

## réflexions sur le fonctionnement d'un centre d'avortement clandestin en France\*

« Si le Comité de Rédaction des Cahiers Médicaux Lyonnais a décidé de publier le texte qui lui était proposé c'est dans un souci d'objectivité. Nous sommes convaincus qu'une libre information de nos lecteurs est toujours souhaitable. Nous nous efforçons d'être le reflet de toutes les opinions au sujet de l'avortement. Déjà, l'année dernière, de nombreuses lettres de nos lecteurs ont exprimé leurs différents points de vue. Si cet article va plus loin, nous soulignons qu'il engage uniquement et totalement la responsabilité de ses propres auteurs et non celle de notre revue ».

N.D.L.R.

Nous considérons ce travail comme un document à visée d'information. Son but n'est pas d'alimenter une polémique, mais plutôt d'aider à la réflexion à partir de faits concrets, c'est ce qui en explique le côté volontairement prosaïque, qui habituellement n'a pas sa part dans une revue scientifique. Mais il nous semble que dans ce cas particulier, le seul moyen de ne pas se réfugier d'emblée dans l'idéologie, c'est d'abord d'envisager les faits et les événements, sans les idéaliser ni les critiquer A PRIORI (1).

Nous proposons en somme « l'observation » d'une institution marginale dont l'activité clandestine, secret de polichinelle, est à l'ordre du jour.

Il n'est sans doute pas inutile de commencer par un **rappel de la loi de 1920**, loi dont peu de gens connaissent la rigueur. Aux termes de l'article 317 du Code Pénal : « Sera punissable quiconque par aliments, breuvages, médicaments, violences, ou par tout autre moyen, aura tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non. De même sera punie d'un emprisonnement de 6 mois à 2 ans la femme qui se sera procurée l'avortement à elle-même ou aura tenté de se le procurer... ». On se rend compte que cette réglementation est extrêmement sévère

dans la mesure où elle incrimine la **seule intention coupable**. Peu importe que les moyens indiqués ou pratiqués aient été sûrement inefficaces et non susceptibles de provoquer un avortement. Peu importe que la femme ait été ou non en état de grossesse. Ainsi a été condamnée à 4 mois de prison une femme qui s'était faite des injections d'eau savonneuse, se croyant enceinte alors qu'elle ne l'était pas. La législation est beaucoup plus sévère que pour les empoisonnements intentionnels : en effet, dans ce cas, l'infraction ne peut être reconnue que s'il y a eu administration de substances pouvant donner la mort plus ou moins promptement. Ne peut être poursuivi le sujet qui aura fait absorber à autrui des produits inoffensifs, alors même que l'intention aurait été meurtrière.

Est coupable de tentative d'avortement le médecin qui a fait étendre une femme sur un divan et préparé une seringue, et n'a interrompu son action que devant le refus obstiné de l'intéressée. Pour être jugé coupable de complicité d'avortement, il n'est pas nécessaire qu'un avortement ait été consommé ou même tenté. Ainsi a été reconnu coupable le préparateur en pharmacie ayant remis un produit estimé par lui inoffensif, mais présumé abortif par la femme qui le demandait.

Parmi les peines encourues, le condamné ne pourra entreprendre, di-

### Réflexions.

Actualités.

CANDO : SP 01.

(1) 173, av. Buyer, Bâtiment 1, Allée 1, 69005 Lyon.

(2) 66 bis, rue Feuillat, 69003 Lyon.

Internes des Hôpitaux de Lyon.

Article reçu à la rédaction le 18 juillet 1974.

\* Du fait de la validité de la loi de 1920 nous ne pouvons pas nous expliquer sur nos sources.

(1) Cela n'exclut pas que nous puissions avoir un cadre idéologique de référence.

rectement ou par personne interposée, pour son compte ou le compte d'autrui, une profession commerciale ou industrielle.

Il est maintenant possible de présenter le mouvement « Choisir-Lyon » où nous avons puisé la matière de cet article, et dont le premier objectif est justement de mettre devant le fait accompli, l'Ordre des médecins et les pouvoirs publics pour favoriser l'abrogation de la Loi de 1920. Sa pratique passe — par la démystification de l'avortement en montrant que c'est un acte simple, — et par l'introduction d'un nouveau mode de relation entre médecins, non médecins et patients (1).

Enfin, il est nécessaire de préciser que ce texte est écrit sous la seule responsabilité de ses signataires ; il n'est pas en aucun cas, l'émanation de « Choisir-Lyon ». (Association régie par la loi de 1901).

## ORGANISATION

Tous les membres de « Choisir » sont bénévoles. Il existe des permanences tenues par des membres, le plus souvent non médecins, qui travaillent par quartiers. La ville est ainsi sectorisée. Les femmes qui vont être avortées ne vont donc jamais au local d'emblée. Le mode de fonctionnement est l'**auto-sélection**. Comme il est le plus souvent impossible d'avorter toutes les femmes au Centre, pour des raisons matérielles qu'elles choisissent entre elles celles qui seront avortées au Centre et celles qui iront en Angleterre ou en Hollande, seules ou en groupe. Dans ce dernier cas, si une femme ne peut pas payer le voyage, celui-ci est souvent payé par les autres femmes présentes. Certaines d'entre elles sont orientées vers un avortement thérapeutique si leurs antécédents le permettent. Rarement, des femmes prennent conscience, lors de la

permanence, du désir de garder leur enfant. C'est le seul exemple que nous connaissons où le médecin perd le monopole de l'indication d'un acte médical, même s'il garde celui de la contre-indication.

A ces permanences, des femmes de tous les âges sont présentes avec ou sans conjoint, célibataires, mariées ou divorcées. L'attitude vis à vis des mineures est variable : le plus souvent, on demande une autorisation des parents à cause du risque encouru par la loi. Si la mineure a peur de ses parents, on lui propose de les voir pour demander l'autorisation. On demande systématiquement aux femmes la date de leurs dernières règles. Il ne doit pas s'être écoulé plus de 8 semaines entre le début des dernières règles et la date de l'avortement, ceci pour éviter tout risque, vu les limites de la méthode Karmann. On demande aussi un test de grossesse, positif, le groupe sanguin, et la date de la dernière vaccination antitétanique.

Nous allons essayer, maintenant, de donner une idée de ce qui se passe dans une permanence :

- D'une façon générale, les femmes parlent d'autant plus que les permanents parlent moins ; en fait, à ce niveau de la filière, elles attendent surtout de savoir leur avortement possible. Le reste n'est pas important pour elles à ce moment.
- Les permanents lisent des extraits de la loi de 1920 et concluent qu'il est nécessaire d'abroger la loi, et qu'il faut aider les autres femmes qui désirent un avortement, ne pas avoir honte du sien, et même raconter comment il s'est passé.
- On explique ensuite comment va avoir lieu l'avortement, avec des dessins et la présentation de matériel. On leur explique aussi les différentes méthodes de contraception. Il y a là un méritant travail de « rabâchage » de la part des permanents. A l'inverse, on a parfois l'impression que la pilule est la « reine » qui résout tous les problèmes. Très souvent, les femmes s'aperçoivent que leur médecin la leur a

déjà donnée comme « traitement », mais sans leur avoir signalé à ce propos son rôle anticonceptionnel.

- A propos de la contraception, on est frappé par la fréquence de la **négligence** des femmes : 60 % d'entre elles n'utilisent aucune méthode de contraception. Beaucoup disent avoir été persuadées qu'elles étaient stériles : « ça ne pouvait pas m'arriver ». Elles n'utiliseront une méthode contraceptive qu'**après** avoir été enceintes une fois. Il pourrait s'agir là de **grossesse « initiatique »** qui permettrait à la femme de se sentir plus complète quand elle a constaté la possibilité réelle de sa fonction de reproduction. Les couples ont en effet des enfants de plus en plus tard. Cette grossesse « initiatique » serait un début de confirmation qu'on peut faire « comme papa et maman ». Les grossesses dites non désirées sont de fait très fréquentes lorsque l'enfant « **imaginaire** » domine. C'est le cas, par exemple, d'une femme dont l'ami tunisien allait repartir dans son pays et qui désirait garder un souvenir de lui, **mais non en enfant réel**.

Dans le même ordre d'idée, il est surprenant de constater le nombre de femmes enceintes juste avant leur divorce. Ceci semble traduire l'ambivalence du couple devant l'idée de la séparation : c'est vouloir faire encore quelque chose de commun, garder quelque chose en soi de l'autre qui va partir.

Souvent viennent des jeunes filles enceintes après un rapport unique. Elles expriment alors leur désir de ne pas recommencer à avoir d'autres rapports. Il y a des permanents qui insistent beaucoup sur le fait que l'homme qui les a mises enceintes et laissées tomber est un « salaud », qu'ils ne sont pas tous « comme ça », qu'il est normal qu'elles n'aient pas éprouvé de plaisir la première fois, et que la sexualité est une chose importante dans la vie. Nous citons cette réaction sans pour autant en partager l'aspect moralisateur, tout en précisant que l'un de nous a assisté au fonctionnement d'une équipe de perma-

(1) Au sens étymologique du terme.

nents et de praticiens notoirement conflictuels.

Souvent le problème des relations entre les parents et les enfants est abordé ; un permanent dit : « Ne dites pas de votre fille : Je vais l'autoriser à disposer d'elle-même, vous n'avez pas à l'autoriser, elle est libre ».

On voit ici l'aspect parfois un peu « pédago » de ces permanences.

Les principales questions posées par les femmes concernent :

- la douleur. Celle-ci est le plus souvent comparée à des règles douloureuses ;
- la présence d'un médecin.

D'anciennes avortées sont souvent là et on leur pose des questions sur leur expérience.

Dans ces permanences, on aborde donc beaucoup de sujets dont les gens n'ont jamais osé parler entre eux. Les parents sont quelquefois assez « secoués », ainsi que les conjoints.

Parfois, le discours des permanents est au niveau de : « Quelle femme va rester, quelle femme va partir » en négligeant le sens d'un avortement à « Choisir ». Il n'est pas non plus toujours possible, lorsqu'il y a beaucoup de participants, de voir les problèmes personnels de chaque femme, alors qu'ils devraient être élaborés avant l'avortement, ce qui éviterait, selon nous, certaines complications pendant et après l'acte abortif.

Enfin, il y a toujours 2 ou 3 jours entre la permanence et l'avortement ; cet intervalle permet aux femmes de réfléchir sur leur décision. C'est ainsi que dans plusieurs cas, d'accord pour se faire avorter, certaines ne se sont pas présentées ensuite au Centre.

## ASPECT TECHNIQUE

Ce paragraphe un peu austère nous semble très important car :

◦ c'est cette technique qui différencie « Choisir-Lyon » des « faiseuses d'anges »,

◦ c'est un des problèmes essentiels car on est dans l'illégalité et on ne peut pas se permettre une complication grave ;

◦ il existe beaucoup d'idées fausses sur cette technique, que ce soit dans le sens de sa simplicité ou de sa complexité ;

◦ la description de cette technique montrera combien le geste est bénin, et qu'il n'y a donc pas d'alibi technique contre l'avortement, mais uniquement des arguments moraux.

### 1. Le Centre

Son adresse n'est pas donnée d'emblée, et les femmes qui vont se faire avorter ont rendez-vous dans un café d'où on les conduit dans un local (prêté par un groupe protestant) : ce local est d'aspect chaleureux : il y a de nombreuses revues sur l'éducation sexuelle, des plantes vertes, un électrophone, on y sert du café, des biscuits, ce qui diminue le côté sordide de la clandestinité, qui est ainsi mieux vécu, clandestinité qui est rappelée par la proximité de la Préfecture située à 30 mètres. Il y a plusieurs pièces ; quand les femmes arrivent, on leur fait visiter les lieux, on leur montre le matériel, et on leur demande si elles ont des questions à poser. Toutes les femmes reçoivent un comprimé de Valium 5, et on remplit avec elles une fiche qui permet de connaître leurs antécédents, leur méthode de contraception, ce qu'elles envisagent de faire après l'avortement. Le praticien remplit également une fiche sur le déroulement de l'avortement, ce qui peut permettre une amélioration technique, en voyant par exemple avec quel produit on a la meilleure analgésie. Ce local est parfaitement équipé en matériel : oxygène, matériel d'intubation, bouteille d'oxygène, plasma, tous les médicaments nécessaires en urgence. Tout ce matériel est acheté par l'Association « Choisir-Lyon »

### 2. Déroulement

**Il y a toujours un médecin présent lors d'un avortement.** Les médecins viennent de une fois par semaine à une fois par mois. Suivant les permanences (une quinzaine), on fait passer en premier la femme la plus nerveuse, et souvent primipare, ou au contraire la plus décontractée, car lorsqu'elle revient peu de temps après et que tout s'est parfaitement déroulé, tout le monde est plus détendu. Pendant l'avortement, des permanents discutent dans la salle d'accueil. La femme s'installe sur une table gynécologique, on lui administre en intra-veineux un antalgique, avec parfois un sédatif en injection lente si elle est très anxieuse ; on met le spéculum en place, puis une pince à col. A ce stade, on lui propose de voir son col ainsi exposé si elle le désire et la suite de l'intervention (avec un miroir placé au-dessus de ses jambes). Durant tout le temps de l'avortement, on explique tout ce que l'on fait et on répond à toutes les questions. On dilate le col avec des bougies de plus en plus grosses, puis on aspire avec une sonde en plastique, à bout souple. Notons au passage que Karmann, l'inventeur de la méthode, est un psychologue qui a créé une free-clinic aux Etats-Unis et qui recrute les praticiens chez d'anciennes avortées. La durée de l'aspiration est de 30 secondes à 10 minutes ; elle est moins traumatisante qu'un curetage. Au bout d'un moment, se produisent des contractions signifiant la vacuité de l'utérus. La douleur est très variable suivant l'état nerveux de la femme ; le plus souvent elle ressemble effectivement à des règles douloureuses. Dès le début, on dit : « Votre grossesse est interrompue, maintenant on nettoie ». La patiente règle la vitesse d'aspiration ; c'est elle qui dit « stop » puis « reprenez ». La durée totale entre le moment où la femme entre et sort de la pièce est en moyenne de 20 minutes. Dans 44 % des cas, la douleur est nulle ou très faible ; dans 10 % des cas, elle va jus-

qu'aux cris (1). On ne fait pas d'anesthésie malgré ces 10 % pour des raisons techniques : nécessité de rester 24 heures à l'hôpital, décès sous anesthésie dans un cas sur 5 000. Rappelons que certaines femmes avortées sous anesthésie refusaient de croire qu'on les avait avortées. Le problème est ici de savoir si l'avortement est mieux supporté s'il y a une participation consciente de la femme ou pas (anesthésie). La participation permettrait de différencier les fantasmes de la réalité : « Ce n'était que ça ! ».

Ensuite, on tamise ce qui a été aspiré, à la recherche de débris embryonnaires. La femme se lève et va rassurer les autres qui attendent. On lui propose de se reposer 1/4 d'heure, ce qu'elle refuse souvent. L'atmosphère se détend immédiatement après le premier avortement. Il n'est pas rare que la femme fraternise alors avec l'opérateur, l'aide et, dans la salle d'attente, avec les autres femmes. Le fait de faire ensemble quelque chose de défendu et qui se passe bien soude un groupe, sans nier le soulagement direct dû à l'interruption de la grossesse. La femme reçoit une ordonnance incluant des contraceptifs oraux si elle a choisi la pilule. On lui demande de surveiller sa température et de prendre rendez-vous dans 10 jours (2) auprès d'un médecin qui verra si les suites sont simples ; souvent la femme refuse d'envisager une contraception de suite : auto-punition ? Une avortée refusait la pilule car elle reouvait qu'elle « courrait » déjà trop et que cela la libérerait encore plus. A son départ, la femme paie ce qu'elle peut. En fait, on demande (3) à celles qui le peuvent de donner 100 F qui représentent le coût du matériel et on leur signale que si elles peuvent donner plus, cela servira, d'une part à l'ouverture d'un autre Centre, d'autre part à aider les femmes qui doivent partir à l'étranger et qui n'ont pas les moyens de faire le voyage.

(1) Chiffres cités dans « Libérons l'Avortement ».

(2) et plus tôt si nécessaire.

(3) Juin 74.

### 3. Attitude pendant l'avortement.

• **Si possible, un membre de la famille ou un proche est présent** : le mari, l'amant, la fille, la mère. Dans de nombreux cas, le père n'est pas au courant et c'est la mère qui a elle-même cherché l'adresse de « Choisir » pour éviter de « perdre » sa fille qui aurait été mise à la porte par son mari s'il avait appris la grossesse.

**L'attitude du partenaire masculin varie :**

• il peut être dominant : « Ne m'abîmez pas », « Ne te conduis pas comme une femmelette » (lorsque la femme souffre) ;

• il peut fuir ;

• il vient à l'avortement, mais la rupture est décidée ;

• où il dit à la femme : « Débrouille-toi » et la laisse trouver seule les moyens d'avorter ;

• son attitude peut être aussi le désintéret, avec alors le refus d'envisager une contraception après l'avortement,

• à l'opposé, certains partenaires sont très intéressés, soit qu'ils se fassent tout expliquer, soit qu'ils aident leur femme pendant l'avortement.

Ceci est différent de ce qui se passe en Angleterre ou en Suisse, où le partenaire est systématiquement écarté, comme d'ailleurs le parent ou l'ami de sexe masculin.

■ **Au cours de l'avortement, on pratique « l'anesthésie verbale »** c'est-à-dire en fait la mise en confiance. De nombreux membres de l'équipe peuvent rentrer dans la salle pendant l'avortement, ce qui diminue l'intimité, mais dédramatise l'acte (4). Les femmes, dans la salle d'accueil, demandent « si ça marche ».

Pendant l'avortement, l'aide tient souvent la main de la femme qui la serre fort, ce qui exige de lui de laisser apparaître ses tendances

(4) Voir aussi sur ce point, le second pôle du bénévolat, en dernière page.

« féminines », c'est-à-dire d'être très doux. **Ce sont surtout des hommes qui opèrent**, ce qui entraîne peut-être des difficultés d'identification pour l'avortée (5) ; peu de femmes pratiquent des avortements, peut-être parce qu'elles s'identifient trop à la femme qui souffre. Une permanente s'est fait aspirer sans être enceinte pour mieux comprendre ce que ressentent les avortées.

• **Après l'avortement :**

On a l'impression qu'il s'est passé quelque chose d'important **au niveau de la réalité** (avoir un enfant ou pas peut modifier l'existence d'une fille célibataire ou d'un couple).

**Au niveau du vécu de l'acte**, il existe une relation élationnelle entre l'avorteur et la femme.

Une femme qui vient pour une deuxième aspiration, après une rétentation, ne veut être examinée que par le premier opérateur qui l'a vue. Une autre femme déclare n'avoir jamais pu dire le « dixième » de ce qu'elle a dit ici à son médecin.

**Au niveau de la prise de conscience politique** (6) : Une femme dit : « Je crois que je ne me laisserai plus avoir par les docteurs de la même manière ». Ou : « Cette loi est complètement ridicule ». **Après l'avortement, ce qui était clandestin devient simplement illégal.** Il ne faut cependant pas se faire d'illusion : pour bon nombre de gens, « Choisir-Lyon » n'est jamais qu'une filière de plus. Il faut noter, au passage, que ce côté « filière » n'est pas à dévaloriser par le simple fait qu'il offre la garantie d'un accueil et d'une technique convenable, mais sans l'exploitation commerciale éhontée que l'on connaît ailleurs.

(5) Malgré leur connotation habituellement péjorative, nous utilisons les termes « d'avortée » et « d'avorteur », car ils nous semblent simplement descriptifs.

(6) Il faut comprendre « politique » en terme de répartition du pouvoir (voir plus loin), mais aussi, pour certains, au sens usuel du terme (« la droite », « la gauche », etc.).

## LES PROBLEMES

## 1. Problèmes techniques

**Les avantages**

Les avantages de cette technique sont nombreux. Il y a peu d'hémorragies, pas de béance du col, moins de synéchies qu'après un curetage, pas d'anesthésie générale et moins de décès qu'après une simple anesthésie générale ; un prix bas ; cette méthode est même préconisée par certains comme contraception, la femme se faisant aspirer 2 à 3 fois par an dès qu'elle a un retard de règles, au lieu de prendre la pilule ou d'avoir un stérilet durant toute sa vie préménopausique.

**Les ennuis**

■ Il existe tout d'abord les **problèmes psychologiques** du moment précédant l'avortement.

Certaines femmes refusent alors le geste abortif, d'autres annoncent... qu'elles viennent d'entamer une procédure d'adoption ; ou, après plusieurs fausses couches spontanées, des femmes demandent un avortement de principe, s'estimant indignes et incapables d'avoir puis d'élever un enfant.

On voit ici clairement la nécessité d'un entretien avant l'avortement ; il est sûr qu'un problème psychologique dont la prise en considération n'a pas été préalable est susceptible de gêner le déroulement de l'aspiration.

**L'angoisse** contraint parfois, en effet, à arrêter temporairement le geste technique et à écouter. Un exemple nous semble démonstratif : au début de l'aspiration, une jeune secrétaire se met à crier : « Enlevez tout » ; on lui demanda ce qui se passait, et elle put alors parler, révélant qu'elle n'avait pas osé se présenter comme infirmière, que son fiancé l'avait abandonnée, et qu'à ce moment-là, elle avait

« couché avec n'importe qui », d'où la grossesse actuelle. Elle se détendit alors et on put finir l'avortement.

■ **L'impossibilité d'opérer**, soit que l'on trouve une malformation posant un problème diagnostic (kyste ou fibrome, utérus malformé), soit que la femme refuse la situation gynécologique, soit qu'elle soit vierge (1), soit qu'elle présente une crise de « tétanie » ou d'asthme. Le cas le plus fréquent est celui d'un gros utérus signant une grossesse trop avancée pour être aspirée sans risque ; la décision de ne pas opérer est alors mal supportée par la femme qui pleure toujours, certaines mêmes n'osant plus sortir devant les autres, honteuses de ne pas avoir été avortées.

■ **Des malaises** surviennent parfois dans l'entourage ou même chez les opérateurs novices.

■ **La dilatation du col** est parfois difficile, avec un spasme du col, surtout chez la femme très jeune ou au début de la grossesse. Le spasme cède habituellement avec l'injection de deux Baralgin.

■ **La grossesse n'est parfois pas interrompue**. Ce fut le cas pour une femme qui revint à la permanence car elle avait toujours des signes de grossesse, mais elle ne fut pas crue, les permanents supportant mal cet échec. A l'inverse, il faut se méfier d'une demande d'aspiration en l'absence de grossesse : le retard de règle n'est pas pathognomonique !

■ Parfois, **la femme** est tellement désireuse de se faire avorter qu'elle **dissimule certaines de ses maladies**, ce qui peut favoriser les complications et incite à une anamnèse très stricte.

■ **La perforation** est rarissime avec la sonde Karmann à bout souple. Il en est de même du choc péritonéal.

■ **Les hémorragies** surviennent lors-

(1) Le coïtus ante-partus apparaît plus fréquent qu'on ne le croit.

que la grossesse est trop avancée, que ce fait a été caché ou ignoré, ou lorsqu'existe un trouble de la coagulation. Lorsqu'un avortement est commencé, il faut le finir, car l'utérus ne se contracte que s'il est vide, sa contraction arrêtant seule les hémorragies.

Lorsque survient un incident, on peut faire appel à un gynécologue proche du Centre, ce qui est rassurant pour tout le monde. Il est compréhensible que l'on s'angoisse facilement lorsque survient un ennui et que l'on se sent seul dans ce petit local. A ce moment-là, on regrette la structure de l'hôpital. La fréquence des décès, d'après les statistiques américaines, est de 1 sur 100 000, soit 20 fois moins qu'avec une simple anesthésie générale.

■ **Si on a l'impression d'une aspiration incomplète**, on le dit toujours à la femme en lui conseillant un curetage. Ceci pose le problème de l'accueil à l'hôpital, certains services lyonnais pratiquant encore ce geste avec une anesthésie générale volontairement insuffisante. Ou les médecins hospitaliers discutant pour savoir si le fœtus est encore vivant, alors que la vie de la femme peut être en danger (2).

■ **En fait, les complications après avortement** sont surtout l'infection, qui est rare (3) et la rétention : il suffit alors de réaspirer les débris qui restent.

Au total, les petits incidents sont fréquents et les complications graves sont rares.

## 2. Problèmes relationnels

■ **Problèmes venant des femmes : Les femmes qui donnent de fausses**

(2) cf. thèse filmée de Mme MARITAN (Lyon 1971).

(3) Certains prescrivent une antibiothérapie systématique, d'autres l'estiment peu efficace, sur la foi de certains travaux bactériologiques récents ; le critère de sécurité le plus important est évidemment l'asepsie.

informations sur leurs antécédents ou sur la date de leurs dernières règles jouent avec leur vie (et celle de l'Association « Choisir »).

**Problèmes de dépendance :** la femme enceinte se trouve toujours en situation de dépendance vis-à-vis de ceux qui l'aident à résoudre son problème. Elle est redevable de ce qu'on fait pour elle. Avant l'avortement : elle est « la fille à avorter » prête à tout accepter, sans rien dire.

Après l'avortement, il est possible de parler plus librement : essayer avant est un leurre.

Souvent on a l'impression qu'on a simplement **rendu service**. Il est souvent répété qu'il ne faut pas considérer les médecins de « Choisir » comme des médecins un peu plus sympathiques que les autres (1), mais voir l'ensemble du mouvement ; certaines femmes ne voient que leur cas particulier. D'autres reviennent travailler aux permanences.

■ **Problèmes venant de l'équipe :**

A « Choisir-Lyon », **comme dans bien d'autres lieux**, certains viennent résoudre les problèmes des autres pour éviter d'affronter les leurs, d'autant plus qu'il est question du sexe, et de l'interdit.

Nous n'aborderons **pas**, ici, tous les problèmes posés soit au groupe soit aux individus sur **le plan fantasmagique**. Il y a là, nécessité d'une élaboration psychanalytique que nous traiterons dans un article à venir, où nous étudierons le vécu de la relation d'avortement et les aspects spécifiques du groupe militant (2).

3. Cependant, nous nous centrerons ici sur le **problème du pouvoir**.

■ **Le pouvoir, les médecins et les non-médecins :**

(1) Cette répétition nous semble d'un intérêt contestable.

(2) Concernant l'aspect psychologique au niveau de la femme devant l'avortement, citons l'article de J. Pellet : (« in Instantané criminologique, n° 21 »).

Les médecins ont le pouvoir à « Choisir » (deux d'entre eux sont à l'origine et à la tête du mouvement). Ils assument un rôle médical réclamé par les femmes : une des premières choses qu'elles demandent à la permanence est leur présence lors de l'avortement, mais ce fait mériterait discussion.

A un niveau concret, il faut évoquer la revendication des non-médecins de pratiquer des avortements. Il est certain qu'il s'agit d'une revendication recevable, à condition que le néo-praticien devienne compétent pour l'interprétation du T.V., l'exécution de l'acte abortif, et la conduite à tenir devant les complications ; c'est-à-dire que le non-médecin doit avoir une compétence de médecin ! Il est donc irréal, selon nous, d'évacuer le problème de la compétence et du pouvoir, quels que soient ceux qui l'exercent.

Cela n'empêche pas que les permanents ont envie de diminuer le rôle du praticien : il est exact que, dans la presse, ce sont eux qui ont le « beau rôle », comme s'ils faisaient tout le travail.

A signaler l'exclusion réelle des permanents aux réunions techniques réservées aux seuls médecins.

Dans la réalité, les non-médecins, (essentiellement étudiants en médecine, et infirmières), pratiquent des avortements, mais toujours en présence d'un médecin. En gros, on peut dire que ce dernier perd le pouvoir en l'absence de complications (3). Ainsi cette anecdote : le médecin refuse d'avorter une femme dont il trouve l'utérus trop développé. Le permanent passe outre et commence l'aspiration. Il se produit alors une hémorragie, tandis que l'examen des premiers débris placentaires permet d'estimer la grossesse à 12 semaines. A ce moment, le permanent « passe la main » au médecin : « C'est à toi de

voir ce qu'il faut faire, c'est toi le responsable ». L'erreur incombe certainement au médecin qui aurait dû se montrer autoritaire en la circonstance (4). La même remarque s'impose d'ailleurs vis à vis de la femme, lorsque l'acte n'est pas simple. Par exemple, devant une jeune fille qui hurlait pour qu'on arrête l'avortement déjà commencé, le médecin jusque-là très doux, dit d'une voix ferme : « Maintenant, c'est moi qui décide », et continua l'avortement.

Dans d'autres cas, c'est toute l'équipe qui prend totalement en charge telle ou telle personne. Ainsi cette femme dont l'utérus était trop développé pour être avortée à « Choisir » et qui décida : « J'abandonne, je ne vais pas en Angleterre, c'est trop compliqué ». L'équipe la mena chez un gynécologue qui diagnostiqua un fibrome et maintint l'indication d'une aspiration, ce qui fut fait.

■ **Le pouvoir médical en l'absence de maladie**

Il est de fait que le médecin est en contact avec des gens non malades, dans la mesure où le désir d'interruption de grossesse ne peut être considéré systématiquement ni comme morbide en lui-même (perspective psychiatrique), ni par rapport à un état somatique morbide (diabète, cardiopathie, etc.). Nous écartons donc le problème des avortements dits thérapeutiques.

Donc le praticien se trouve en présence d'une personne non malade mais pour laquelle un acte technique, c'est-à-dire une compétence, est requis. On peut se demander alors que devient le statut (magique) du médecin lorsque persiste l'aspect technique sans maladie. Nous avons déjà dit, en tout cas, qu'il persistait, mais comment ?

(4) La même anecdote pourrait évidemment se rencontrer dans un service hospitalier où l'externe passerait outre à une contre-indication de l'interne ou du chef de clinique.

### ■ Le pouvoir médical et la mort

Nous avons dit que, face aux non-médecins, le médecin reprend le pouvoir par le biais des complications. Mais en dernière analyse, la complication, toujours présente à l'esprit du praticien, bien que jusqu'ici absente, dans la réalité, c'est la mort, et la mort sans la couverture officielle de l'hôpital.

Pourtant, au niveau de la réalité, on peut poser l'équation :  
Compétence + acte abortif simple  
= Banalisation de l'acte.

Et ceci, contrairement à ce qui se passait dans les conditions « traditionnelles » de l'avortement clandestin.

Au contraire, du fait de la mort toujours pensée comme possible (1), on observe une dramatisation essentiellement imaginaire ; et il est maintenant possible de répondre à la question : « Que devient le statut (magique) du médecin ? ». Il ressurgit par le jeu des complications, bénignes le plus souvent, plus graves quelquefois, mais **toujours virtuellement mortelles**. On peut se demander si le fantasme de mort de l'embryon, faux problème pour les militants de « Choisir », ne s'est pas déplacé, pour eux, sur la mort possible de la « mère » avortée, comme si la pensée médicale ne pouvait se passer de « la mort » (2) (qui tournerait comme « le mort » du bridge, élément essentiel de la règle du jeu). Plus simplement, la « mort imaginée » aurait pour fonction de rendre le médecin indispensable (3).

### ■ Pouvoir médical et féminisme :

A Paris, dans le XII<sup>e</sup> arrondissement, les femmes s'avortent entre femmes, sans médecin. Dans ce

cas, l'avortement devient presque un nouvel idéal du groupe, une gloire pour la femme, comme dans certains mouvements féministes. A signaler qu'un médecin est cependant appelé en cas de complications.

Or, comme nous l'avons dit, le médecin est souvent un homme ; ceci entraîne pour la femme avortée, une difficulté d'identification qui peut être mal supportée. Pour les permanents féministes, l'avortement devient effectivement une lutte visant la libération de la femme face à l'oppression mâle..., alors que c'est un homme-médecin qui avorte. Même dans le film « Histoire d'A », tout entier orienté sur l'aliénation de la femme dans la société, l'acte abortif est effectué par un médecin.

S'il est vrai que le sexe féminin ne peut être considéré comme garant de la non oppression, il nous est néanmoins difficile de prendre position de façon « objective » d'abord parce que nous connaissons mal l'expérience du XII<sup>e</sup> et ensuite parce que notre situation masculine nous inclinerait plutôt à la partialité.

### 4. Nous insisterons maintenant sur quelques difficultés à travailler au Centre.

■ **La solitude** : malgré le soutien de nombreuses organisations, certains faits rappellent au médecin-avorteur qu'il est assez isolé : ainsi, les « oublis » de confrères promettant leur aide et qui ne viennent pas. De même, les réponses négatives des médecins qui se disent « pour l'avortement » et auxquels on demande de venir participer simplement une fois à titre de solidarité montrent que le praticien de « Choisir » sera seul en cas d'ennui. Certains internes répondent : « Je ne viens pas, car avorter c'est interdit aux internes », alors que c'est évidemment interdit à tout le monde ; ou : « Je suis d'accord pour qu'on modifie la loi de 1920, mais je ne suis pas d'accord sur cet activisme qui ne débouche sur rien ». Ces opinions, émises par

des gens dont les idées de gauche (4) sont souvent connues, montrent que l'avortement représente toujours « la faute médicale » par excellence.

• On se heurte aussi à de nombreuses manifestations d'agressivité. Ainsi des réanimateurs refusent de donner le moindre conseil à l'avorteur qui en demande ; certains mêmes refusent de recevoir dans leur chambre un avorteur ami par ailleurs, pour ne pas avoir d'ennuis dans leur carrière future

D'autres réanimateurs agressent par exemple les psychiatres avortants en leur disant : « Ce n'est pas votre travail, mêlez-vous de ce qui vous regarde ».

• Enfin, de nombreux médecins donnent l'adresse du Centre sans « se mouiller », et en se donnant ainsi bonne conscience.

A « Choisir », les praticiens ont l'impression, et c'est la réalité, de n'être qu'une poignée.

**Les départs** des militants à « Choisir-Lyon » ne sont pas rares. Les causes les plus habituelles sont la mésentente avec l'équipe, le stress technique mal supporté, ou le fait que l'activité au Centre soit vécue comme trop prenante, trop envahissante.

Enfin, certains partent parce qu'ils ne sont pas d'accord avec la politique du mouvement.

**Le problème du bénévolat** : ni les praticiens ni les permanents ne sont rétribués, et l'on assiste, en gros, à une distribution bipolaire de ce phénomène.

D'un côté, les « militants », extrêmement motivés, soit d'un point de vue politique global, soit sur l'aspect ponctuel de la loi de 1920 : c'est chez eux que l'on retrouve l'élan élationnel le plus important et, avec les femmes, un tutoiement de style copain-engagé-dans-le-même-combat.

(4) Nous faisons référence à la latéralisation politique de l'avortement, ces dernières années.

(1) Il est certain qu'un décès, même non publiquement connu, serait sans doute la fin de « Choisir-Lyon ».

(2) Comme signifant.

(3) Evidemment il n'est pas question de remettre l'efficacité technique du médecin en question, mais d'envisager son statut imaginaire.

A l'autre pôle, le bénévolat de certains, surtout praticiens, donne un sentiment de toute-puissance et une mentalité qui n'est pas sans rappeler celle des médecins de l'ancien Hôtel-Dieu avant le temps de « l'humanisation des hôpitaux ». Ce deuxième pôle est minoritaire.

Evidemment, tous les intermédiaires existent entre ces deux modes d'être que nous avons esquissés de façon caricaturale.

## CONCLUSION

Nous avons essayé de présenter de façon critique la pratique d'avortements clandestins dans un centre de la région lyonnaise. Nous insisterons sur certains points.

■ Tout d'abord **sa nouveauté par rapport à la pratique médicale traditionnelle**, avec l'auto-sélection des femmes, le fait que ce ne soit pas le médecin qui pose l'indication, le fait que l'on explique aux gens tout ce qu'on va leur faire, la différence du mode de relations humaines avec ce qui se passe habituellement (1) et parfois, la prise de conscience de la femme, et de ceux qui l'accompagnent de la réversibilité possible de leur aliénation.

■ « Choisir » comme micro-groupe culturel.

Les thèmes de destruction que l'on invoque à propos de l'avortement prennent une prégnance aiguë du fait de leur validation par la culture dominante qui affirme : « L'avortement est un meurtre ».

A l'opposé, « Choisir » se présente comme un micro-groupe culturel où l'avortement n'est plus considéré de la même façon et où, donc, les fantasmes de mort ne sont ni confirmés, ni hypertrophiés en terme de morale.

Mais « Choisir » risque, dans le même temps, d'être prisonnier d'une nouvelle idéologie, aussi rigide que l'ancienne, et simplement déplacée ; c'est le cas de « la pilule » prônée comme un idéal.

S'articulant avec cet argument, on peut observer une reculpabilisation secondaire : l'avortement est vécu comme un échec de la contraception, qui se présente alors en rempart idéalisé contre un acte mauvais en lui-même (2). On voit que même dans un Centre clandestin d'avortement, il est difficile d'échapper à la moralisation ambiante.

■ Dans les conditions d'activité de « Choisir-Lyon », le **secret** de l'avortement tend à ne plus être pour la femme, une obsession, dans la mesure où il ne s'agit plus d'un acte honteux dont il est interdit de parler. Pouvoir en parler, c'est entrer dans le circuit symbolique, c'est-à-dire se situer par rapport aux autres dans et par le langage.

■ Comme on le voit, le point important qui caractérise « Choisir-Lyon », c'est l'introduction de la **dimension collective**. Il est évident que ce qui se passe dans une permanence n'est pas de la **psychothérapie**, sauf à considérer la psychothérapie de groupe d'une façon bien naïve. Autrement dit, il n'est ni possible ni souhaitable, selon une tendance qui commence à se faire jour, d'envisager les fantasmes et les difficultés relationnelles comme pouvant s'exprimer librement à l'occasion d'une réunion unique. Mais, par contre, même si certaines femmes ne peuvent parler de leurs difficultés personnelles, leur problème est toujours posé et délibéré collectivement. L'avortement de telle ou telle femme est aussi un problème collectif ; c'est de la charnière entre le psychologique et le politique qu'il est ici question.

Cette conception n'empêche pas qu'il devrait être d'avantage possible aux personnes qui le désirent de discuter de leurs difficultés en groupe restreint ou en relation duelle. De même, il serait peut-être intéressant de proposer des groupes d'avortées permettant de métaboliser l'acte abortif, car les femmes partent souvent sur une simple poignée de mains, bien qu'elles aient toujours un numéro de téléphone à appeler en cas de besoin. Ces groupes devraient avoir lieu avec une équipe différente de celle qui a participé à l'avortement, de façon à permettre aux femmes de s'exprimer plus librement. Cette proposition garderait sa validité même après l'abrogation (?) de la loi de 1920.

## Eléments de bibliographie

- « Libérons l'avortement » (Maspéro).
- « Instantané criminologique », n° 20 et 21.

(1) En particulier, perte de la relation duelle comme contrat thérapeutique de base.

(2) cf. sur ce thème l'article de Balvet et Debout : « in Instantané criminologique », n° 20.