tient à sa disposition pour répondre à ses questions.

Les membres de l'association, où j'ai temporairement travaillé en tant que conseillère, avaient donc pris le parti de réduire au minimum les contraintes institutionnelles et, par là, de se démarquer de pratiques existantes, notamment décrites par Anne-Marie Devreux (1982). Après une étude conduite au sein d'organismes de conseil conjugal ou de centres d'IVG, l'auteur dégage un ensemble d'orientations relevant de la normalisation des comportements. Elle met au jour une tendance à la psychologisation de la part des conseillères interrogées. Au cours des entretiens, ces praticiennes centrent leur attention sur le « non dit » et tentent de combattre les résistances et les dénégations, afin de découvrir le désir implicite de l'individu. Leur approche donne la primauté aux aspects individuels et au vécu, plutôt qu'aux données socio-économiques qui caractérisent la situation de la femme. La parole constitue le matériel sur lequel elles effectuent un travail d'interprétation. D'après Anne-Marie Devreux, les conseillères de son corpus d'entretiens tendent à dissuader leurs consultantes car ces professionnelles partagent un ensemble des présupposés à propos de l'IVG conçue comme la résultante d'un échec (de la contraception, du couple, etc.). La demande d'IVG est appréhendée dramatiquement puisque forcément synonyme de souffrance et de traumatisme, d'autant que par nature toutes les femmes sont supposées éprouver un désir conscient ou inconscient d'enfant. De ce fait, la conseillère s'estime chargée d'une mission, d'ailleurs définie dans la loi de 1975, qui doit l'amener à prévenir la récurrence et par là même à éviter la banalisation d'un acte jugé grave, et nécessairement exceptionnel.

En tant que conseillère, j'ai veillé à proscrire l'approche normative décrite par Anne-Marie Devreux. Cependant, il ne faut pas croire que ces seules précautions ont suffi à « libérer » la parole des femmes reçues. Elles étaient également sous l'influence des jugements de leur entourage, de ceux des professionnels du corps médical consultés et souvent tourmentées par des tiraillements moraux intérieurs. Toutefois, il m'a semblé que le cours des entretiens était souvent marqué par des tournants, *c'est-à-dire des moments où, pour différentes raisons (à la suite d'une question, par une association d'idées, etc.), l'interviewé change de posture, prend un autre ton, dit des choses qui contredisent ce qu'il a dit précédemment, développe longtemps des thèmes qu'il n'avait pas du tout abordés et qu'il avait peut-être dissimulés lors de la première partie de l'entretien* (Beaud, Weber, 1997, 261-262). Petit à petit, une confiance semblait s'instaurer au fil de l'échange. Après une première phase ponctuée de justifications, mes interlocutrices abordaient des aspects personnels, voire intimes de leur vie. L'entretien s'achevait souvent sur deux remarques. D'une part, elles s'estimaient satisfaites de l'accueil et soulagées car elles s'attendaient à être jugées. D'autre part, elles stipulaient bien que si cet entretien n'avait pas été obligatoire, elles ne seraient jamais venues.

Au total, l'analyse a porté sur quatre-vingt-neuf comptes rendus d'entretiens menés entre octobre 1997 et juin 2000. Les 89 femmes de l'échantillon considéré présentent les caractéristiques socioprofessionnelles suivantes.

L'âge moyen s'élève à 31 ans. Elles se répartissent comme suit dans les différentes PCS. Cadres : 5% ; employées et ouvrières : 35% ; sans emploi, mère au foyer : 10% ; étudiantes et lycéennes : 24% ; chômeuses : 6% ; divers (agricultrice, en formation, institutrice, infirmière, etc.) : 20%.

Ces femmes résident dans des quartiers plutôt populaires ou de classe moyenne. La moitié d'entre elles vivent en couple. Plus de la moitié a un emploi. Si 67% des femmes en couple travaillent, 63% de celles qui travaillent sont en couple. Enfin, 68 femmes recourent pour la première fois à l'IVG, 20 pour la deuxième fois et une pour la troisième.

Le matériel recueilli a fait l'objet d'un examen construit autour d'un questionnaire central, celui du rapport à la déviance des femmes qui recourent à l'avortement. Avant de passer à un exposé des résultats, il est nécessaire de préciser pourquoi cette décision entre, d'après nous, dans le registre de la déviance.

Définitions normatives de l'avortement

Définition juridique

L'étude d'Anne-Marie Devreux, citée ci-dessus, conforte notre point de vue. En effet, l'auteur conclut ainsi son article consacré aux conseillères conjugales : *À notre sens, c'est d'abord la démarche d'ensemble du conseil psycho-social qui est normative. L'appel aux travailleurs sociaux, et en particulier, à un corps de spécialistes des troubles du comportement parental et familial officialise l'avortement comme une anormalité, comme une déviance* (Devreux, 1982, 470). L'entretien de consultation sociale représente bien un dispositif mis en place afin d'assurer un contrôle social sur les demandes d'IVG.

Par ailleurs, les termes de la loi de 1975 (conservés dans le texte modifié de 2001) laissent transparaître une prise de position morale de la part du législateur. Il est en effet stipulé dès le premier article que : « La loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi ». Le sens attribué à l'IVG est clairement énoncé. Elle constitue une atteinte exceptionnelle à l'existence d'un être humain, alors que la femme se trouve dans un état dit de « détresse ». À une telle définition de l'IVG, s'ajoute une clause de conscience stipulant qu'« un médecin n'est jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse ni de pratiquer celle-ci mais il doit, dès la première visite, informer l'intéressée de son refus ». Selon le législateur, la gravité de l'avortement justifie donc qu'un médecin se refuse à pratiquer cet acte médical.

La teneur du texte de loi place la personne qui décide d'avorter dans un cadre légal ambigu. D'une part, elle peut s'estimer dans son plein droit si elle satisfait aux conditions requises. Mais, d'autre part, il lui est tout de même signifié qu'elle choisit de détruire une vie humaine (« dès son commencement »).

Jugements de l'entourage

Ces dispositions entourent le droit à l'IVG d'un ensemble de précautions qui en font un droit spécifique, synonyme d'ultime recours. L'IVG, bien que légale, est empreinte de connotations morales négatives inscrites officiellement dans la loi, mais également repérables à travers les catégories de jugement de tout un chacun. En effet, si les récits des consultantes retracent des histoires différentes, ils contiennent toutefois tous une constante liée au caractère déviant de leur décision. Presque toutes les femmes soulignent avec force qu'elles doivent cacher l'IVG à leur entourage : « Il ne faut pas que ça se sache ! » disent-elles fréquemment. Le secret ne peut être levé qu'auprès d'un nombre restreint de confidents. Il en est même certaines qui ne souhaitent ou ne peuvent accorder leur confiance à qui que ce soit. Elles vivent alors cet épisode dans la solitude.

Beaucoup disent passer sous silence cet événement pour éviter l'incompréhension, les jugements et reproches. Le regard critique des parents est dans ce cas souvent cité. Isabelle choisit de ne rien dire à sa mère : « Je n'en vois pas l'intérêt ! Elle m'engueulerait ! Pas énormément, mais un peu quand même ! ». D'autres se taisent pour ménager un être cher. Carole n'a pas parlé de l'IVG à ses parents. Elle tient à « épargner son père âgé de 67 ans ». Quant à Judith, elle a laissé son compagnon hors de cette histoire qui le ferait sûrement souffrir ; elle sait, en effet, qu'il avait déjà très mal vécu l'IVG de sa précédente petite amie. Le secret peut également éviter d'éventuelles pressions exercées pour dissuader la personne d'avorter. L'emprise de la mère ou celle du compagnon semble être la contrainte la plus redoutée. Dans le cas où la relation amoureuse bat de l'aile, la femme se garde souvent de mettre le partenaire au courant de sa situation. Elle dissimule alors l'IVG afin de ne pas donner prise à celui qu'elle souhaite quitter ou bien tenir à distance. En dehors du cercle des proches, l'IVG est de manière générale un sujet tabou parce qu'il risque de ternir une réputation. De ce fait, les collègues de travail, les camarades de classe, ou les voisins ne sont que rarement informés. Il s'agit plutôt de trouver des prétextes, d'inventer des histoires plausibles pour expliquer une absence de quelques jours due aux examens médicaux et à l'intervention en tant que telle. Le recours à l'IVG peut nuire à l'image sociale de la personne et entre autres entraver une carrière professionnelle. Les infirmières ou les femmes médecins craignent tout particulièrement les réactions de leurs collègues. En tant que soignantes, elles sont censées connaître les moyens de contraception ; l'IVG, en ce qui les concerne, n'est de ce fait pas excusable. Certaines choisissent l'hôpital d'une ville éloignée de leur lieu de résidence afin de préserver la confidentialité d'une intervention médicale pas comme les autres. Cependant, les réactions de l'entourage ne sont pas systématiquement défavorables. Il arrive même que la révélation de la décision d'avorter entraîne des confidences inattendues. Certaines découvrent avec étonnement que, des années avant elles, leur propre mère avait elle aussi avorté, sans jamais rien en dire.

Les réactions d'autrui sont en fait imprévisibles. Un interlocuteur, même bien intentionné, peut se révéler par principe « contre l'avortement » et adopter alors une attitude réprobatrice. Face à cette incertitude, beaucoup choisissent prudemment de garder le silence car, comme le note une consultante, « le regard des autres est dur ! ». L'avortement représente un type de déviance qui permet de se soustraire aux jugements d'autrui (médecins et personnel médico-social mis à part). La femme qui opte pour l'IVG n'est pas porteuse d'un stigmate visible : *La différence n'est ni immédiatement apparente ni déjà connue [...], lorsque en deux mots, l'individu n'est pas discrédité, mais bien discréditable, c'est alors qu'apparaît la seconde éventualité. Le problème n'est plus tant de savoir manier la tension qu'engendrent les rapports sociaux que de savoir manipuler de l'information concernant une déficience : l'exposer ou ne pas l'exposer ; la dire ou ne pas la dire ; feindre ou ne pas feindre ; mentir ou ne pas mentir ; et, dans chaque cas, à qui, comment, où et quand* (Goffman, 1975, 57).

Jugements du monde médical

Une telle marge de manœuvre connaît des limites. Les médecins, les gynécologues ou encore le personnel soignant représentent des interlocuteurs incontournables puisque sans eux l'IVG ne peut être pratiquée. Leurs attitudes s'avèrent variables, et le pire semble côtoyer le meilleur. Certaines trouvent soutien et réconfort auprès de ces praticiens, d'autres se heurtent à des réactions très critiques. Dans ce cas, les médecins généralistes ou les spécialistes s'érigent en « entrepreneurs de morale » (Becker, 1985) qui tendent par leur action

à faire respecter et appliquer des normes auxquelles ils adhèrent. De ce fait, les femmes sont confrontées à des prises de position diverses, liées aux croyances de ces professionnels.

Certaines décisions sont mal acceptées. Il peut, par exemple, sembler difficile à un gynécologue de voir une patiente interrompre sa grossesse après des années de traitement contre la stérilité. Un obstétricien peut également être désarçonné face à une femme qui souhaite un enfant, mais qui choisit d'avorter parce qu'elle est enceinte de jumeaux. A contrario, le praticien est parfois perplexe lorsqu'une femme séropositive veut garder sa grossesse.

Des femmes disent avoir fait l'objet de pressions de la part du médecin consulté. Une étudiante de 26 ans rapporte les mises en garde du gynécologue qui pratiquera l'IVG. Il lui a tout d'abord rappelé que les conditions matérielles n'étaient pas essentielles pour élever un enfant. Par ailleurs, il l'a avertie d'une possible infertilité à la suite de l'IVG due aux conséquences psychologiques. Malgré tout, « en sortant de la visite, j'étais contente, dit-elle, parce qu'il avait accepté de faire l'IVG ! » Les médecins, qui se font « entrepreneurs de morale », détiennent donc un pouvoir sur les femmes qui sont prêtes à passer outre les jugements et d'éventuelles tentatives de dissuasion, pourvu que l'IVG puisse avoir lieu.

L'ensemble de ces éléments démontre que l'IVG demeure, presque trente ans après sa légalisation en France, un choix et un acte toujours problématiques. Comme le souligne François-André Isambert, *en tant qu'objet conflictuel, l'avortement se trouve au cœur d'une série de tensions autour des conceptions de la vie, des rapports entre le droit et la morale, de l'éthique sexuelle, du statut de la femme, de la rationalité des décisions procréatives, du côté du rôle de l'institution médicale* (Isambert, 1982, 380).

Nous dirons ici que l'IVG relève d'un type de déviance morale légale qui expose les femmes à des formes de sanction non institutionnelles. Les propos d'une conseillère conjugale, cités dans un numéro de la revue *Panoramiques*, illustrent bien la catégorie inductive de déviance construite ici : *Je suis convaincue que cet entretien [consultation sociale] est essentiel, car dans le créneau où se situe notre intervention, à l'intersection de la vie personnelle et de la vie sociale d'une femme, dans une situation où le légal peut ne pas être moral, nous proposons une relation privilégiée à partir de laquelle cette femme pourra, peut-être, trouver des repères qui l'aideront dans sa vie à venir* (Avon, 2002, 133).

Du pourquoi au comment

Pour comprendre ce que recouvre l'IVG, une première question peut venir spontanément à l'esprit : pourquoi des femmes avortent-elles ? Le contenu des entretiens étudiés ici fournit de nombreux éléments de réponse. En effet, malgré les précautions prises par la conseillère qui précise que l'attestation est délivrée sans aucune condition et malgré l'absence de question sur les causes de l'IVG, la plupart des femmes énumèrent d'emblée un ensemble de raisons pour expliquer, ou plus précisément, pour justifier leur décision. La liste des motifs est infinie, mais il est toutefois possible de dégager quelques grandes rubriques regroupant les aspects le plus souvent évoqués : l'insuffisance des ressources financières, les problèmes d'emploi, l'âge, la poursuite d'études ou le suivi d'une formation, les difficultés relationnelles avec le conjoint, les contre-indications médicales, la pression exercée par autrui (principalement par les parents ou le compagnon), la situation familiale ou professionnelle. Il est à noter que plusieurs de ces raisons se conjuguent souvent chez une même personne.

L'examen du pourquoi de l'IVG n'éclaire pas le problème qui nous occupe. En fait, pour mieux comprendre le rapport à ce type de déviance, la question du comment apparaît

plus fructueuse. Sous cet angle, on peut alors non pas s'intéresser aux raisons énumérées en début d'entretien, mais à ce qui pousse les personnes à se justifier. Tout se passe comme si elles s'attendaient à devoir rendre des comptes. Bien sûr, la situation contrainte de l'entretien induit cette réaction, mais aucune des femmes de notre échantillon n'a saisi au mot la conseillère qui lui laisse le choix de mettre fin à l'entretien après la remise de l'attestation. Certaines avaient sans doute envie de poser des questions, d'autres de s'épancher, d'autres encore n'ont peut-être pas osé abrégé une entrevue à peine commencée. Mais ces motivations n'expliquent pas pourquoi presque toutes tiennent à donner les raisons de leur décision. Il faut d'ores et déjà signaler, pour y revenir plus tard, que cette constante ne s'accompagne pas pour autant d'un même état intérieur chez toutes les consultantes. En effet, certaines se montrent perturbées par l'IVG, d'autres au contraire déclarent n'éprouver aucune tristesse. Pour expliquer ce recours systématique à la justification, nous nous référerons aux travaux de Matza et Sykes (1957). À propos des jeunes délinquants, ces auteurs constatent que déviants et normaux ont intériorisé les mêmes normes sociales, ainsi que l'obligation de conformisme³. Ils se proposent alors d'analyser comment les individus, qui passent outre des règles et valeurs auxquelles ils adhèrent, font face à ce dilemme. Cet arrangement moral passe, d'après les auteurs, par une neutralisation de cette source de tension (*an understanding of how internal and external demands for conformity are neutralized may be crucial for understanding delinquent behavior* [Matza, Sykes, 1957, 666]).

Nous ferons donc l'hypothèse que toutes les femmes rencontrées croient opter pour une solution moralement critiquable et/ou critiquée. Beaucoup disent en effet leur surprise en fin d'entretien. Elles s'attendaient à une « leçon de morale » qui ne leur aurait pas paru incongrue. Dans le même ordre d'idées, cette femme de 39 ans dit hésiter à prendre rendez-vous à la clinique X : « Ils sont obstétriciens, ils font des accouchements et des IVG, c'est paradoxal. À la limite, c'est leur devoir de sermonner les gens ». Si les femmes ont intériorisé cette norme morale, elles adoptent cependant des positionnements différents par rapport à la déviance, positionnements classés ici en trois types.

Le premier type de position rassemble des femmes qui affichent une attitude indifférente ou distanciée par rapport à l'IVG. Mis à part l'énoncé des raisons de leur choix, aucun aspect moral lié à l'avortement n'est abordé. Une partie d'entre elles ne font état d'aucune inquiétude particulière. Elles se montrent sereines et discutent en toute tranquillité avec la conseillère. D'autres au contraire sont au désespoir, sans que l'IVG ne soit la cause de leur trouble. Elles sont tourmentées par de grandes difficultés (violence du compagnon, chômage, drogue, conflits avec les parents, etc.) qui accaparent leur esprit.

Dans le second type de position, l'IVG est conçue comme un « mal nécessaire ». La consultante dit regretter de devoir faire un pareil choix, bien qu'elle le juge raisonnable. L'exclamation fréquemment entendue : « Je n'aurais pas cru en arriver là ! » traduit bien une contradiction interne provoquée par un choix insatisfaisant, mais volontairement arrêté. Cette tension interne, bien sûr non mesurable, s'avère plus ou moins intense selon les individus. Malgré cette situation moralement inconfortable, les personnes concernées apprécient de pouvoir rester maîtresses de leur vie.

Le troisième et dernier type de position recouvre une catégorie peu représentée de femmes très affectées. Elles exposent longuement leur répugnance face à l'IVG, mais se disent contraintes d'interrompre leur grossesse. Elles subissent bien plus qu'elles ne choisissent. Ces

³ En ce qui concerne un autre type de déviants, les drogués, A. Ogien souligne cette même proximité avec les normaux : *Le jugement du drogué sur l'expérience de la toxicomanie ne se distingue pas, sur bien des points, de celui des gens ordinaires* (Ogien, 1994, 62).

femmes évoquent des principes moraux ou religieux. Elles disent aimer les enfants et souffrir de ne pas donner sa chance au bébé qui pourrait naître dans quelques mois. Une autre est angoissée par l'idée d'une éventuelle punition divine: «Si le bon Dieu me punit et que pendant l'anesthésie générale, il m'enlève la vie alors que j'enlève une vie?» se demande cette femme. Elle tente vainement de se rassurer en citant le point de vue de son mari. Pour celui-ci, la sanction de Dieu réside dans la souffrance morale qu'il lui inflige. Dans ce cas de figure, les personnes manifestent un profond malaise dû à une forte culpabilité.

Pour expliquer l'absence de culpabilité repérable chez les femmes de la première catégorie, il n'est guère possible que d'avancer prudemment quelques hypothèses. On peut ainsi supposer que toutes les personnes n'ont pas voulu aborder ce thème avec la conseillère. Par ailleurs, certaines semblent submergées par des problèmes dont la gravité minore la question de l'IVG. Il est aussi tout à fait envisageable qu'un acte de déviance ne constitue pas un cas de conscience chez tous les déviants, et ce d'autant que les femmes qui choisissent d'avorter ont la possibilité de se prémunir en partie contre des réactions externes stigmatisantes. Comme nous l'avons vu plus haut, elles sont discréditables et non d'emblée discréditées, dans la mesure où cet épisode peut se dérouler en toute confidentialité. De plus, l'avortement est un acte ponctuel; il fait de la femme une déviante occasionnelle, ne l'obligeant en rien à changer son mode de vie. Enfin, d'un point de vue juridique, la personne use d'un droit puisque l'IVG est autorisée par une loi. Aucune sanction légale n'est à craindre (sauf pour celles qui ne respecteraient pas les termes de la loi, par exemple en ce qui concerne les délais). Seules des sanctions diffuses, susceptibles d'être produites par tout un chacun, sont à redouter. Mais ces sanctions n'atteignent pas forcément leur but, si la cible demeure insensible: *C'est précisément cette incertitude de la relation entre le blâme et la peine qui donne à la sanction diffuse son caractère non nécessaire, synthétique, ou causal. Entre le blâme et la peine diffus (l'ensemble: sarcasmes, rires de l'audience, honte de la victime, par exemple), la relation est seulement « probable »* (Ogien, 1990, 600).

Ces aspects constituent quelques éléments de réponse, mais nous ne poursuivrons pas cette réflexion, faute de données plus complètes. Dans le cadre de ces entretiens, il était hors de question d'aller au-delà du constat et de chercher à découvrir pourquoi une consultante ne laissait apparaître aucune trace de culpabilité. Une telle investigation contenait en elle-même un sens normatif. Comment demander à la personne, sans laisser poindre un jugement de valeurs, pourquoi elle ne culpabilise pas en ces circonstances?

Les types 2 et 3 de position par rapport à l'IVG, forme de déviance morale légale, feront l'objet de la suite de cet article. Il s'agira de repérer comment les femmes se définissent face à une conseillère, alors qu'elles sont plus ou moins tourmentées en leur for intérieur et plus ou moins touchées par les jugements d'autrui.

Rapports culpabilisés à une déviance morale

Pour faire face aux démarches qu'entraîne la décision d'avorter et plus précisément pour sortir indemnes des épreuves sociales à traverser, les femmes doivent mettre en œuvre des stratégies de résistance. Elles se forment plus ou moins spontanément des armes pour contrer les sanctions diffuses dont elles sont la cible. Il s'agit là plutôt de la réaction des personnes de la seconde catégorie qui estiment faire un choix, certes regrettable, mais tout à fait sensé.

La situation des femmes classées dans le troisième type de position sera examinée séparément, dans un second temps, car celles-ci ne semblent pas être en lutte contre les blâmes

extérieurs. Elles ne cherchent d'ailleurs pas à se mettre à l'abri de la désapprobation externe, car elles sont déjà assaillies par leur propre culpabilité et par un sentiment d'incohérence.

Autoprotection défensive

Les femmes apprennent souvent par leur médecin qu'elles doivent prendre rendez-vous avec une conseillère. Certains précisent qu'elles auront ainsi l'occasion de « mûrir leur décision » ou encore de « bien réfléchir ». Même si les femmes affirment de manière déterminée qu'elles ont fait leur choix, elles se trouvent souvent confrontées à une mise en doute de leur parole. Ces marques d'incrédulité constituent certainement une des raisons qui poussent les femmes à se justifier systématiquement. Toutefois, si elles acceptent de participer à la situation d'entretien, elles ne se montrent pas totalement soumises et prêtes à répondre « sagement » à des questions (qu'on ne leur pose d'ailleurs pas). Elles développent, en effet, des stratégies de « contre-stigmatisation » (Elias, 1997) afin de préserver une image d'elles-mêmes potentiellement endommagée par l'IVG.

S'intéressant aux individus pauvres, ainsi étiquetés par les institutions, Serge Paugam observe des *stratégies d'évitement, de reconstitution des différences et, dans certains cas, de détournement du discrédit vers des personnes auxquelles ils ne veulent pas être assimilés* (Paugam, 1991, 221). En ce qui concerne les consultantes, un phénomène semblable peut être constaté. Elles usent de ce type de défense, sans contester pour autant l'ordre établi. Certaines soulignent, en effet, que cet entretien est inutile pour elles, mais qu'il doit être maintenu pour d'autres. Si on examine les caractéristiques de ces « autres », dont la conseillère devrait s'occuper en priorité, il n'émerge pas un portrait standard. Il ressort en revanche de ces remarques, une démarche commune, celle de la désignation par contraste. Laurence, enceinte alors qu'elle porte un stérilet, estime que l'entretien est nécessaire « pour celles qui n'ont pas pris de précaution » ou « qui ne font pas attention à elles ». Angélique a accouché, voilà huit mois, d'une petite fille. La survenue de cette nouvelle grossesse a donné lieu à de longs échanges avec son mari. D'un commun accord, ils ont décidé de recourir à l'avortement. À son avis, la rencontre avec une conseillère devrait être réservée aux femmes seules qui « risquent de gâcher leur vie », parce que privées d'un interlocuteur avec qui elles pourraient peser le pour et le contre. Martine est sûre de sa décision et dit qu'elle n'a pas besoin d'être conseillée ; en revanche, le rôle des conseillères est utile « pour faire barrage, pour trier entre celles... être une barrière pour les femmes qui ne savent pas ce qu'elles veulent ». À 39 ans, Louise dit qu'elle sait ce qu'elle fait. Son choix lui appartient. Elle est consciente d'avoir « fait une connerie » en ayant eu un rapport sans préservatif avec un homme de passage. Elle attend avec angoisse le moment où elle ira faire un test du VIH. Elle regarde sa situation en face et souhaite l'assumer seule. En revanche, elle juge que les plus jeunes doivent être accompagnées : « Je sais ce que je fais ! C'est grave ! Ce n'est pas une décision à la légère ! Encore, qu'il y ait un entretien, un sermon pour une jeune de 16 ans ! Mais, moi à 40 ans, je sais ce que je fais ! »

La stratégie de désignation par contraste recouvre deux avantages. Elle permet, d'une part, de ne pas se montrer anti-conformiste, tout en orientant, d'autre part, la stigmatisation vers plus déviant que soi. Cette réaction défensive souligne bien le caractère contraignant de l'entretien : aucune femme n'a jamais déclaré faire partie de celles qui ont besoin d'un entretien et de rencontrer une conseillère.

En ce qui concerne la présentation que font les femmes de leur décision d'avorter, nous nous appuyerons sur les catégories de « techniques de neutralisation » construites par Matza

et Sykes (1957). Les auteurs énoncent en premier lieu une tactique qui relève du « déni de responsabilité ». Le déviant tend à démontrer qu'il ne saurait être tenu pour fautif puisqu'il n'est pas responsable des faits. Cette technique est repérable notamment chez les femmes enceintes bien que sous stérilet. Dans ce cas, la personne n'a rien à se « reprocher ». Elle n'a commis aucune imprudence, puisqu'elle a utilisé un moyen de contraception qui indépendamment de sa volonté s'est révélé inefficace.

Dès les premiers instants de l'entretien, Adeline tient à préciser fermement : « Mais moi, c'est une grossesse sous stérilet ! » Cet avertissement signifie que son cas requiert un traitement particulier. Elle n'est en rien responsable de ce qui lui arrive. Si fautif il y a, il ne peut s'agir que du médecin qui a posé ce stérilet. D'après les femmes concernées, celui-ci semble toujours disposé à les aider lorsqu'elles décident d'avorter. De ce fait, l'IVG s'apparente à la réparation d'une erreur médicale. À ce propos, Roseline reconnaît qu'elle « ne vit pas ça difficilement », mais qu'« à la rigueur, c'est plus un acte médical ! C'est un incident de parcours ! » La culpabilité est absente du témoignage de ces femmes. Barbara établit une nette différence entre les deux IVG pratiquées à quinze ans d'intervalle. Le premier avortement a eu lieu à la suite de son premier rapport sexuel. Elle était très éprise de son partenaire et emportée par son élan amoureux, elle n'a pris aucune précaution. À l'époque, les conséquences de son insouciance ont entraîné une grande culpabilité. Aujourd'hui, elle donne un sens différent à une même décision : « Je ne vis pas du tout cette IVG comme la première ! Je ne culpabilise pas du tout ! » dit-elle.

Le « déni de responsabilité » s'exprime également au travers d'espairs déçus dont la réalisation aurait apporté un soulagement. Lydie aurait souhaité que l'échographie révèle une anomalie et que son gynécologue lui préconise d'interrompre sa grossesse. Marina a presque vu ses vœux exaucés, lorsque des saignements annonciateurs d'une fausse couche sont intervenus. Mais ces symptômes n'ont pas eu la suite attendue et « il ne s'est rien passé d'anormal ». Par le biais de ces incidents, l'interruption volontaire de grossesse serait alors devenue soit une interruption sur prescription médicale, soit un avortement spontané. Quand toute possibilité d'éviter une prise de décision s'est évanouie, reste encore la solution du déni de l'avortement. Ainsi, Hélène opte-t-elle pour la méthode abortive⁴ et interprète les saignements déclenchés par les médicaments comme une fausse couche, et non comme un interruption volontaire de grossesse. Pour Hélène, cette technique médicamenteuse permet de provoquer une réaction identique à un phénomène naturel – et indépendant de sa volonté.

Nous ajouterons ici une composante à la gamme des techniques de neutralisation de Matza et Sykes (1957). Elle se caractérise par un réaménagement des principes moraux de la personne placée face à une contradiction. Les consultantes sont pour certaines très surprises de se trouver dans une situation étrangère, c'est-à-dire à laquelle elles n'auraient jamais envisagé être confrontées. Elles disent, en effet, avoir toujours été *a priori* contre l'IVG ; cependant, elles parviennent à modifier leur point de vue. Paule, quant à elle, a toujours été pour l'IVG, mais uniquement dans certaines circonstances : « C'était pour celles qui se font violer ! » Elle jugeait irresponsables les filles qui se faisaient avorter : « Je ne comprenais pas pourquoi elles en arrivaient là, alors qu'il existe de moyens de contraception efficaces ! » Aujourd'hui, elle n'a pas complètement changé d'avis, mais nuance son jugement. Elle s'estime certes irresponsable, puisqu'elle n'a pas systématiquement utilisé

⁴ Il existe deux techniques d'IVG : la méthode dite par aspiration qui se déroule sous anesthésie locale ou générale, et la méthode médicamenteuse qui comporte la prise de médicaments entraînant des saignements abondants.

un préservatif, mais si elle gardait cette grossesse, elle ferait preuve d'égoïsme car elle ne dispose pas des ressources matérielles nécessaires pour élever un enfant : « Il faut donner de bonnes conditions d'accueil à un enfant, il faut penser à lui ! » Pour Justine, il était évident qu'elle « garderait le bébé, si elle tombait enceinte un jour ». Elle est obligée de remettre en question cette évidence : « devant le test de grossesse positif, je n'assume rien du tout ! ». Après avoir pesé le pour et le contre, elle en arrive à la conclusion que l'IVG est la solution la plus raisonnable.

Comme le soulignent Matza et Sykes (1957), l'énoncé de justifications n'intervient pas seulement après un acte déviant, mais également au préalable afin d'en faciliter l'avènement⁵. Les consultantes de la deuxième catégorie de position par rapport à l'IVG recourent à un ensemble de techniques de neutralisation qui leur permet d'adopter une ligne de conduite socialement acceptable. Elles composent avec leur propre culpabilité, exposent des arguments qui justifient leur décision d'avorter. Elles ne défendent pas le bien-fondé de l'IVG, mais la nécessité de leur choix. En quelque sorte, elles parviennent à mettre en place une parade qui les protège d'éventuelles sanctions diffuses.

Impossible autoprotection

Deux des consultantes de notre corpus d'entretiens n'ont pas réussi à se mettre à l'abri de la culpabilité et de la honte. Flora arrive en larmes ; elle semble épuisée. Elle s'attend à ce que la conseillère la dissuade d'avorter, mais les jugements des autres l'indiffèrent. Tout son esprit est hanté par ses difficultés. Rentrée plus tôt que prévu de vacances, elle a trouvé son ami en compagnie d'une autre femme : « J'ai constaté un adultère ! » dit-elle. Elle ressent une profonde humiliation. Elle a deux enfants dont une petite fille de 11 mois. Elle est par ailleurs enceinte de plus de 8 semaines. Même si cette nouvelle grossesse n'était pas voulue, Flora se réjouissait à la perspective d'être mère pour la troisième fois : « Je culpabilise d'autant plus qu'un bébé, c'est adorable ! ». Elle éprouve désormais de la haine envers son compagnon qui l'a trahie et elle a exigé qu'il parte. Bien qu'elle soit contre l'IVG (« C'est dégoûtant de faire ça ! »), il lui est impossible de garder sa grossesse étant donné les circonstances. Elle a tout de même mis son compagnon au courant de son état. Celui-ci souhaite qu'elle avorte : « Pour lui, c'est rien ! Il ne comprend pas ! » dit-elle. Flora éprouve un profond déchirement moral et affectif. Après avoir raconté son histoire, les yeux dans le vide, elle décide de partir car cet entretien ne lui apporte rien. Elle préfère être seule chez elle.

Karine se montre elle aussi inconsolable. Cette quatrième grossesse est un accident. Elle et son mari ont trois enfants. Leur situation familiale et son état de santé ne leur permettent pas de garder cette grossesse. Mais cette décision lui pose un véritable cas de conscience : ses croyances religieuses lui interdisent théoriquement de recourir à l'avortement. Elle ne trouve pas de réponse à ce dilemme et redoute avant tout une sanction divine. Comme pour montrer à quel point elle aime ses enfants, elle sort de son sac des photographies de sa famille. Elle commente chacune d'elles avec des propos attendris. La quasi-totalité de l'entretien sera centrée sur ses enfants. Elle se pose nombre de questions. Elle craint d'avoir perdu « l'instinct maternel » et ne comprend pas comment elle peut en être

⁵ Cf. *These justifications are commonly described as rationalizations. They are viewed as following deviant behavior and as protecting the individual from self-blame and the blame of others after the act. But there is also reason to believe that they precede deviant behavior and make deviant behavior possible* (Matza, Sykes, 1957, 666).

réduite à prendre cette résolution. Tout se passe comme si elle avait peur d'elle-même. Elle précise d'ailleurs, qu'après l'IVG, elle compte changer de « look » : elle ira chez le coiffeur, se fera couper et teindre les cheveux ; elle envisage également de renouveler sa garde-robe. Elle espère au travers de cette métamorphose se différencier de celle qui aura commis un tel péché.

Dans ces deux cas de figure, la souffrance paraît très intense. Aucune ne cherche un tant soit peu à se ménager, et rien ni personne ne semble pouvoir les aider. La déviance fait là deux victimes qui sont incapables de relativiser les normes morales intériorisées.

Conclusion

Les enseignements tirés de l'analyse des résultats de cette étude permettent, tout d'abord, de caractériser l'avortement comme un type de déviance morale légale qui recouvre un acte ponctuel vécu dans la solitude et le secret. Comme le souligne catégoriquement Christine Delphy, une sorte de zone d'ombre semble entourer l'IVG puisque *tout le monde le fait, mais personne n'en parle!* [...] *Vingt-cinq ans après la loi, [on dénombre] encore 220 000 avortements par an!* (Delphy, 2000, 15).

Les femmes font montre d'un rapport conformiste à l'avortement, position il est vrai en partie suggérée par cet entretien obligatoire qui constitue un dispositif de contrôle social mis en place par le législateur. Toutefois, malgré une écoute dénuée de jugements et l'absence de pression ou de questions, elles laissent voir une acceptation des normes stigmatisantes vis-à-vis de l'avortement. Toutes expriment un ensemble de rationalisations afin de justifier leur choix. Il semble admis que cette décision ne peut se prendre sans rendre des comptes. S'ajoute souvent une part variable de culpabilisation, et trois catégories de position ont pu être construites sur la base de ces constats.

Si les « indifférentes » exposent divers arguments pour se justifier, les thèmes de la culpabilité ou de la honte sont absents de leur discours. Elles ne semblent pas touchées par la stigmatisation. Quant aux femmes qui tentent d'alléger le coût de cette forme de déviance, elles adoptent des stratégies de neutralisation de la déviance. L'IVG est alors interprétée comme un mal nécessaire, justifié par une situation difficile et particulière. Par ailleurs, les « inconsolables » ne parviennent pas à une telle économie de leurs émotions et endurent les conséquences d'une auto-fustigation qui s'accompagne de fortes souffrances morales.

Nous ne prétendons pas épuiser le sujet du rapport à l'avortement au travers de ces trois catégories. Un cas de figure atypique est, en effet, repérable parmi les quatre-vingt neuf entretiens analysés. Michèle est la seule à décider d'avorter pour la troisième fois. Cette exposition répétée à la déviance l'amène à considérer avec recul les réactions de son entourage, ainsi que celles de certains membres du corps médical. Pour elle, l'IVG n'est pas encore entrée « dans les mœurs légales ». Elle souligne par cette formulation la stigmatisation morale qui accompagne souvent l'application du droit à avorter. Elle souhaiterait que les femmes qui ont avorté sortent du silence et « témoignent pour expliquer que ce n'est rien ». Elle a dû lutter aussi bien contre la réprobation que contre la compassion d'autrui. Lors de la deuxième IVG, elle décrit des attitudes froides et blessantes de la part des infirmières et des agents de services hospitaliers. Par ailleurs, certains interlocuteurs se préoccupent parfois de savoir si elle ne souffre pas trop moralement. Si sa réponse est positive, elle sait que la conversation repose sur un quiproquo. Si elle ressent un malaise, c'est uniquement à cause du regard des autres. Ces questions et attitudes l'amènent à se demander si son insensibilité par rapport à l'IVG est normale et elle en arrive à « culpabiliser de ne pas culpabiliser ».

Le récit de Michèle ouvre une piste de recherche qui prolongerait cette étude. On peut émettre l'hypothèse que l'expérience de plusieurs avortements entraîne une évolution des positions des femmes concernées par rapport à ce type de déviance. Le suivi d'une telle évolution permettrait peut-être de découvrir les effets de la récurrence d'une déviance ponctuelle et, ce faisant, de répondre aux vœux de Howard S. Becker qui préconise l'étude des *carrières déviantes [...] [qui] ne devrait pas conduire uniquement aux individus qui suivent une carrière débouchant sur une déviance de plus en plus affirmée et qui finissent par adopter une identité et un genre de vie radicalement déviants. Il faudrait aussi prendre en compte ceux qui entretiennent avec la déviance des rapports plus éphémères et que leur carrière éloigne ultérieurement de celle-ci pour les rapprocher d'un genre de vie conventionnel* (Becker, 1985, 47-48). La carrière des femmes qui avortent est en partie liée aux intervenants auxquels elles sont obligées de faire appel. Il serait de ce fait également intéressant de se pencher sur les conséquences de la suppression de l'entretien de consultation sociale : s'agit-il de la disparition d'une instance de contrôle, ou de celle d'un lieu subversif, susceptible d'épauler les déviantes lorsque les conseillères appartiennent à un groupe militant pour le droit à disposer librement de son corps ?

Sophie Divay

Docteure en sociologie, ingénieure d'études
 Université de Rouen – IRED
 Centre Associé au Céreq de Rouen
 F-76821 Mont Saint Aignan Cedex
 sophie.divay@wanadoo.fr
 sophie.divay@univ-rouen.fr

BIBLIOGRAPHIE

- AVON B., 2002, À l'écoute des femmes, *Panoramiques*, 60, 129-135.
- BEAUD S., WEBER F., 1997, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte.
- BECKER S., 1985, *Outsiders*, Paris, Métailié.
- DELPHY C., 2000, Comment nous en venons à avorter (nos vies sexuelles), *Le Monde*, 23 octobre, 15.
- DEVREUX A.-M., 1982, De la dissuasion à la normalisation. Le rôle des conseillères dans l'entretien pré-IVG, Paris, *Revue française de sociologie*, 23, 455-471.
- ELIAS N., 1984, *Du temps*, Paris, Fayard.
- ELIAS N., 1997, *Logiques de l'exclusion*, Paris, Fayard.
- FERRAND M., JASPARD M., 1987, *L'interruption volontaire de grossesse*, Paris, Presses Universitaires de France, Que sais-je ?, 2, 382.
- GOFFMAN E., 1975, *Stigmate*, Paris, Édition de Minuit.
- ISAMBERT F.-A., 1982, Une sociologie de l'avortement est-elle possible ?, *Revue française de sociologie*, 23, 359-381.
- LAHIRE B., 1998, *L'homme pluriel*, Paris, Nathan.
- MATZA D., SYKES M., 1957, Techniques of neutralization : a theory of delinquency, *American sociological review*, 22, 664-670.
- OGIEN R., 1990, Sanctions diffuses. Sarcasmes, rires, mépris..., *Revue française de sociologie*, 31, 591-607.
- OGIEN A., 1994, La morale du drogué, *Revue française des affaires sociales*, 2, 59-67.

PAUGAM S., 1991, *La disqualification sociale*, France, PUF.

PERETZ H., 1998, *Les méthodes en sociologie*, Paris, La Découverte.

SCHWARTZ O., 1993, L'empirisme irréductible, in Anderson N., *Le Hobo, Sociologie du sans-abri*, Paris, Nathan.

Summary

Despite the fact that abortion has been legalized in France for 30 years, our study of 89 interviews with women who had an abortion shows that such a decision is still taboo in our society and synonymous with moral deviance. This article presents the problems these women have faced following their decision. In particular, their need to invent elaborate strategies of defense to protect them, one of them being to keep their abortion secret, leaving no recourse for outside help, reveals that the issue of abortion is impossible to define without assessing the effects of its stigmatization

KEY-WORDS: MORAL DEVIANCE – ABORTION – STIGMATIZATION – DIFFUSE SANCTIONS

Zusammenfassung

Obwohl seit fast 30 Jahren legalisiert, ist Abtreibung in Frankreich keineswegs banalisiert worden, wie einige ihrer Gegner behaupten. Die Analyse von 89 Interviews mit Frauen, die abgetrieben haben, zeigt, dass eine derartige Entscheidung nach wie vor ein Tabu berührt und als Synonym für moralische Abweichung behandelt wird. Dieser Artikel thematisiert die normativen Probleme, mit denen diese Frauen konfrontiert sind. Als Schutz gegenüber moralischen Verurteilungen und anderen diffusen sozialen Sanktionen haben sie verschiedene Strategien entwickelt, unter denen die radikalste darin besteht, die Abtreibung vollständig geheim zu halten und sie ohne soziale Unterstützung alleine durchführen zu lassen. Die Bewertung der Abtreibungsfrage muss dementsprechend die Effekte von Stigmatisierungen mit einbeziehen.

Sumario

El aborto fue legalizado en Francia hace treinta años. Sin embargo, y a pesar de lo que pretenden algunos moralizadores, está lejos de haber sido banalizado. Al contrario, el análisis de ochenta y nueve entrevistas realizadas con mujeres que decidieron abortar pone en evidencia que dicha decisión sigue constituyendo un tabú y es sinónimo de desviación moral. Este artículo presenta la manera en que estas mujeres hacen frente al peso de las normas a las que se enfrentan. Para protegerse del juicio de los otros y de las eventuales sanciones difusas, se ven obligadas a elaborar diversas estrategias defensivas entre las cuales la más radical consiste en guardar el secreto y, en consecuencia, recurrir en soledad a la interrupción voluntaria del embarazo. Esto implica que la cuestión del aborto no puede estudiarse sin tomar en consideración los efectos de estigmatización que conlleva.