



**HAL**  
open science

## Déformation militante du travail médical

Lucile Ruault

► **To cite this version:**

Lucile Ruault. Déformation militante du travail médical: A propos des conflits entre médecins et profanes autour de la pratique de l'avortement (1972-1984). Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 2023, La formation comme champ de lutte, 248 (3), pp.46-61. halshs-04365990

**HAL Id: halshs-04365990**

**<https://shs.hal.science/halshs-04365990>**

Submitted on 28 Dec 2023

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# AVORTEMENT LIBRE ET REMBOURSE POUR TOUTES



AFFICHE D'UNE CAMPAGNE du MLAC, dessin de Claire Bretécher (1973).

Lucile Ruault

**Déformation militante du travail médical : à propos des conflits entre médecins et profanes autour de la pratique de l'avortement (1972-1984)**

« Il y a deux manières d'aborder cette formation : à travers les poses de stérilets ou la pratique de l'avortement. Dans les deux cas, il faut regarder comment ça se déroule dans les gestes, puis progressivement faire les touchers vaginaux, poses de spéculum, pince, etc. Geneviève, Isabelle et Dominique, Christine et Pascale sont d'accord pour commencer en septembre. Avis aux amatrices !!!<sup>1</sup> »

En juin 1981, alors que le MLAAC de Lyon fait le bilan de l'année, il pose « le problème de [sa] continuation » comme étant suspendu à la formation de nouvelles militantes. Une formation qui, au premier abord, relèverait davantage de la gynécologie que du militantisme. La critique en actes du pouvoir médical *via* l'appropriation de savoirs corporels est un produit controversé du vaste mouvement social que ce collectif de femmes tente alors de pérenniser. Tout en ayant ajouté un second A pour « accouchement », ce groupe est en effet héritier du MLAC (Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception), créé en 1973 alors que l'avortement était illégal en France.

Ma thèse a appréhendé le mouvement pour l'avortement libre à travers son volet pratique, qui défend une activité abortive collective et non clandestine. Ce répertoire d'action singulier développé autour de la technique d'aspiration (sous le slogan de « méthode Karman » en France) concentre l'attention, au point de façonner une part substantielle de la formation militante, aussi bien la familiarisation avec les modes de contrôle des naissances, les outils de propagande que la dimension idéologique du mouvement. Les archives montrent que formation militante et formation à « la pratique » (selon le vocable consacré par les groupes MLAC) sont étroitement liées : recruter signifie former des individus aptes à expliquer, accompagner et/ou réaliser un avortement. Cet impératif de formation est loin de prendre des formes institutionnalisées. Les modalités locales de formation, en demeurant souples, se structurent à partir d'une base de procédures commune et aisément reproductible entre les MLAC. Mais une transmission par corps prévaut dans cette formation, c'est-à-dire en présence d'un-e « opérateur·rice » qui inculque en pratique. Cette transmission, qui est visuelle, orale et gestuelle, se double d'une formalisation écrite : chaque groupe récapitule ses façons de faire l'avortement dans une documentation d'abord destinée à ses membres, éventuellement aux avortantes sous une forme synthétisée, mais qui a pu circuler à l'occasion de rencontres entre MLAC.

Depuis un regard macro, ce registre d'action « cimente le mouvement<sup>2</sup> » en ce qu'il fonde une identité forte autour de l'affrontement avec l'État, l'ordre médical et patriarcal. Cependant, une approche localisée des MLAC révèle que la pratique abortive divise, et même cristallise les luttes de sens au sein du mouvement : entre visée de conscientisation des femmes et « service social rouge<sup>3</sup> » ; entre ouvriérisme (espoir d'un mouvement de masse mené par le groupe ouvrier) et féminisme (prise en main de la lutte par le mouvement des femmes) ; ou encore,

---

<sup>1</sup> « Taboulé-discussions », *Bulletin du MLAAC*, juillet 1981, p. 6.

<sup>2</sup> Bibia Pavard, « Quand la pratique fait mouvement. La méthode Karman dans les mobilisations pour l'avortement libre et gratuit (1972-1975) », *Sociétés contemporaines*, 85, 2012, p. 44.

<sup>3</sup> L'expression ressort dans de nombreuses sources écrites et orales.

entre abrogation pure et simple de la loi de 1920<sup>4</sup> et appel à une nouvelle loi. Surtout, les bornes de la formation représentent un nœud de tensions entre médecins et non-médecins sur la définition et les composantes de l'avortement.

Pour le comprendre, il faut mesurer le paradoxe d'une « pratique » qui est au cœur du devenir militant mais qui, à l'issue de cette action collective, prérogative exclusive du corps médical<sup>5</sup>, de surcroît dans l'hôpital. Tôt anticipée, cette évolution est l'objet de conflits dans les MLAC, de sorte que le répertoire d'action des avortements polarise les attentes : « la pratique » est-elle un état transitoire destiné à faire de l'avortement un « acte médical comme les autres », ou bien une action politique pérenne pour l'accès des femmes à l'autodétermination de leur corps ? En ce sens, l'objet même de la formation au sein du MLAC fait débat et, avec lui, la finalité de cette formation.

L'analyse de la formation militante comme terrain de luttes internes révèle des dynamiques concurrentielles avec la formation médicale. Celles-ci s'expriment sur le plan individuel – les médecins engagé-es sont tiraillé-es entre référentiels révolutionnaires et professionnels – et collectif – du fait de l'hétéronomie de l'univers militant, qui mobilise des ressources issues de l'univers médical tout en contestant l'autorité de ses savoirs.

Toute une littérature sur l'expertise militante appelle à dépasser les catégories de savant-es et profanes, afin de rompre avec une vision par trop homogénéisante des agent-es, compte tenu de leur multipositionnalité (avec la figure de professionnel-le engagé-e) et de leur remise en cause de la supériorité des savoirs établis : ainsi, l'expertise associative mobilise le registre savant tout en faisant valoir la légitimité des savoirs issus de l'expérience<sup>6</sup> ; certains travaux parlent alors d'une ambiguïté, voire d'une confusion des registres<sup>7</sup>. Adossé à cette importante réflexion sur la porosité des frontières entre univers savants et militants, le présent article décale sensiblement l'axe d'analyse. Car, une fois fait le constat d'une frontière « floutée » durant la lutte et d'une mise en suspens intermittente des rôles, la question suivante demeure ouverte : comment, dans le cas du mouvement pour la liberté d'avorter, expliquer que cette frontière en sorte renforcée après la loi sur l'IVG et que la profession médicale soit si peu ébranlée par ces brouillages ?

Contre toute tentation de dilution des rapports de pouvoir inhérents aux positions professionnelles et au fonctionnement de l'institution médicale, les résultats empiriques plaident pour réhabiliter la ligne de clivage médecins/profanes, ces types de protagonistes se trouvant réifiés par les débats autour des appropriations de l'avortement militant. Alors que la formation, de par sa nature hybride, pourrait être un levier de subversion de la division des rôles, elle aboutit plutôt à la fabrication de savoirs spécialisés et consolide la clôture du groupe

---

<sup>4</sup> La loi votée en juillet 1920 réprime notamment la provocation à l'avortement et sa pratique.

<sup>5</sup> Sandrine Garcia, « Expertise scientifique et capital militant. Le rôle des médecins dans la lutte pour la légalisation de l'avortement », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 158, 2005, p. 96-115.

<sup>6</sup> Steven Epstein, *La grande révolte des malades. Histoire du sida*, vol. 2, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 2001 [1996] ; Johanna Siméant, « Friches, hybrides et contrebandes : sur la circulation et la puissance militante des discours savants », in Philippe Hamman, Jean-Mathieu Méon et Benoît Verrier (dir.), *Discours savants, discours militants. Mélange des genres*, Paris, L'Harmattan, 2002, p. 17-53 ; Yves Lochard et Maud Simonet, « Les experts associatifs, entre savoirs profanes, militants et professionnels », in Didier Demazière et Charles Gadéa (dir.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte, 2009, p. 274-284.

<sup>7</sup> Sylvie Ollitrault, « Science et militantisme : les transformations d'un échange circulaire. Le cas de l'écologie française », *Politix*, 36, 1996, p. 141-162.

professionnel. On peut même se demander si le fameux « brouillage » de la frontière du champ médico-scientifique ne contribuerait pas à des formes discrètes et inavouées de re-marginalisation des profanes. Pour être opératoire, le couple notionnel médecin/profane est à concevoir comme des entités composites et, surtout, à détacher de la dualité normative (et naturalisante) compétent-e/ignorant-e. Il faut plutôt le saisir selon une approche relationnelle, au sens où ces groupes sociaux sont liés par un rapport de pouvoir qui détermine des antagonismes ainsi que des communautés d'intérêts et de valeurs.

On s'interrogera d'abord sur la définition conflictuelle du public légitime de la formation, avant d'analyser en quoi les groupes aux intérêts différenciés qui en résultent (MLAC à majorité médicale ou profane) développent des usages et sens divergents de cette passation de savoirs.

### *Enquêter sur des MLAC*

Créé en avril 1973 sous l'impulsion du Groupe information santé (GIS) et du Mouvement français pour le Planning familial (MFPF), le MLAC a attiré très largement en 1973 et 1974 des personnes parmi les réseaux d'extrême gauche, féministes et syndicalistes, mais aussi des primo-militantes<sup>8</sup>. Les comités MLAC sont loin d'avoir parlé d'une seule voix, si bien que le pluriel s'impose pour explorer ce mouvement social. D'entrée de jeu, ils se caractérisent par une hétérogénéité de pratiques, parfois mouvantes au sein d'un même comité, en lien avec les conjonctures, rivalités et influences politiques locales. Raison pour laquelle il faut acter « la relativité [...] des appartenances et des sigles<sup>9</sup> » : des collectifs portant (parfois temporairement) le nom de l'association Choisir<sup>10</sup> ou bien optant pour une étiquette alternative ont pris part à cette pratique abortive. Les MLAC ont en commun de s'organiser autour d'activités de protestation et d'information, mais différent par leur degré d'engagement dans « l'action directe » de la prise en charge des avortements, qui est le cœur de la stratégie du mouvement : prouver, en créant l'état de fait, la caducité de la loi de 1920 vise à forcer les pouvoirs publics à modifier la législation.

Documenter les concurrences internes à propos du statut de l'expertise a nécessité de décliner l'analyse à un niveau micro. C'est en se portant au plus près des interactions et des pratiques que l'enquête a dévoilé les discordes dans l'action associant des médecins et non-médecins. Cette ethnographie historique a croisé des entretiens semi-directifs conduits avec plus de 120 ex-militant-es de MLAC et des archives issues d'une vingtaine de fonds, souvent recueillis au domicile d'enquêté-es. L'articulation des entretiens rétrospectifs et des sources écrites a permis d'appréhender la vie de différents groupes, à la fois les fractions profanes remettant en cause l'emprise médicale (dont les MLAC dissidents, poursuivant entre non-médecins la pratique abortive militante après la promulgation de la loi sur l'IVG en 1975) et les réseaux centraux de la mobilisation dans des MLAC à majorité médicale (à Paris, Lyon et Marseille). Au regard de la petite taille des scènes militantes, l'enquête s'est attachée à suivre « les

---

<sup>8</sup> B. Pavard, *Si je veux, quand je veux. Contraception et avortement dans la société française (1959-1979)*, Rennes, PUR, 2012, p. 170-179 ; Lucile Ruault, Lydie Porée et Olivier Fillieule, « Les mobilisations pour l'avortement libre. De la convergence des luttes à leur extension », in Collectif Sombrero, *Changer le monde, changer sa vie. Enquête sur les militantes et les militants des années 1968 en France*, Arles, Actes Sud, 2018, p. 711-742.

<sup>9</sup> Michelle Zancarini-Fournel, « Histoire(s) du MLAC (1973-1975) », *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, 18, 2003, p. 241-252.

<sup>10</sup> Association fondée en 1971 par Gisèle Halimi en vue de dépénaliser l'avortement, qui incarne le pan légaliste du mouvement social.

processus *vécus* de diffusion de la politique contestataire » et à les incarner à travers des réseaux d'appartenance et des parcours singuliers<sup>11</sup>.

## I- Le périmètre de la formation, un enjeu immédiat de luttes

Le mode d'existence des groupes MLAC étudiés, qu'ils soient à majorité profane ou médicale, est conditionné par la formation à l'avortement. Or, la méthode par aspiration, qui est ici transmise *via* des réseaux non pas universitaires mais militants<sup>12</sup>, est de fait préemptée par un certain nombre de médecins engagé-es. Les MLAC dessinent ainsi des espaces de solidarité et de concurrence, où il n'est pas rare que la formation relève d'une sélection de la part de figures dominantes de la lutte et de stratégies déployées par les minoritaires pour surmonter les obstacles. Par suite, les phénomènes de propagation de l'aspiration abortive s'analysent comme le produit de luttes.

### *Informer n'est pas former*

Pour comprendre la place qu'occupe « la pratique » dans le mouvement pour l'avortement des années 1970, il faut revenir à l'épicentre de l'action concertée de médecins qui mènera au MLAC. Le mouvement débute en avril 1973, dans l'optique de protéger les médecins ayant déclaré publiquement leur pratique abortive illégale. Le manifeste des « 331 médecins » est paru deux mois plus tôt dans le *Nouvel Observateur* à l'initiative de membres du Groupe information santé (GIS), créé en mai 1972. Une bonne part des figures-pivots du GIS parisien ont milité dans des organisations maoïstes durant leurs études, ou encore au Parti communiste ou au Parti socialiste unifié (PSU), et leur rupture avec ces identités partisans autour de Mai 68 n'est pas sans lien avec la faible politisation des questions de santé en leur sein. Le GIS devient le fer de lance des projets de transformation de la médecine en se mobilisant aux côtés de la classe ouvrière sur le traitement des maladies professionnelles (saturnisme, toxicité dans les usines de peinture, conditions de vie des travailleurs immigrés, contrôle patronal des arrêts de travail, etc.). Mais c'est la cause de l'avortement, par son retentissement, qui forgera sa réputation.

Porteur d'une réflexion critique sur le « pouvoir médical », le GIS revendique l'implication de professions paramédicales (infirmières, sages-femmes, kinésithérapeutes) et de simples « usagers de la santé ». Mais les non-médecins sont minoritaires, et même absent-es du bureau en juin 1973<sup>13</sup> ; le GIS est conscient de ce « point faible qui grève lourdement ses possibilités d'action » et les expose à un « médico-centrisme » récurrent<sup>14</sup>. Mais, qu'il s'agisse des secteurs Usines, Hôpital ou Sexualité-avortement-reproduction (SAR), le GIS incite à une critique profane qui aide à remettre en cause le fonctionnement mandarin de la médecine et à

---

<sup>11</sup> Isabelle Sommier, « Diffusion et circulation des mouvements sociaux », in Olivier Fillieule, Éric Agrikoliansky et Isabelle Sommier (dir.), *Penser les mouvements sociaux. Conflits sociaux et contestation dans les sociétés contemporaines*, Paris, La Découverte, 2010, p. 115.

<sup>12</sup> Sur le détail de cette technique, ses origines et son appropriation en France, voir L. Ruault, « Histoires d'A et méthode K. La mise en récit d'une technique et ses enjeux dans le mouvement pour l'avortement libre en France », *Sociétés contemporaines*, 121, 2021, p. 139-170.

<sup>13</sup> *Bulletin du GIS*, 2, 1<sup>er</sup> juillet 1973, p. 1. Archives CFDT, 8H625.

<sup>14</sup> Emmanuèle Reynaud, *D'autres problèmes sociaux, d'autres formes d'organisation politique, le cas de la santé*, Rapport pour le CNRS, Paris, CSO, 1978, p. 210.

réhabiliter le point de vue des patient-es. À ses débuts, le SAR entend « briser le monopole du savoir<sup>15</sup> » en matière de sexualité et de contrôle des naissances. Pour le GIS, repenser les rôles de médecin et de malade exige de « débloquent l'information ». Il s'agit aussi de déspecialiser : le GIS veut « récuser la *coupure entre savoir scientifique et pratique quotidienne, entre travail manuel et travail intellectuel*<sup>16</sup> ». En ce sens, la diffusion des savoirs structure son registre d'action et de revendication.

Cette optique est partagée par les comités GIS et d'autres collectifs de médecine critique qui émergent à travers le territoire dans la période post-1968 et qui, pour beaucoup, s'impliquent dans la cause pour l'avortement. À Grenoble, dès juin-juillet 1972, une médecin et une poignée d'étudiants en médecine perfectionnent la méthode abortive par aspiration apprise à Londres, de sorte qu'« une équipe plus nombreuse et solide se constitu[e], prête à répondre à une demande beaucoup plus importante ». À l'automne-hiver 1972, « les praticiens » – six hommes terminant leurs études de médecine et une infirmière – réalisent 300 avortements avec des « femmes de [l'association] Choisir<sup>17</sup> ». Les premiers mois, de façon clandestine, le but du groupe est de « faire connaître » la méthode, de la « diffuser afin qu'un nombre croissant de femmes puissent en profiter » : « Nous pensions [...] que l'appliquer, même sans publicité, pouvait aider à briser le silence qui entourait l'avortement, pouvait contribuer au développement de la mobilisation<sup>18</sup>. »

Ce discours de justification se comprend à l'aune de la primauté accordée à un autre horizon d'attente. Des médecins du GIS, qui viennent d'assister à la démonstration à Paris de ce qui sera bientôt nommée la « méthode Karman<sup>19</sup> », sollicitent une rencontre. Vincent, qui fait alors partie des étudiants grenoblois, raconte : « on a décidé d'organiser, avec un terme bien pompeux, un “séminaire de formation” au tout début d'octobre 72. On a invité les gens d'autres villes, essentiellement des Parisiens sont venus<sup>20</sup>. » L'appellation « séminaire », révélatrice de l'entremêlement des registres professionnel et militant, suggère que les militant-es se pensent comme les dépositaires de la méthode abortive. Au-delà de la mise en commun des questions techniques, l'objectif de la rencontre est de se mettre d'accord sur une stratégie politique, comme le raconte Daniel :

« [Les Grenoblois] disaient : “y'a de plus en plus de femmes qui viennent nous voir, on est débordés, etc.” [...] On était plutôt réticents. [...] Donc il y a eu tout un travail de réflexion. On a décidé : “on s'y met. Mais il ne faut pas qu'on fasse des avortements simplement comme ça pour faire des avortements, mais pour influencer, marquer, et inscrire notre pratique dans un mouvement pour changer la loi.” C'est là qu'est venue notre idée du manifeste. [...] [qui] ne pourra être publié que quand on aura fait cent avortements<sup>21</sup>. »

---

<sup>15</sup> « Groupe S.A.R », document de présentation du GIS, vers printemps-été 1972, p. 12. Archives privées.

<sup>16</sup> Michel Foucault et les membres du GIS, « Médecine et lutte de classes », *La Nef*, 49, oct.-déc. 1972, p. 68.

<sup>17</sup> Geneviève, « Petit historique du MLAC-Choisir Grenoble », *Marie Colère*, 3, décembre 1978, p. 8.

<sup>18</sup> Comité pour la liberté de l'avortement et de la contraception (Grenoble), *Libérons l'avortement*, Paris, Maspero, 1973.

<sup>19</sup> B. Pavard, « Genre et militantisme dans le Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception. Pratique des avortements (1973-1979) », *Clio. Histoire, femmes et sociétés*, 29, 2009, p. 81-82.

<sup>20</sup> Entretien, juin 2013. L'identité de l'ensemble des enquêté-es a été anonymisée.

<sup>21</sup> Entretien avec Daniel (GIS, MLAC et MFPP), avril 2013.

Les Parisien·nes entendent avoir une pratique d'avortements moindre (relativement à la demande), étudier et commencer à codifier cette pratique sécurisée pour bafouer la loi au grand jour. La logique de large diffusion est celle des Grenoblois qui, encore étudiants en majorité, sont des figures moins héritières et peu tournées vers les spécialités et l'élite de la profession, mais aussi moins dotées en ressources militantes. Le débat tourne à l'avantage du GIS parisien, dont certains membres présents sont des militants chevronnés et plus installés professionnellement. Dans les semaines qui suivent, le périmètre de discussion et d'application de la méthode abortive est restreint à des réseaux de médecins critiques. La confidentialité de cette pratique est partie prenante de la stratégie : la phase d'expérimentation débouchera sur la publication du premier « rapport médical » en France sur cette technique, d'où l'importance de la protéger du regard pour créer l'effet de surprise lors de sa révélation publique *via* le manifeste.

De l'automne 1972 au printemps 1973, alors que la jonction entre lutte pour l'avortement et cercles de médecine critique continue d'opérer, les Grenoblois·es et les Parisien·nes forment leurs collègues d'autres villes. Une esquisse de cartographie des apprentissages montre que la technique circule par interconnaissance dans un entre-soi médical : à Paris, Daniel (alors chercheur, 30 ans) transmet à Marthe (gynécologue médicale, 29 ans) et à Clémence (généraliste, 37 ans), qui à leur tour l'enseignent, l'une à Joséphine (pédiatre, 29 ans) et l'autre à Juliette (anesthésiste, 45 ans). À Marseille, Clotilde (généticienne, 27 ans) l'apprend par un médecin généraliste de 32 ans. À Lyon, Colette (généraliste, 28 ans) et Sylvère (gynécologue-obstétricien, 35 ans) l'acquièrent avec Bernard et Jean (généralistes au centre de santé, étudiant et en libéral, 27 et 30 ans), qui l'ont eux-mêmes apprise des étudiants grenoblois, etc. L'ensemble prend, pour reprendre les mots de Joséphine, « un côté compagnonnage<sup>22</sup> », résonant tout à fait avec la socialisation médicale, particulièrement à l'hôpital<sup>23</sup>, qui aboutit à un mouvement de promoteur·rices d'un nouvel objet médical.

Mais *informer* les non-médecins ne signifie pas les *former* : avant la publication du manifeste des 331 médecins en février 1973, un nombre infime accède au savoir-faire de l'aspiration. C'est le cas en proche banlieue parisienne d'un petit groupe d'enseignantes, artistes et infirmières, dont certaines, déjà engagées dans une pratique abortive illégale, entendent parler d'une méthode plus satisfaisante que la sonde et veulent l'apprendre<sup>24</sup>. Elles rencontrent à plusieurs reprises les médecins du GIS, qui leur signifient leurs réticences à les former et leur refus dans l'immédiat « car on était des p'tites infirmières de rien ! », relate Hélène<sup>25</sup>. Anna, Hélène et deux autres du groupe partent en stop à Grenoble, où elles savent pouvoir acquérir la

---

<sup>22</sup> Entretien avec Joséphine (MFPP, GIS et MLAC), avril 2014.

<sup>23</sup> Isabelle Baszanger, *Des généralistes en particulier : une approche biographique des processus de socialisation professionnelle*, thèse de doctorat, EHESS, 1979, p. 218-219 ; Anne-Chantal Hardy-Dubernet, Michel Arliaud, Chantal Horellou-Lafarge, Fabienne Le Roy et Marie-Anne Blanc, *La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins*, Rapport de recherche pour le programme INSERM/CNRS/MiRe 98, 2001 ; Emmanuelle Zolesio, « La socialisation chirurgicale, un apprentissage "par claques" », *Revue française de pédagogie*, 184, 2013, p. 95-104.

<sup>24</sup> Les renseignements glanés leur indiquent que cette technique assure un résultat immédiat et moins douloureux que la sonde qui consiste à insérer un corps étranger dans l'utérus. Voir L. Ruault, « Histoires d'A et méthode K... », art. cité.

<sup>25</sup> Entretien téléphonique, juin 2016.



technique auprès du groupe étudiant<sup>26</sup>. À leur retour, expliquent-elles à l'époque, « on a commencé à s'apprendre entre nous<sup>27</sup> » : des connaissances anatomiques, physiologiques, techniques comme l'injection intramusculaire (qui précède l'aspiration) et des gestes gynécologiques. À partir de décembre 1972, ce groupe de femmes pratique des aspirations, toujours par le bouche-à-oreille. Les relations sont tendues avec les médecins parisiens, qui désapprouvent leur apprentissage : « le GIS nous a incendiées parce qu'on était passées par-dessus le GIS<sup>28</sup> ». La formation à l'avortement par aspiration apparaît alors comme un enjeu de lutte interne au champ médical, au croisement du genre et de la position professionnelle : les militants hommes sont majoritairement des médecins établis et font face à des non-médecins femmes occupant des emplois subalternes de la santé. Mais le conflit dépasse le monde soignant. Il est significatif que, à ce stade, les formes de captation de la technique par des non-médecins soient le fait de femmes « concernées », selon le terme qu'elles affectionnent, préalablement dotées, pour certaines, de savoirs abortifs. Ce groupe de femmes conquiert la possibilité même d'accéder à une formation, en franchissant les obstacles que leur opposent les médecins pour les tenir à distance.

La pratique abortive divise immédiatement le mouvement social en germe. Pour que la publication imminente du manifeste du GIS soit accueillie avec tout le crédit attribué à la médecine, il est probable que les profanes ne doivent pas apparaître publiquement comme des contributrices. Réguler la dissémination de la méthode ne repose pas seulement sur le contrôle de la formation, comme en témoigne Anna à l'époque : « Ce qui nous foutait la trouille, c'est que les médecins nous disaient : si vous vous faites piquer, vous irez en [taule], et personne ne vous défendra, tandis que si nous on se fait piquer, on sera défendu par tous les médecins qui ont signé le manifeste<sup>29</sup>. » Dans cette phase préparatoire, encore clandestine, de la mobilisation, les médecins invoquent l'argument de la répression pour justifier la mise hors-jeu des autres. Cette défense collective excluant les non-médecins est tout à fait révélatrice de communautés de pratique en concurrence, celle des médecins qui se réfèrent à leur corps professionnel et celle des femmes qui fondent leur légitimité à pratiquer sur leur appartenance de sexe et sur des savoirs expérientiels.

Par sa morphologie souple, issu d'un regroupement affinitaire, le groupe d'Anna et Hélène échappe aux modes d'appréhension usuels de l'action collective. Quand cette pratique tombe pour elles sous le sens de l'expérience vécue, un certain nombre de médecins persistent à leur accoler l'étiquette « MLF » (Mouvement de libération des femmes), ce qui répond au fond à un besoin d'identifier une activité politique incongrue entre femmes. Si certaines d'entre elles ont déjà eu des engagements (brève expérience d'Anna dans un groupuscule maoïste à l'orée des années 1970, et d'Hélène avec le courant antipsychiatrie), elles insistent sur la faiblesse de leur compétence politique. Anna tend à nier tout ancrage politique de la démarche (« je crois qu'il n'y avait même pas de groupe politique. Moi à l'époque, j'étais apolitique... totale. ») pour considérer qu'elle découle de sa trajectoire genrée et professionnelle – en particulier de sa

---

<sup>26</sup> Les maoïstes à l'origine de la section Choisir-Rennes sont aussi en mesure de démarrer la pratique abortive grâce à un séjour fin 1972 à Grenoble, où un infirmier rennais se forme. Voir Patricia Godard et Lydie Porée, *Les femmes s'en vont en lutte ! Histoire et mémoire du féminisme à Rennes (1965-1985)*, Rennes, Éditions Goater, 2014, p. 37.

<sup>27</sup> « Chacune dans leur coin », *Vie quotidienne et avortement*, 17, mars 1974, p. 15. Cote F Delta Res 576/5/12/1, dossier 5, bibliothèque La Contemporaine (université Paris Nanterre).

<sup>28</sup> « Chacune dans leur coin », *Vie quotidienne et avortement*, 15, mars 1974, p. 19.

<sup>29</sup> « Discussion du 13 mars 1974 », *Vie quotidienne et avortement*, 16, mars 1974, p. 9. Souligné dans le texte.

propre expérience de l'avortement clandestin (« une galère insensée ») et de sa confrontation régulière, en tant qu'infirmière, aux maltraitements des avortantes à l'hôpital (insultes, curetages à vif à visée punitive, etc.). Les processus d'engagement montrent des militantes mues par le souci de compenser l'incapacité légale des femmes d'avorter à travers une pratique rigoureuse, respectueuse et collectivement maîtrisée. L'hostilité du corps médical engagé face à leur demande de formation exacerbe leur volonté de développer une pratique *par et pour* des femmes.

« Nous ne sommes pas des médecins, nous ne sommes pas des spécialistes, nous ne faisons pas de la médecine parallèle. Nous ne sommes ni militantes du MLAC, du GIS, du MLF, de quelques organisations que ce soient. Nous sommes des femmes qui pratiquons collectivement des interruptions de grossesses par la méthode Karman<sup>30</sup>. »

Leurs discours revendiquent une certaine marginalité dans l'espace des luttes pour l'avortement libre en 1973. Ils suggèrent un engagement du quotidien façonné par leur confrontation intime à l'avortement, des dispositions au travail de soins et de sollicitude ainsi qu'une conscience de genre<sup>31</sup>.

La captation d'une technique par des non-médecins, qui résulte de jeux de conflits et d'alliances avec des fractions critiques de la médecine, montre combien la formation à l'avortement structure d'emblée la mobilisation et les identités militantes en construction. Les appropriations de « la pratique » qui apparaissent sont au fondement de définitions concurrentes de l'engagement pour l'avortement libre. Les tentatives d'intimidation du GIS, qui vante la diffusion de l'information tout en contrôlant la formation, n'arrêteront pas ce groupe de femmes. Elles font même partie des actrices qui, en disséminant l'aspiration abortive auprès de groupes et en leur donnant les moyens d'agir sans profession de santé, favorisent l'autonomisation de réseaux profanes.

### ***Massifier versus réguler la formation***

À partir d'avril 1973, l'association MLAC encourage la création de comités, il suffit pour cela de « se faire connaître par le MLAC national », « aucune démarche administrative n'est nécessaire : il y a une section locale de fait<sup>32</sup> ». Son indépendance implique qu'elle organise ses moyens de propagande et une permanence pour diffuser l'information sur la contraception, l'avortement et la sexualité. Le MLAC étend très rapidement son périmètre d'action : des groupes se montent avant l'été 1973 dans au moins « 60 villes<sup>33</sup> » en France métropolitaine et, bien qu'assez absente dans les départements ruraux, elle représente 250 à 300 permanences jusqu'à l'automne 1974<sup>34</sup>.

---

<sup>30</sup> « Moins on en fait, plus on est contente... », signé par quatre femmes, 1973. Archives privées.

<sup>31</sup> Eleni Varikas, « Subjectivité et identité de genre. L'univers de l'éducation féminine dans la Grèce du XIX<sup>e</sup> siècle », *Genèses*, 6, 1991, p. 29-51.

<sup>32</sup> « Structuration du MLAC », document envoyé avec la Charte aux groupes voulant se constituer en MLAC, datable du printemps 1973. Archives CFDT, 8H625.

<sup>33</sup> « Audition du mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception », 23 novembre 1973. CFDT, 8H1424.

<sup>34</sup> Difficile de chiffrer en raison de la forte autonomie des groupes (certains ne se signalant pas auprès du MLAC-central), de leurs activités assez inégales sur une courte période et de leurs appellations changeantes.

Pendant un temps, des médecins critiques s'arrogent un rôle de référent dans la bataille qui s'engage et, maîtrisant l'acte opératoire, sont appelé-es en différents quartiers et villes notamment pour former à l'avortement. « Il est indispensable que des camarades du GIS aillent animer les meetings du MLAC », puis qu'ils et elles fassent un compte rendu<sup>35</sup>. Signe de ce rôle de coordination, le sous-groupe Sexualité-avortement-reproduction du GIS se divise en cinq groupes de travail au printemps 1973 : formation, information, centre, permanence, groupe MLAC. Mais qui donc former ? L'une des seules décisions ressortant alors des discussions du GIS est que « la formation doit être orientée politiquement : ce qui veut dire que devront être formés en priorité ceux et celles dont l'activité pourra être immédiatement utilisable par les groupes de quartier ». Le flou de la consigne laisse *a priori* toute latitude aux militant-es dans l'enseignement de la technique.

Néanmoins, la position confuse que le GIS expose d'un discours à l'autre (en interne, dans la presse, dans son livre paru au printemps 1973) présage l'ambiguïté fondamentale des médecins des MLAC à propos de la place des profanes dans l'acte abortif. En pratique, l'attitude des médecins du GIS se révèle assez homogène : la plupart refusent de former des non-médecins, y compris des professionnelles du soin. Cette relative cohérence dans la défense d'une formation sélective tient, d'une part, aux fondements de leur ethos critique (j'y reviendrai) et, d'autre part, à la médecine en tant qu'instance socialisatrice, par laquelle ses professionnel·les ont dans une certaine mesure intériorisé un système de valeurs commun et des intérêts propres qui produisent le sentiment de légitimité à occuper une position dominante<sup>36</sup>. Leur mise en présence avec des non-médecins dans ce militantisme est même susceptible d'activer cette prétention, comme en témoigne ce généraliste dans les années 1970, étudiant durant son engagement au MLAC :

« ça m'a permis d'être médecin sans l'être. Enfin... ce n'était pas sans l'être, c'est on ne peut plus l'être parce que dans un groupe du MLAC on est médecin et puis on l'est [vraiment], puisqu'il n'y a même plus personne au-dessus pour contrôler ce qu'on dit ou ce qu'on fait [...], c'est une certaine reconnaissance de ce qu'on est qui finalement n'existe pas à l'hôpital. Je veux dire, à l'hôpital, on n'est rien [en tant qu'étudiant]<sup>37</sup>. »

La sociologue Laure Pitti remarque en outre que les médecins qui militent pour le droit d'avorter « occupent souvent des positions plus élevées dans la hiérarchie médicale » que celles et ceux impliqués dans les autres secteurs du GIS, d'où une critique plus modérée de l'autorité médicale et une considération moindre des compétences des profanes<sup>38</sup>. Si le constat est à nuancer – bien des généralistes engagé-es au MLAC rejettent aussi la formation de profanes –, l'absence de carrière hospitalière est en effet commune à la plupart des médecins réceptif·ves à

---

<sup>35</sup> *Bulletin du GIS*, datable d'avril ou mai 1973 (et citation suivante). CFDT, 8H625.

<sup>36</sup> Howard S. Becker, Blanche Geer, Everett C. Hughes et Anselm L. Strauss, *Boys in White. Student Culture in Medical School*, Chicago, University of Chicago Press, 1961 ; Magali Sarfatti Larson, *The Rise of Professionalism. A Sociological Analysis*, Berkeley, University of California Press, 1977.

<sup>37</sup> Entretien réalisé dans les années qui suivent le vote de la loi sur l'IVG, par I. Baszanger (*Des généralistes en particulier...*, *op. cit.*, p. 209-210).

<sup>38</sup> Laure Pitti, « Experts "bruts" et médecins critiques. Ou comment la mise en débats des savoirs médicaux a modifié la définition du saturnisme en France durant les années 1970 », *Politix*, 91, 2010, p. 129.

la quête d'autonomie des profanes, conjointement à d'autres facteurs (âge<sup>39</sup>, sexe, position dans l'espace des spécialités, expérience personnelle de l'apprentissage auprès de profanes).

Les permanences de quartier se multiplient en Île-de-France, avec des modes d'action distincts. Dans le 12<sup>e</sup> arrondissement parisien, un MLAC fait de la pratique d'avortements entre non-médecins un enjeu central et se refuse précisément à être « un groupe de propagande pure et simple » à l'instar d'un autre MLAC du même arrondissement<sup>40</sup>. Comment pareille revendication voit-elle le jour ? En avril ou mai 1973, Anna, l'une des membres du groupe évoqué précédemment, participe à un meeting sur l'avortement dans le 12<sup>e</sup>, lors duquel des membres d'un groupe femmes déplorent l'attentisme militant. Tenant à une pratique de quartier et à ne plus faire déplacer les avortantes, elles ont « acheté leur matériel » et « harcel[é] les médecins pour qu'ils viennent [pratiquer] dans le 12<sup>e</sup><sup>41</sup> », souvent en vain. Un tournant est pris à l'issue de la passation de savoir-faire par Anna. Se rejoignent une implantation militante localisée et une pratique autonome de femmes qui, sans soutien organisationnel, n'avait alors qu'une faible portée vindicative, selon Anna :

« On n'arrivait pas à former des gens pour que ça fasse boule de neige, de sorte qu'on avait l'impression de fonctionner en vase clos, c'était pas payant ! Quand on a vu le 12<sup>e</sup> qui était organisé au niveau du quartier, on s'est [dit] que finalement, c'était vachement important, parce que les femmes avortées, les copines les reverront en faisant leurs courses, en allant accompagner les gamins à l'école, etc. »

Au contact de réseaux d'extrême gauche, leurs compétences trouvent à se convertir en répertoire d'action. Car cette rencontre ne tarde pas à générer un nouvel horizon politique : la sortie de la clandestinité de la pratique abortive de non-médecins, dans un contexte de médiatisation de la cause. Cette revendication fait l'objet d'une action directe, le 16 juin 1973, suivie d'une conférence de presse sur le marché d'Aligre, à Paris, où des femmes avortées témoignent : « Martine, Monique et Catherine [...] ont décidé d'avorter là où elles vivent, là où elles se sentent en sécurité, dans le cadre du groupe de quartier (12<sup>e</sup>-19<sup>e</sup>-20<sup>e</sup>) en dehors de l'autorité méprisante des médecins<sup>42</sup>. »

Le groupe d'Anna et Hélène met largement ses savoirs à disposition de militant-es en Île-de-France. En assurant la formation, Anna aide par exemple, *via* d'ex-membres de la Gauche prolétarienne (GP) et du Secours rouge, au démarrage d'un MLAC dans le 19<sup>e</sup> arrondissement, qui rassemble bientôt une douzaine de femmes, pour la plupart extérieures à l'univers médical : mises à part une infirmière (militante de la GP) et une sage-femme qui les rejoint en cours de route, il compte notamment une secrétaire, une orthophoniste et une technicienne d'imprimerie militante. La méthode par aspiration circule donc entre profanes par l'entremise de réseaux maoïstes et de femmes ayant une position intermédiaire entre médecin et profane. Ces infirmières jouent, en région parisienne et probablement ailleurs, un rôle décisif de médiatrice dans la passation de savoir-faire auprès d'univers militants assez divers (en termes d'idéologies,

---

<sup>39</sup> Les médecins concerné-es figurent parmi les plus âgé-es de mon corpus (né-es dans les années 1920-30), en décalage, donc, avec l'unité de génération des instigateurs du GIS (politisés par la guerre d'Algérie et issus du gauchisme politique).

<sup>40</sup> *Avortement et vie quotidienne*, 4, décembre 1973, p. 2.

<sup>41</sup> « Discussion du 13 mars 1974 », art. cité, p. 10 (et citation suivante).

<sup>42</sup> Tract, « Un avortement annoncé publiquement dans votre quartier », signé « Comité de Quartiers 12<sup>e</sup>, 19<sup>e</sup>, 20<sup>e</sup> MLAC ». BnF, FOL-WZ-989.

de ratio femmes/hommes et profanes/médecins). En peu de temps, se développe un réseau parisien de pratique profane, dont les motifs politiques sont de deux ordres : répondre à la demande grandissante d'avortements ainsi que, sur inspiration maoïste<sup>43</sup>, mettre en œuvre *une pratique locale*.

---

<sup>43</sup> Au cœur du répertoire protestataire maoïste, se trouve le « précepte de s'engager pratiquement, de passer soi-même à l'acte ». Voir Nicolas Hatzfeld, « Les établis : du projet politique à l'expérience sociale », in Philippe Artières et Michelle Zancarini-Fournel (dir.), *68. Une histoire collective (1962-1981)*, Paris, La Découverte, 2015 [2008] p. 547.

RUBRIQUE : LA RECHERCHE AU SERVICE DES GENS .

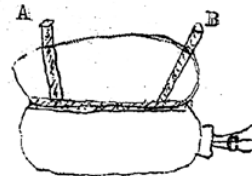
Plusieurs aspirations Kamman ont eu lieu récemment dans le Nord , sans matériel d'origine ( bougies , canules , aspirateur ). Dans ce bulletin nous indiquons la recette : faites un aspirateur plus efficace avec un moteur de frigidaire . ( à partir de la fabrication des canules pour 15 centimes pièce ).

- aspirateur de faible prix : 80 F. le moteur , à acheter entre autre 245 rue Lafayette à Paris ( près de la gare du Nord ).  
- aspiration plus rapide ( 45 secondes en moyenne pour une 8-9 semaines ). La depression monte à 70 cm. de mercure au lieu de 40 cm. sur l'aspirateur dit " médical " .

- pas de bruit , on en oublie de le débrancher .

- bonne contraction de l'utérus en fin d'aspiration , pas de canules bouchées ; D'autres parts , l'aspiration étant très brève la femme aspirée peut le faire entièrement elle même .

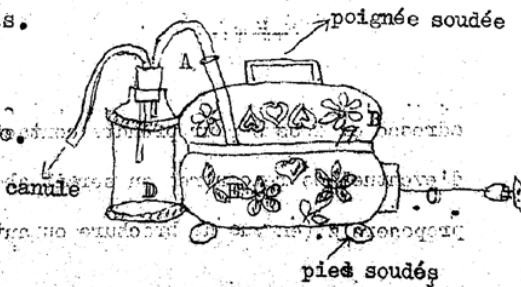
- A) tuyau d'entrée du liquide réfrigérant .
- B) tuyau de sortie du liquide réfrigérant .
- C) prise de courant .



MOTEUR AVANT TRANSFORMATION .

Transformation . ( A savoir que si on transforme un moteur de frigidaire en aspirateur , on ne peut plus faire d'esquimaux gervais après !!! )

- A) renforcez le tuyau de entrée ( qui sera branché au bocal ) avec du sparadrap ou de la soudure à froid .
- B) coupez le tuyau de sortie à ras .
- C) le plus souvent , il y a 3 fils électriques pour le branchement dont un de masse , il est inutile .
- D) soudez un panier pour tenir le bocal .
- E) peignez des petites fleurs ,



ENTRETIEN :

- 1) Débrancher l'aspirateur dès qu'il ne sert plus !
- 2) Ne jamais coucher le moteur car il baigne dans un fond d'huile .
- 3) Ces moteurs sont puissants , emportez des plombs de secours chez les gens !!!

PAGE 2 .

## COMMENT NOUS PRATIQUONS LES AVORTEMENTS PAR ASPIRATION

Cette méthode très simple est pratiquée depuis près de 15 ans par les infirmières chinoises. Elle nous est parvenue début 1973 par l'intermédiaire d'un psychologue américain Harvey KARMAN venu à Paris l'apprendre aux médecins du G.I.S.

Les avantages de la méthode "par aspiration" (selon la traduction de l'article de "Population Reports" parue dans le Monde du 7 Mars 1973) sont : la simplicité, la possibilité d'employer un personnel paramédical, les complications minimales, les effets secondaires mineurs, la rapidité du procédé, l'absence d'anesthésie générale, un équipement peu onéreux.

ELLE EST SIMPLE ET RAPIDE pour les grossesses de 5 à 7 semaines (7 à 9 semaines d'aménorrhées). On peut sans problème notoire aller jusqu'à 9 semaines de grossesse avec une canule de 8 mm, c'est parfois un peu plus long.

La durée de l'avortement est de 1/2 heure à 3/4 d'heure, y compris un toucher vaginal, la pose du spéculum, la désinfection de l'exocol, la pose de la pince Pozzi et la dilation. L'aspiration elle-même dure de 2 à 5 minutes. Les deux moments parfois douloureux sont la dilation et l'aspiration, pendant lesquels l'utérus a des contractions et provoque des sensations comparables à des règles douloureuses.

La technique est applicable par n'importe quelle personne réellement décidée à bien la pratiquer :

- . s'assurer de l'âge exact de la grossesse par le toucher vaginal et pas seulement selon la date des dernières règles (comme le font trop souvent certains médecins) ;
- . s'assurer des antécédents gynécologiques et généraux : gestations et avortements antérieurs, tension, circulation sanguine (coagulation) et Rhésus ;
- . s'assurer des très rares contre-indications à l'atropine (une prémédication d'antropasmodique uniquement est faite 1/4 d'heure avant l'aspiration) ;
- . permettre un climat d'égalité et de tendresse entre toutes les personnes présentes en donnant le maximum d'informations sur la méthode et les sensations, en donnant le rôle principal, central, à la femme avortée. C'est elle qui regarde, qui contrôle ce qui est fait, qui peut se pratiquer elle-même certaines opérations ; c'est elle qui décide des temps de repos en cours d'aspiration.



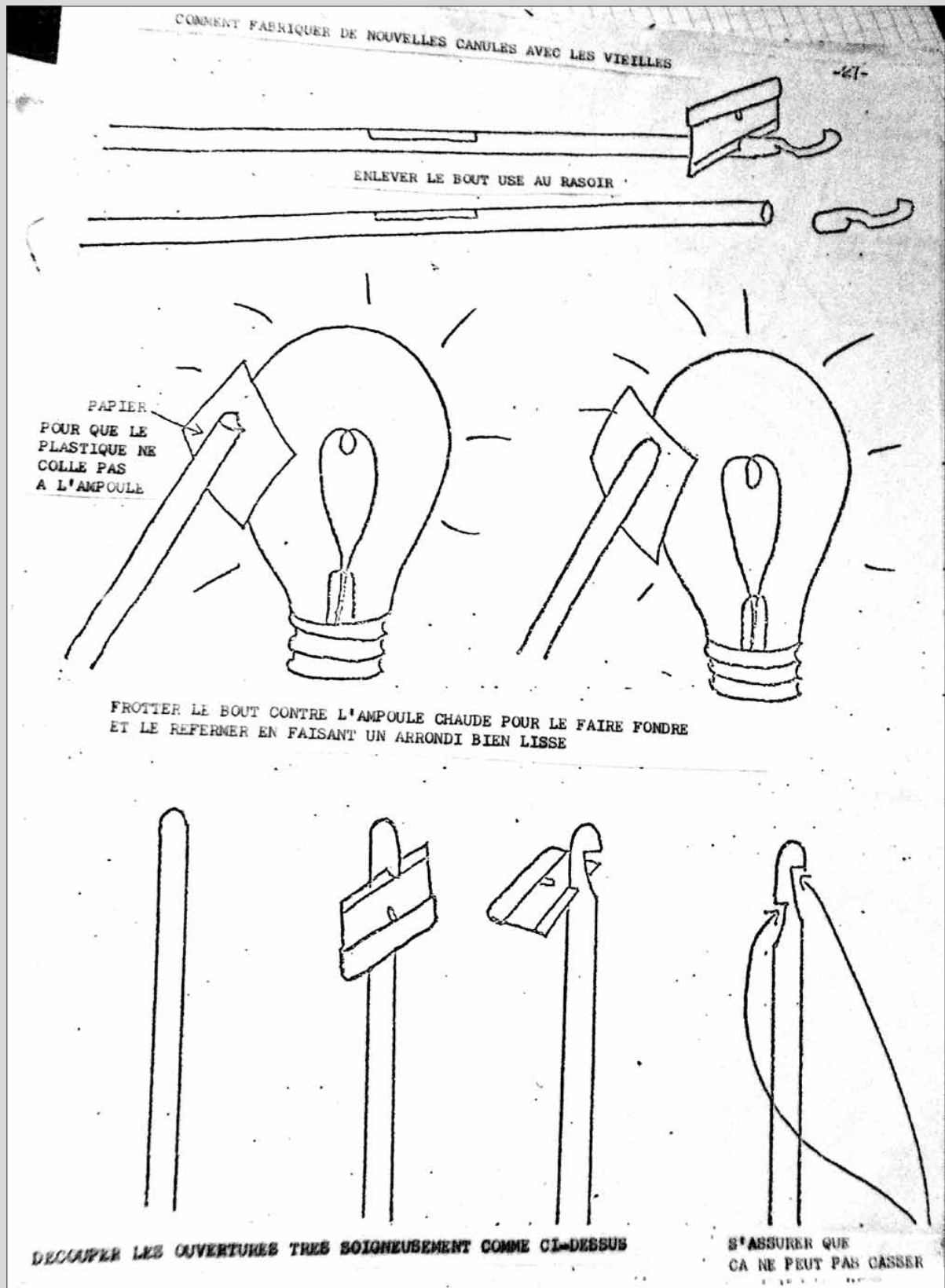


SCHÉMA DE FABRIQUE de canules pour la méthode par aspiration.



Les premières assises nationales du MLAC, en novembre 1973, cristallisent le clivage autour de la place à donner à la réalisation d'avortements dans l'orientation du mouvement. Une tendance défend la pratique, à « visée exemplaire », d'un petit nombre d'actes faisant pression sur le gouvernement sans pour autant « gérer la pénurie » et espère la création de « centres d'orthogénie » (dédiés à la régulation des naissances) comme structures reconnues d'utilité publique<sup>44</sup>. Une autre, qui attribue à la pratique abortive des ferments révolutionnaires et qui vante le travail des groupes « de base » auprès des populations, donne notamment lieu à une coordination des groupes de quartier, d'abord les MLAC-14<sup>e</sup>, 20<sup>e</sup> et Nanterre-Colombes, rejoints par d'autres (surtout de la région parisienne, du Nord, de l'Oise et du Doubs). Affirmant la possibilité d'une pratique profane et sa dissémination, son bulletin de liaison *Avortement et vie quotidienne* (29 numéros de novembre 1973 à septembre 1974) montre une mise en commun des ressources matérielles (commandes groupées de canules d'aspiration, invention de techniques d'aspiration, etc.) et des retours d'expérience, y compris sur les relations avec les avortantes. Cette coordination a deux leitmotifs : la force de « la pratique » locale par des individus ordinaires et son articulation avec d'autres terrains de lutte (causes ouvrières, des immigré-es ou encore des réfractaires au service militaire).

Alors que la lutte pour l'avortement libre prend de l'ampleur à l'échelle nationale, « la pratique » essaime par d'autres biais. La plus grande propension de médecins hors-Paris à transmettre la technique s'explique par la taille réduite des réseaux militants, la sociographie (des médecins plus jeunes, pas encore investi-es d'une place dans la profession) et la moindre structuration des collectifs de médecine critique. Ce détail compte pour la formation du MLAC d'Aix. À l'été 1973, trois membres d'une communauté installée dans un quartier nord d'Aix-en-Provence, la Commune, se forment à la méthode par aspiration auprès de médecins et internes d'un MLAC de Marseille, contactés par des réseaux du PSU. Après avoir pratiqué « sous contrôle » d'un médecin marseillais durant quelques semaines, le MLAC d'Aix fonctionne quasiment entre profanes. Il ne s'agit alors pas d'une revendication, le groupe cherchant en vain à se rallier des médecins d'Aix. Néanmoins, cet apprentissage est décrit comme fondateur pour l'identité du MLAC d'Aix et sa critique radicale de la spécialisation :

« La 1<sup>re</sup> semaine où j'ai été à Marseille, [...] je faisais des cauchemars. C'était la pratique des médecins, c'était l'intensité de ce que vivaient les femmes avec comme réponse uniquement la médecine. De cette époque date pour moi la volonté d'échapper à l'emprise des médecins. On a tout de suite eu envie d'aller plus loin<sup>45</sup>. »

Joseph considère sa formation à la pratique abortive comme un moment de prise de conscience sur le pouvoir médical. De plus, l'équipe de médecins marseillais s'est montrée plus méfiante à l'égard d'Odile, alors même que, par ses études d'infirmière et d'assistante sociale, elle détenait des compétences anatomiques, d'hygiène et de soins (dont les injections), contrairement à ses camarades Joseph et François (alors mécanicien-auto et chauffeur-livreur, suivant une trajectoire de déclassement volontaire). Odile raconte : « Je me suis formée (eux ils me disaient rien), moi j'existais pas. Mais je regardais<sup>46</sup>. » Cette attitude discriminante

---

<sup>44</sup> « Compte rendu des Assises nationales du MLAC. Grenoble les 10-11 novembre 1973 ». CFDT, 8H625

<sup>45</sup> Joseph, retranscription des discussions entre 16 membres du MLAC et de la Commune, 9 septembre 1978.

<sup>46</sup> Odile, *ibid.*

(alimentée par des connivences masculines liées à des responsabilités passées au PSU) active la réflexion des Aixois-es quant aux rapports médecins/profanes. Dans cette apparition d'une défiance envers le corps médical, compte aussi la rupture interne, au printemps 1974, initiée par une équipe autour de Clotilde (la seule médecin de l'histoire du MLAC d'Aix). Cette « crise du MLAC », ainsi qu'elle est identifiée dans les archives, est par ailleurs emblématique de la centralité des avortements dans la définition de l'identité collective. Ainsi, l'opposition au groupe fondateur du MLAC d'Aix se matérialise par un vol de matériel en vue de saboter l'activité abortive : en pleine nuit, l'équipe de Clotilde entreprend de récupérer « le fichier » des avortantes et le matériel d'aspiration stockés sous le capot d'une voiture de la Commune. Plus tard, dans un tout autre contexte, alors que le MLAC d'Aix fonctionne exclusivement entre non-médecins depuis quatre ans, des militantes reprochent à la Commune d'accaparer le pouvoir décisionnel :

« Depuis un an, il était question que Martine, suffisamment formée, prenne une équipe en mains [...]. Pour elle comme pour d'autres, à propos de questions relevant de problèmes pratiques [...], les réponses devaient être arrachées de haute lutte, ce qui était frustrant et infantilisant. [...]

En juin 78, cette équipe a été formée [...] l'équipe a continué et bien fonctionné. Ce groupe, totalement autonome pour la première fois depuis longtemps, a tout de suite été en butte à des critiques injustifiées. [...]

Il y a quelques années, d'autres équipes avaient fonctionné de la même façon et avaient aussi été critiquées et rejetées.

La seule explication, quoi qu'on puisse en dire à la Commune ou ailleurs, est la crainte de perdre [son] pouvoir [...]. Si jusqu'à présent, ce pouvoir n'a été que menacé sans jamais s'écrouler, c'est parce que les anciennes de la Commune ont les moyens matériels et dialectiques de le protéger<sup>47</sup>. »

Ainsi, tout au long de l'histoire du MLAC d'Aix, la pratique abortive cristallise les différends et les sentiments d'appartenance. Par la propriété des savoirs et du matériel, selon une dynamique comparable à celle observée dans des MLAC à majorité médicale, le groupe fondateur se rend incontournable et façonne les activités militantes. Dans ce contexte, se former peut donc signifier s'autonomiser du groupe dominant.

Pour le groupe d'Anna et Hélène comme pour la coordination Avortement et vie quotidienne, pour le MLAC d'Aix mais aussi pour des groupes non affiliés au MLAC, il s'agit de former le plus grand nombre à l'avortement, dans l'espoir de « faire boule de neige ». D'où un essaimage rapide dans certains départements : le MLAC d'Aix forme, par exemple, le groupe d'Apt, celui de Toulon fait de même pour le comité de La Ciotat. Le groupe Choisir d'Annecy organise « tous les 15 jours [...] une “école des Karman” visant à former des camarades d'autres villes<sup>48</sup> ». Ces processus de transmission font l'objet de luttes qui dépassent le clivage médecins/profanes, comme on vient de le voir avec le cas aixois. Toutefois, l'objectif énoncé reste de généraliser la formation à l'avortement, de transmettre au tout-venant sans considération de statut ni de diplôme. Cela donne d'ailleurs lieu à des situations d'apprentissage inversées par rapport à l'ordre dominant : dans le MLAC-Paris 14<sup>e</sup>, l'anesthésiste Juliette

---

<sup>47</sup> « MLAC d'Aix en Provence », *Aixzema*, 3, mars 1979.

<sup>48</sup> Groupe Choisir d'Annecy, « Pratique de l'avortement par aspiration (Karman) », janvier 1974. Archives privées.

apprend la méthode par aspiration au cours d'avortements à domicile aux côtés de profanes ; Anna et Hélène l'enseignent à plusieurs médecins ; un infirmier du comité Choisir-Rennes forme des étudiant·es en médecine<sup>49</sup> ; etc.

Dans l'humeur anti-institutionnelle des années 68, le déploiement d'un versant profane de l'avortement militant à Paris et Aix-en-Provence est lié à un enchevêtrement de mots d'ordre maoïstes, d'expérimentations communautaires et d'influences féministes. Enchevêtrement du reste visible dans les écrits des MLAC, saturés du terme « pratique », qui s'est comme imposé depuis des perspectives maoïstes, auquel s'ajoute régulièrement le terme « femmes ». Le MLAC d'Aix déclare ainsi : « notre groupe est un des rares à être vraiment pris en main par les femmes avortées et non par des militants professionnels. C'est là notre force principale<sup>50</sup>. » Un principe-clé du groupe, face à « une grande demande de formation<sup>51</sup> » entre 1973 et 1974, est de donner la priorité aux avortées, dans l'optique de favoriser l'autonomie des femmes dans la pratique abortive ainsi que l'engagement de celles issues des classes populaires.

## II- Ce que former veut dire

Les groupes engagés ne s'entendent ni sur les destinataires ni sur les finalités de la formation. En revanche, ils ont en commun de minorer, dans une certaine mesure, la place de la technique dans la formation militante, ce qui permet de justifier alternativement une confiscation des savoirs ou une déspecialisation. Outre l'accès à des savoirs, c'est le contenu même de la formation qui constitue un phénomène sélectif entre professionnel·les et profanes. À partir de ces conflits de définition, il est possible d'isoler deux modes de formation d'ordre idéal-typique : la dissociation entre soins et techniques *versus* leur union.

### *La figure du « technicien au service » de la lutte*

Alors que de nombreux MLAC ont fleuri en France, les médecins engagé·es dans le mouvement sont tenu·es de se prononcer sur la pratique abortive élargie aux profanes. La plupart des membres du GIS parisien et de Choisir-Lyon-MLAC déploient plusieurs discours de justification de l'exclusivité médicale sur la pratique d'avortements : les arguments du manque de culture scientifique, de l'ignorance de l'anatomie, de la physiologie et de la pharmacopée pour intervenir en cas d'urgence fondent un déni de compétences des non-médecins, dont le corollaire est l'énonciation de la supériorité de l'expertise médicale. Les sources écrites et orales montrent que beaucoup de médecins se protègent de l'immixtion profane au nom de la sécurité, parfois de façon réflexive, en admettant que la crainte de l'accident provient de leur cursus – la surestimation des risques relevant de l'habitus professionnel. Par ailleurs, d'après les souvenirs des non-médecins comme des médecins des MLAC recueillis en entretien, il n'est pas rare que ces dernier·ères éloignent les profanes par des arguments d'autorité, en invoquant la longueur des études médicales, leurs titres et qualifications, ou encore, selon un « point de vue autoconfirmateur<sup>52</sup> », en définissant l'avortement comme acte médical.

---

<sup>49</sup> L. Porée, *Contraception, avortement : les mobilisations à Rennes pour la liberté de procréer. Histoire et mémoire des groupes locaux du Planning familial, de Choisir et du MLAC (1965-1975)*, mémoire de M2 en histoire, université d'Angers, 2013, p. 71-80.

<sup>50</sup> Lettre de « CHOISIR-MLAC » à ses membres, 11 mars 1974. Archives MLAC d'Aix.

<sup>51</sup> « Le MLAC à Aix-en-Provence », p. 3. Historique du collectif, datable de 1979. Archives MLAC d'Aix.

<sup>52</sup> Eliot Freidson, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984 [1970], p. 358.

Une tout autre ligne argumentative dénie l'importance de la technique dans la formation militante en inversant la hiérarchie soins/techniques admise par le sens commun. Ainsi, à l'approche du procès de six non-médecins du MLAC d'Aix en 1977, une médecin généraliste lyonnaise ayant activement milité pour le droit à l'avortement, mais aussi aux côtés des grévistes de Peñarroya, veut faire entendre raison aux Aixois :

« À mon avis, la lutte à mener, c'est pour avoir des structures valables, que les femmes y participent mais non prennent le rôle d'un technicien car finalement tenir la curette n'a aucun intérêt (et c'est même là mettre un pouvoir qui n'est que celui d'un technicien) mais combien la présence, le réconfort d'autres femmes sont plus importants (mais plus frustrants peut-être) que de faire un geste médical<sup>53</sup>. »

Cette critique de l'implication des profanes dans la partie la plus technique de l'avortement consiste ainsi à relativiser son importance par rapport au rôle d'accompagnante, qu'ont majoritairement endossé les femmes en 1973-1974.

En effet, dès les prémices du mouvement, une nette spécialisation genrée des rôles caractérise les groupes à majorité médicale<sup>54</sup>. Ces derniers privilégient une pratique en binôme dans des « centres sauvages » : un·e médecin manie la canule et *une* non-médecin, appelée « intermédiaire » (soit la médiatrice de confiance avec l'avortante), se charge des soins divers et de l'environnement censé la tranquilliser, à ce titre indispensable au bon déroulement de l'acte. « L'intermédiaire » se trouve engagée dans une relation personnalisée avec l'avortante : par le suivi d'amont en aval de son parcours, en favorisant la verbalisation de l'intime ; par un travail émotionnel intensif, en assurant un lien continu durant l'acte. Le degré de douleur et le vécu des avortantes reposent largement sur l'engagement de ces femmes, lourd et chronophage, et leurs dispositions interactionnelles qui, supposées innées, ne sont souvent créditées d'aucune expertise.

Des « intermédiaires » prennent conscience que cette attribution sélective du travail correspond à « des rapports hiérarchisés<sup>55</sup> ». Outre leur dénomination qui suggère un rôle auxiliaire, la faible reconnaissance de leur activité transparait dans l'occultation publique et la moindre formalisation de cette part compassionnelle du protocole (dans les tracts par exemple) – en comparaison de celle de l'exécutant·e qualifié·e, soit l'aspiration *stricto sensu*. Le travail de *care* est donc ici de nouveau un facteur central de déclassement, au principe d'un statut subalterne<sup>56</sup>. Des militantes tentent alors de modifier la division morale du travail, en renversant les valeurs attachées à leurs tâches d'attention, de soin, mais aussi de logistique<sup>57</sup>. Leurs doléances ne restent pas sans effets. Un « projet de fonctionnement des centres » d'avortement issu du MLAC-central, au printemps 1973 en prévision d'une légalisation, prend acte de l'intérêt du pan relationnel des actes et témoigne d'une atténuation de la valeur du geste technique, voire d'une remise en cause de sa centralité. Il faut dire que, à travers la valorisation

---

<sup>53</sup> Lettre de Colette aux membres du MLAC d'Aix, 8 mars 1977. Archives MLAC d'Aix.

<sup>54</sup> Alban Jacquemart, *Les hommes dans les mouvements féministes. Socio-histoire d'un engagement improbable*, Rennes, PUR, 2015, p. 88.

<sup>55</sup> « Groupe du 18<sup>e</sup> », *Avortement et vie quotidienne*, 2, décembre 1973, p. 2.

<sup>56</sup> Pascale Molinier, *Le travail du care*, Paris, La Dispute, 2013.

<sup>57</sup> Dimension matérielle trop souvent évacuée dans l'analyse du travail des femmes et/ou le moins qualifié. Voir Marie Cartier et Marie-Hélène Lechien, « Vous avez dit "relationnel" ? Comparer des métiers de service peu qualifiés féminins et masculins », *Nouvelles questions féministes*, 31(2), 2012, p. 33-34.

de l'empathie, les « intermédiaires » représentent une ressource de cette *démédicalisation* qui scande toute la rhétorique du MLAC.

Cependant, l'anoblissement discursif et très ponctuel du rôle des « intermédiaires » évacue simultanément les rapports de pouvoir qui structurent le travail militant. Du reste, certaines pointent le corollaire de l'affectation des femmes aux tâches relationnelles, à savoir l'extériorité entretenue par d'autres : « La pratique passée s'est caractérisée par [...] un refus de la part des médecins de s'impliquer personnellement dans les discussions concernant la contraception et la sexualité<sup>58</sup>. » Ces scénarios préfigurent la division sexuée des compétences dans la prise en charge des IVG à l'hôpital : aux infirmières et conseillères conjugales le travail émotionnel et les tâches subalternes, aux médecins le travail dit chirurgical. Une césure entre technique et soin que la production scientifique des militant-es reconduit. Le temps de la lutte est en effet, pour un certain nombre de médecins critiques, celui de la stabilisation d'un protocole de prise en charge immédiatement applicable en structure hospitalière, pour faire entendre auprès de leurs pair-es et des pouvoirs publics que l'avortement relève de la compétence médicale. En rassemblant observations et statistiques depuis leur pratique illégale, leurs études (présentées dans des congrès et revues médicales) attestent la sécurité et la supériorité de l'aspiration sur le curetage (alors usuel à l'hôpital), ce qui se traduit par un recentrage sur le déroulement technique. La figure médicale tient le premier rôle tandis que les grandes absentes sont les « intermédiaires », dont les procédés d'accompagnement ne sont pas documentés.

L'évacuation de la part relationnelle et de soins du protocole fait pleinement écho au registre de justification, aujourd'hui avancé par les médecins enquêtés-es, usant d'une dévalorisation symbolique de leur rôle. Sylvère, gynécologue « [laissait] vraiment l'accompagnement aux non-médecins » dans un centre de Choisir-Lyon-MLAC, où il venait en tant que « technicien »<sup>59</sup>. Il fait valoir que se limiter à mettre son savoir « au service de » la demande lui assurait d'intervenir sans parler à la place des femmes. Sa posture de simple pourvoyeur d'acte se situerait donc à la jonction d'une critique de la médecine et du machisme. Jacques, chercheur, soutient de même avoir adopté « un rôle purement technique » au MLAC-groupe centre de Paris, pour conjurer la connotation sexuelle de l'acte :

« Ma relation médicale était très froide, [...] il ne fallait surtout pas que je rentre dans une relation. Il y a un côté sexuel dans l'avortement, donc comme moi j'ai aussi quelques notions de psychanalyse, on se méfiait encore plus. [...]

Je n'avais aucun pouvoir médical, puisque je n'avais aucun pouvoir. Car on me disait de faire une intervention qui pour moi était politiquement correcte, que je faisais parce qu'on m'avait dit de le faire [...]. C'est pas moi qui intervenais sur les choix. Je faisais uniquement l'acte, donc aucun pouvoir médical possible<sup>60</sup>. »

Le mot « technicien », qu'aiment utiliser des médecins de MLAC pour se présenter, fait référence à l'exécutant qui ne s'immisce pas dans la vie des usagères. Il reflète aussi leur ethos critique basé sur la division du travail d'expertise, conformément à la figure de l'intellectuel spécifique avancée par Michel Foucault qui a « [offert] une norme d'action » aux mouvements

---

<sup>58</sup> « Projet des principes de fonctionnement des centres », datable du printemps 1973, non signé. Archives CFDT, 8H625.

<sup>59</sup> Entretien, mars 2014.

<sup>60</sup> Entretien, juin 2014.

de médecins contestataires<sup>61</sup>. Les membres du GIS déclarent à l’envi mettre leurs compétences « au service de » – patient-es, la cause des groupes dominés –, signe d’un principe fédérateur. La récurrence de cet argumentaire du *savoir expert dévoué* aux besoins de populations contribue à résoudre les contradictions du groupe quant au partage des savoirs avec les profanes. La revendication d’un rôle de prestataire de service excluant toute fonction moralisatrice, et du même coup le travail de sollicitude, permet de se réserver la technique avec des arguments plus nobles que celui de l’autorité, et ainsi de se préserver de la critique profane. En définitive, dans leurs discours, ces médecins tendent à faire de la technique une question mineure de l’action politique, tout en poursuivant une formation à visée professionnelle en son sein. Dès lors, tant la division fonctionnelle du travail militant que la formalisation du procédé abortif et la présentation de soi des médecins critiques consacrent une disjonction des tâches techniques et de soins. En s’assimilant en quelque sorte à la technique, ces professionnels l’extraient de la formation militante, d’où une configuration qui conforte leur monopole.

### ***Déformer le travail médical : l’union de la technique et du soin***

La dissémination de la méthode par aspiration, qui est dès le départ un enjeu crucial pour les MLAC revendiquant sa pratique profane, devient une condition de la survie, voire de la pérennité d’une poignée de groupes après la promulgation en janvier 1975 de la loi qui autorise l’IVG uniquement si elle est pratiquée dans les dix premières semaines de grossesse par un-e médecin dans un établissement hospitalier. À Aix, Lille, Lyon et Paris, des « MLAC dissidents » prolongent entre femmes non-médecins la pratique illégale auprès de celles que la loi exclut (femmes immigrées, mineures, pauvres, en « dépassement de délai »), et plus généralement au nom de l’intégrité corporelle des femmes. La réunion, dans cette analyse, de MLAC à majorité profane pré- et post-1975 ambitionne de dresser un autre idéal-type de la formation militante, qui prône la fusion des soins, de la technique et de l’action politique. La déspecialisation est au cœur de la rhétorique d’un certain nombre de MLAC à majorité profane dès 1973. Le MLAC d’Aix prend tôt la « décision de former le plus grand nombre possible d’opératrices plutôt qu’un petit nombre intensivement, pour lutter contre la spécialisation et “démédicaliser” le plus possible<sup>62</sup> ». L’accent mis sur un savoir diffus plutôt que pointu se matérialise par un appel constant à échanger à partir des « problèmes concrets<sup>63</sup> » qui se posent aux groupes dans la pratique abortive, les conditions d’accueil et le dialogue établi avec les femmes. À l’échelle locale, ces MLAC partagent leurs doutes sur l’asepsie et les précautions prises contre le choc vagal, la prise en compte de la douleur (somatique, psychologique) des avortantes, ou encore la création d’un environnement convivial. Il s’agit de faire de l’avortement un moment de formation à part entière. À Aix, dans les souvenirs d’Odile, chaque avortement était « un lieu de transmission de savoirs », avec la présence quasi-systématique de « quelqu’un d’expérimenté et de quelqu’un qui apprenait<sup>64</sup> ». Toutes les

---

<sup>61</sup> Jean-Paul Gaudillière, « Intellectuels engagés et experts : biologistes et médecins dans la bataille de l’avortement », *Natures Sciences Sociétés*, 14(3), 2006, p. 245.

<sup>62</sup> « Compte rendu de la réunion régionale du 10 mars », *Bulletin de liaison des MLAC du Sud-Est*, 1974, p. 3. Archives MLAC d’Aix.

<sup>63</sup> L’expression apparaît dans des bulletins *Avortement et vie quotidienne* (dès la première page du premier numéro) et dans le bulletin de liaison des MLAC du Sud-Est (coordination dont le MLAC d’Aix est moteur).

<sup>64</sup> Entretien, avril 2012.

enquêtées concernées insistent sur le travail d'équipe qui prévaut dans la prise en charge d'un avortement pour favoriser un apprentissage de savoir-faire. La formation est un processus graduel, sur plusieurs semaines, qui comporte des étapes tant formelles que latentes d'inculcation. Les militantes intervertissent leur place autour des femmes :

« Déjà, une soirée avec trois avortements, tu redéfinis à chaque fois, implicitement ou explicitement, la place. Une fois t'es à la tête, une fois tu tiens une jambe, une fois t'es derrière la fille qui fait... C'est comme ça que t'apprends<sup>65</sup>. »

Ces rôles tournants impliquent que ces militantes sans formation médicale préalable sont deux, parfois trois, à manier les instruments – l'une avec la canule d'aspiration, l'autre tenant la lampe et/ou passant le matériel, une position-clé pour apprendre la technique. Plusieurs garantissent le confort physique et psychique de la femme, d'où la présence d'une personne « à chaque bras », ou « au niveau de sa tête » pour « s'occuper d'elle ». Néanmoins, l'idéal de polyvalence se heurte à des limites. Si les enquêtées invoquent la difficile mise à distance des répulsions, les appréhensions à acquérir le geste, la gêne face au corps nu et à ses fluides, l'inégale appétence pour les tâches manuelles, le faible sentiment de compétence ou des raisons plus triviales (comme la mauvaise vue), force est de constater que le degré de maîtrise du pan technique coïncide avec la structure des rapports de pouvoir du groupe : les leaders symboliques<sup>66</sup> manient davantage la canule. Avec le temps, dans les MLAC dissidents, cette interchangeabilité des rôles progresse, elle devient même totale au MLAC-Place des Fêtes (Paris).

Malgré tout, les enquêtées racontent que la disparité des savoirs n'entache pas le fonctionnement horizontal de leur groupe et, surtout, arguent de l'absence d'échelle de valeurs entre les activités dites techniques et celles de réconfort, d'écoute et d'assistance pratique. Par ailleurs, dans le groupe lillois, seul MLAC dissident où exerce une étudiante en médecine (s'y engageant après son propre avortement), toutes précisent que celle-ci était « apprenante au même titre que les autres » (Brigitte). La rotation est assortie d'une définition égalitaire des rôles, qui s'objective de diverses manières : dans les prises de position publiques, le « nous » est privilégié pour toute pratique, sans distinction de titre ; dans les documents à usage interne, tels que les fiches de suivi à Aix, la rubrique « opérateur » ou « opératrice » fait régulièrement figurer plus d'un prénom (parfois, l'avortée elle-même) et, à partir de 1978, est de moins en moins dissociée de la rubrique « intermédiaire »<sup>67</sup>. Ensuite, la personne maniant la canule n'est pas censée s'en tenir à un rôle d'exécution du geste, comme le précise Léonore : « elle était pas là en technicienne. Forcément, il y avait un échange » avec l'avortante<sup>68</sup>. Lorette confirme que, en faisant l'aspiration, elle « parlai[t] toujours à la femme en même temps, tout le temps. Même s'il y avait quelqu'un d'autre qui s'en occupait, plus près d'elle<sup>69</sup>. » De surcroît, l'aspiration s'effectue sous le regard de plusieurs personnes, qui peuvent la guider par la parole et vérifient, canule en main, que l'aspiration est terminée. Cette pratique « en double » vise un contrôle

---

<sup>65</sup> Entretien avec Maryse (MLAC d'Aix, puis MLAC de Lyon), avril 2013.

<sup>66</sup> Cette position est souvent fondée sur l'ancienneté, mais recouvre aussi des ressources classiques du *leadership* dans le militantisme, en particulier le niveau de diplôme.

<sup>67</sup> Fiches introduites par la médecin Clotilde, qui reprend la catégorie « intermédiaire », laquelle est vraisemblablement très peu, voire pas utilisée en pratique.

<sup>68</sup> Entretien avec Léonore (MLAC d'Aix), juillet 2014.

<sup>69</sup> Entretien avec Lorette (MLAC de Lille), novembre 2014.

collectif des procédés. Enfin, la confusion des rôles à l'œuvre dans les récits de pratique rétrospectifs est un signe de l'égalité nécessaire avec laquelle les profanes se représentent les tâches relationnelles et d'intervention corporelle. La parole d'Odile est explicite :

« Le fait d'être à plusieurs est [...] un vrai garde-fou.

*Donc pratiquer seule des avortements... ?*

Non, ce serait dangereux pour la qualité de l'acte [...], humainement aussi. Car techniquement, l'avortement est un acte simple. Et l'aspect environnement, entourage, est aussi important que l'aspect technique. »

La polyvalence des rôles déborde la position d'avorteuse. La priorité étant donnée aux avortantes, la transmission des savoirs commence dès leur avortement, au sens où elles sont autant que possible mises à contribution *via* de multiples gestes et paroles inclusives, qui donnent lieu à différents degrés de participation, depuis la définition du rythme de l'avortement jusqu'à l'observation de son vagin et l'auto-insertion des bougies et canules, avec l'aide d'un miroir et des militantes<sup>70</sup>. Par l'inventivité pratique des militantes, la potentielle délégation du geste opératoire à l'usagère, inconcevable en milieu médical, illustre une version forte de la critique de la division du travail – qui se répand parmi des MLAC à majorité profane, notamment par le bulletin *Avortement et vie quotidienne*. De plus, les avortantes sont incitées à rester auprès des autres femmes avortant le même soir, dans un climat de soutien mutuel.

Les sources écrites et orales révèlent l'importance de la fabrication collective d'un soutien des avortantes, démentant dès lors tout primat au maniement des outils. Il est amplement question de tactiques et rites pour l'apaiser et composer avec la douleur – techniques respiratoires et du toucher, contact visuel, paroles explicatives et divertissantes, chants. Les MLAC dissidents estiment ainsi que le pan relationnel et la création d'émotions positives requièrent, comme l'aspiration, de véritables compétences. « Permettre un climat d'égalité et de tendresse entre toutes les personnes présentes<sup>71</sup> » est d'ailleurs une condition formellement incorporée au protocole du MLAC d'Aix, au même titre que la technique.

Les modalités de la formation militante résonnent avec la description que font certaines enquêtées de la façon dont la technique d'aspiration a pu échapper au contrôle des médecins critiques. L'une des premières formées au MLAC-12<sup>e</sup>, Irène, à qui Anna aurait reconnu une compétence empirique en tant qu'ancienne avortée, attribue à cette dernière le passage de l'aspiration « entre les mains des femmes [...] c'est elle qui a donné un pouvoir, enfin cette transmission à d'autres femmes<sup>72</sup> ». Le MLAC-19<sup>e</sup>-Pré-Saint-Gervais, qui se constitue d'emblée autour de la pratique abortive, est récipiendaire de l'approche d'Anna et ses camarades :

« [Elle a transmis] je trouve d'une très belle façon. Je vais peut-être avoir du mal à le rendre avec des mots. Je pense à la dimension humaine, mais aussi politique de transgression, et en même temps à la légitimité. [...] Et ça suffit de subir, d'être soumis au pouvoir médical. [...] Quand je dis transmission "de belle façon", c'est

---

<sup>70</sup> L. Ruault, « Apprendre à (s')avorter. À propos des modes d'élaboration et de validation des savoirs dans des groupes profanes de pratique abortive militante », *Zilsel*, 9, 2021, p. 257-270.

<sup>71</sup> « Comment nous pratiquons les avortements par aspiration ». Dossier de presse « Des femmes en procès », mars 1977. Archives MLAC d'Aix.

<sup>72</sup> Entretien, février 2015.



qu'il y avait tellement [...] de rigueur, mais en même temps de tendresse. [...] Ça nous avait ouvert des portes<sup>73</sup>. »

Jeanine voit cette transmission initiale comme décisive pour le registre d'action ultérieur du MLAC-19<sup>e</sup>. Son discours accorde plus de valeur aux manières de transmettre qu'à la substance de ces savoirs : la prise en compte des subjectivités, l'empathie et même les sociabilités amicales structurent la mise en œuvre de l'acte. Jeanine fait le lien avec la position de la formatrice dans les rapports sociaux de sexe :

« Dans la transmission [...] c'était le plus possible que les femmes fassent elles-mêmes, apprennent à poser le spéculum, à faire un toucher. [...] Anna, ce n'était pas seulement : "j'ai appris la méthode Karman, c'est un acte médical, mais fait par nous c'est différent". C'était aussi une femme. »

Les enquêtées suggèrent qu'Anna, bien que dénuée de culture féministe, transmet une approche de la pratique des aspirations qui crédite les « femmes ordinaires » de dispositions à une bonne appréhension de l'acte et à une attitude inclusive envers les avortantes. Elle, qui avec ses camarades a dû défier des médecins pour s'emparer d'un savoir, le confie à des membres de sa classe de sexe, telles les dépositaires d'un savoir leur revenant de droit. Ces propos laissent supposer qu'une transmission originellement assortie d'une conscience de genre ouvre l'imaginaire politique des groupes ainsi formés. En effet, la prise de pouvoir des femmes sur leur vie commence dès l'acte – « sous le contrôle entier des femmes qui avortent<sup>74</sup> » – et doit idéalement trouver des prolongements au quotidien, en particulier quant à la prise en charge des enfants. Dès lors, par-delà la transformation de la médecine, ou bien la « conscientisation » et la construction d'un mouvement de masse caractéristiques des collectifs d'inspiration mao, l'appropriation de la lutte par les femmes devient une finalité. Raison pour laquelle ces groupes se refusent à opérer une sélection des avortantes. Contrairement au GIS, dont le but « n'est pas de répondre à la demande<sup>75</sup> », la pratique abortive dépasse la valeur d'exemplarité visant à « forcer la loi » : il s'agit d'aider les femmes à avorter ici et maintenant, et surtout de les former. L'examen de la formation militante dans les MLAC dessine deux idéaux-types, avec d'un côté un savoir individualisé, incarné par l'expert (qui pratique, assisté par une auxiliaire), et de l'autre un savoir qui se veut collectif avec des positions interchangeables entre militantes et avortantes. Ces idéaux-types impliquent, par définition, une série d'agencements intermédiaires. Ainsi, tous les groupes de médecine critique ne se posent pas (autant) en « gardiens de la pratique ». Par ailleurs, mon enquête a rencontré des formes d'apprentissage inversant les rôles classiques ; ce médecin généraliste de 35 ans témoigne ainsi lors du procès du MLAC d'Aix : « Ce sont les filles du MLAC qui m'ont appris ce que je sais [sur la contraception et l'avortement]. C'est d'elles, qui ont la pratique, que nous avons su ce qu'est une femme, comment se prépare une aspiration, les conditions psychologiques indispensables<sup>76</sup>. » Les MLAC peuvent ainsi constituer des instances de formation qui permettent une redistribution des savoirs et une réévaluation de leur prestige – autrement dit, comme l'espéreraient des profanes, une instance de « déformation » des médecins.

---

<sup>73</sup> Entretien avec Jeanine (MLAC-19<sup>e</sup>, puis MLAC-Place des Fêtes), juin 2015.

<sup>74</sup> Tract du MLAC-19<sup>e</sup>, « Quand les femmes apprennent elles-mêmes à avorter », août 1973. BnF, FOL-WZ-989.

<sup>75</sup> « À propos du GIS », s.d. Archives (alors non déposées) du GIS.

<sup>76</sup> « Le procès des militantes du MLAC à Aix-en-Provence », *Le Provençal*, 11 mars 1977.

Poreuses, les cloisons de l'univers médical n'en sont pas moins solides, et même « colmatables » dans l'action conjointe avec les non-médecins. Cet enjeu de différenciation au sein du mouvement joue à plein dans la formation à l'aspiration, à travers laquelle des médecins construisent leur crédibilité scientifique tout en disqualifiant les profanes. Les idéaux-types que j'ai présentés montrent que « la pratique » dans les MLAC, en tant que support de fabrication d'un sentiment d'appartenance, forme différemment à l'action collective selon les normes techniques et relationnelles qui lui sont associées. Pour ceux et celles qui utilisent leurs compétences professionnelles dans un but militant, la lutte devient un espace de formation au travail médical sur un nouvel objet, l'avortement. Dès lors, transgresser, au sens des groupes de médecins étudiés, signifie faire entrer dans l'institution médicale, jusqu'au près des bastions conservateurs, ces savoirs abortifs élaborés dans la sphère militante. Pour les MLAC à majorité profane qui promeuvent l'indissociabilité du soin et de la technique, transgresser signifie arracher ces savoirs à l'emprise médicale pour les intégrer au quotidien des femmes comme une œuvre collective porteuse de transformations sociales, la première étant leur maîtrise des conditions de la procréation. Pour autant, le sentiment de spécialisation les guette aussi : à l'issue d'une démarche réflexive, les militantes du MLAC-Place des Fêtes décident de mettre fin à leur pratique abortive en 1980 (après sept ans pour certaines) précisément au motif qu'elles se sentent devenir des « techniciennes ».

Les efforts qu'elles et d'autres ont déployés pour empêcher le monopole médical sur l'avortement et le contrôle social qui allait l'accompagner ont été ensevelis dans la mémoire collective, au mieux réduits à de la rhétorique militante. L'explication n'est pas seulement l'aboutissement légal de la lutte – l'IVG pratiquée par des médecins à l'hôpital – qui rappelle, s'il en est besoin, la puissante autorité sociale de la médecine, *a fortiori* quand la santé des femmes et la procréation sont en jeu. Mais l'opposition que ces militantes profanes ont rencontrée dans le cours même de la lutte fait surgir une autre source d'accélération de la médicalisation de l'avortement : le fort degré d'engagement de médecins dans ce processus. Leur mobilisation collective réactive puissamment des normes et solidarités professionnelles qui entretiennent la clôture du champ médical. Cette ironie de l'histoire interroge plus généralement les manières dont le militantisme des médecins, dans une cause commune avec des profanes, introduit un espace de socialisation à l'exercice du pouvoir médical.