



HAL
open science

Le rapport à l'avortement des sages-femmes en Italie : une exploration sociologique

Camille Maes

► **To cite this version:**

Camille Maes. Le rapport à l'avortement des sages-femmes en Italie : une exploration sociologique. Sociologie. 2022. dumas-04299921

HAL Id: dumas-04299921

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04299921>

Submitted on 22 Nov 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.

Camille MAES
Mémoire de M2
Sociologie parcours Vulnérabilités

**Le rapport à l'avortement des sages-femmes en Italie :
une exploration sociologique**



**UNIVERSITÉ
CAEN
NORMANDIE**

2021-2022

Directrice de mémoire : Irène-Lucile HERTZOG

TABLE DES MATIERES

Introduction	1
Première partie. Une appréhension sociologique du rapport à l'avortement des sages-femmes en Italie	7
1 La prise en charge de l'avortement en Italie	7
1.1 <i>Une brève histoire de la pratique abortive</i>	7
1.2 <i>La loi 194/78</i>	11
2 Les sages-femmes, au cœur du dispositif abortif italien	20
2.1 <i>L'implication des sages-femmes dans la procédure abortive</i>	20
2.2 <i>Matrones, accoucheuses, sages-femmes : construction d'une catégorie professionnelle</i>	22
2.3 <i>Les sages-femmes en Italie aujourd'hui</i>	25
2.4 <i>Balises théoriques : groupes professionnels, morale et avortement</i>	25
3 Le dispositif de production du savoir sous la loupe	38
3.1 <i>Une nécessaire « neutralité axiologique » ?</i>	38
3.2 <i>Protocole de recherche initial</i>	40
3.3 <i>Un terrain à l'accès délicat</i>	42
3.4 <i>Le corpus d'enquêtées prend chair</i>	51
3.5 <i>L'entretien semi-directif : un accès situé à la réalité sociale</i>	57
3.6 <i>Que faire des « données » d'entretien ?</i>	71
3.7 <i>Quelques précautions éthiques</i>	74
3.8 <i>La subjectivité, outil de production du savoir</i>	75
Seconde partie. Une exploration au cœur du rapport à l'avortement des sages-femmes	77
4 L'être sage-femme	78
4.1 <i>Une « vocation » genrée</i>	78
4.2 <i>L'être sage-femme comme engagement</i>	87
4.3 <i>Rapport au travail et trajectoires procréatives : une porosité accrue</i>	89
5 L'avortement, un acte de travail pas comme les autres	93
5.1 <i>Formation et encadrement des professionnelles</i>	93
5.2 <i>L'avortement comme « sale boulot »</i>	96
5.3 <i>Un jugement moral omniprésent</i>	109

6 L'objection de conscience, une prérogative indiscutable	114
6.1 <i>Droit à l'avortement et droit à l'objection de conscience</i>	114
6.2 <i>Des objectrices et des normes religieuses</i>	116
6.3 <i>L'objection de conscience, une position "personnelle" et fluide</i>	123
7 Normes procréatives et contrôle des corps féminins	128
7.1 <i>Le devoir contraceptif des femmes</i>	131
7.2 <i>Le caractère déviant de l'avortement</i>	132
7.3 <i>L'avortement comme traumatisme</i>	139
7.4 <i>Un gouvernement subtil du travail procréatif</i>	140
7.5 <i>Rééducation et redressement</i>	144
7.6 <i>Pilule abortive et télémédecine : des bouleversements dans la prise en charge de l'avortement ?</i>	145
8 « Réenchasser » le rapport à l'avortement des sages-femmes dans le social	150
Conclusion	155
Bibliographie	165
Annexes	185

Introduction

L'accès à l'avortement¹ demeure, de nos jours, un enjeu de taille pour le groupe social des femmes. La possibilité de pouvoir choisir de ne pas mener à terme une grossesse conditionne la capacité d'autodétermination, l'appropriation du corps et la maîtrise de la trajectoire procréative des sujets féminins. Pourtant, dans une centaine de pays, interrompre une grossesse reste un acte complètement interdit ou fortement limité par la loi². En outre, une attaque constante aux droits sexuels et reproductifs est mise en œuvre de la part d'une frange conservatrice de la population et des gouvernants. Tandis que les Argentines, les Colombiennes et les Saint-Marinaises fêtent la dépénalisation de l'avortement, la Pologne l'interdit dans presque tous les cas de figure. Aux États-Unis, la célèbre sentence *Roe VS Wade*, qui avait servi de base jurisprudentielle garantissant l'accès à l'avortement dans les différents États, a été récemment invalidée par la Cour suprême ; cette décision ouvre la voie, dans les États fédérés, à des restrictions et des retours en arrière sur la législation assurant aux citoyennes étatsuniennes la possibilité d'avorter. Ces oscillations législatives démontrent que l'avortement constitue un acquis social fragile, toujours susceptible d'être remis en question (Brunet & Guyard-Nedelec 2018).

Par ailleurs, dans les pays où l'avortement est considéré comme légal³, de nombreuses barrières continuent d'obstruer le parcours des femmes souhaitant mettre un terme à leur grossesse (Unnithan & De Zordo 2018, De Zordo 2016, Guillaume & Rossier 2018, Mattalucci & al. 2018). Le délai légal dans lequel il est permis d'avorter, exprimé en termes d'âge gestationnel, limite la possibilité de mettre fin à la grossesse au premier trimestre⁴ dans la plupart des États. L'obligation de se soumettre à une période de « réflexion » entre la demande d'avortement et l'intervention expose au risque de dépasser la période de gestation à l'intérieur de laquelle il est permis d'interrompre la grossesse. L'objection de conscience⁵, qui accorde au personnel sanitaire compétent en la matière le droit de refuser de pratiquer des

¹ Lorsque je parle d'avortement, je me réfère exclusivement à l'avortement volontaire, excluant dès lors l'avortement spontané.

² <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>

³ En réalité, dans aucune législation, l'avortement n'est complètement légal et libre. Il serait ainsi plus juste de parler de dépénalisation partielle que de légalisation. La pratique de l'avortement hors du cadre prévu par la loi reste un délit - pour lequel, en Italie, les femmes risquent une amende pouvant atteindre 10.000 € (*Decreto 8 del 15/01/2016*).

⁴ Mis à part l'avortement thérapeutique, qui constitue un cas d'exception.

⁵ Désigné en français par " clause de conscience". J'ai toutefois choisi d'adopter, dans ce travail, l'expression " objection de conscience", plus proche de sa version italienne " *obiezione di coscienza*".

avortements sur base de leur « conscience », réduit l'accessibilité et l'effectivité de ce service public. Enfin, la désapprobation morale associée à l'avortement, relayée par le discours public et les professionnel·les de la santé, constitue un obstacle invisible mais non moins puissant contraignant les femmes à développer différentes stratégies de dissimulation de leur expérience d'avortement (Thizy 2021).

En conséquence, ces barrières contre lesquelles les femmes se heurtent dans leur parcours d'avortement les obligent à se déplacer, au sein de leur pays, voire d'un État à l'autre, afin de pouvoir accéder aux services dédiés à l'avortement⁶. L'avortement clandestin, pratiqué hors du cadre prévu par la loi, constitue une autre réponse aux difficultés rencontrées. Enfin, certaines femmes, ne disposant pas des ressources matérielles et sociales nécessaires, n'ont d'autre choix que de poursuivre une grossesse non désirée. Les défaillances du service public en matière de prise en charge de l'avortement contribuent ainsi à reproduire et approfondir des inégalités sociales préexistantes au sein du groupe social des femmes.

Dès lors, plusieurs chercheuses en sciences sociales soutiennent l'importance de mener des enquêtes qualitatives sur cette question (notamment sur le rôle déterminant joué par les acteur·rices de santé, l'expérience des femmes et la reproduction du stigmat) et sur les représentations qui la sous-tendent (Guillaume & Rossier 2018, De Zordo 2016, Mattalucci & al. 2018).

Ce travail de Master se concentre sur la prise en charge de l'avortement en Italie. L'ancrage territorial de la recherche suit différentes motivations. D'une part, mon appartenance « de fait » à la société italienne, déterminée par huit ans de résidence stable, m'a incitée à explorer une problématique concernant l'environnement direct dans lequel je vis. Elle a également constitué un moyen d'accès privilégié à la réalité de terrain (connaissance de la langue, exploitation de réseaux sociaux préexistants). D'autre part, l'Italie constitue un cas d'école peu exemplaire dans le paysage des droits sexuels et reproductifs. Les taux d'objection de conscience parmi le personnel sanitaire sont particulièrement élevés. Le dernier rapport du Ministère de la Santé fait état de 64,6 % des gynécologues, 44,6 % des anesthésistes et 36,2 % du personnel non médical objecteur·rices de conscience (Ministero della Salute 2022). Malgré l'affirmation contraire soutenue par les institutions (Ministero della Salute 2022), ces

⁶ Ces voyages ont été étudiés, entre autres, par le projet de recherche Europe Abortion Access Project : <http://europeabortionaccessproject.org>.

pourcentages conditionnent de manière bien réelle le parcours des femmes engagées dans une procédure d'interruption de grossesse, les obligeant à se déplacer pour pouvoir accéder aux services (Autorino & al. 2020) et augmentant les temps d'attente entre la consultation pré-IVG et l'intervention (Bo & al. 2017). Le Comité des Droits de l'Homme de l'ONU (UN Human Rights Committee 2017), le Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes de l'ONU (Committee on the Elimination of the Discrimination Against Women 2017) ainsi que le Comité Européen pour les Droits Sociaux⁷ (European Committee of Social Rights 2018) se rejoignent pour juger la situation problématique et préoccupante. Selon ces organes, le nombre particulièrement élevé de praticien·nes qui refusent d'effectuer l'intervention pour raison de « conscience » entrave bel et bien l'accès des femmes à l'avortement en Italie. Le résultat concret de cette situation est une remise en question évidente de la loi, sensée pourtant garantir aux femmes l'accès aux services abortifs (Caruso 2020, Domenici 2018)⁸.

L'impulsion initiale présidant à ce mémoire a donc été constituée par un sentiment de stupeur et de révolte face à une situation menaçant de manière très concrète la capacité d'autodétermination des femmes. L'entreprise de recherche poursuit, dès lors, deux objectifs. D'une part, elle espère contribuer à la compréhension de mécanismes et rapports de pouvoir alimentant une hiérarchie entre les sexes. D'autre part, elle cherche à pénétrer au cœur de l'objection de conscience afin d'en restituer la complexité et la multidimensionnalité. Cette démarche implique de resituer l'objection de conscience dans l'environnement normatif et culturel qui l'a construite et la perpétue, afin de restituer son caractère social et dépasser l'approche institutionnelle qui la présente comme un choix purement individuel.

Pour parvenir à ces fins, l'analyse sociologique se révèle particulièrement opportune. Plus spécifiquement, par une enquête qualitative menée dans une démarche compréhensive, l'accès aux univers cognitifs des professionnel·les de la santé et la mise à jour des représentations, des normes et des significations associées à l'acte abortif sont rendus possible.

Au fur et à mesure de l'avancée de la recherche, il est apparu que les problématiques de

⁷ Ce dernier a été saisi à deux reprises sur cette question, la première en 2012 lors de la controverse *International Planned Parenthood Federation – European Network (IPPF-EN) v. Italy* et la seconde en 2013 dans le cadre du litige *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) v. Italy*.

⁸ Pour de plus amples considérations concernant l'accès à l'avortement en Italie, je renvoie à mon mémoire de M1 " Du refus de pratiquer des avortements. Les déterminants à la base de l'objection de conscience des gynécologues et des sages-femmes en Italie" (Université de Caen-Normandie, 2021).

l'accès à l'avortement et du stigmate abortif en Italie ne sauraient être analysés qu'à travers la seule clé de l'objection de conscience. Ce dernier indicateur est dûment mesuré et rendu public par les institutions publiques ; cette recension est rendue possible par un système obligeant les professionnel·les à déclarer leur position au moment de la signature du contrat. Il constitue la partie la plus facilement accessible et impressionnante de la question de l'accès à l'avortement en Italie, grâce à l'impact cognitif du chiffre. Il ne représente toutefois que la face visible d'un système complexe et profondément ancré de délégitimation, condamnation et stigmatisation de la pratique abortive, au sein duquel les professionnel·les de la santé sont plongé·es et qu'ils/elles contribuent à reproduire, qu'ils/elles soient objecteur·rices ou non. Dès lors, la concentration exclusive sur la problématique de l'objection de conscience et la division du personnel sanitaire en deux catégories figées, opposant les objecteur·rices contraires à l'avortement aux non-objecteur·rices favorables à l'avortement, dans une logique réductrice et quasi manichéenne, m'aurait amenée à reprendre à mon compte les catégories institutionnelles sans parvenir à restituer la complexité et la fluidité de la réalité sociale. En revanche, la décision de s'intéresser aussi bien au personnel objecteur que non objecteur a permis de faire émerger la continuité, plus que la rupture, unissant les professionnel·les dans leur rapport à l'avortement et le substrat commun de normes et représentations contribuant à façonner une certaine perception morale de l'acte abortif, poussant certain·es à se déclarer objecteur·rices de conscience.

Ainsi, la problématique du mémoire concerne le rapport du personnel sanitaire à l'avortement. Par « rapport », j'entends les opinions, les émotions, les sentiments, les symboles, les idées, les normes, les représentations et les valeurs liés à l'acte et à sa pratique concrète. La démarche sociologique impose d'accorder une attention particulière à la contextualisation de ce rapport dans un environnement socio-culturel donné, afin de mettre au jour son caractère socialement situé et d'échapper à la tentation de le renvoyer aux seules « consciences individuelles ».

Le choix du « public cible » de la recherche a été effectué en faveur des sages-femmes. Ces professionnelles sanitaires occupent un rôle de premier plan dans l'encadrement institutionnel du travail procréatif⁹. Directement impliquées dans le protocole d'IVG, leur rôle d'accompagnement et de suivi en font des protagonistes principales de la prise en charge des

⁹ Le travail procréatif désigne la "diversité des tâches qu'implique la production de nouveaux êtres humains et son refus, les normes sociales qui régulent chacune de ses composantes et l'organisation sociale globale de cette 'fabrique' des enfants" (Hertzog & Mathieu 2021, s.p.).

avortantes. Cette « semi-profession » (Spina 2014), édiflée dans la lignée, mais aussi en contraste, avec les figures historiques de la matrone et de l'accoucheuse, peine encore à atteindre une légitimité sociale comparable à celle dont jouit la médecine. Majoritairement exercée par des femmes et généralement associée à des attributs considérés comme féminins, tels que le soin, le maternage ou l'empathie, elle souffre également du poids de la division du travail sexuée. Toutefois, le virage récent entrepris en matière de prise en charge publique de la grossesse et de l'accouchement, contribuant à une démedicalisation de ces événements, est en train de redéfinir le rôle et la responsabilité des sages-femmes. Mon intention consiste, dès lors, à cueillir les formes et les nuances qui caractérisent le rapport à l'avortement de ces professionnelles, ainsi qu'à faire émerger son articulation avec les autres dynamiques marquant la pratique contemporaine du métier.

Le mémoire sera divisé en deux parties. La première se focalisera sur l'explicitation de la nature sociologique de ma démarche, caractérisée par la mise en évidence de la nature sociale de la problématique, l'emprunt d'outils théoriques et méthodologiques à des travaux sociologiques antérieurs et une confrontation avec la réalité sociale (enquête de terrain) comme source principale de production du savoir.

Dans un premier temps, je me dédierai à l'analyse du cadre italien dans lequel l'accès à l'avortement est autorisé. L'objectif de cette partie est, d'une part, de préciser, de manière factuelle, comment est organisée la prise en charge de l'avortement en Italie. D'autre part, la configuration dessinée sera mise en perspective de manière historique et sociologique, dans l'optique de cerner les implications et les représentations qui la sous-tendent. Ce préambule se révélera utile afin de resituer les idées et les valeurs véhiculées par les sages-femmes dans le contexte juridique et social dans lequel elles exercent leur activité. Appréhender l'avortement comme une « pratique sociale » exige, en effet, de le replacer dans le cadre normatif qui le conditionne (Isambert 1982).

Ensuite, j'expliciterai de manière détaillée la problématique de recherche. Je détaillerai les modalités d'implication des sages-femmes dans le dispositif abortif italien, en les mettant en lien avec le processus historique de consolidation du groupe professionnel. J'exposerai également les balises théoriques et méthodologiques qui encadrent ma recherche et qui proviennent essentiellement de la sociologie du travail et des groupes professionnels, de la sociologie de la morale et de l'éthique et de la sociologie de l'avortement.

La partie successive sera dédiée à la mise à nu du dispositif de production du savoir. J'y présenterai les choix que j'ai effectués en matière de protocole d'enquête, les contraintes spécifiques inhérentes à mon objet de recherche et les différentes pérégrinations qui ont mené *in fine* à la production des données d'enquête. J'accorderai une attention particulière à la mise en évidence du caractère *situé* du savoir construit, tributaire, entre autres, des propriétés sociales de la chercheuse, de la méthodologie adoptée et des conditions concrètes de production des données.

Dans la seconde partie, je réaliserai, sur base de la construction de l'objet préalablement effectuée et des matériaux d'enquête récoltés, une analyse approfondie du rapport des sages-femmes à l'avortement. Je creuserai, en particulier, quatre aspects : l'identité professionnelle des sages-femmes, la place spécifique qu'occupe le travail abortif parmi leurs tâches professionnelles, le recours à l'objection de conscience ainsi que la manière dont ces praticiennes se comportent avec les avortantes. En mettant en évidence les interrelations existant entre ces quatre points, je ferai émerger les résultats principaux de ma recherche et les confronterai avec la littérature sociologique traitant de l'implication du personnel sanitaire dans la procédure abortive.

Je conclurai en résumant les apports de mon travail à la compréhension de la problématique et j'esquisserai des propositions de pistes d'approfondissement de la recherche.

Première partie. Une appréhension sociologique du rapport à l'avortement des sages-femmes en Italie

1 La prise en charge de l'avortement en Italie

En Italie, l'avortement a été dépénalisé en 1978. La loi 194¹⁰, qui est toujours appliquée aujourd'hui, avait alors abrogé la norme d'héritage fasciste en vigueur à l'époque, qui interdisait catégoriquement l'interruption de la grossesse.

Avant de se pencher sur les attitudes contemporaines des sages-femmes vis-à-vis de l'intervention abortive, il s'avère nécessaire d'effectuer une analyse approfondie du cadre normatif qui, tout à la fois, permet et limite le recours à l'avortement en Italie, ainsi que de son ancrage historique. En effet, le droit encadre, régule et norme la gestion du travail procréatif (Hertzog & Mathieu 2021). Les catégories de pensée et les positions morales des professionnelles sanitaires s'enracinent dans les présupposés qui ont forgé l'esprit de la loi. Je poserai, en premier lieu, un regard diachronique sur la prise en charge de l'avortement dans le contexte italien, ses connotations morales et son traitement juridique. Par la suite, je détaillerai le contenu de la loi 194/78. Je me servirai alors de différentes contributions, provenant, notamment, de la sociologie francophone, afin de mettre en lumière les implications et les implicites liés à la manière dont l'avortement est toléré aujourd'hui en Italie : mise sous contrôle médical et maintenue sous un statut déviant, la pratique abortive ne semble pas constituer un droit effectif.

1.1 Une brève histoire de la pratique abortive

L'avortement a toujours été pratiqué dans la société occidentale. Avant l'avènement de la contraception moderne, il constituait un des principaux moyens de contrôle de la fécondité (Guillaume & Rossier 2018).

Dans l'Antiquité, la gestation était considérée comme étant exclusivement une affaire de femmes. La pratique abortive était diffusée, moralement acceptée et légale. Le fœtus était considéré comme un appendice du corps maternel, qui ne devenait un être humain qu'à sa naissance. La vie de la mère importait donc plus que celle de l'être en formation qu'elle portait.

¹⁰ Legge 22 maggio 1978, n. 194. Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza.

Dès lors, l'avortement n'était pas considéré comme un crime mais comme un choix relevant de la sphère privée ; la limite principale posée à l'interruption de la grossesse était la volonté du père (Galeotti 2003).

Avec la naissance du Judaïsme s'est petit à petit structurée la condamnation morale de l'avortement, qui a été associé à une remise en question de la souveraineté divine sur la vie humaine. Selon cette religion, la vie appartient à Dieu et l'être humain ne peut décider d'aller contre la volonté du Tout Puissant. Toutefois, le fœtus n'est pas considéré comme une personne à tous les effets : il n'a pas une identité propre et l'avortement n'est ainsi pas assimilé à un homicide. En revanche, avec le développement du Christianisme, le fœtus a acquis une existence propre. Sa suppression équivaut alors à l'élimination d'une vie humaine – même si les théories divergent quant au moment de l' « animation », qui correspond à l'entrée de l'âme dans le corps (Galeotti 2003).

Toutefois, et malgré la réprobation morale provenant des institutions religieuses, l'avortement était largement pratiqué. Il était effectué dans des cercles profanes, intimes et exclusivement féminins. De manière générale, tout ce qui touchait à la grossesse était une affaire féminine, impliquant les mères mais aussi d'autres femmes qui tiraient leurs connaissances de leur propre expérience ou de la transmission orale du savoir (Galeotti 2003, Charrier & Clavandier 2013). Le fœtus n'était pas vu comme une entité autonome. Dès lors, la grossesse n'était pas envisagée comme une relation impliquant deux parties prenantes distinctes mais bien comme un processus physiologique typiquement féminin parmi d'autres. L'avortement était considéré une question privée, dont la décision revenait aux femmes enceintes¹¹ (Galeotti 2003).

Une rupture a eu lieu, dans la prise en charge des événements liés aux capacités reproductives des femmes, au cours du 18^{ème} siècle. D'une part, les découvertes scientifiques ont mis à nu le ventre des femmes enceintes, ce qui a entraîné un changement de perception par rapport au processus génératif et à l'embryon/fœtus. La vie des fœtus est ainsi devenue une affaire publique (Pancino & D'Yvoire 2006). Ces derniers n'étaient, dès lors, plus vus comme un prolongement des femmes mais comme des sujets autonomes depuis leur conception ; de cette dissociation est né le conflit entre leurs intérêts et ceux des femmes enceintes. La thèse de l'animation depuis la conception s'est imposée (Galeotti 2003).

¹¹ L'autonomie des femmes par rapport aux hommes sur cette question était permise, notamment, par le fait qu'elles seules pouvaient savoir d'être enceintes. En l'absence de preuves médicales (test, échographie, etc.), seuls des signes corporels perceptibles par les femmes permettaient de déduire une grossesse.

D'autre part, les acteur·rices qui intervenaient dans le processus gestationnel ont changé. Les hommes ont fait irruption dans ce domaine où ils ne s'étaient jusqu'ici jamais aventurés. Ces derniers en sont venus à assumer un rôle central dans la gestion de la grossesse et à promouvoir une nouvelle narration de la reproduction. La science obstétricale a été institutionnalisée. L'État, l'Église et les médecins ont uni leurs forces pour médicaliser et professionnaliser et, ainsi, contrôler la grossesse et la naissance (Galeotti 2013, Charrier & Clavandier 2013, Dorlin 2009). La grossesse est devenue publique et le corps des femmes est devenu domaine des gynécologues (qui étaient des hommes) (Knibiehler 2017). L'histoire de la naissance doit ainsi être lue au prisme de l'histoire des rapports sociaux de sexe (Charrier & Clavandier 2013).

L'interdiction légale, quant à elle, remonte, dans la plupart des pays occidentaux, à la naissance et au renforcement des États-nations (Bolzano 2020). Ces dernières entités, en effet, étaient fondamentalement natalistes. L'accroissement de la population constituait un enjeu majeur en termes de puissance militaire et économique, dans un contexte de mise en concurrence des nations (Galeotti 2003). Depuis le dix-neuvième siècle, en particulier, période où l'on a assisté à une baisse de la natalité dans le cadre de la transition démographique, les États ont développé une opposition marquée au contrôle des naissances (Debest & Hertzog 2017). Cette époque est le théâtre de la naissance de la biopolitique : les États ont commencé à s'intéresser à la population en tant qu'ensemble à administrer et à réguler (Foucault 1976). L'espèce humaine est devenue objet de pouvoir et de contrôle. La vie des humain·es en tant que masse globale, démographique, affectée de processus biologique (mort, vie, maladies...) a été intégrée dans les préoccupations des gouvernants. L'État s'est mis à contrôler tout ce qui touche à la procréation. La grossesse et l'accouchement ont été sécurisés et placés sous contrôle médical, la maternité est devenue la norme principale de santé féminine, l'enfantement a été exalté comme un acte patriotique, le fœtus a été dépeint comme un futur citoyen et l'avortement comme un crime contre les intérêts de l'État (Galeotti 2003, Charrier & Clavandier 2013, Knibiehler 2017, Cahen 2011, Dorlin 2009). La criminalisation de ce dernier s'est opérée à l'aide d'instruments juridiques mais également d'injonctions morales psychologisantes qui visaient à développer une éthique maternaliste et familiale (Cahen 2011).

La grossesse était désormais envisagée comme une relation entre deux entités autonomes, qui pouvaient avoir des intérêts divergents. La question qui se posait alors consistait à déterminer quel intérêt faire prévaloir au détriment de l'autre.

En Italie, le vingtième siècle a été profondément marqué par l'expérience du régime fasciste (1922-1945). Le gouvernement du Duce était basé sur une idéologie patriarcale, mettant en scène une exaltation de la virilité, et des rôles de genre exacerbés, caractérisés par une promotion très poussée de la maternité. Le régime a adopté une lignée fondamentalement nataliste, dont le but était de reproduire au maximum la population nationale, dans des visées nationalistes (multiplier la race) et impérialistes (produire de la « chair à canon »). Dans ce contexte, la valeur accordée aux femmes dépendait de leur fécondité. Les citoyennes étaient encensées en tant que reproductrices de la nation, remplissant leur devoir patriotique en mettant au monde et élevant le plus possible d'enfants (Hanafin 2009, Wilsons 2011, Knibieler 2017). Les mesures interdisant le recours à l'avortement et à la contraception ont été renforcées. La pénalisation de l'avortement a été codifiée dans le titre X du livre 2 du Code Pénal, dont le titre « Délits contre l'intégrité et la santé de la lignée¹² » illustre bien l'enjeu démographique qui y était associé.

La loi qui permet l'interruption volontaire de grossesse a vu le jour en Italie en 1978, au terme d'âpres débats entre différentes factions politiques et de la société civile. Elle fut le fruit de combats féministes importants, qui ont été appuyés par peu de partis politiques (seul le *Partito Radicale* se déclara ouvertement favorable à la légalisation de l'avortement). Les revendications commencèrent au début des années 1970, sous l'impulsion des mouvements déclenchés dans les autres pays occidentaux (Etats-Unis et France notamment). Les féministes ont utilisé divers instruments pour parvenir à leurs fins, tels que la désobéissance civile, des autodénoncations de masse, des manifestations, des pétitions, etc. (Sciré 2008). Les risques sanitaires liés à l'avortement clandestin ont constitué un argument important du débat. Au début des années 1960, les avortements clandestins en Italie étaient estimés à un million et demi par an. Les inégalités de genre se mêlaient aux inégalités sociales : les plus défavorisées payaient le prix le plus cher (risques sanitaires, poursuites pénales...) (Perini 2010, Sciré 2008).

Un élément important de jurisprudence intervint en faveur du combat féministe lorsque, en 1975, la Cour Constitutionnelle établit le primat des « droits de la mère », qui est déjà une personne, face aux « droits de l'embryon », qui est une personne en devenir : « il n'existe pas d'équivalence entre le droit, non seulement à la vie mais aussi à la santé, de qui est déjà une personne, comme la mère, et la protection de l'embryon, qui doit encore devenir une

¹² « *Delitti contro l'integrità e la sanità della stirpe* ».

personne¹³ » (Sciré 2008). Cette décision a confirmé la vision du corps des femmes enceintes comme une arène mettant en scène deux sujets opposés dans leurs intérêts (Niccolai 2005, Obiezione Respinta 2020).

La loi finale est considérée comme un compromis ayant déçu les attentes de certains groupes féministes (notamment, *Rivolta Femminile*¹⁴) et du *Partito Radicale*, ces derniers plaidant pour une libéralisation de l'avortement, effectué dans des cliniques indépendantes gérées par des groupes de femmes (Bolzano 2020, Sciré 2008, Caruso 2020, Hanafin 2009, Wilsons 2011). Elle a été reconfirmée par un referendum en 1981, à l'issue duquel 68% des citoyen-nes ayant été voter se sont exprimé-es en défense de la loi, contre une proposition du *Movimento per la Vita*¹⁵ de restreindre drastiquement son champ d'application, mais aussi une du *Partito Radicale* de libéraliser l'avortement (Galeotti 2003, Sciré 2008). Elle est toujours en vigueur aujourd'hui.

1.2 La loi 194/78

La loi désigne le *consultorio familiare*¹⁶ comme structure de référence en matière de santé reproductive (art. 2). Elle établit la limite de 90 jours de grossesse, à l'intérieur de laquelle peuvent avorter les femmes pour qui la poursuite de la grossesse constituerait un risque de santé physique ou psychique, en lien avec leur état de santé, leurs conditions économiques, sociales ou familiales, les circonstances de la conception ou des malformations du fœtus (art. 4). Au-delà de ce délai, l'avortement n'est autorisé que lorsque la vie des femmes est en danger ou lorsque sont relevées de graves malformations du fœtus (avortement thérapeutique) (art. 7).

La procédure à respecter est la suivante : les femmes qui entendent avorter doivent s'adresser à un *consultorio*, à une structure socio-sanitaire habilitée par la Région ou à leur médecin de

¹³ « *Non esiste equivalenza fra il diritto non solo alla vita ma anche alla salute proprio di chi è già persona, come la madre, e la salvaguardia dell'embrione che persona deve ancora diventare* » (Sentenza n. 27 del 1975).

¹⁴ Ce collectif féministe écrivait, en 1971 : « nous nous refusons, aujourd'hui, de subir l'affront que quelques milliers de signatures, masculines et féminines, servent comme prétexte pour demander aux hommes au pouvoir, aux législateurs, ce qui, en réalité, a été le contenu exprimé par des milliards de vies de femmes envoyées à l'abattoir par l'avortement clandestin. Nous accèderons à la liberté d'avortement, et non à une nouvelle législation sur l'avortement, au côté de ces milliards de femmes qui constituent l'histoire de la révolte féminine, parce que, seulement de cette manière, nous ferons de ce chapitre fondamental de notre oppression le premier chapitre de prise de conscience à partir duquel miner la structure de la domination masculine » (*Rivolta femminile* 2010, p. 53).

¹⁵ Importante association anti-avortement.

¹⁶ Structure sanitaire publique prestatrice de différents services d'assistance à la famille et à la maternité.

confiance (art. 4). Ces acteur·rices sanitaires ont le devoir d'envisager avec les femmes les éventuels moyens de remédier à la situation qui les poussent à interrompre la grossesse (art. 5). A l'issue de cet entretien obligatoire et dans les cas où la nécessité de recourir à l'IVG est confirmée, deux options se dessinent. Si l'interruption est considérée urgente, les femmes reçoivent un certificat (*certificato*) leur permettant d'accéder directement au service d'IVG. Dans le cas contraire, les femmes reçoivent un document (*documento*) leur permettant d'accéder au service d'IVG après un délai de réflexion obligatoire de sept jours (art. 5).

L'IVG est pratiquée par un·e médecin du service d'obstétrique-gynécologie d'un hôpital ou d'une maison de soin (*casa di cura*) autorisée par la Région, même si la préférence est accordée aux hôpitaux (art. 8).

L'article 9 explicite le droit à l'objection de conscience de la part du personnel sanitaire. Pour pouvoir faire valoir ce dernier, l'opérateur·rice sanitaire doit avoir communiqué, par voie d'une déclaration officielle, sa position d'objecteur·rice. Cette dernière peut être révoquée à n'importe quel moment. La loi circonscrit les actions qui peuvent être sujettes à objection de conscience aux « procédures et activités spécifiquement et nécessairement destinées à provoquer l'interruption de grossesse, excluant l'assistance précédant et suivant l'intervention¹⁷ ». Il est ensuite stipulé que les hôpitaux et les maisons de soin doivent garantir l'application de la loi et qu'il incombe aux Régions de prendre les mesures nécessaires pour s'en assurer. Le personnel sanitaire ne peut invoquer l'objection de conscience lorsque la vie des patientes dépend de son intervention personnelle. Enfin, une dernière limite en termes de cohérence est édictée par le législateur : l'objection de conscience est révoquée s'il est constaté que le·a professionnel·le déclaré·e objecteur·rice de conscience a directement pris part à une ou plusieurs IVG.

L'IVG est un service intégralement pris en charge par le Système Sanitaire National du point de vue économique (art. 10), et ce dès sa dépénalisation.

¹⁷ « *procedure et le attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione di gravidanza, e non dell'assistenza antecedente e conseguente all'intervento* ».

Avortement en Italie : données et techniques

Le Ministère de la Santé publie chaque année un rapport sur l'application de la loi 194/78. Le dernier rapport date de 2022 et se base sur des données statistiques récoltées en 2020 (Ministero della Salute 2022). En 2020, 66.413 avortements ont été pratiqués en Italie. Le taux d'avortement est de 5,4 avortements / 1000 femmes ayant entre 15 et 49 ans résidentes en Italie. Le rapport d'avortement s'élève à 165,9 avortements / 1000 naissances. Ces indicateurs présentent tous les trois une tendance à la diminution depuis 1983. L'Italie est le pays occidental affichant le taux d'avortement le plus bas. Ces « performances » sont louées par le Ministère, qui y décèle « un succès en termes de santé publique » (p. 18). Les avortements clandestins sont estimés, de manière très large, à une fourchette allant de 10.000 et 13.000 par an. L'auteur·e du rapport précise toutefois que la pertinence des modèle mathématiques utilisés présentent des faiblesses méthodologiques importantes portant atteinte à la fiabilité de ces estimations.

Les femmes qui ont plus recours à l'avortement ont entre 25 et 34 ans, sont célibataires, sans emploi et déjà mères. Le taux d'avortement est de deux à trois fois plus élevé chez les étrangères que chez les Italiennes.

L'avortement médicamenteux consiste en la prise consécutive de deux médicaments, le mifépristone et le misoprostol. Le premier a pour effet d'interrompre la grossesse, tandis que le second provoque l'expulsion de l'embryon. Les pilules doivent être prescrites par un·e médecin et assumées sous sa surveillance, à distance de 48 heures. La technique a été autorisée en 2009. Depuis 2020, l'avortement médicamenteux peut être effectué en-dehors de l'hôpital, que ce soit dans un cabinet public (*ambulatorio*) ou au *consultorio*, et la limite d'âge gestationnel a été étendue de 7 à 9 semaines. La procédure ne prévoit plus l'hospitalisation ; les femmes rentrent à leur domicile entre les deux prises de médicament (Ministero della Salute 2020b). En 2020, 31,9 % des interruptions de grossesse ont été réalisées par voie médicamenteuse (Ministero della Salute 2022).

L'avortement chirurgical est pratiqué dans le premier trimestre de grossesse. Il est effectué à l'hôpital, en salle opératoire, sous la direction d'un·e médecin. Les femmes quittent la structure peu de temps après l'opération. Cette pratique nécessite une anesthésie, qui peut être générale ou locale. Deux différentes techniques sont utilisées.

La première, l'aspiration, concerne 55,8 % des avortements (Ministero della Salute 2022). Elle consiste en l'introduction d'une canule souple (dite « de Karman »¹⁸) dans l'utérus afin d'en aspirer le contenu. La seconde, le curetage, est pratiquée dans 8,6 % des cas (Ministero della Salute 2022). Elle prévoit l'élimination de l'embryon ou du fœtus de la cavité utérine par un geste mécanique effectué grâce à une sorte de cuillère métallique. Cette méthode a été définie obsolète par l'OMS, exposant les femmes à des risques sanitaires plus élevés.

L'avortement thérapeutique est réalisé au-delà de la limite des 90 jours. Il est permis uniquement en cas de danger pour la santé de la femme enceinte ou de malformation du fœtus. Le seuil de viabilité du fœtus (qui correspond à sa capacité à survivre hors de l'utérus) a été fixé comme limite gestationnelle pour pouvoir effectuer l'interruption de la grossesse. Cette limite se situe aujourd'hui à 22 semaines. La méthode utilisée est le déclenchement de l'accouchement : la prise de médicaments provoque les contractions et le fœtus est expulsé de la même manière que lors d'un accouchement. L'avortement thérapeutique concerne 6,5 % des interruptions de grossesse (Ministero della Salute 2022).

La manière dont a été formulée la loi et dont la prise en charge de l'avortement a été encadrée par le service public révèle, plus qu'une volonté de reconnaître aux femmes le droit à l'autodétermination, la tentative de créer un protocole médical et moral permettant de conserver le contrôle sur les choix procréatifs des sujets féminins. Cette configuration fait écho à la manière dont la dépénalisation de l'avortement a été effectuée dans les autres pays européens, en France, notamment.

En effet, avec la légalisation de l'avortement, on a assisté, dans la plupart des pays, à sa médicalisation. Il ne s'est pas agi de libéraliser l'avortement ni d'accorder aux femmes le droit à disposer librement de leur corps. Ces revendications avaient été exprimées par certains mouvements féministes, qui plaidaient pour une réelle autonomie des femmes et une réappropriation des pratiques en matière d'avortement (Ruault 2021a & b). Toutefois, les États

¹⁸ Harvey Karman était un psychologue américain auquel a été attribué l'invention de la canule d'aspiration en plastique flexible, au début des années 1970. Cet instrument est connu pour avoir révolutionné et mis en sécurité la pratique de l'avortement (aussi bien médicale que profane), bien que cette narration occulte les compétences et savoir-faire abortifs antérieurs ainsi que le rôle joué par les collectifs de femmes (Ruault 2021b).

ont décidé d'adopter une position intermédiaire : l'avortement a été dépénalisé sous certaines conditions et toléré dans un contexte précis, celui de l'hôpital, sous la surveillance d'un-e médecin (Memmi 2003, Mathieu & Ruault 2014, Horellou-Lafarge 1982, Hanafin 2009).

Cette décision indique la volonté de conserver le contrôle sur les outils de reproduction de la société. Elle révèle également le fait que la question est surtout considérée comme un problème d'hygiène publique, à penser nécessairement dans le cadre médical et sanitaire (Isambert 1982, Horellou-Lafarge 1982, Ferrand-Picard 1982, Hanafin 2009, Bajos & Ferrand 2011).

L'État a ainsi délégué aux médecins la tâche d'administrer son biopouvoir. Ce faisant, on est passé d'un contrôle judiciaire à un contrôle médical de l'avortement. Les médecins ont donc été chargé-es du contrôle social des femmes dans leur décision d'avorter ; ils/elles agissent en « entrepreneur-es de morale » (Becker 1985) chargé-es de rappeler les normes en matière de reproduction (Mathieu & Ruault 2014, Memmi 2003, Divay 2004). Ainsi, « le contrôle social ne passe plus par l'interdiction de l'avortement, mais la liberté accordée aux femmes s'inscrit dans le cadre d'un contrôle par le corps médical qui s'exprime à travers des prescriptions normatives extrasanitaires » (Bajos & Ferrand 2011, p. 52).

Par ailleurs, à travers le texte de loi et la manière dont est protocolisée la possibilité de recourir à l'avortement, transparaît clairement le caractère d'exception qui est attribué à cette pratique et son illégitimité comme méthode de contrôle des naissances.

Avant toute chose, le législateur a tenu à rappeler l'importance que la société et l'État accordent à la maternité. Le titre même de la loi « Normes pour la protection sociale de la maternité et sur l'interruption volontaire de grossesse¹⁹ » place la défense de la maternité en premier plan. Dans l'article 1, en postulant « la valeur sociale de la maternité²⁰ », le législateur montre que la question procréative intéresse la société dans son ensemble et que son but est la promotion de la maternité.

En outre, le premier article de la loi nous informe également que l'État « protège la vie humaine depuis son commencement²¹ » et que « l'interruption volontaire de grossesse [...] n'est pas un moyen de contrôle des naissances²² ».

¹⁹ *“Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza”.*

²⁰ *“il valore sociale della maternità”.*

²¹ *“tutela la vita umana dal suo inizio”.*

²² *“l'interruzione volontaria di gravidanza [...] non è mezzo per il controllo delle nascite”.*

L'article 2 spécifie que les *consultori*, afin de « contribuer à dépasser les causes qui pourraient conduire la femme à l'interruption de grossesse²³ », « peuvent recourir, pour les fins prévues par la loi, à la collaboration volontaire de formations sociales de base adaptées et d'associations de volontariat, qui peuvent aussi aider la maternité difficile après la naissance²⁴ ». En pratique, cette indication constitue une porte ouverte aux organisations anti-avortement dans les *consultori*.

La motivation justifiant le recours à l'avortement ne correspond pas à la décision de la femme et à sa volonté de contrôler son destin procréatif. L'interruption de la grossesse est concédée si cette dernière comporte des risques pour sa santé physique ou psychique (article 4).

Enfin, l'existence de l'article 9 et la possibilité accordée par le législateur au personnel soignant de se soustraire à ce devoir professionnel au nom de motifs liés à leur « conscience » dénote une certaine connotation de l'acte abortif : l'avortement est présenté comme un acte moralement problématique.

Les présupposés moraux contenus dans le texte de loi doivent être reliés au contexte social qui permet et influence la formulation du droit. En particulier, on ne saurait faire l'impasse sur l'influence de la religion catholique en Italie. En matière procréative, en effet, on peut constater que le droit est intrinsèquement imbriqué avec le religieux : les normes religieuses contribuent à produire et diffuser une certaine morale procréative qui influence l'élaboration des normes juridiques (Hertzog & Mathieu 2021).

Les autorités catholiques envisagent les identités sexuées comme des assignations « naturelles », conformes à la volonté divine. Les appartenances masculines et féminines sont essentialisées et biologisées, s'enracinant dans les rôles respectifs joués dans le processus procréatif. Cette narration explique la « bataille » menée par les acteurs religieux contre la « théorie du genre », concept par lequel sont désignées les études mettant en évidence le caractère construit, situé et hiérarchisé des genres, des sexes et des sexualités (Béraud 2021).

La procréation est l'enjeu central de la défense des identités sexuées (Touraille 2013). Cette dernière, dans la religion catholique, est considérée comme le but de l'existence humaine, en tant qu'expression de l'action créatrice de Dieu. La vie humaine, sous n'importe quelle forme

²³ *“far superare le cause che potrebbero indurre la donna à l'interruzione di gravidanza”.*

²⁴ *“possono avvalersi, per i fini previsti dalla legge, della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita”.*

(même embryonnaire) doit être protégée car elle constitue une trace de la présence de Dieu ; elle assume dès lors un caractère sacré, absolu et doit être multipliée (Ladrière 1982, Jean-Paul II 1995). Cette pensée « procréationniste » constitue la base idéologique de l'hétérosexualité reproductive obligatoire et des identités genrées, construites sur une logique de « complémentarité » alimentant une attirance réciproque « naturelle » entre les hommes et les femmes (Touraille 2013). Cette anthropologie biblique a des répercussions sur le regard posé par la religion catholique sur les méthodes de contrôle de la fécondité. La contraception et l'avortement, en dissociant la sexualité de la procréation, s'opposent à la multiplication de la race humaine, à la souveraineté de Dieu sur la vie et aux identités genrées déterminées par la procréation (en particulier, l'identité féminine, intrinsèquement reliée à la maternité). Le recours au biologique sert ainsi de justification pour imposer un discours moral, présenté comme « naturel » (Sanna & Rochefort 2013, Trombetta 2010).

En Italie, l'Église romaine occupe historiquement une position de pouvoir centrale. Dans un contexte de faible sentiment d'appartenance nationale et de méfiance par rapport aux institutions étatiques, la religion catholique joue le rôle de « ciment » formant la base d'une identité collective italienne (Garelli 2014, Ferrari 2012, Trombetta 2010). Cette prérogative privilégiée du monde ecclésiastique façonne l'ordre juridique italien : ce dernier porte l'empreinte d'une matrice catholique claire (Trombetta 2010). La présence religieuse constitue le socle de la construction étatique et une norme implicite du système juridique. Par exemple, la Constitution, qui a été rédigée en 1946 et instaure la laïcité comme principe au fondement de l'État, accorde une place prépondérante au catholicisme au sein des institutions publiques, au nom de son importance historique et culturelle (Ferrari 2012).

Il est vrai que la dépénalisation de l'avortement a eu lieu en une période historique marquée par un processus de sécularisation du droit (Feuillet-Liger & Portier 2012). Les années 1960-1980 ont été le théâtre d'une sortie de certaines sphères de la vie privée de la morale religieuse. En Italie, les lois autorisant le divorce et l'avortement ont constitué les étapes principales de cette évolution. La bioéthique naissante se présentait alors sous un jour principalement laïc (Ventura 2012).

Ces années sont souvent présentées dans une logique de rupture avec la période qui s'est ouverte depuis la fin des années 1980. Une opération de « réenchantement du droit » a été mise en place par les autorités religieuses afin de reconquérir le terrain perdu. L'influence du

monde religieux sur la production du droit s'est accrue ; les institutions ecclésiastiques ont été appelées à prendre part à l'élaboration des normes juridiques (Feuillet-Liger & Portier 2012). En Italie, cette emprise du catholicisme a été rendue particulièrement visible en 2004 au moment de la promulgation de la loi 40 relative à la procréation médicalement assistée²⁵ (Ventura 2012). Celle-ci est considérée comme l'une des plus restrictives en la matière. Le texte postule, dès l'article 1, que le recours à l'assistance médicale à la procréation doit se faire dans le respect des « droits de tous les sujets impliqués, y compris le conçu²⁶ ». Dans cet ordre de pensée, la loi dédie un chapitre aux « mesures de protection de l'embryon²⁷ », dans lequel elle interdit la cryoconservation des embryons, leur suppression et leur production à des fins de recherche ou expérimentales, ce qui oblige les femmes à se soumettre à plusieurs cycles de fécondation (De Zordo 2016, Niccolai 2005). En outre, elle bannit les techniques de procréation hétérologue et restreint l'accès à la PMA aux couples hétérosexuels mariés (Ventura 2012).

Peut-on toutefois effectivement parler d'une inversion de tendance ? Les lois édictées dans les années 1970 s'inscrivent-elles réellement dans une « idéologie de l'autonomie » (Feuillet-Liger & Portier 2012) ? En réalité, comme le soutient la juriste Silvia Niccolai, la loi 40 ne constitue pas une rupture mais bien une continuation des implicites idéologiques contenus dans la loi 194 (Niccolai 2005). De manière contradictoire, cette dernière, en permettant l'avortement, a accordé une visibilité et une existence juridique et sociale au fœtus, ouvrant ainsi la porte à sa propre remise en question (Boltanski 2004). Elle a confirmé l'idée d'une opposition entre les droits des femmes enceintes et les droits des fœtus. L'équilibre à trouver peut se déplacer légèrement en faveur des femmes enceintes, comme dans le cas de la loi 194 : les femmes courant des risques pour leur santé, la préférence leur est accordée. Toutefois, ce choix ne signifie pas que les femmes sont placées de manière univoque au-dessus des embryons : à d'autres occasions où elles ne sont pas en danger, la balance peut pencher dans l'autre sens. En effet, dans le sillage de la loi 194, la loi régulant l'assistance médicale à la procréation exaspère la logique d'attribution de droits à l'embryon (Niccolai 2005).

Ainsi, même si la loi 194 a été formulée à un moment historique où l'Église n'exerce pas une influence aussi directe qu'aujourd'hui sur la production du droit et même si elle constitue une petite révolution à une époque où la morale religieuse prétend gouverner l'ensemble de la vie

²⁵ *Legge 19 febbraio 2004, n. 40. Norme in materia di procreazione medicalmente assistita.*

²⁶ « *diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito* ».

²⁷ « *misure di tutela dell'embrione* ».

privée, les présupposés moraux qu'elles contiennent s'inspirent des normes catholiques en matière procréative (Balzano 2013, Hanafin 2009). En effet, au-delà de son influence directe sur le processus de production du droit, l'Église joue un rôle central dans l'élaboration et la diffusion de normes « douces » contribuant à façonner une morale procréative correspondant à l'ordre sexué et sexuel défendu par l'idéologie catholique (Rochefort & Sanna 2013) : « une grande part du 'pouvoir informel' des religions réside dans la diffusion au quotidien des idées normatives qui les sous-tendent, et dans l'influence qu'elles exercent sur les attitudes et sur la vie des individus » (Heinen 2013, p. 283). Nous sommes face à une loi qui a été pensée, rédigée et promulguée dans une optique prioritairement sanitaire ; elle est, en effet, centrée sur la lutte à l'avortement clandestin (Niccolai 2005, Sciré 2008). Afin de contenir ce « fléau », la pratique de l'avortement a été concédée dans des limites très strictes ; cette stratégie correspond à une logique du moindre mal (laquelle sous-entend que l'avortement reste un mal) (Boltanski 2004). De nombreux messages moraux et prescriptions normatives y sont relayés, contribuant à rappeler constamment le caractère déviant de l'avortement (Divay 2004, Lalli 2013). Celui-ci ne peut pas, dans ces conditions, être qualifié de « droit » (Bajos & Ferrand 2011, Mathieu 2017) : la loi 194 ne proclame pas le droit à l'autodétermination reproductive des femmes (Galeotti 2003, Niccolai 2005, Sciré 2008). On peut dès lors affirmer que « la légalisation de l'avortement n'a pas modifié d'un trait la représentation culturelle de l'avortement par rapport à la manière dont l'ordre juridique l'avait héritée du fascisme²⁸ » et que « l'avortement n'est ni un droit, ni une liberté, ni un pouvoir attribué aux femmes²⁹ » (Niccolai 2005, p. 4 & 6).

²⁸ *“La legalizzazione dell'aborto non ha mutato di un tratto la rappresentazione culturale dell'aborto rispetto al modo in cui l'ordinamento l'aveva ereditata dal fascismo.”*

²⁹ *“L'aborto non è un diritto o una libertà né tampoco un potere della donna.”*

2 Les sages-femmes, au cœur du dispositif abortif italien

Après avoir dressé le portrait des modalités selon lesquelles est prévue la prise en charge de l'avortement en Italie, l'avoir resituée par rapport à son héritage historique et avoir mis au jour les présupposés moraux qui le fondent, j'affronterai, dans la partie qui s'ouvre, l'implication spécifique des sages-femmes dans le dispositif abortif en Italie. Ces professionnelles jouent, en effet, un rôle central dans l'encadrement sanitaire du travail procréatif, qui comprend tous les « postes de travail » (Mathieu & Ruault 2017) consacrés à la production d'enfants mais également à l'évitement de celle-ci.

La première sous-partie sera consacrée à la problématique de recherche. J'expliciterai cette problématique ainsi que sa pertinence et déclinerai les différentes questions qu'elle sous-tend. Je me pencherai ensuite sur le groupe social objet de la recherche, les sages-femmes italiennes : je retracerai le parcours historique de la construction de ce groupe professionnel et je présenterai quelques informations relatives à l'exercice contemporain du métier.

La seconde sous-partie sera dédiée au cadre théorique dans lequel s'inscrit la recherche. J'y exposerai les différents champs sociologiques duquel le travail s'inspire, en mettant l'accent sur les éléments retenus particulièrement éclairants pour mon étude.

2.1 L'implication des sages-femmes dans la procédure abortive

En Italie, les sages-femmes ne sont pas autorisées à pratiquer elles-mêmes des avortements, à l'inverse de la France, où la prescription des médicaments abortifs a été incluse dans leurs compétences en 2016 (Borel 2018). La responsabilité en matière d'interruption de grossesse reste une prérogative exclusive des gynécologues. Toutefois, la figure de la sage-femme est une présence incontournable dans le parcours des femmes qui choisissent de mettre un terme à leur grossesse. Ces professionnelles sanitaires interviennent, dans les *consultori*, en amont et en aval de l'acte abortif. D'une part, elles sont présentes, avec le gynécologue, au moment de la consultation préliminaire, au cours de laquelle est délivré le certificat autorisant les femmes à accéder à l'avortement. D'autre part, elles interviennent dans la consultation consécutive à l'intervention, où elles font office de consultantes contraceptives, dans l'optique de prévenir d'ultérieures interruptions de grossesse. En outre, dans l'enceinte de l'hôpital, elles prennent directement part aux tâches liées à la réalisation des avortements : elles accueillent et accompagnent les femmes au sein du service, elles participent, en tant

qu'assistantes et instrumentistes, aux opérations chirurgicales et elles suivent directement les avortements thérapeutiques.

Bien que le taux d'objection de conscience soit plus faible parmi les sages-femmes que parmi les gynécologues (36,2 % contre 64,6 %), il reste néanmoins conséquent, révélant qu'un tiers des professionnelles refuse de prendre part aux activités directement liées à l'intervention³⁰.

La problématique du mémoire concerne le rapport à l'avortement des sages-femmes exerçant dans le secteur public³¹ en Italie. L'intention de la recherche consiste à jeter une lumière sur la manière dont les sages-femmes italiennes appréhendent l'avortement, en tant que phénomène sociétal et en tant que tâche professionnelle contribuant concrètement au travail procréatif. Cette problématique peut être décortiquée en une série de questions, parmi lesquelles :

Quels regards les sages-femmes posent-elles sur l'avortement ? Quels sont les images et les symboles qui y sont associés ? Quel type de langage utilisent-elles pour en parler ? En quoi consiste l'éthique professionnelle vis-à-vis de cette intervention sanitaire ? Quelle place lui est réservée par rapport à l'ensemble des prérogatives professionnelles des sages-femmes ? Quelles émotions et sensations éprouvent-elles face à l'acte abortif ? Quelles connaissances les sages-femmes détiennent-elles sur la pratique abortive ?

Quels types de positionnements sont revendiqués à l'égard de l'avortement ? Quelles justifications sont formulées pour expliquer ces positionnements ? Quelles considérations morales y sont rattachés ? Quelles croyances influencent les regards et les jugements des professionnelles ? Quelles sont les valeurs qui les sous-tendent ?

Quelles représentations des sujets féminins et de la maternité mobilisent-elles ? Comment considèrent-elles les avortantes ? À quelles normes en matière de comportement reproductif adhèrent-elles ? De quelle manière envisagent-elles le lien entre contraception et avortement ? Quelles visions de l'embryon et du fœtus véhiculent-elles ?

Plutôt que de dresser le portrait de « la » sage-femme italienne et de son rapport à l'avortement, il s'agira de mettre en exergue leurs différentes déclinaisons. L'idée est de faire

³⁰ Cela ne les exonère pas, comme prévu par la loi, de l'assistance précédant et suivant l'intervention.

³¹ Les sages-femmes exerçant en tant qu'indépendantes n'étant pas impliquées dans la prise en charge de l'avortement, elles n'ont pas été incluses dans la recherche.

émerger un substrat commun d'attitudes et de représentations, mais également d'éclairer la diversité existant au sein du groupe social étudié.

Un effort particulier sera entrepris afin de recontextualiser les données récoltées auprès des sages-femmes dans le cadre italien (législatif mais aussi culturel et normatif). Il s'agit ici de mettre en évidence les fondements culturels et sociaux conditionnant les idées des professionnelles. En parallèle, une attention spécifique sera accordée à aux caractéristiques et aux dynamiques propres au groupe professionnel des sages-femmes italiennes. Des éléments tels que l'éthos professionnel³², les valeurs et le sens liés à l'activité, les caractéristiques sociales des sages-femmes, les rapports avec les autres corps de métier ou les contraintes liées à l'exercice du travail seront étudiés et mis en lien avec le rapport à l'avortement. Les mutations contemporaines touchant la profession seront particulièrement investiguées.

2.2 Matrones, accoucheuses, sages-femmes : construction d'une catégorie professionnelle

La grossesse et l'accouchement ont toujours été considérées comme des prérogatives exclusivement féminines. Les figure de la matrone (*mamma*) et de l'accoucheuse (*levatrice*) étaient les principales responsables de la prise en charge des évènements liés au cycle reproductif féminin. Les hommes ont fait irruption dans le processus d'enfantement au dix-septième siècle. Celui-ci, d'évènement social placé sous la responsabilité des femmes, a été transformé en question médicale. Pour la première fois, les hommes ont commencé à enseigner aux femmes l'art d'accoucher (Spina 2014, Ehenreich & English 1976). Deux figures professionnelles nouvelles ont été constituées : les sages-femmes et les chirurgiens-accoucheurs (qui deviendront, par la suite, les gynécologues). Au milieu du dix-huitième siècle ont été instituées les premières écoles d'obstétrique, où les sages-femmes étaient formées par des médecins (qui étaient des hommes) (Pancino 1984). D'emblée a été instauré un rapport de subordination entre les deux : les sages-femmes ont été soumises à l'autorité des médecins (Charrier & Clavandier 2013).

La matrone et l'accoucheuse devinrent des figures condamnées, a-modernes, responsables de l'insécurité de la naissance. Elles furent accusées de sorcellerie, puis d'ignorance et d'incompétence afin de discréditer les connaissances empiriques dont elles étaient détentrices et de s'appropriier le corps des femmes en tant que lieu de pouvoir-savoir (Dorlin 2009). Elles

³² « Dispositions acquises, par expérience et relatives à ce qui vaut plus ou moins sur toute dimension (épistémique, esthétique, sociale, etc) pertinente dans l'exercice d'un métier » (Zarca 2009, p. 352).

furent remplacées par les sages-femmes modernes, jeunes et instruites (par les hommes). Leur autonomie et leur champ d'action se réduisirent considérablement (Galeotti 2003). L'on peut ainsi affirmer que « le conflit entre chirurgiens-accoucheurs et matrones a été un conflit entre les sexes, duquel les femmes sortirent perdantes³³ » (Pancino 1984, p. 19).

Après l'Unité de l'Italie et durant toute la période fasciste, une entreprise de professionnalisation et de modernisation des accoucheuses a été entreprise. Les sages-femmes modernes, en opposition avec les matrones « arriérées », recevaient une formation officielle et appartenaient à une catégorie professionnelle protégée. Elles restèrent toutefois subordonnées aux médecins accoucheurs (Gissi 2007). Durant le régime fasciste, en particulier, les sages-femmes furent investies d'une mission patriotique cruciale. Dans le contexte pronataliste de l'époque, elles furent l'objet d'une attention nouvelle, placées au premier rang dans la bataille démographique (Gissi 2006). La « *condotta ostetrica* » fut instaurée, système d'assistance sanitaire décentralisée visant à garantir l'accès aux soins obstétriques sur l'ensemble du territoire national. Chaque village fut doté de sa sage-femme de référence. Dans ce contexte, les sages-femmes conservèrent, dans l'exercice quotidien de leur métier, un degré d'autonomie certain, doublé d'une forte légitimité sociale. L'ordre professionnel fut constitué, même si leur rôle était considéré de second ordre par rapport à celui des médecins (Spina 2014).

Après la seconde guerre mondiale, le processus de médicalisation de l'accouchement a été intensifié (Schweyer 1996, Knibiehler 2016). Les événements liés à la grossesse et à la naissance ont été concentrés dans les hôpitaux. Ces bouleversements ont porté à la disparition des sages-femmes autonomes et à la confirmation de la compétence de médecins en la matière. Les sages-femmes se sont vues soumises à l'autorité directe des gynécologues, dans le cadre hospitalier, et ont perdu grande partie de l'autonomie de fait et du prestige social dont elles jouissaient dans les campagnes. En 1976, la profession a été légalement ouverte aux hommes (Spina 2014).

Dans les années 1990 a été entreprise une requalification de la profession de sage-femme et une redéfinition de ses compétences par les pouvoirs publics. En 1994, pour la première fois, l'Etat s'est attelé à délimiter le champ des compétences des sages-femmes. La formation universitaire en trois ans a été instituée. En 1999, le métier a obtenu la dénomination officielle

³³ « *Il conflitto tra ostetrici e mammane fu quindi anche un conflitto fra i sessi, da cui le donne uscirono perdenti.* »

de « profession », catégorisée comme « profession sanitaire non médicale » (Tousijn 2002, Spina 2014).

Cette évolution de la profession a contribué à fragiliser la domination médicale, même si de manière partielle (Tousijn 2002) : certains flous quant à la répartition des rôles entre sages-femmes et gynécologues, notamment en ce qui concerne l'accompagnement et la psychoprophylaxie précédant l'accouchement, contribuent à maintenir une ambiguïté autour de la limite des compétences entre les deux figures et, par conséquent, un maintien de la supériorité des médecins. En résultat, la figure professionnelle de la sage-femme, « exerçant son métier à l'intérieur de structures organisationnelles bureaucratiques et fortement hiérarchisées, où elle continue à subir un fort conditionnement de la part de la profession médicale, reste, par ailleurs, privée de ce degré d'autonomie professionnelle qui distingue les professions consolidées³⁴ » (Spina 2014, p. 60). L'on peut constater que la catégorie présente plutôt les caractéristiques d'une « semi-profession » : autonomie limitée, légitimité sociale réduite et manque de cohésion interne (Spina 2014).

En somme, le parcours historique suivi par les sages-femmes se calque sur le processus classique de construction d'une profession : obligation de diplôme, études universitaires (transformation de connaissances empiriques en savoir scientifique), revendication d'une sphère de compétence, construction d'une rhétorique qui donne une identité interne et une reconnaissance externe au groupe (Vezinat 2011). La reconstruction de cette trajectoire est importante dans le sens où elle a un impact sur l'identité professionnelle et l'exercice contemporain du métier. Le groupe professionnel s'est construit en contraste avec la matrone, dans une volonté de se détacher de son héritage encombrant (Pancino 1984). L'opposition s'est aussi matérialisée avec les médecins. Les rapports entre ces deux corps de métiers sont historiquement structurés sous le prisme de la subordination, qui trouve ses racines dans une hiérarchie de genre (Spina 2014, Schweyer 1996, Ehrenreich & English 1976) et de classe (Pancino 1984). Aujourd'hui, la division sexuée du travail en gynécologie, calquée sur les attributs genrés, contribue à perpétuer ces relations de pouvoir : les femmes aux soins et les hommes à la technique (Bolton 2005, Borel 2020, Pancino 1984, Ehenreich & English 1976, Charrier 2007, Le Dù 2019).

³⁴ “ *esercitando all'interno di strutture organizzative burocratiche e fortemente gerarchizzate, dove continua a subire un forte condizionamento da parte della professione medica, resta inoltre priva di quel grado di autonomia professionale che contraddistingue le professioni consolidate*”.

2.3 Les sages-femmes en Italie aujourd'hui

Les sages-femmes étaient 13.406, en 2018³⁵ (Ministero della Salute 2020). Elles exercent au sein de structures publiques (*consultori* ou hôpitaux) ou en tant qu'indépendantes.

Le consultorio

Les *consultori* sont nés en 1975³⁶. Leur mission consiste en une assistance psycho-sociale à la famille et un soutien à la « procréation responsable ». 1925 *consultori* sont actifs sur tout le territoire italien aujourd'hui, ce qui correspond à 0,6 *consultori* par 20.000 habitants (Ministero della Salute 2022). Cette présence ne remplit cependant pas les critères édictés par la loi, qui fixe le nombre minimal de structures à 1 *consultorio* tous les 20.000 habitants³⁷. L'équipe active au sein des *consultori* comprend des médecins, des sages-femmes, des psychologues et des assistant·es sociaux·les.

Le travail des sages-femmes, au *consultorio*, consiste en l'accompagnement des femmes durant tout leur cycle de vie fertile. Il comprend des activités d'éducation sexuelle auprès des plus jeunes, de consultance contraceptive, de prévention oncologique, de suivi de la grossesse, de préparation à l'accouchement, d'accompagnement à l'allaitement, de soutien à la ménopause, ainsi que les consultations pré- et post- IVG.

2.4 Balises théoriques : groupes professionnels, morale et avortement

Après avoir défini la problématique de recherche et présenté les caractéristiques du groupe professionnel des sages-femmes en Italie, je poserai les balises théoriques qui encadrent ma recherche. Celle-ci se situe au carrefour de la sociologie des groupes professionnels, de la sociologie de la morale et de l'éthique de la sociologie de l'avortement et puise des éléments conceptuels de ces trois champs d'étude.

La notion de « groupe professionnel » englobe une réalité plus vaste par rapport à la classique « profession » étudiée par la sociologie. En effet, cette dernière désigne les corps de métier

³⁵ Malheureusement, malgré de nombreuses recherches et requêtes auprès de différentes organisations professionnelles et institutions publiques, il n'a pas été possible d'obtenir davantage de données statistiques sur les sages-femmes italiennes (sexe, âge, nationalité, niveau d'étude, situation professionnelle).

³⁶ Legge 29 luglio 1975, n. 405. *Istituzione dei consultori familiari*.

³⁷ Legge 31 gennaio 1996, n. 34. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1 dicembre 1995, n. 509, recante disposizioni urgenti in materia di strutture e di spese del Servizio sanitario nazionale.

« revendiquant une identité forte, exerçant une activité spécialisée avec une assez forte autonomie, contrôlant l'entrée et la formation des nouveaux membres et bénéficiant d'un assez haut degré de considération sociale » (Paillet 2007, p. 162). Or, comme nous l'avons vu précédemment, le groupe des sages-femmes italiennes recouvre un statut ambigu, déterminé par son histoire spécifique, ses attributs et son rapport avec les autres corps de métier. Il est ainsi difficile, malgré le processus de requalification dont il a été l'objet ces dernières décennies, de lui attribuer le qualificatif de « profession », et ce à tous les effets. Caractérisé par un manque d'autonomie, une cohésion interne faible et une légitimité sociale relative, le groupe des sages-femmes se rapproche plutôt d'une quasi-profession ou d'une « semi-profession » (Spina 2014).

Il paraît ainsi pertinent de mobiliser la notion de « groupe professionnel » au détriment de celle de « profession » pour appréhender le métier de sage-femme en Italie. Le groupe professionnel peut être défini comme un ensemble de « travailleurs exerçant une activité ayant le même nom, et par conséquent dotés d'une visibilité sociale, bénéficiant d'une identification et d'une reconnaissance, occupant une place différenciée dans la division sociale du travail, et caractérisés par une légitimité symbolique » (Demazière & Gadéa 2009, p. 20).

La sociologie des groupes professionnels s'intéresse au processus de professionnalisation d'un certain métier, correspondant au « phénomène de distinction et de stratification social et professionnel » (Vezinat 2011, p. 13) au cours duquel le groupe acquiert un statut spécifique au sein de la division du travail, reconnu par le reste de la société. Ce champ d'étude inclut les structures qui encadrent l'activité mais aussi les pratiques quotidiennes et les conditions de travail des professionnel·les. Il combine les enseignements et méthodes provenant de la sociologie des professions (qui étudie la construction de la profession et les mécanismes contribuant à la reconnaissance du groupe) et de la sociologie du travail (qui s'intéresse à l'activité concrète et aux conditions de travail) (Vezinat 2011).

Delphine Serre, Christelle Avril et Marie Cartier recommandent également de combiner l'étude des cultures professionnelles et des situations de travail (Serre & *al.* 2010). Celles-ci comprennent aussi bien la définition officielle du travail et les contraintes qu'il impose aux travailleur·ses que la redéfinition active du travail par ces mêmes travailleur·ses, consistant en la mise en œuvre de pratiques informelles et une réinterprétation du sens accordé à l'activité. Les dispositions professionnelles sont définies comme « des façons d'agir, de penser, de

percevoir qu'ils [les travailleurs, ndr] ont incorporées au cours de leur histoire et de leur socialisation professionnelle » (Serre & al. 2010, p. 73). Les auteures préconisent l'étude de ces dispositions professionnelles « en acte », consistant en « l'étude de leurs manifestations en lien avec les situations et les relations de travail dans lesquelles elles s'actualisent » (Serre & al. 2010, p. 74). Ainsi, une porte d'entrée intéressante pour étudier le monde du travail consiste à partir d'un acte professionnel précis, pour mettre au jour les dispositions professionnelles qui le sous-tendent. Cette analyse des groupes professionnels *via* l'étude des dispositions professionnelles en acte peut être réalisée au sein d'un seul groupe ou en confrontant des groupes distincts. Une attention particulière doit être accordée au contexte local de travail, qui comprend les rapports de force entre pair-es, la hiérarchie et les caractéristiques du lieu de travail.

En outre, les auteures insistent sur l'importance, dans l'étude des situations de travail, d'élargir le spectre d'analyse en-dehors de la scène du travail ; il s'agit de montrer les interrelations existant entre le monde du travail et le reste de la vie sociale et de ne pas négliger « l'effet des socialisations autres que professionnelles sur les pratiques de ces professionnel·le·s » (Gelly & al. 2021, p. 17). En particulier, la position des travailleur·ses dans la stratification sociale est susceptible d'influencer leurs attitudes au travail. Cette considération peut concerner des variables telles que l'appartenance sexuée, l'appartenance de classe ou encore l'appartenance générationnelle. Ces différentes formes d'insertion sociales peuvent modeler, par la force des dispositions acquises, le rapport au travail. Il est, dès lors, fondamental de reconstituer la trajectoire des travailleur·ses pour cerner les aspects de leur existence qui ne sont pas liés au travail et de réinscrire ces trajectoires dans le contexte social.

Par ailleurs, la tradition interactionniste invite à tenir compte de l'importance de la redéfinition du sens opérée dans les interactions. Dans les situations concrètes de travail, mettant en scène différent·es acteur·rices sociaux·les, s'opère une renégociation des normes et des significations. Selon cette perspective, le milieu de travail joue un rôle très important dans la définition des actes médicaux. Celui-ci concourt à créer une organisation informelle de la médecine, au-delà des standards et des normes construites à l'extérieur et des règles officielles. L'ordre est renégocié en permanence dans les interactions quotidiennes (Carricaburu & Ménoret 2004, Strauss 1992). L'interaction, dans ce contexte, est décisive dans la construction de la subjectivité des individus ; elle influence la manière dont ces derniers se positionnent (Carricaburu & Ménoret 2004). En particulier, en ce qui concerne les hôpitaux, « les normes

extérieures ne s'imposent pas mécaniquement : elles sont adaptées et négociées en fonction des stratégies et des valeurs qui prévalent dans telle ou telle configuration hospitalière locale » (Schweyer 2004, p. 132).

Je m'inspirerai ainsi des différents enseignements théoriques et recommandations de méthode édictés ci-dessus pour appréhender le rapport à l'avortement des sages-femmes en Italie. La notion de groupe professionnel, qui semble correspondre au groupe étudié davantage que celle de profession, sera mobilisée. Elle me permettra d'inclure dans mon analyse l'histoire, les caractéristiques et l'identité du groupe professionnel en question mais également de me pencher sur l'étude des situations concrètes de travail. Il s'agira, en particulier, de partir d'un acte de travail concret et spécifique, le travail abortif, afin de mettre en lumière la manière dont la culture professionnelle s'actualise et se renégocie dans une situation donnée (étude des dispositions « en acte »). Une attention particulière sera accordée aux lieux de travail où la prise en charge de l'avortement est effectuée et à leurs caractéristiques (les différents *consultori* et hôpitaux) ainsi qu'aux relations de travail (entre collègues et avec les patientes) et à leur influence sur les positionnements et les subjectivités des sages-femmes. Enfin, seront prises en considération les interactions entre attitudes au travail et modalités d'inscription dans le monde social. L'influence de l'âge, de la classe sociale et de l'appartenance sexuée sera prise en considération. Une attention particulière sera accordée à cette dernière ; les sages-femmes formant un groupe caractérisé par une homogénéité sexuée très élevée, il s'agira d'évaluer le poids de la division sexuée du travail et l'impact des stéréotypes de genre sur leur rapport à l'avortement.

Un deuxième champ d'étude sociologique qui sera mobilisé dans ma recherche concerne la sociologie de la morale de de l'éthique.

La morale et l'éthique concernent « les zones et les moments de l'activité sociale où des individus s'engagent [...] dans la discussion de ce qu'il est 'bien' ou non de faire, de ce qu'il est 'juste' ou non de faire, de ce qu'il est 'légitime' ou non de faire » (Paillet 2007, p. 11). La morale désigne un système de valeurs, normes et pratiques qui définissent le bien et le mal, le juste et l'injuste. Elle convoie une notion de jugement et d'évaluation. Elle renvoie à une dimension non explicitée et non formalisée. L'éthique, quant à elle, consiste en une analyse critique sur la morale. Cette activité réflexive produit et modèle la morale ; il s'agit d'une « capacité de prise de recul permettant de spécifier et d'ajuster les choix moraux selon les contextes, les

circonstances » (Massé 2015, p. 27).

Aussi bien la morale que l'éthique n'existent pas uniquement à un niveau idéal mais prennent forme dans l'expérience et le quotidien. L'action ordinaire est, en effet, dirigée par des dispositions morales incorporées, formant un système dénommé « ethos ». Dans la société contemporaine se côtoient une pluralité de moralités (les déclinaisons possibles de la morale). Les individu-es sont pris-es entre différentes moralités en fonction de leur appartenance à plusieurs groupes. Ces dernières peuvent donc entrer en conflit. Dans ces conditions, l'ethos est le résultat de négociation entre les différentes moralités acquises au cours de la socialisation, potentiellement divergentes, et mobilisées d'une manière ou d'une autre en fonction des situations. Les choix moraux quotidiens résultent donc d'une rencontre entre les codes moraux assimilés et les usages contextuels et réfléchis que l'on en fait (Massé 2015).

L'objection de conscience et, de manière générale, le rapport à l'avortement, renvoient à des considérations d'ordre morale et éthique. Les sages-femmes, dans leur décision de se déclarer objectrices de conscience ou non³⁸, mais aussi dans la manière dont elles appréhendent l'intervention dans le cadre de leur pratique professionnelle quotidienne (le langage qu'elles utilisent avec les patientes, les jugements qu'elles effectuent au cas par cas, la manière dont elles estiment que l'accompagnement doit être effectué, *etc.*) dépendent des dispositions morales qu'elles ont assimilées ainsi que de l'éventuelle réflexion d'ordre éthique qu'elles ont développé à leur égard.

La recherche que je mène se situe, en réalité, au croisement entre la sociologie des groupes professionnels et la sociologie de la morale et de l'éthique. En effet, il s'agit d'étudier l'éthique au niveau des pratiques concrètes de soin (Weber & *al.* 2008, Membrado 2001, Paillet 2007). Anne Paillet désigne cette démarche comme une « sociologie de l'éthique en actes » : elle consiste en l'étude des situations concrètes de travail et des manifestations quotidiennes de production de positionnements éthiques. Il s'agit de dépasser l'étude de la déontologie professionnelle officielle pour étudier l'éthique en actes (qui peut s'en éloigner, voire la contredire). Cette dernière est ensuite mise en lien avec les différentes caractéristiques du groupe professionnel étudié (identité professionnelle, stratégies, intérêts, rapports avec les autres corps de métier, reconnaissance sociale, *etc.*) mais également avec les caractéristiques individuelles de chaque travailleur-se (âge, ancienneté, genre, extraction sociale, *etc.*) et les

³⁸ Le choix de pratiquer des avortements est aussi une question de conscience!

situations concrètes de travail. Cette démarche permet de mettre en évidence les points communs mais aussi les divergences au sein d'un même groupe professionnel. Il s'agit d'une « reconstitution empiriquement fondée, et contextualisée, de la genèse sociale des approches morales » (Paillet 2007, p. 15), consistant à resituer les positionnements éthiques observés dans leur cadre social, afin de « rompre avec l'illusion du 'for intérieur' et chercher à resituer le poids du social dans la formation des valeurs des sociétés, des groupes et des individus » (Paillet 2007, p. 156).

Enfin, la troisième source d'inspiration académique provient du champ de la sociologie de l'avortement. Ce domaine spécifique s'intéresse à l'expérience des femmes ayant avorté, à la configuration médico-légale qui l'encadre ainsi qu'au contexte social et culturel qui la conditionnent.

Les auteures ont notamment mis en évidence l'existence du stigmatisme de l'avortement (*abortion stigma*) (Kumar & al. 2009). Cette notion s'appuie sur la conceptualisation du stigmatisme effectuée par Goffman (Goffman 1975). Selon le sociologue interactionniste, le stigmatisme repose sur un double processus : la différenciation (considérer un·e individu·e différent·e sur base d'un de ses caractères) et l'infériorisation (attribuer une dimension négative à ce caractère, étiqueté comme déviant par rapport à une norme). On assiste ensuite à un phénomène de contamination : le discrédit touche tou·tes les individu·es qui partagent ce même caractère et le groupe social est ainsi infériorisé. Ce qui crée le stigmatisme est donc l'écart entre un comportement déviant et ce qu'on s'attendrait au contraire de l'individu·e (De Zordo 2016). Le stigmatisme abortif consiste en un attribut négatif qui est associé aux femmes souhaitant avorter et qui les définit comme inférieures par rapport à l'idéal attendu de « la » femme (Giovannelli & Pacilli 2019, De Zordo 2016, Norris & al. 2011, Kumar & al. 2009).

Le stigmatisme est véhiculé à travers les actes et les paroles de l'entourage de l'avortante et du personnel socio-sanitaire auquel elle est confrontée, ce dernier opérant une véritable surveillance morale qui dépasse ses attributs et son rôle officiels (Giovannelli & Pacilli 2019). Il se manifeste sous deux formes : le stigmatisme perçu, qui correspond à la perception du jugement négatif des autres, et le stigmatisme intériorisé, qui correspond à l'assimilation personnelle de ce jugement négatif et entraîne des sentiments de honte, culpabilité et baisse de l'estime de soi (Giovannelli & Pacilli 2019, Kumar & al. 2009, Divay 2004).

La stratégie de défense contre cette stigmatisation consiste souvent, pour les femmes, à passer

sous silence leur expérience (Thizy 2021). Les femmes ayant eu recours à l'avortement peuvent également chercher à « se justifier » pour ne pas devoir assumer la responsabilité de l'acte stigmatisé (Thizy 2021) ; elles peuvent aussi tenter de dévier la faute vers d'autres avortantes, susceptibles d'être jugées de manière encore plus négative³⁹ (Giovannelli & Pacilli 2019, Divay 2004).

Les relations de pouvoir entre le groupe social qui appose le stigmate et celui qui en est marqué forment la base et la condition du processus (De Zordo 2016, Divay 2004). Pour Erica Millar, le stigmate constitue, plutôt qu'un processus propre à l'interaction et centré sur un·e individu·e, au sens de Goffman, une forme de pouvoir construit socialement, culturellement et politiquement. Cette vision renvoie davantage à la conception développée par Everett Hughes, autre sociologue interactionniste : au contraire de Goffman, il envisage l'interaction dans un cadre plus large que celle du strict face-à-face. Elle recouvre, pour lui, le fait que les acteur·rices agissent en fonction des actes d'autres acteur·rices, même si ces dernier·ères ne sont pas physiquement présents (Hughes 1996). Dans cette optique, il importe de mettre au jour les normes socioculturelles qui fondent le stigmate (Millar 2020).

Dans le cas du stigmate de l'avortement, les référents normatifs sous-jacents au processus de déclassification renvoient à la norme de la maternité et la « nouvelle norme procréative » (Bajos & Ferrand 2011). La première concerne l'idée selon laquelle les femmes seraient, par nature, destinées à enfanter et que la maternité constituerait un élément central de la féminité. Cette « spécificité maternelle » recoupe trois dimensions. Premièrement, la procréation reste une affaire principalement féminine dans la construction sociale des rôles genrés, malgré l'entrée des femmes sur le marché du travail. Les tâches assignées aux hommes et aux femmes restent fondées sur la division sexuée du travail qui oppose travail productif masculin et travail procréatif féminin (Bajos & Ferrand 2006, Memmi 2016). Deuxièmement, la nature féminine est perçue comme vouée à l'enfantement et la maternité comme un élément-clé de l'épanouissement et de l'identité des femmes. Le désir d'enfanter serait inné, instinctif et pulsionnel (Knibiehler 2017, Touraille 2011, Mathieu 2017). Troisièmement, en ce qui concerne les femmes, la dissociation entre sexualité et procréation, rendue possible par les moyens de contraception modernes, ne s'est pas opérée dans les mentalités. La sexualité des

³⁹ En effet, le stigmate de l'avortement agit de manière « stratifiée » : l'étiquette négative apposée aux avortantes varie en fonction de certaines caractéristiques, telles que l'âge, la situation conjugale, l'histoire abortive, l'époque gestationnelle, etc. (voir point 7.2).

femme est toujours envisagée principalement sous l'angle de la procréation : cadre du couple hétérosexuel, pénétration vaginale, norme monogame (Bajos & Bozon 2008). Dans ce contexte, le stigmate qui touche les femmes qui avortent renvoie en grande partie à leur déviance par rapport à la norme de la maternité et ses trois dimensions. Ces dernières, en refusant d'enfanter, ne remplissent pas leur fonction sociale et ne respectent pas la place qui leur est assignée par la société ; elles s'éloignent du modèle socialement valorisé de la femme-mère ; enfin, elles font preuve d'une sexualité déviante et débridée qui ne respecte pas la norme sexuelle féminine.

La nouvelle norme procréative, quant à elle, renvoie à une transformation de la norme de la maternité. Ce qui est valorisé n'est plus la maternité *a priori* mais la maternité consciente, permettant de dédier une attention toujours plus grande aux enfants. La nouvelle norme en matière de procréation, qui peut être définie comme les « conditions socialement valorisées de la parentalité » (Bajos & Ferrand 2011, p. 54), est donc celle de la parentalité choisie et de la planification des naissances. Elle se base sur le contrôle rationnel de la fertilité par la contraception et la définition des bonnes conditions sociales pour avoir un enfant (âge des parents, stabilité matérielle et psychologique du couple, trajectoires professionnelles du père et de la mère, nombre d'enfants, espacement entre les naissances...) (Bajos & al. 2004, Bajos & Ferrand 2006 & 2011, Mathieu & Ruault 2014, Mattalucci 2018, Mathieu 2017). La norme contraceptive, composante essentielle de la nouvelle norme procréative, recouvre trois dimensions, pour les femmes : le devoir de contraception, la temporalité contraceptive (à chaque période de vie correspond un contraceptif) et la constitution de l'échec de contraception en déviance (Bajos & Ferrand 2011). Dans ce cadre, la contraception reste une compétence exclusivement féminine, révélant une division sexuée du travail de contrôle des naissances (Spencer 1999, Mathieu 2017). Dans ce nouveau contexte normatif, le stigmate lié à l'avortement existe toujours mais a été redéfini : les avortantes sont stigmatisées en tant qu'irresponsables et incapables de contrôler leur fécondité par un juste usage de la contraception (Guillaume & Rossier 2018, Mathieu & Ruault 2014, Mathieu 2017, Borel 2018). L'avortement, en effet, constitue une méthode stigmatisée de régulation des naissances (Thizy 2021).

Ces différentes normes sont appliquées par le personnel sanitaire dans l'exercice quotidien de son métier, à travers un mode de gouvernement non autoritaire. Qualifié de « gouvernement par la parole » par Dominique Memmi, cette nouvelle forme de biopouvoir, déléguée aux

médecins, contrôle les pratiques liées à la naissance et à la mort à travers par la production d'un récit acceptable et légitime de la part des patient-es. Cette « police des récits » constitue un gouvernement par autocontrôle, basé sur la surveillance par la conformité biographique (Memmi 2003).

En ce qui concerne la prise en charge spécifique de l'avortement en Italie dans les sciences sociales, plusieurs auteur-es se sont attelé-es à décrire le contexte socio-culturel italien qui alimente la stigmatisation de l'avortement.

Depuis les années 1990, la fin du système bipartisan et la dissolution du parti catholique *Democrazia Cristiana* ont paradoxalement porté à une augmentation de l'influence de l'Église. Les évêques italiens ont, à cette époque, élaboré un « Projet culturel de l'Église italienne⁴⁰ », visant à freiner, voire inverser, les évolutions culturelles récentes allant à l'encontre de la pensée religieuse et à promouvoir les valeurs de fond de la culture catholique (Garelli 2014). L'Église s'est transformée en véritable *lobby* : elle a rassemblé autour d'elle un important réseau d'influence composés de politicien·nes et de groupes de la société civile, ce qui lui a conféré une grande marge de manœuvre. Elle s'est lancée dans une croisade de “ re-catholicisation” de l'Italie, ayant pour but de lier l'identité italienne aux valeurs catholiques romaines (Hanafin 2009, Garelli 2016). Cette influence forte de l'Église crée un climat socio-culturel qui pèse sur les attitudes et les représentations des individus dans la sphère procréative, notamment en matière de contraception et d'avortement (Gribaldo 2009). La reconquête des esprits lancée par les autorités ecclésiastiques se concentre en effet sur les questions liées au genre, à la bioéthique et à la procréation (Ventura 2012, Sanna & Rochefort 2013, Heinen 2013).

La morale catholique en matière procréative a toutefois été reformulée, depuis les années 1990, en des termes scientifiques et juridiques liés aux droits humains, à travers la défense du droit à la vie de l'embryon (De Zordo 2016, Mattalucci & al. 2018, Mattalucci 2012, Norris & al. 2011, Hanafin 2009, De Zordo & al. 2016). En Italie, la norme du droit à la vie de l'embryon a envahi la sphère politique, ce qui a conduit Patrick Hanafin à parler de “ *vitapolitics*” pour qualifier la configuration italienne du biopouvoir (Hanafin 2006). Cette dernière constitue une forme de biopolitique rigide de restriction des droits reproductifs, basée sur un ordre naturel imaginé et centrée sur le droit à la vie de l'embryon comme nouveau sujet biopolitique. La

⁴⁰ “*Progetto culturale della chiesa italiana*”.

valeur de la « sacralité de la vie » est en effet au centre de la stratégie de récupération d'influence culturelle sur l'ensemble de la société de la part de l'Eglise (Trombetta 2010). Elle s'est largement diffusée depuis les années '90-2000. L'avènement de cette vitapolitique s'est faite en lien, notamment, avec la réémergence des mouvements dits « *pro-life* ». Ces derniers avaient vu le jour dans les années '70 pour s'opposer à la loi sur l'avortement. Par après, ils s'étaient faits plus discrets. Ils sont réapparus sur la scène publique dans les années '90, en étendant leur champ d'action : aujourd'hui, ils militent également contre l'assistance médicale à la procréation et l'euthanasie. Un nouveau mouvement s'est structuré, qui regroupe différent·es acteur·rices (intellectuel·les, scientifiques, religieux·ses, politicien·nes, médecins...). Une matrice catholique est présente derrière ces nouvelles alliances, même si tout l'argumentaire a été reformulé en des termes scientifiques et bioéthiques (Sanna 2013). Historiquement, ce retour en force est lié à différents changements sociaux et politiques : la disparition des partis politiques d'après-guerre (en particulier de *Democrazia Cristiana*, qui était le parti de référence de l'idéologie catholique), l'utilisation de la religion comme facteur de consensus politique, la baisse de l'activisme féministe dans le débat public et les innovations dans les champs biotechnologiques et bioéthiques (De Zordo 2016, Mattalucci 2012 & 2018).

Une ultérieure évolution a pu être remarquée dans le discours public relayé sur l'avortement en Italie ces dernières années. La défense du droit à la vie de l'embryon a été doublée d'une rhétorique en faveur du droit des femmes. L'avortement nuirait aux deux ; le conflit classique entre la femme et l'embryon n'aurait donc pas lieu d'être (Lalli 2013). Ce type de narration dépeint l'avortement comme une pratique nocive pour la santé et l'intégrité des femmes, en mettant l'accent sur la dangerosité de l'opération du point de vue médical et les séquelles psychologiques qui en découlent (Norris & al. 2011, Mathieu 2017, Côté 2013). L'idée de l'avortement comme traumatisme est très répandue : une grande visibilité est accordée aux femmes ayant eu une expérience négative de l'avortement, au contraire de celles en ayant eu une expérience positive ou neutre⁴¹ (Mattalucci 2018).

Enfin, une certaine « angoisse démographique » contribue également à la stigmatisation de l'avortement. En effet, l'époque contemporaine est le théâtre d'une baisse importante du taux de fécondité en Italie, initiée dans les années 1980. Cet indicateur démographique se

⁴¹ Certains mouvements sont nés pour s'opposer à la distorsion de la réalité effectuée par la diffusion de ces discours victimisants, tel *IVG, ho abortito e sto benissimo !* [IVG, j'ai avorté et je vais très bien !] (<http://hoabortitostobenissimo.blogspot.com>).

mesure par le nombre moyen d'enfants par femme. Le taux de fécondité italien s'élève à 1,3 enfants/femme (données de 2018), bien en-deça du seuil de reproduction de la population (2,1 enfants/femme) et un des plus bas d'Europe ; il est qualifié de " lowest-low", selon le jargon démographe (Marchesi 2012, ISTAT 2019, Trèves 2007). De ce constat est née une inquiétude démographique, entretenue par les propos alarmistes des démographes, relayée par les politicien·nes et les médias, aussi bien à l'échelle nationale qu'internationale. Le problème de la dénatalité est construit comme symptôme et moteur du déclin économique et social du pays : on parle de malaise démographique, suicide collectif, appauvrissement sociétal, tendance pathologique, extinction de la maternité... L'idée a été reprise et largement véhiculée par les pouvoirs publics, qui se sont lancés, à partir des années 2000, dans des politiques natalistes (abandonnées depuis la chute du régime fasciste) et des actions de promotion de la maternité (Marchesi 2012, Trèves 2007, Krause & Marchesi 2007, Wilsons 2011). Dans ce contexte, les femmes sont pointées du doigt pour leur comportement irrationnel et sont enjointes à se reproduire de manière « responsable ». La baisse de la fertilité est assimilée à une forme d'irresponsabilité des femmes (De Zordo & *al.* 2016, Krause 2001).

En ce qui concerne plus précisément le rapport des professionnel·les de la santé à l'avortement, deux anthropologues ont mené des enquêtes qualitatives auprès du personnel médical compétent en la matière⁴². Chiara Quagliarello a réalisé une observation participante lors de consultations pré- et post- IVG ainsi que des entretiens avec des médecins (Quagliarello 2018). Le but de l'étude était de mettre en évidence l'existence d'autres barrières que l'objection de conscience qui entravent la liberté des femmes à disposer de leur corps. L'attitude des médecins face à leurs patientes se révèle être un obstacle important à la liberté de choix. Les gynécologues, en effet, adaptent leurs pratiques en fonction des caractéristiques sociales et de la situation des femmes et cherchent à influencer leur choix (dans leur décision d'avorter, dans le choix de la technique...). Ensuite, la présence des hommes durant les consultations, toujours plus importante, peut constituer un frein à la pleine autonomie de décision des femmes. Enfin, la consultation psychologique pré- et post- IVG vise à inculquer aux avortantes une représentation illégitime et déviante de l'acte abortif. Silvia De Zordo, pour sa part, s'est concentrée, lors d'une enquête par entretiens et questionnaires, sur l'objection de conscience des gynécologues (De Zordo 2016 & 20178). Elle a mis en évidence que la

⁴² Aucune étude qualitative n'a été menée, en revanche, auprès de femmes engagées dans le parcours d'interruption de grossesse. La restitution de la trajectoire et de l'expérience de ces dernières constituerait certainement un enrichissement de la compréhension de la problématique de l'accès à l'avortement en Italie.

religion a un poids important dans la décision de recourir à l'objection de conscience mais qu'il n'existe pas de lien automatique entre les deux : l'anthropologue constate une proportion non négligeable d'objecteur·rices qui ne sont pas religieux·ses ainsi que de religieux·ses qui ne sont pas objecteur·rices. L'avortement est moins stigmatisé dans le second semestre (les avortantes sont considérées comme des « victimes ») que dans le premier (les avortantes sont considérées comme des « irresponsables »). Les femmes effectuant des avortements répétés sont particulièrement critiquées par les médecins. Les étrangères étant sur-représentées parmi les femmes ayant eu plusieurs avortements, elles sont spécifiquement pointées du doigt (en particulier, les femmes provenant d'Europe de l'Est). L'embryon n'est pas considéré, par la majorité des praticien·nes, comme une personne jouissant de droits mais comme un patient, une " vie potentielle". Les logiques sociales liées à la pratique de l'avortement dans le contexte hospitalier ont un poids important : relations de pouvoir, dévalorisation de l'avortement en tant qu'acte médical ingrat et inintéressant, charge de travail plus importante et chances de carrière moindres pour les non-objecteur·rices.

Les différentes contributions des auteures citées ci-avant, que l'on peut rassembler dans le champ de la « sociologie de l'avortement », fournissent des éléments conceptuels intéressants pour ma recherche. La notion de stigmaté de l'avortement, ainsi que sa mise en lien avec les prescriptions normatives contemporaines en matière de comportement procréatif, seront utiles afin d'éclairer le rapport des sages-femmes italiennes à l'avortement. En Italie, il est essentiel de constater que le contexte socio-culturel, marqué par la morale catholique, diffuse une image négative de l'avortement, à travers différentes rhétoriques telles que le droit à la vie de l'embryon, l'avortement comme traumatisme ou l'alarme démographique. Les professionnel·les de la santé n'échappent pas à ce climat. Par leurs attitudes de travail, ils/elles contribuent à la reproduction du stigmaté et conditionnent l'accès des femmes aux services abortifs. Aucune étude qualitative n'a, toutefois, été menée sur le rapport à l'avortement des sages-femmes en Italie. Lors d'un échange personnel, De Zordo m'a confié qu'elle avait aussi réalisé des entretiens auprès des sages-femmes mais qu'elle n'avait pas pu analyser son matériel par manque de temps. Il s'avère, dès lors, pertinent de réaliser une enquête sur ce groupe professionnel.

En conclusion, le but de ce travail est de contribuer à la compréhension de la manière dont les professionnel·les de la santé se rapportent à l'avortement, dans un pays où un nombre particulièrement élevé d'entre eux/elles s'abstiennent d'effectuer l'intervention au nom de

considérations morales liées à leur « conscience » personnelle. La recherche se concentrera sur le groupe professionnel des sages-femmes, en particulier celles exerçant dans le secteur public, où est prévue la prise en charge de l'avortement. Il s'agira de mettre au jour les opinions, les valeurs, les représentations et les sentiments liés à l'avortement et à sa pratique concrète et de les appréhender d'un point de vue sociologique, c'est-à-dire en les reliant au contexte social dans lequel évoluent les praticiennes. En particulier, seront pris en considération le climat socio-culturel italien en matière de santé reproductive, les caractéristiques et les mutations propres au groupe professionnel des sages-femmes, l'exercice concret du métier (lieu de travail, relations de travail, contraintes...) ainsi que les propriétés sociales des professionnelles. Dans cette entreprise, les différents enseignements puisés de la sociologie des groupes professionnels, de la sociologie de la morale et de l'éthique et de la sociologie de l'avortement serviront de balises théoriques orientant l'élaboration du protocole de recherche et l'analyse des résultats.

3 Le dispositif de production du savoir sous la loupe

La partie qui s'ouvre explore les questions liées à la méthodologie de la recherche. Une attention particulière sera portée sur la réflexivité de l'enquête. En effet, les résultats de ce travail n'ont de valeur, en termes de production de connaissance, qu'en lien avec le contexte dans lequel ils ont été produits (Thizy & al. 2021, Bizeul 1998). Ce contexte comprend de nombreux éléments tels que les caractéristiques et le positionnement de la chercheuse, les choix en matière de protocole d'enquête, les stratégies d'accès au terrain, la relation d'enquête, la manière dont les informations recueillies ont été traitées, etc. La « rigueur du qualitatif » (Olivier De Sardan 1995) exige l'explicitation de ces variables qui modèlent la nature des résultats obtenus.

Mon enquête de terrain s'est déroulée sur un temps long (de septembre 2021 à avril 2022) et s'est caractérisée par un constant va et vient entre la théorie et le terrain. Cette itération entre la problématique et la production des données (Olivier De Sardan 1995) m'a permis d'affiner mon objet de recherche tout au long du travail d'enquête (Paillé & Mucchielli 2012), grâce aux entretiens mais aussi à de constantes lectures. En retour, la pratique de terrain a été adaptée aux modifications théoriques apportées.

L'enquête de terrain qui a permis de produire le matériel empirique nourrissant ma recherche a été initialement élaborée à l'issue de mon mémoire de M1. Bien que le dispositif envisagé à ce moment ait été sujet à plusieurs adaptations, il a constitué l'épine dorsale du travail empirique mené.

3.1 Une nécessaire « neutralité axiologique » ?

Un premier élément sur lequel il est fondamental de réfléchir lors de toute enquête en sciences sociales - et de toute démarche de production de connaissance (Olivier De Sardan 2000) - concerne le rapport personnel de l'enquêtrice à sa problématique (Paillé & Mucchielli 2012). En effet, la sociologue est immergée dans son objet d'étude, la société, et ne peut, dès lors, prétendre l'aborder avec un regard totalement détaché et objectif (Olivier De Sardan 1995). Cette considération est d'autant plus juste que la recherche menée porte sur un sujet « politique », soumis à des controverses publiques et convoyant de nombreux présupposés moraux (Bateman 2006). La « neutralité axiologique », dans ce cas, est tout simplement

impossible à atteindre, malgré la prétention de certains auteurs de la respecter (Boltanski 2004).

De surcroît, plusieurs contributions épistémologiques ont mis en évidence le potentiel heuristique de la subjectivité. Notamment, les théories du point de vue et du savoir situé nous enseignent que la subjectivité doit être « considérée, non comme un obstacle, mais comme une ressource pour la production de la connaissance scientifique » (Flores Espínda 2012, p. 99). D'inspiration féministe, ces travaux ont jeté une lumière sur le caractère androcentrique de la production de connaissances. Des recherches menées par des femmes permettent d'appréhender la réalité avec un regard différent, leur position sociale spécifique déterminant un accès cognitif au réel alternatif, permettant d'enrichir la compréhension du monde. Dans cette optique, l'enracinement du ou de la scientifique dans le monde social constitue une source de connaissance plus qu'une entrave à la production scientifique (Flores Espínda 2012).

La démarche primordiale à la base de tout travail de recherche, c'est-à-dire le choix du sujet d'étude, est déjà révélatrice d'une certaine appréhension du fait social considéré (Beaud & Weber 2010). En effet, la constitution d'une problématique ne se fonde-t-elle pas sur la sensation qu'il y a bel et bien un « problème » qu'il est intéressant de tenter d'éclairer et de comprendre ? Ainsi, « tout questionnement est une prise de position sur le monde et les phénomènes » (Paillé & Mucchielli 2012, p. 73). En l'occurrence, si la thématique de l'objection de conscience sanitaire à l'avortement en Italie et de ses conséquences en termes d'accès au service m'a interpellée, c'est que cette situation m'est apparue comme problématique. Si je considérais qu'il est juste qu'un grand nombre de praticien·nes refusent de pratiquer des avortements et que la restriction de l'accès au service est une bonne chose, je n'aurais sans doute pas jugé pertinent d'y consacrer mon mémoire. Un certain positionnement moral et sociétal est ainsi visible dès l'amorce de la démarche de recherche.

Mon appartenance sociale au sexe féminin y joue, certainement, un rôle. Cet intérêt spécifique est d'ailleurs largement visible dans la composition sexuée du corpus d'autrices spécialisées sur les questions relatives aux choix reproductifs, notamment à l'avortement (Guyard 2014). L'identité de genre, dans ce cas, rend certainement la chercheuse plus sensible aux rapports de pouvoir entre sexes et aux atteintes à la capacité d'autodétermination des femmes, qui trouvent à s'exprimer dans une situation telle que celle concernant l'accès à l'avortement en Italie.

Au-delà de l'aspect genré, j'ai abordé le sujet de manière assez néophyte. En vertu de ma trajectoire de vie, de mon parcours universitaire et professionnel et de mes intérêts personnels, je ne m'étais jamais approchée de près aux questions liées à l'avortement, à la maternité, aux sages-femmes (qui constituent autant de facettes de la place spécifique occupée par les femmes dans le travail procréatif) et je disposais en la matière de peu de connaissances et d'expérience personnelle.

3.2 Protocole de recherche initial

À l'issue de la rédaction du mémoire de M1, j'avais envisagé de mener une enquête de terrain qualitative reposant sur la réalisation d'entretiens semi-structurés auprès de sages-femmes et de gynécologues, objecteur·rices ou non. En effet, au terme de l'exploration réalisée en M1 et, en particulier, grâce à l'entretien exploratoire réalisé avec deux sages-femmes de l'hôpital de Cecina, j'avais eu l'intuition que l'objection de conscience était une position fluctuante et non-rigide. L'impression était que les catégories « objecteur·rice » et « non- objecteur·rice » n'étaient pas figées ni hermétiques et que la division du corps sanitaire en deux classes strictement délimitées revêtait une nature formelle. Dès lors, elle ne pouvait représenter la pluralité des représentations et positionnements propres à chaque individu·e. Le danger était de récupérer des catégories institutionnelles classant les professionnel·les en deux pôles clairement séparés, sans entreprendre un travail de déconstruction de ces dernières permettant de restituer la complexité de la réalité sociale (Serre & *al.* 2010). En revanche, afin de chercher à atteindre une compréhension globale de l'objection de conscience et du rapport à l'avortement, il m'avait paru nécessaire de m'intéresser également au personnel sanitaire non-objecteur.

Le but de la recherche était de saisir de manière la plus complète et la plus subtile possible toute la complexité qui se cache derrière un positionnement, avant tout, institutionnel (la loi obligeant les praticien·nes à se positionner d'un côté ou d'un autre au moyen d'une déclaration officielle). Cette optique m'avait portée vers le choix d'un appareillage méthodologique s'inscrivant dans une démarche qualitative. L'intention n'était pas de « produire du chiffre » mais bien de pénétrer au cœur des subjectivités individuelles. Ainsi, j'avais décidé de privilégier un échantillon limité d'enquêté·es, qui n'avait pas l'ambition d'être représentatif de la population étudiée mais de mettre au jour la richesse et la profondeur des

univers des individu·es enquêté·es (Blanchet & Gotman 2015, Olivier De Sardan 1995, Beaud & Weber 2010). Le choix de la technique d'enquête s'était porté sur l'entretien semi-directif. Cet outil spécifique de la recherche en sciences sociales permet de récolter des informations sur une thématique précise, en privilégiant un angle d'approche volontairement large, permettant de saisir toutes les nuances et la richesse de chaque subjectivité. Les questions ouvertes laissent un espace important aux enquêté·es pour s'exprimer librement ; toutefois, le caractère « semi-structuré » indique que l'attention est maintenue sur une problématique précise. Il s'agit de « s'approcher du style de la conversation sans se laisser aller à une vraie conversation » (Kaufmann 2016, p. 47). L'entretien a une fonction compréhensive, visant à accéder à la subjectivité de l'acteur·rice et à restituer son point de vue, son monde de référence et ses logiques d'action. Il permet d'explorer à la fois les pratiques et les représentations, idées, symboles et normes qui y sont associés (Blanchet & Gotman 2015).

L'idée initiale était de recruter les futurs enquêté·es au sein de l'hôpital de Cecina et de l'hôpital Santa Chiara de Pise afin de réaliser une comparaison entre les deux structures. L'hôpital de Cecina est un *presidio ospedaliero*, une structure territoriale de petite dimension, dépendante de l'ASL⁴³ Toscana Nord-Ovest. Il emploie un personnel composé d'environ vingt-cinq sages-femmes et neuf gynécologues. Le service de gynécologie compte une capacité de vingt lits. Sur neuf gynécologues, cinq sont objecteur·rices, ce qui correspond à 55,6% (chiffres de 2017) (Agenzia Regionale di Sanità della Toscana 2018). L'hôpital Santa Chiara, quant à lui, est une *azienda ospedaliera*, une structure hospitalière importante, bénéficiant d'une plus grande autonomie. Il fait partie du complexe Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, intégré avec l'université de Pise pour des activités de didactique et de recherche. Le service de gynécologie compte une capacité de 70 lits. Y travaillent 25 gynécologues. Vingt se sont déclaré·es objecteur·rices, ce qui correspond à un pourcentage de 80% (chiffres de 2017) (Agenzia Regionale di Sanità della Toscana 2018). Je voulais essayer de comprendre les facteurs susceptibles d'expliquer ces proportions. Les caractéristiques structurelles de ces deux hôpitaux pourraient-elles influencer le positionnement de leur personnel, et de quelle manière ?

⁴³ Les *Aziende Sanitarie Locali* sont des organes publics chargés de fournir des services sanitaires à la population.

L'échantillon avait pour but d'être illustratif et non statistiquement représentatif, c'est-à-dire qu'il visait à présenter un éventail de la diversité des subjectivités, sans fournir d'information sur la distribution statistique de ces dispositions au sein de la population totale (Beaud & Weber 2010). Dès lors, il aurait été idéalement composé d'individus qui diffèrent, le plus possible, les uns des autres selon plusieurs caractéristiques : en particulier, l'âge, l'ancienneté professionnelle, les convictions religieuses et le genre.

En ce qui concerne le mode de recrutement des enquêté-es, j'avais compté sur la mobilisation d'un réseau élargi de connaissances ainsi que sur l'application de la technique de la boule de neige, qui consiste à demander à chaque interlocuteur·rice d'en renseigner un·e autre de sa connaissance. Ce dispositif avait notamment été motivé par l'anticipation de complications particulières liées à la pénétration au sein de l'hôpital pour y mener une enquête (Derbez 2010). À ce propos, j'avais eu l'occasion d'échanger avec une anthropologue, Silvia de Zordo, la seule chercheuse à avoir mené une enquête qualitative en Italie sur l'objection de conscience. Elle m'avait mise en garde contre la complexité des procédures auxquelles elle avait dû se soumettre pour pouvoir pénétrer au sein de l'hôpital en tant que chercheuse et pouvoir recruter les futur·es enquêté-es : soumettre une description du protocole d'enquête, passer par un comité éthique, attendre les diverses autorisations, etc. J'avais donc envisagé les moyens de recrutement alternatifs cité ci-dessus afin de contourner cette difficulté.

La confrontation avec le terrain s'est révélée particulièrement fastidieuse dans ma recherche. Cette étape a nécessité de nombreuses adaptations, l'adoption de tactiques et de ruses, une grande souplesse et une puissante persévérance. Toutes ces « techniques » s'inscrivent dans le travail de négociation des entretiens (Darmon 2005, Beaud & Weber 2010). Les pérégrinations qui ont ponctué mon parcours d'enquêtrice, et seront détaillées ci-après, ont joué un rôle dans la formation de mon corpus d'enquêtées⁴⁴ et ont transformé ma problématique (Derbez 2010).

3.3 Un terrain à l'accès délicat

La difficulté d'accès au terrain tient à plusieurs facteurs liés à la nature même de l'objet de recherche et à la population enquêtée.

⁴⁴ Mon corpus d'enquêtées étant composé de 11 femmes et 1 homme, j'en parlerai au féminin.

D'une part, le sujet principal de l'étude, l'avortement, est une question qui reste polémique, source de nombreuses controverses dans le débat public en Italie. Les opérateur·rices sanitaires sont conscient·es de se trouver malgré eux/elles au milieu d'un champ de bataille moral, au sein duquel ils/elles sont soumis·es à des injonctions contradictoires : ils/elles se savent jugé·es par les réfractaires au droit à l'avortement qui les accusent d'homicide et de barbarie, mais ils/elles ont également conscience d'être la cible potentielle des mouvements féministes et progressistes, qui dénoncent les « méchant·es objecteur·rices » qui refusent aux femmes le droit d'avorter. Pris dans cette tension normative, les professionnel·les de la santé se montrent souvent réticent·es à s'exprimer sur ce sujet, par crainte d'être jugé·es dans un sens comme dans l'autre. En outre, pour les opérateur·rices, l'avortement, au-delà du fait de constituer un sujet controversé, est également une intervention chargée émotionnellement, de manière négative (Borel 2020). En effet, la lourdeur de l'acte en termes de charge mentale et émotive est fréquemment mentionnée par les sages-femmes dans mes entretiens (voir point 5.2). Ces dernières ne sont donc pas nécessairement enthousiastes à l'idée de revenir sur des aspects douloureux ou pénibles de leur activité professionnelle en dehors de leurs heures de travail.

D'autre part, le public auquel je me suis intéressée n'est pas forcément des plus disponibles. Les sages-femmes et les gynécologues, en particulier qui exerce son activité au sein de l'hôpital, ont un horaire de travail conséquent et irrégulier (matinées, après-midi, nuits). Cette configuration n'est pas toujours facile à conjuguer avec la vie de famille, notamment pour les personnes ayant des enfants à charge. Il n'est donc pas évident pour ces professionnel·les de m'accorder une partie de leur temps libre, déjà précieux. Cette contrainte a, en outre, été exacerbée durant l'hiver 2021-2022, période pendant laquelle j'ai en partie réalisé mon enquête de terrain. La situation sanitaire liée à l'épidémie de COVID était particulièrement tendue : les cas de personnes infectées ont explosé, entraînant la mise en œuvre de parcours de soin parallèles dans les départements de gynécologie afin de garantir la continuité du service pour toutes les patientes, positives ou non. Ces dispositions auraient nécessité une augmentation du personnel soignant actif. Toutefois, à l'inverse, les professionnel·les, également touché·es par la vague de contamination, se sont retrouvé·es en effectif réduit. Dans cette situation, les sanitaires, mis·es sous pression, disposaient d'encore moins de temps et d'énergie à pouvoir me dédier.

Afin de pallier ces obstacles, j'ai mis en œuvre plusieurs stratégies d'approche.

Soigner la présentation de la recherche

L'attention aux mots utilisés est essentielle lorsque l'on présente sa démarche de recherche à des potentiel·les enquê·t·es (Beaud & Weber 2010).

Pour contourner la réticence à s'exprimer sur la thématique de l'enquête, je ne présentais pas d'emblée le travail comme une étude portant sur l'avortement et l'objection de conscience⁴⁵. Je l'introduisais comme une recherche sur la pratique contemporaine de la profession obstétrique dans le secteur public italien : les trajectoires, les expériences concrètes de travail, les différentes structures... Je précisais ensuite que, au-delà de ces aspects plus généraux, j'effectuais un focus sur l'interruption volontaire de grossesse. J'expliquais que mon intention était de cueillir le point de vue et les sentiments du personnel sanitaire à l'égard de cette intervention spécifique. Je justifiais ma démarche par l'intention de restituer la parole aux personnes qui sont, avec les avortantes, en première ligne au moment de la réalisation concrète de l'acte. Une attention particulière était accordée, lors de la prise de contact et de l'introduction du projet de recherche, au fait de rester le plus neutre possible afin de n'attacher aucune connotation morale préalable à l'avortement et à l'objection de conscience. J'insistais, en revanche, sur la volonté de comprendre le ressenti d'acteur·rices impliqué·es directement mais à qui est rarement donnée la parole dans le débat public. Le fait d'anticiper l'entretien de cette manière me permettait également de justifier le large spectre des thématiques abordées, qui m'ont été précieuses par la suite afin de recontextualiser le discours des enquê·t·es et de relier leur relation à l'avortement à d'autres facteurs.

J'ai cherché, par ailleurs, dans la formulation de la présentation de la recherche, à atteindre un compromis entre professionnalité et familiarité, entre respect des conventions et informalité. L'utilisation d'un certain vocabulaire (« méthodologie qualitative », par exemple) a été permise par le niveau d'étude de mon public cible et cherchait à asseoir le sérieux et la « scientificité » de ma démarche. D'un autre côté, l'accent mis sur les implications concrètes de la requête et l'utilisation, lors de messages d'introduction (mails, whatsapp), de signes de cordialité (*smileys*, formules familières) ont eu pour but de désamorcer le côté trop officiel du message, pouvant verser dans une forme d'austérité, et d'établir un contact plus détendu avec mon interlocutrice. Cette double stratégie de présentation était ciblée sur les caractéristiques socio-professionnelles des sages-femmes, des individus ayant un niveau d'étude supérieur et

⁴⁵ La présentation complète du projet de recherche que j'envoyais à mes potentielles interlocutrices est disponible en annexe 1.

exerçant un métier qualifié mais qui revendiquent et valorisent fortement la dimension relationnelle et humaine de leur métier.

Accéder aux enquêtées

Afin de parvenir à la formation d'un corpus d'enquêtées, différents moyens ont été mis en œuvre. La stratégie initiale, basée sur la mobilisation d'un réseau de connaissances élargie et la technique de la boule de neige, s'est révélée, vers la fin du mois de novembre et la réalisation de six entretiens, insuffisante. En effet, mon réservoir de connaissances directes ou indirectes avait été épuisé et la technique de la boule de neige avait produit beaucoup moins de résultats que ce que j'avais escompté. Les professionnel·les étaient sans doute réticent·es à parler à leurs collègues de ma recherche et de leur propre participation ? Ces collègues se sentaient-ils/elles moins impliqués·es que si je les avais contactés·es directement ? Toujours est-il que je me suis retrouvée Gros Jean comme devant. Après un instant de désorientation, j'ai décidé de prendre le taureau par les cornes et de revoir complètement ma stratégie de constitution du corpus, en élargissant et diversifiant de manière décidée les moyens d'approche.

J'ai, dans un premier temps, décidé de redéfinir ma problématique et de me concentrer uniquement sur les sages-femmes, en renonçant aux gynécologues. Ce choix résulte de deux facteurs.

D'une part, des contraintes induites par le terrain lui-même : je me suis rendu compte que je n'avais qu'un entretien avec un gynécologue contre cinq avec des sages-femmes et qu'il m'était plus difficile de recruter des membres de ce groupe professionnel. Cette différenciation peut être mise en lien avec la proximité sociale existant entre les sages-femmes et la sociologue que je suis (proximité de genre, proximité de classe, proximité d'âge plus probable). Les gynécologues, pour leur part, jouissent d'un statut social et d'un prestige professionnel supérieurs, les rendant sans doute moins accessibles. Il a également été mis en évidence que les professionnel·les du monde médical peuvent tirer du prestige de la supériorité de leur champ scientifique par rapport à une discipline discréditée telle que la sociologie (Derbez 2010). Cette dernière peut ne pas être considérée légitime pour investiguer des questions appartenant de fait au secteur de la médecine (Darmon 2005). Les sages-femmes, par contre, ne profitent pas autant du prestige symbolique ni de la reconnaissance sociale liés à la profession médicale. Leur identité professionnelle se situe davantage à un croisement entre

l'expertise et le relationnel, entre le *cure* et le *care* (Le Dû 2019). Ces particularités les rendent, d'une certaine manière, plus ouvertes et plus accessibles.

D'autre part, plus je progressais dans ma recherche et dans l'étude des spécificités respectives des gynécologues et des sages-femmes, plus je me rendais compte qu'il s'agissait de deux corps de métiers très différents l'un de l'autre, se distinguant, entre autres, par leur histoire, leurs attributions, leurs identités professionnelles et leur composition sociale (Schweyer 1996, Carricaburu & Ménoret 2004, Cavalli & Gouillers-Hertig 2014). Il m'a alors paru trop ambitieux de vouloir traiter ces deux groupes professionnels distincts dans le cadre d'un mémoire ; j'avais peur de vouloir trop faire et, ce faisant, de ne pas parvenir à restituer la subtilité et la complexité de la réalité sociale. Certes, la comparaison entre deux corps de métier appelés à se côtoyer sur un même lieu de travail et, en particulier, à se confronter au sujet de prises de décisions morales, peut se révéler très fructueuse (Paillet 2007). Toutefois, j'ai préféré, quant à moi, me concentrer sur un seul groupe. Ce type de démarche permet de faire émerger les variations qui peuvent exister derrière une apparente unité corporative (Serre & al. 2010). Le choix a été effectué en faveur des sages-femmes pour plusieurs motifs, outre les contraintes de terrain évoquées ci-dessus. Premièrement, la composition sexuée de ce groupe professionnel (composé presque exclusivement de femmes) a attisé ma curiosité et m'a donné envie de creuser la question du lien entre identité sexuée, identité professionnelle et rapport à l'avortement. Deuxièmement, l'histoire du métier de sage-femme m'a intriguée et il m'a semblé intéressant de resituer le rapport contemporain à l'avortement de ce corps de métier dans sa filiation avec les figures de l'accoucheuse (*levatrice*) et de la matrone (*mamma*). Ces deux personnages étaient historiquement en charge des événements liés à la santé reproductive des femmes, parmi lesquels, en l'absence de moyens de contraception efficaces, l'avortement occupait une place importante. Troisièmement, la seule étude qualitative en sciences sociales conduite sur le sujet en Italie a été menée sur les gynécologues (De Zordo 2006). Lors d'un entretien avec l'autrice de la recherche, Silvia De Zordo, cette dernière m'avait confié avoir également réalisé des entretiens avec des sages-femmes mais n'avoir pas eu le temps de les analyser. Il m'a alors semblé pertinent, dans une optique de construction de la connaissance, de produire un travail, fût-il modeste, explorant les spécificités de ce groupe professionnel.

Ce choix m'a obligée à renoncer à enquêter auprès des gynécologues qui, on le sait, sont pourtant les principaux·les responsables du problème d'accès à l'avortement créé par le

recours à l'objection de conscience en Italie : ce sont eux/elles qui, d'une part, détiennent le pouvoir de faire avorter les femmes et ils/elles constituent, d'autre part, le groupe majoritairement composé d'objecteur-rices de conscience (69% des gynécologues sont objecteur-rices, contre 42% des sages-femmes). Il m'a cependant permis d'approfondir des questions passionnantes spécifiquement liées au rapport des sages-femmes à l'avortement ; sages-femmes qui, bien que n'étant pas directement responsables de l'acte médical, jouent un rôle d'accompagnement et d'encadrement fondamental dans la prise en charge de l'IVG.

Ensuite, j'ai revu ma position par rapport au fait de passer par des voies institutionnelles. J'ai ainsi entrepris d'atteindre le plus possible de sages-femmes de ma région, en passant par l'intermédiaire de l'Université de Pise, des hôpitaux de Pise (Santa Chiara), Volterra et Pontedera, de l'association de catégorie de sages-femmes *Ordine Interprovinciale della Professione di Ostetrica Pisa – Massa Carrara - Livorno* et de l'association militante *Obiezione Respinta*. Ces ramifications m'ont amenée à entrer en contact avec de nombreuses personnes, contacts qui se sont révélés pour la plupart stériles mais qui m'ont permis au bout du compte d'aboutir à la formation de mon corpus d'entretiens. La prise de contact avec l'Université de Pise (en particulier, avec le responsable didactique de la formation de sages-femmes) m'a permis d'établir un lien avec les étudiantes de troisième (et dernière) année. Une rencontre tenue dans un auditoire de l'Université avec ces dernières a alimenté beaucoup d'espoirs de mon côté, les étudiantes s'étant montrées intéressées et volontaires. J'ai envisagé le fait d'inclure des sages-femmes en formation dans mon corpus comme un enrichissement du point de vue, permettant de capter la position de celles qui sont appelées à constituer la nouvelle génération de sages-femmes tout en n'ayant pas encore été soumis à la socialisation professionnelle ; une manière de se concentrer davantage sur l'influence de la formation et de la socialisation universitaires. Toutefois, aucune d'entre elles ne m'a jamais recontactée, et ce malgré mes relances. Le personnel administratif avec qui je suis rentrée en contact, que ce soit des différents hôpitaux ou de l'association de catégorie, m'a assuré avoir transféré ma requête à leur personnel et leurs inscrites. Toujours est-il qu'aucun retour ne m'est non plus parvenu de leur part. Finalement, la rencontre avec les activistes d'*Obiezione Respinta* m'a ouvert quelques portes, me permettant, par la mobilisation de différentes intermédiaires⁴⁶, de rencontrer deux sages-femmes travaillant au *consultorio* de Pise. *Obiezione Respinta* est un

⁴⁶ Cette chaîne d'intermédiaires s'est révélée utile dans la mesure où elle m'a permis d'occulter mon rapport avec l'association, évitant le risque d'être cataloguée comme militante engagée contre l'objection de conscience.

groupe de militantes féministes émanant du nœud territorial *Non Una di Meno* de Pise. Elles se sont données comme cheval de bataille la lutte pour l'accès aux services de santé reproductive et sexuelle et, en particulier, la dénonciation de l'objection de conscience sanitaire et de ses effets. Leurs activités comprennent la réalisation d'une carte interactive⁴⁷ permettant, sur base de témoignages, de localiser les objecteur·rices de conscience au sein des différentes structures (information qui n'est pas rendue publique par les autorités) et diverses actions de plaider en faveur d'une amélioration du service public d'IVG. J'ai collaboré avec elles, entre autres, dans le cadre de l'organisation d'un cycle de séminaires destiné aux étudiant·es de l'Université de Pise et abordant les questions liées à l'accès à l'avortement et à l'objection de conscience. J'ai toutefois veillé, du moins jusqu'à la fin de l'enquête de terrain, à ce que mes potentielles enquêtées n'arrivent jamais à connaissance de mon lien avec les activités du groupe, afin de garantir le plus possible une image « neutre » (même s'il s'agit d'un idéal impossible à atteindre...) de moi-même.

Les différentes facettes de la « négociation » d'entretien

Dans ce contexte, chaque entretien a dû être savamment négocié. La négociation a concerné, en premier lieu, l'approbation de la part des personnes contactées à me rencontrer, que j'ai essayé de favoriser en mettant en œuvre différentes précautions dans la présentation de l'enquête, comme explicité ci-dessus. Elle a également eu trait aux décisions prises ensemble sur le lieu et le moment de l'entretien. Pour ma part, j'essayais toujours de suggérer de se retrouver au domicile de la personne enquêtée ou, si celle-ci ne le souhaitait pas, dans un endroit public neutre et calme. Toutefois, certaines sages-femmes ont exprimé la volonté de se rencontrer sur leur lieu de travail. Je ne pouvais pas le leur refuser, au risque de perdre l'opportunité d'entretien, tout en étant consciente que ces situations d'entretien étaient moins propices à la création d'un contexte de confiance, d'intimité et de distanciation par rapport au rôle professionnel (cf. point sur les situations d'entretien).

Refus et acceptations d'entretien

Il est intéressant, dans le développement d'une réflexivité à propos du travail de terrain, de s'arrêter un instant sur un évènement particulier du parcours d'enquête : les « refus de

⁴⁷ Consultable à l'adresse <https://obiezionerespinta.info>.

terrain » (Darmon 2005, Blanchet & Gotman 2015). En effet, ces derniers sont susceptibles de révéler quelque chose sur notre objet d'étude. Dans mon cas, cependant, je n'ai pas eu à essuyer de refus d'entretien explicite et direct. La plupart des refus de terrain ont pris la forme d'absence de réaction face à ma requête ou de suivi après un premier contact. Il m'est donc difficile de tirer quelque enseignement de ces épisodes, si ce n'est ce qui a déjà été explicité plus haut à propos des difficultés de l'accès au terrain (sujet délicat, public surchargé, etc).

Il me paraît plus pertinent, en réalité, de me poser la question inverse : pourquoi les douze personnes que j'ai finalement réussi à rencontrer ont-elles accepté de participer à mon enquête ? Qu'est-ce qui les a incitées à se prêter à ce jeu, malgré les difficultés et réticences précédemment énoncées ?

La relation d'enquête est, en effet, un rapport asymétrique sous plusieurs points de vue, y compris celui de l'intérêt de la rencontre pour les parties respectives. Décrocher un entretien signifie beaucoup pour l'enquêtrice et elle a énormément à gagner de cette relation. Il n'est pas toujours clair, en revanche, ce que l'enquêtée peut tirer de la situation. Il paraît, à première vue, que cette dernière ne fait que donner (son temps, ses connaissances, son expérience de vie, ses sentiments, ses opinions...) sans rien obtenir en retour, brisant ainsi la règle de la réciprocité qui est au fondement du lien social. Il paraît intéressant, dès lors, de s'interroger sur les motivations de mes interlocutrices. La réponse à cette question ne peut que prendre la forme d'hypothèses, basées sur quelques indices glanés çà et là au cours de l'enquête.

En premier lieu, certaines sages-femmes, en particulier les plus jeunes, se souvenaient du temps où elles ont elles-mêmes dû réaliser un mémoire de fin d'étude et peut-être été confrontées aux péripéties liées à la constitution d'un corpus d'enquêtées. Il s'agirait donc ici d'une sorte de solidarité par analogie avec leur propre expérience.

Ensuite, d'autres, ayant été mobilisées par le biais de connaissances indirectes, ont pu accepter de me consacrer ces quelques heures de leur temps car elles se sont senties, d'une certaine manière, « obligées » par le lien, même ténu, nous unissant (Blanchet et Gotman 2015). Ce

sentiment d'obligation a également pu jouer en ma faveur dans les quelques cas où j'ai été recommandée par une collègue occupant une position hiérarchique supérieure⁴⁸

Enfin, il a été édifiant, pour moi, de percevoir, de la part de certaines, que le moment de l'entretien avait constitué une expérience positive et enrichissante. Par exemple, à une occasion où je me trouvais en présence de Federica, avec qui je m'étais déjà entretenue, et Giada, auprès de laquelle je tentais une approche de recrutement, la première a dit à la seconde : « Ah oui, je l'ai déjà fait, c'est génial ! Tu devrais le faire aussi, c'est vraiment super chouette ! ». Elle m'a ensuite expliqué qu'elle avait beaucoup apprécié l'échange que nous avons eu car cela lui avait permis de réfléchir sur elle-même, sur le sens qu'elle donne à son travail et d'exprimer son ressenti et son opinion à propos de thématiques qui étaient très peu discutées dans la routine ordinaire du métier. À une autre reprise, alors que je sortais d'un entretien avec Laura réalisé dans son bureau à l'hôpital, j'ai croisé Antonella dans le couloir, que j'avais déjà eu l'occasion de rencontrer auparavant. Celle-ci m'a expliqué, enthousiaste, avoir parlé de moi à plusieurs reprises à ses collègues avec qui je m'étais également entretenue et que toutes avaient témoigné avoir tiré une grande satisfaction de l'entretien : « On en reparlait avec les autres, tout le monde devrait le faire, tu fais vraiment ça super bien, puis dans une langue qui n'est même pas la tienne ! Ça te fait réfléchir sur des choses dont on ne réussit pas à parler entre nous, ça fait vraiment du bien ». Ainsi, le fait de s'interroger sur ce qui pousse les sages-femmes à accepter ma requête et sur la nature de la contrepartie à l'œuvre dans l'entretien est susceptible de révéler des éléments significatifs sur l'objet de recherche. Cette réflexion nous apprend que le rapport à l'avortement et l'objection de conscience sont des thématiques envisagées la plupart du temps sous une lumière individuelle, comme des positionnements exclusivement personnels, voire intimes, et au sujet desquels très peu d'espace est laissé à la discussion, à la confrontation et au questionnement, que ce soit de manière informelle (échanges entre collègues) ou par des canaux plus institutionnels (communications des autorités publiques ou de la structure employeuse, dispositifs suscitant une réflexion autour des questions bioéthiques, etc).

⁴⁸ Pareil pour les étudiantes, qui avaient accepté de me rencontrer une première fois car j'avais été introduite auprès d'elles par une de leurs professeur-es. Ayant sans doute compris, par la suite, que leur participation à mon enquête n'avait aucun lien avec leurs obligations universitaires, aucune ne m'a plus recontactée.

3.4 Le corpus d'enquêtées prend chair

En définitive, j'ai dû m'adapter aux contraintes du terrain et accepter de n'avoir que peu de contrôle sur la composition de mon corpus. En effet, je ne pouvais que saisir les quelques occasions qu'il m'était donné de rencontrer des sages-femmes, sans avoir aucune emprise sur nombres de variables, telles que l'objection de conscience, l'âge, le lieu de travail, etc. L'idéal d'un corpus d'enquêtées « aussi diversifié que possible » a dû subir les contraintes liées à la nature de mon enquête. Le résultat est un corpus somme toute assez varié, dont les caractéristiques sociologiques sont résumées dans le tableau suivant⁴⁹ :

⁴⁹ La présentation complète de chaque enquêtée est, en revanche, disponible en annexe 2.

	Sexe	Âge	Région d'origine	Université	Niveau d'étude	Profession	Structure	OC	Religion	Profession des parents	État civil	Enfants
Alberto	M	52	Lombardie	Pise	Spécialisation médicale	Gynécologue	Hôpital de Pistoia	Non (avant oui)	/	/	Célibataire	/
Sofia	F	31	Toscane	Pise	Master	Sage-femme hospitalière	Hôpital de Cecina	Non	Catholique	Employé·es de concessionnaire et de banque	Mariée	Un
Flavia	F	41	Campania	Pise	Licence	Sage-femme hospitalière	Hôpital de Cecina	Oui	Catholique	Gynécologue	Mariée	Un
Antonella	F	35	Basilicata	Potenza et Rome	Licence (Master en cours)	Sage-femme hospitalière	Hôpital de Cecina	Oui	Catholique pratiquante	Ouvrier et femme au foyer	Célibataire	Non
Federica	F	31	Toscane	Pise	Licence	Sage-femme hospitalière	Hôpital de Cecina	Non	Athée	Employé et enseignante	Célibataire	Non
Eleonora	F	29	Toscane	Pise	Licence	Sage-femme hospitalière	Hôpital de Cecina	Non	Catholique	Employé de banque et femme au foyer	Divorcée	Un
Giada	F	25	Toscane	Pise	Licence (Master en cours)	Sage-femme hospitalière	Hôpital de Cecina	Non	Athée	Petit-es commerçant-es	Célibataire	Non
Rachele	F	40	Campania	Naples	Licence	Sage-femme <i>consultorio</i>	Consultorio de Cecina	Non	Catholique	Employé·es d'une grande firme	Mariée	Trois
Laura	F	61	Toscane	Pise	Master	Sage-femme poste administratif	Zone sud de l'USL nord-ouest	Non	Athée	/	Mariée	Deux
Camilla	F	32	Toscane	Pise	Master	Sage-femme hospitalière	Hôpital de Cecina	Non	Athée	Comptable et enseignante	Mariée	Un
Alice	F	56	Toscane	Pise	Licence	Sage-femme <i>consultorio</i>	Consultorio de Pise	Non	Catholique	/	Mariée	Un
Marina	F	34	Toscane	Pise	Licence	Sage-femme <i>consultorio</i>	Consultorio de Pise	Oui	Athée	Employé et pharmacienne	Mariée	Deux

Description du corpus d'enquêtées

En raison du changement de problématique et du recentrement sur le groupe professionnel des sages-femmes explicités dans le point ci-avant, l'entretien effectué avec Alberto ne sera pas exploité dans cette partie (il m'aura été utile, en revanche, dans le développement d'une réflexivité méthodologique sur la négociation d'entretien et l'influence des caractéristiques sociales de l'enquêté et de l'enquêtrice – voire partie sur les situations d'entretien).

Mon corpus d'enquêtées se compose donc de onze personnes. Ces dernières exercent toutes le métier de sage-femme dans le secteur public. Les attributions liées à cette appartenance professionnelle varient cependant en fonction du poste occupé et de la structure employeuse.

Sept d'entre elles exercent leur activité à l'hôpital, au sein du service de gynécologie-obstétrique. En l'occurrence, elles travaillent toutes à l'hôpital de Cecina. Leur travail quotidien est en grande partie concentré sur la prise en charge de l'évènement accouchement. Elles travaillent suivant des horaires irréguliers et extraordinaires (gardes de nuit). Elles constituent la partie la plus jeune du corpus, suivant la trajectoire commune de ces professionnelles, consistant à commencer sa carrière à l'hôpital pour ensuite, avec l'arrivée d'enfants à charge et l'amenuisement des énergies à disposition, la poursuivre au *consultorio*.

Trois enquêtées exercent leur activité au *consultorio* ; une à Cecina et deux à Pise. Elles travaillent selon des horaires réguliers, dans les heures d'ouverture des *consultori*.

Enfin, une enquêtée occupe un poste à responsabilité administrative, dénommé P.O. (*posizione organizzativa*), couvrant les hôpitaux de Cecina, Piombino e Portoferraio. Sa position est hiérarchiquement supérieure aux autres sages-femmes et son rôle recouvre des responsabilités de gestion, logistique et administration. Son bureau est situé dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital de Cecina.

Les enquêtées sont toutes des femmes, respectant la représentation statistique dominante de cette appartenance sexuée parmi les sages-femmes.

L'âge des enquêtées varie de 25 à 61 ans (étendue = 36). La moyenne est de 38 ans et la médiane de 34 ans.

Le niveau d'étude minimal correspond à la formation obligatoire pour exercer le métier de sage-femme. Cette dernière consiste aujourd'hui en un cycle universitaire de trois ans alternant cours théoriques et stages. Certaines sages-femmes plus âgées (Laura et Alice), ayant

étudié avant l'institution du cycle universitaire en trois ans, ont suivi une formation en deux ans, toujours à l'Université. À l'issue de cette formation de base, les sages-femmes ont la possibilité de poursuivre leur parcours universitaire en s'inscrivant à un cursus d'un an ou deux, leur permettant de se spécialiser dans une problématique obstétrique précise (exemple : la réhabilitation du plancher pelvien) ou d'accéder à des postes à responsabilité ou administratifs. Parmi les enquêtées, trois sages-femmes ont conclu une formation supplémentaire de ce type tandis que deux sont en train de la suivre.

Les enquêtées sont toutes italiennes. Elles sont en majorité originaires de la région Toscane. Trois sages-femmes proviennent de la partie sud de l'Italie⁵⁰.

L'origine sociale des enquêtées (évaluée sur base de la profession des parents) est relativement homogène. Filles d'employé-es, fonctionnaires ou petit-es commerçant-es, elles semblent en majorité issues de la classe moyenne.

Trois sages-femmes sur onze sont objectrices de conscience.

La proportion d'enquêtées se déclarant « athées » est égale à celle qui se présentent « catholiques ». Seule une femme a exprimé être une « catholique pratiquante ».

Cette composition du corpus, déterminée par les aléas de la recherche de terrain, ne correspond pas, sous certains critères, à mes attentes initiales. Ainsi, je n'ai pu rencontrer aucune sage-femme travaillant à l'hôpital Santa Chiara de Pise⁵¹. Les données produites concernent surtout la réalité professionnelle de l'hôpital de Cecina. De même, j'aurais idéalement souhaité inclure davantage de professionnelles objectrices de conscience dans mon corpus. Leur faible représentation pourrait être due au fait qu'il s'agit d'une décision régulièrement pointée du doigt par les franges progressistes de la société civile, induisant une réticence à défendre une position qui n'est pas forcément partagée par l'enquêtrice⁵². Cependant, sous d'autres aspects, le caractère aléatoire et non contrôlé du travail de terrain a également mené à un enrichissement de la composition du groupe d'enquêtées. En effet, j'ai

⁵⁰ Les migrations de travail du sud vers le nord sont assez courantes en Italie, en raison des disparités socio-économiques régionales.

⁵¹ Cette absence peut être imputée, en partie, aux méthodes de recrutement utilisées. La totalité des enquêtées de l'hôpital de Cecina ont été contactées via connaissance interposée (soit une autre enquêtée, soit une personne extérieure à l'enquête). Je ne disposais, en revanche, d'aucun contact à l'hôpital Santa Chiara. Je n'ai donc pu que recourir à des voies d'entrées institutionnelles, qui se sont révélées inefficaces.

⁵² Cette hypothèse semble trouver une confirmation dans la manière dont les objectrices de conscience de mon corpus se sont exprimées à cet égard (voir point 6.2).

été mise en contact avec des sages-femmes travaillant dans une structure publique différente de l'hôpital, le *consultorio familiare*. L'avortement étant exclusivement pratiqué dans le cadre hospitalier, je n'avais, à l'origine, pas inclus ce lieu de travail dans mes objectifs de recrutement. Toutefois, je me suis rendu compte qu'il représentait un lieu central dans la prise en charge des avortantes, pour ce qui concerne la partie pré- et la partie post-intervention. Ainsi, le fait de me laisser guider par l'enquête de terrain, et non l'inverse, m'a permis d'enrichir ma vision de la problématique et de m'intéresser aux représentations et aux rôles particulièrement marqués d'entrepreneuses de morale des sages-femmes travaillant au *consultorio*.

Ancrage territorial de la recherche

La recherche a été effectuée en Toscane, une des vingt régions composant la péninsule italienne. La région constitue le premier niveau de subdivision territoriale en Italie. Ces entités géographiques possèdent également des prérogatives politiques, législatives, administratives et fiscales. En ce qui concerne la prise en charge de l'avortement, la loi 194 s'applique de manière uniforme sur tout le territoire italien. Les régions gèrent toutefois de manière autonome l'organisation des services. Cette configuration explique, entre autres, les différences régionales en termes d'accessibilité au service sanitaire. Par exemple, les régions ont appliqué les lignes directrices émanant du Ministère de la Santé concernant l'avortement médicamenteux de manière hétérogène : le droit de choisir cette technique n'est pas accordé jusqu'à 9 semaines de grossesse partout, tout comme la possibilité d'effectuer la prise de médicaments hors de l'hôpital⁵³.

4897 avortements ont été réalisés en 2020 en Toscane. Le taux d'avortement s'élève à 6,8/1000, légèrement supérieur à la moyenne nationale (Ministero della Salute 2022). Ce surplus pourrait être expliqué par la forte présence de femmes étrangères, population qui recourt statistiquement plus à l'avortement que les femmes italiennes (Agenzia Regionale della Sanità della Toscana 2016). Le taux est toutefois à la baisse, tout comme la moyenne nationale : il est passé de 21,1/1000 en 1982 à 6,8/1000 en 2020. Les structures hospitalières effectuant des avortements sont au nombre de 27, ce qui correspond à 3,7 points IVG pour 100.000

⁵³ En Toscane, l'avortement médicamenteux peut être réalisé jusqu'à neuf semaines de grossesse et il existe la possibilité de l'effectuer hors du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital, dans des cabinets médicaux généralement reliés aux structures hospitalières (*regime ambulatoriale*).

femmes en âge fertile (supérieur à la moyenne nationale). L'objection de conscience est plus basse par rapport à la moyenne nationale : y ont recours 54,5 % des gynécologues, 29,2 % des anesthésistes et 18,8 % du personnel non médical (Ministero della Salute 2022). Dans les *consultori*, les taux sont plus bas : « seul.es » 29,4 % des gynécologues qui travaillent dans ces centres sanitaires sont objecteur·rices (ARS Toscana 2022).

	Italie	Toscane
Nombre d'avortements	66413	4897
Taux d'avortement	5,4/1000	6,8/1000
Pourcentage d'avortements concernant des femmes étrangères	28,5 %	37,8 %
Points IVG / 100.000 femmes en âge fertile	2,9/100.000	3,7/100.000
Objection de conscience	64,6 %, 44,6 %, 36,2 %	54,5 %, 29,2 %, 18,8%

Ces chiffres nous permettent de relever que la Toscane est globalement bien située dans le panorama national en matière d'accès à l'avortement. Il importe toutefois de relever certaines critiques qui nuancent le portrait modèle du système sanitaire tосcan. Il existe des hôpitaux où l'accès à l'avortement est, dans les faits, nié par une objection de structure⁵⁴ (malgré le caractère illégal de cette dernière), comme à Barga. D'autres structures emploient un nombre trop élevé de praticien·nes objecteur·rices de conscience pour pouvoir garantir l'efficacité du service : les gynécologues exempté·es de la pratique de l'IVG constituent plus de 70 % du personnel à Pise (77,3 %), à Massa (75%) et en Versilia (87,5%)⁵⁵. En outre, la Toscane n'applique pas les lignes directrices relatives à l'avortement médicamenteux émises par le Ministère de la Santé en 2020, qui recommandent d'effectuer l'intervention dans les *consultori*, et ce dans une optique de déshospitalisation de l'IVG (Ministero della Salute 2020b).

⁵⁴ Signifiant que la totalité des gynécologues de la structure sont objecteur·rices.

⁵⁵ Ces données proviennent du site internet de l'Agencia Regionale della Sanità Toscana (https://www.ars.toscana.it/banche-dati/dettaglio_indicatore-2354-ginecologi-obiettori?provenienza=home_ricerca&par_top_geografia=090&dettaglio=ric_anno_osp_matinfcap) ainsi que de l'enquête *Legge 194 Mai dati* menée par Chiara Lalli e Sonia Montegiove, qui plaide pour une communication publique des chiffres relatifs à l'objection de conscience du personnel pour chaque structure sanitaire (ceux publicisés par le Ministère de la Santé sont agrégés par région), <https://www.associazionelucacoscioni.it/cosa-facciamo/aborto-e-contraccezione/legge-194-mai-dati>.

Ces manquements ont été pointés du doigt par différentes organisations féministes à l'occasion de l'initiative *Aborto : Toscana inadempiente* (Avortement : Toscane défaillante) organisée le 18 janvier 2022 à Florence.

Les structures employeuses représentées dans ma recherche (l'hôpital de Cecina, le *consultorio* de Cecina et le *consultorio* de Pise) font toutes les trois parties de l'ASL Nord-Ouest de la Toscane. Cette dernière gère 13 hôpitaux et 46 *consultori*. Parmi les gynécologues qui y travaillent, 64,3 % sont objecteur·rices de conscience.

Cecina est un hôpital de premier niveau. Cette classification signifie que le service de gynécologie-obstétrique est capable de suivre des grossesses et des accouchements à faible risque. A l'inverse des hôpitaux de deuxième et troisième niveau, qui disposent d'unités de soin néonataux, les accouchements avant terme (en-dessous de 35 semaines) ne peuvent être pris en charge. Il s'agit d'une structure de petite dimension, fraîchement rénovée (la salle d'accouchement é été entièrement refaite l'année passée, par exemple). La prise en charge de la naissance est caractérisée par un degré de médicalisation moindre par rapport à des structures plus importantes. Les accouchements physiologiques sont suivis par les sages-femmes, l'intervention du/de la gynécologue étant prévue seulement en cas de problème. En 2021, 670 accouchements et 101 avortements ont été effectués. Le personnel est composé de seize sages-femmes, qui travaillent en équipes de trois : une en salle d'accouchement et deux dans le reste du service. Cinq sur les seize sages-femmes travaillant à l'hôpital sont objectrices.

Le *consultorio* de Cecina est situé dans l'enceinte même de l'hôpital mais dans une autre aile que le service de gynécologie-obstétrique. L'équipe est composée de six sages-femmes, deux gynécologues, un·e psychologue, un·e assistant·e social·e et un·e infirmier·e. Trois sur les six sages-femmes sont objectrices de conscience.

Le *consultorio* de Pise se trouve dans un bâtiment indépendant de toute autre structure sanitaire. Il emploie onze sages-femmes, trois gynécologues, un·e psychologue, un·e assistant·e social·e et un·e endocrinologue. Quatre sages-femmes sur onze sont objectrices de conscience.

3.5 L'entretien semi-directif : un accès situé à la réalité sociale

Après avoir détaillé tout le travail mené en amont de l'entretien et avoir souligné dans quelle mesure la trajectoire sinueuse de cette phase de recherche « itérative » (Olivier De Sardan

1995) a pu influencer les données produites, j'examinerai, dans la partie qui s'ouvre, le moment même de l'entretien. Ce dernier constitue un évènement crucial dans la conduite d'une étude qualitative. Instrument privilégié de la recherche en sciences sociales, il ne saurait toutefois être vu comme un dispositif de recherche neutre, standardisé et infaillible (Fournier 2006, Beaud 1996, Olivier De Sardan 1995, Bizeul 1998, Legarve 1996).

Le guide d'entretien : un compagnon discret

L'élaboration du guide d'entretien, disponible en annexe 3, m'a permis de donner une certaine structure aux entretiens réalisés.

Avant de débiter l'entretien, je tenais toujours à recadrer la recherche, en me présentant à nouveau et en respecifiant les thématiques à aborder et la modalité dans laquelle l'échange d'informations allait se dérouler. En effet, malgré le fait que j'aie déjà communiqué au préalable à mes interlocutrices toutes ces informations, certaines ne les avaient pas consultées ou, du moins, pas de manière attentive. D'aucunes pensaient qu'il s'agissait de répondre à un questionnaire. Une sage-femme, qui n'avait absolument pas pris connaissance du document de présentation que je lui avais envoyé, était convaincue que j'étais étudiante en obstétrique à l'Université de Pise. Il était donc important pour moi de remettre les choses au clair en début d'entretien, en réexpliquant notamment que j'étais étudiante en sociologie provenant d'une université française, que je ne connaissais quasiment rien à l'univers de la gynécologie et de l'obstétrique et que la rencontre consistait davantage en une conversation qu'en un questionnaire figé, au cours de laquelle je souhaitais recueillir, plus que tout, leur expérience et leur perception personnelles.

Après ce recadrage et avant de passer à l'entretien même, je m'enquerais de l'autorisation à enregistrer l'échange, en expliquant que cette formalité technique me permettait de pouvoir me dédier pleinement à l'écoute et au suivi de la conversation et en assurant que les propos échangés seraient rigoureusement anonymes. Cette requête n'a provoqué de réticence chez aucune de mes interlocutrices, à part chez Alberto, le gynécologue rencontré au début d'enquête, dont le cas d'entretien sera détaillé par la suite.

Le guide d'entretien comprend *grosso modo* deux macro-parties. La première concerne les aspects généraux liés à la pratique du métier : formation, carrière, pratique quotidienne du

métier, identité professionnelle.... Dans la seconde est affronté le vif du sujet, c'est-à-dire l'IVG et le rapport des sages-femmes à cette problématique. Généralement, j'abordais cette partie en commençant par des questions portant sur les procédures et les techniques ; en somme, sur les aspects « objectifs » de la question. J'exploitais ensuite cette entrée pour accéder aux idées, aux représentations et aux jugements moraux des opératrices. L'idée était d'interroger, d'abord, sur les pratiques, ce qui servait de tremplin pour accéder aux opinions et aux représentations (Beaud & Weber 2010, Blanchet & Gotman 2015).

La plupart du temps, cette structure du guide était globalement respectée lors de l'entretien. Non de manière stricte car de nombreuses aller et venues étaient réalisées entre une partie et une autre. Toutefois, j'ai pu constater que cette configuration permettait d'instaurer une relation de confiance et de complicité lors de la première partie de l'entretien, où les sages-femmes prenaient plaisir à me parler de leur métier et de leur histoire. Cela leur permettait d'aborder de manière plus ouverte et sereine la partie concernant l'avortement, thématique que les professionnelles traitaient apparemment moins volontiers.

Le guide d'entretien m'a surtout servi d'aide-mémoire afin de garder en tête les questions importantes à poser (Olivier De Sardan 1995). Il n'a jamais été suivi à la lettre, les rencontres se déroulant plus sur le modèle d'une conversation que d'un questionnaire. Le caractère souple de la structure de la rencontre laissait ainsi de l'espace à mes interlocutrices pour s'exprimer sur des points qui n'étaient pas forcément contenus dans le guide d'entretien (Olivier de Sardan 1995).

Une attention particulière a été portée aux parcours de vie des personnes interrogées. Ont été incluses dans le guide, en particulier, des questions sur l'environnement dans lequel la personne a grandi, les différentes formes de socialisation universitaire et la trajectoire professionnelle entreprise. La profondeur des informations recueillies à ce sujet a dépendu des situations d'entretien.

Un effort a également été entrepris afin de récolter le plus d'informations factuelles possibles sur l'enquêtée et de pouvoir la situer sur l'échiquier des relations sociales (Beaud & Weber 2010). Ces données étaient repérées de ça et de là au cours de l'entretien ou, si elles s'avéraient lacunaires au terme de la rencontre, étaient explicitement demandées en clôture d'entretien.

Le guide d'entretien a subi quelques évolutions au cours de l'enquête⁵⁶. Certaines questions ont été rajoutées, d'autres ont été éliminées ou reformulées. Par exemple, en vue de la réalisation d'un travail pour le cours « Risques communicationnels et vulnérabilité »⁵⁷, j'ai inséré une question portant sur la possibilité de réaliser des avortements par télé-médecine. En réalité, il s'est avéré que les réactions des sages-femmes face à cette innovation ont été très instructives pour mon objet de recherche. J'ai ainsi décidé de maintenir cette question dans le guide d'entretien, même après la remise du travail, qui devait être réalisé au premier semestre. Par ailleurs, le recentrage de la problématique sur les sages-femmes m'a conduit à explorer des aspects spécifiquement liés à ce corps professionnel, tel que le rapport entre l'identité professionnelle et l'identité sexuée, et à insérer dans le guide des questions destinées à explorer ces thématiques.

L'entretien comme relation

L'entretien constitue, avant tout, une situation sociale créant une relation entre deux êtres humains (Blanchet & Gotman 2015, Olivier De Sardan 1995). Qui plus est, cette relation se noue dans une configuration particulière, propre à la situation d'entretien semi-directif (Fournier 2006). Elle met en lien deux personnes qui ne se connaissent pas ou presque pas, se rencontrent dans un cadre formalisé et, durant une heure ou deux, échangent sur des thématiques pouvant être parfois très intimes. Il s'agit, en outre, d'une relation fondamentalement asymétrique, dont les deux parties occupent des rôles bien différents : l'enquêtée est appelée à livrer de nombreux pans de sa personne et de sa vie tandis que l'enquêtrice n'est sensée, en théorie, ne rien révéler de soi-même (je reviendrai sur ce point par la suite). De même, l'enquêtrice devrait diriger l'entretien et l'enquêtée se laisser guider. On constate, toutefois, que cette configuration type de l'entretien est soumise, dans la réalité, à de nombreux écarts. Elle n'empêche pas les enquêtées de tenter, par plusieurs moyens, de reprendre le contrôle de la conversation. À certaines occasions, l'entretien devient le théâtre d'une réelle négociation entre enquêtrice et enquêtée, chacune œuvrant de manière plus ou moins subtile afin de diriger l'échange dans une direction qui lui convienne (Olivier De Sardan 1995).

⁵⁶ La version qui figure en annexe est la version plus récente et plus complète.

⁵⁷ Tenu par Vassili Rivron à l'Université de Caen-Normandie (2021-2022).

Toutefois, avant même de commencer l'entretien et que la dynamique conversationnelle ne se déploie, la présentation de soi de l'enquêtrice et les caractéristiques sociales des parties en présence ont déjà produit un effet sur la forme que prendra la rencontre.

Des espaces de proximité sociale

La manière dont l'enquêtrice se présente aux yeux de ses interlocutrices, au moment de la prise de contact mais aussi de la rencontre, où la coprésence met à nu plusieurs de ses caractéristiques sociales, joue un rôle fondamental dans la relation d'entretien. D'un simple regard, l'enquêtée est en mesure d'identifier (ou de supposer) le sexe, l'âge, la race et la classe sociale de l'enquêtrice, lui permettant de la ranger dans telle ou telle catégorie sociale et de lui attribuer, en conséquence, certains attributs (Bizeul 1998). Dès lors, l'interlocutrice est susceptible d'adapter sa mise en récit de soi au profil identifié de la chercheuse. Ces « biais » ne peuvent être neutralisés car ils font partie intégrante de la relation d'entretien ; il s'agit plutôt de reconnaître leur existence et, si cela se révèle pertinent, de les constituer comme des données de terrain (Fournier 2006, Blanchet & Gotman 2015).

En ce qui me concerne, le fait d'être identifiée comme une jeune femme étudiante en sociologie souffle probablement quelques indices à mes interlocutrices à propos de mon rapport à mon objet de recherche. En vertu de ces attributs, il est plus facile que les sages-femmes déduisent un positionnement défavorable à l'objection de conscience, voire féministe ou militant, et un regard critique sur leurs pratiques et leurs opinions. Afin d'opérer un désamorçage du mécanisme de méfiance ou d'adaptation du discours de mes interlocutrices pour correspondre à l'idée qu'elles pouvaient se faire de moi-même et de mes convictions, j'ai toujours cherché à me montrer le moins critique possible. Je rappelais à plusieurs reprises, que ce soit en ouverture d'entretien ou au long de la conversation, que mon intention était de parvenir à une meilleure compréhension d'un sujet « complexe » et « délicat ». J'insistais sur ma méconnaissance et mon statut de profane par rapport aux thématiques traitées, afin de justifier le choix de la recherche par le désir de connaissance d'un univers inconnu plutôt que par une indignation face à une situation retenue inacceptable (Thizy & al 2021). Je m'efforçais de montrer que je comprenais, voire que je partageais, les perplexités et les jugements moraux exprimés, ce qui incitait les sages-femmes à développer leur discours.

L'enquêtrice n'est pas la seule à exposer ses appartenances sociales au moment de la

rencontre et il est également intéressant de s'interroger sur les dynamiques engendrées par la mise en présence de deux personnes aux caractéristiques sociologiques données.

Le groupe professionnel des sages-femmes est composé presque exclusivement de femmes. Cette composition sexuée s'est reflétée sur mon corpus : toutes les professionnelles rencontrées étaient de sexe féminin. Dès lors, l'entretien, en mettant en relation deux personnes s'identifiant et identifiées comme des femmes, est susceptible de créer une « connivence de sexe », instaurant un climat de confiance et de complicité basé sur la conviction de partager une identité, des expériences, une certaine vision du monde, voire certains attributs féminins « naturels ». Cette relation privilégiée a certainement incité les sages-femmes à s'exprimer, d'autant plus que la plupart de l'échange tournait autour de thématiques associées à la sphère féminine (avortement, choix procréatifs, contraception, maternité, *etc.*) (Thizy & *al.* 2021, Guyard 2014) et que l'appartenance féminine est particulièrement significative pour elles, constituant un élément fondamental dans la définition de leur identité professionnelle (voir point 4.1).

Une autre forme de connivence, fondée sur l'âge, a également pris forme lors de mes rencontres avec les sages-femmes plus jeunes (Giada, 25, Eleonora, 29, Federica, 31, Sofia, 31, Camilla 32, Marina, 34, Antonella, 35). Le fait d'appartenir à la même classe générationnelle et de partager, dès lors, des expériences et des représentations communes a certainement facilité l'échange⁵⁸.

Par ailleurs, les appartenances raciales et sociales proches ont également contribué à modeler la relation dans ce sens (Blanchet & Gotman 2015). Certes, ma nationalité (belge mais souvent identifiée comme française, du fait de l'université d'appartenance et de la langue) diffère de celle de mes interlocutrices (toutes italiennes). Cette divergence a pu être exploitée, de ma part, pour jouer la carte de « l'étrangère ignorante », qui n'est pas au fait des particularités italiennes de la profession obstétrique et de la prise en charge de l'avortement par le système sanitaire national (bien que m'étant évidemment largement documentée en la matière au préalable) et ainsi inciter les sages-femmes à détailler leur propos. En tout cas, il était clair que cette différence n'était pas jugée significative par mes interlocutrices et qu'elles m'identifiaient comme « culturellement » et « ethniquement » semblable à elles-mêmes. Cette assimilation

⁵⁸ Par exemple, une certaine conception du couple, de la sexualité et de la place des femmes dans la société, ou encore une expérience similaire de la réalité universitaire et du monde du travail.

était basée sur des caractéristiques phénotypiques, telle que la couleur de peau, et une présentation de soi rendant la proximité plus saillante que la différence (code vestimentaire, maîtrise de la langue italienne et des codes culturels...). Cette appartenance commune leur permettait, par exemple, d'émettre des observations et des jugements sur d'autres « groupes ethniques », identifiés comme extérieurs aux deux parties en présence, telles que « les femmes de l'Est » ou « les femmes de couleur ». En ce qui concerne la classe sociale, les variables telles que l'origine sociale, le statut socio-économique et le niveau d'études opéraient également en faveur d'un rapprochement avec mes interlocutrices. En particulier, ces caractéristiques ont contribué à modeler auprès des sages-femmes une image de moi-même comme étant raisonnablement informée et responsable en matière d'éducation sexuelle, leur fournissant un fondement légitime pour émettre des jugements à l'encontre des femmes ne suivant pas la norme contraceptive.

Enfin, une dernière information directement disponible aux enquêtées concernait le domaine disciplinaire dans lequel je suis engagée (sciences sociales) et qui diverge du leur (sciences médicales). Cette appartenance a certainement aidé les sages-femmes à se détacher d'un mode de récit « technique » et « scientifique », qu'elles auraient probablement davantage adopté si elles avaient eu affaire à un·e représentant·e de leur domaine d'étude. Toutefois, comme déjà évoqué plus haut, l'identité professionnelle des sages-femmes mobilise aussi bien des aspects techniques que sociaux ; dès lors, l'asymétrie existant entre sciences naturelles et sciences sociales et la tendance au technicisme et au scientisme des professionnelles s'en trouvent amoindries.

En définitive, les connivences basées sur le sexe, l'âge, la race et la classe sociale aident à la fluidité de l'échange et instaurent un climat d'intercompréhension et de complicité. D'un autre côté, cependant, elles présentent le désavantage de ne pas inciter les enquêtées à expliciter certains aspects de leur discours car ces dernières supposent l'existence d'un socle commun de connaissances et de représentations qu'il n'est pas nécessaire de détailler. En conséquence, il n'est pas facile pour la chercheuse de définir la stratégie qui soit la meilleure possible. Cette dernière oscille, en effet, entre deux attitudes. D'un côté, elle veut montrer à ses interlocutrices qu'elles peuvent s'exprimer en toute confiance car les deux parties en présence appartiennent au même monde et s'entendent sur de nombreux points, en mobilisant, parfois, de manière tactique, les connivences créées par l'âge, le sexe, la race et la classe sociale. De

l'autre côté, elle doit également encourager les enquêtées à approfondir leurs propos, en jouant la carte, cette fois, de l'ignorance et de l'incompréhension. A travers le maniement de ces deux modes de présentation de soi, la chercheuse cherche à atteindre un équilibre lui permettant de profiter au maximum des avantages des deux stratégies ; équilibre qui se construit sur le moment, dans chaque relation particulière, de manière contextuelle et un peu « bricolée », et ne peut être formalisé ou protocolisé outre mesure (Bizeul 1998).

Dynamiques et situations d'entretien

La relation d'entretien se construit tout au long de l'échange, alimentée par les messages échangés par les deux partenaires, verbaux ou non (Beaud & Weber 2010, p. 189), les interprétations qui en sont faites et d'éventuelles sources de dérangement.

Les entretiens menés ont généralement respecté la macro-structure du guide d'entretien, comme énoncé plus haut : une première partie dédiée à la profession obstétrique et une seconde focalisée sur l'avortement et l'objection de conscience. Cette configuration a aidé à « préparer le terrain » et à mettre l'enquêtée en confiance avant d'aborder les thématiques plus sensibles de l'entretien. Elle a également permis de faire émerger le caractère presque tabou de l'avortement et de l'objection de conscience et le fait que les opératrices n'en parlent pas volontiers.

Dans certains entretiens, il était frappant de constater la différence de ton et de lexique entre première et seconde partie. Appelées à s'exprimer sur le sens et la pratique de leur métier, les sages-femmes se montraient enthousiastes, enjouées, voire émerveillées. Lorsqu'il était question de discuter de leur rapport à l'avortement, ces dernières adoptaient une attitude plus réservée, sérieuse, parfois sur la défensive. Ainsi, les émotions manifestées durant l'entretien sont importantes à percevoir et constituent des données de recherche à tous les égards (Fernandez 2005, Laé 2002). Les sentiments transmis par les sages-femmes durant la première et la seconde partie de l'entretien étaient sensiblement différents : de joyeuses, attendries et émues (à une lui sont montées les larmes aux yeux, à une autre lui est venue la chair de poule), elles devenaient attristées, sombres, mal à l'aise, voire énervées.

Un autre élément intéressant mis au jour par la structure prise par l'entretien concerne les sages-femmes objectrices de conscience. Dans deux cas sur trois⁵⁹, les enquêtées ont mis beaucoup de temps à me signaler qu'elles étaient objectrices, même si nous parlions depuis un moment déjà de la prise en charge de l'avortement. Cette position, pourtant, est fondamentale : non seulement elle est reliée à une certaine perception de l'intervention, mais elle détermine également les tâches concrètes que la professionnelle est sommée d'accomplir. Il apparaît ainsi que les personnes en question rechignaient à partager leur statut d'objectrice (voir point 6.2).

L'entretien instaure une relation entre deux personnes qui ne poursuivent pas nécessairement les mêmes objectifs. Dès lors, l'interaction peut prendre la forme d'une négociation (Beaud 1996, Olivier De Sardan 1995), au cours de laquelle l'enquêtrice tente d'obtenir les informations qu'elle convoite de la manière la plus efficace et consensuelle possible. Cet effort a recouvert plusieurs facettes. En premier lieu, il s'agissait d'essayer de faire parler les enquêtées de sujets qu'elles n'avaient pas spécialement envie d'aborder. Ensuite, la négociation concernait le fait de faire s'exprimer les opératrices sur des aspects plus personnels, nécessitant une prise de distance par rapport à leur rôle professionnel. Or, les individu-es qui sont appelé-es à témoigner en tant que représentant-es d'une catégorie professionnelle éprouvent des difficultés à délivrer des informations plus personnelles lors de l'entretien (Chamboredon & al. 1994). Enfin, il était essentiel de les inciter à exprimer librement des jugements moraux sur des sujets qu'elles savent controversés.

J'ai adopté plusieurs « tactiques relationnelles » (Bizeul 1998) afin de favoriser la prise de parole et de contrer les stratégies d'évitement des enquêtées (changer de sujet, répondre de manière très succincte, reporter des propos professionnels ou jugés acceptables plutôt que leur position personnelle...). J'ai abondamment usé de relances, telles que des reformulations, des résumés, des demandes de précision ou des onomatopées, afin de chercher à pénétrer dans le cœur du propos de mes interlocutrices (Blanchet & Gotman 2015). A certains moments, le silence même s'est révélé être un allié (Kaufmann 2016) : pouvant créer une sensation de gêne dans une conversation ordinaire, il permettait, dans le cadre de l'entretien, de laisser l'espace à la personne rencontrée pour réfléchir à ses propos et éventuellement les approfondir. Dans le cas des entretiens effectués dans la seconde phase de l'enquête de

⁵⁹ Mais ce dernier, le cas d'Antonella, se distingue des deux autres dans son rapport à l'objection de conscience (voir point 6.2).

terrain, je me suis servie, à plusieurs reprises, des propos précédemment recueillis auprès des autres enquêtées (« Ah, tiens, c'est intéressant ce que vous me dites, les autres sages-femmes que j'ai rencontrées m'en ont plutôt parlé en ces termes/c'est une position que j'ai retrouvée chez beaucoup de sages-femmes »). La comparaison avec la France (où le délai de réflexion n'existe plus, où l'avortement thérapeutique est possible jusqu'au terme de la grossesse, où les sages-femmes peuvent pratiquer l'avortement médical, où l'avortement par télé-médecine a été mis en place durant les phases plus critiques de la pandémie, *etc.*) a également permis de faire émerger de nombreuses représentations et opinions. Je cherchais à ne manifester aucun signe de désapprobation (paroles, expression faciale, gestes...) et à toujours conserver une attitude bienveillante, accueillante et compréhensive face aux propos tenus (Kaufmann 2016). Lorsque je percevais une réticence à aborder ou approfondir un sujet en particulier, je cherchais à y revenir plus tard dans l'entretien, si possible par des voies indirectes. J'avais recours à la mobilisation d'expériences concrètes pour tenter d'accéder « en douceur » aux jugements et représentations (raconter la première/la dernière expérience d'IVG, raconter une expérience qui a marqué l'opératrice, où elle s'est sentie particulièrement mal à l'aise...).

Dans cet ordre d'idées, je souhaiterais développer une réflexion particulière sur le fait de partager avec l'enquêtée des informations personnelles (expériences, opinions, sentiments...). Dans la plupart des traités méthodologiques, il est indiqué que l'enquêteur-riche devrait exprimer le moins possible son positionnement par rapport à l'objet de recherche afin de ne pas influencer les propos tenus par ses interlocuteur-rices. Cette précaution est tout à fait pertinente et j'ai en effet tenté de l'appliquer, comme explicité ci-dessus. Il est à signaler toutefois que la neutralité complète lors de l'entretien est impossible à soutenir (Beaud 1996). En effet, comme explicité précédemment, de nombreux indices trahissent notre positionnement, qu'ils soient relatifs à la nature de notre démarche, à notre présentation et à nos caractéristiques sociales ou à notre comportement lors de l'échange. En outre, il m'est apparu, au fil des entretiens menés, que, parfois, le partage de données me concernant a pu contribuer à la libération de parole des sages-femmes rencontrées. En effet, le fait de livrer quelques informations personnelles, que ce soit le partage d'une expérience de vie, l'explicitation de mon rapport à l'objet d'étude ou encore l'expression de certains sentiments, ont permis d'entamer quelque peu l'asymétrie de la relation d'entretien qui impose un rôle différent à l'enquêtée, sommée de se dévoiler entièrement, et l'enquêtrice, qui n'expose aucun élément de sa personne (Kaufmann 2016). J'ai pu remarquer que le fait d'offrir à mon

interlocutrice cette forme de « contrepartie » a pu fonctionner comme un incitant à l'ouverture et l'exposition de soi ; elle n'était plus la seule à se dévoiler. En outre, cette ouverture permettait de rapprocher l'entretien d'une conversation ordinaire et plus spontanée (Thizy & al. 2021). Par exemple, lors de l'entretien, Eleonora s'est volontiers laissée aller à partager sa manière d'envisager la vie, la maternité et, de manière générale, le monde social. Le fait que d'avoir exprimé ma propre vision des choses en abandonnant quelque peu ma casquette de « chercheuse » et de confronter nos points de vue et nos expériences respectives a permis à l'entretien de glisser, à ce moment précis, vers une discussion entre paires. Évidemment, ce récit de soi doit être savamment maîtrisé et adapté aux circonstances. Les informations à délivrer à telle interlocutrice à tel moment doivent être dosées de manière contrôlée et présentées sous une lumière plutôt qu'une autre, afin de « donner à voir des pans de notre biographie suffisamment personnels pour établir des liens de confiance avec nos enquêté-e-s, tout en proposant un récit correspondant à leurs attentes supposées » (Thizy & al. 2021, p. 120).

En définitive, la dynamique suivie par l'entretien est le résultat d'une négociation et de stratégies communicationnelles mises en œuvre d'un côté comme de l'autre. L'enquêtrice tente d'appliquer une série de « techniques » afin d'accéder aux informations qu'elle convoite. Toutefois, à l'issue de chaque rencontre et au moment de la retranscription, il m'est apparu que la forme finale prise par l'entretien, malgré toute la préparation, la méthodologie consultée et les précautions appliquées lors de l'échange, échappe en grande partie au contrôle de la chercheuse et résulte avant tout de la rencontre spécifique de deux personnes possédant chacune une identité sociale propre, dans un moment et un lieu particuliers (Bizeul 1998).

La situation d'entretien fait référence aux circonstances dans lesquelles la rencontre s'est effectuée : lieu, moment, disposition spatiale des protagonistes, ambiance, éventuelles interventions extérieures, etc. Tous ces « détails pratiques » influencent le cours pris par l'entretien et, dès lors, les données produites (Blanchet & Gotman 2015, Olivier De Sardan 1995).

Au sein de mon corpus, un clivage apparaît de manière évidente et divise les entretiens effectués dans le cadre professionnel de ceux réalisés en-dehors de celui-ci. En effet, cinq entretiens ont eu lieu sur le lieu de travail des enquêtées, tandis que, dans les sept autres cas,

la rencontre s'est faite au domicile de la sage-femme (quatre), au domicile de la compagne (un) ou dans un bar (deux). Même si chaque situation renferme ses particularités, il est possible de noter un lien entre lieu de l'entretien et propos échangés : les rencontres advenues à l'hôpital ou au *consultorio* étaient, en général, moins propices au dévoilement de soi et à la distanciation par rapport au rôle professionnel. Au-delà du fait de renvoyer l'enquêtée à son travail quotidien et sa figure de sage-femme, ces contextes étaient caractérisés par une distance et une formalité plus importantes : port du masque, éventuel dispositif de protection de type plexiglass, uniforme de travail, etc. En outre, le temps à disposition des opératrices était parfois plus limité, l'entretien ayant lieu pendant les heures de travail ou durant la pause de midi. Enfin, ces rencontres étaient plus facilement sujettes à des interruptions venant bouleverser le cours de la conversation.

Un cas emblématique de ce genre de situation poussée à l'extrême concerne l'entretien réalisé avec Laura. Laura, sage-femme de 61 ans, occupe depuis quelques années un poste à responsabilité de nature administrative. La rencontre a eu lieu dans son bureau, à l'hôpital de Cecina, pendant ses heures de travail. Laura endosse sa blouse de fonction et un masque facial (tout comme moi). L'échange est interrompu de manière incessante par des entrées de membres de l'équipe dans le bureau ou des coups de fil. Tous ces éléments renvoient sans cesse Laura au cadre professionnel et à son rôle organisationnel et empêchent de créer un minimum d'intimité. En conséquence, la sage-femme se départira peu de son rôle professionnel et me parlera des thématiques abordées de manière détachée et institutionnelle (en me renvoyant à des documents officiels, par exemple). Dans ces conditions, la négociation d'entretien visant à inciter l'enquêtée à s'exprimer de manière plus personnelle sur l'objet de la recherche fût plus ardue. La rencontre s'est conclue à un moment donné car j'ai clairement perçu qu'elle souhaitait y mettre un terme, ayant d'autres tâches à accomplir durant la matinée.

De l'autre côté, les entretiens réalisés dans des contextes informels ou privés créaient des situations plus propices à l'ouverture de soi et de son intimité. Lors des rencontres effectuées au domicile des enquêtées, ces dernières se montraient particulièrement à leur aise (tenue vestimentaire informelle, position corporelle décontractée, pas de contrainte d'horaire manifeste). Les deux entretiens réalisés dans un bar ont également suivi cette logique, les

endroits choisis étant particulièrement calmes et permettant de créer un aparté entre l'enquêtrice et l'enquêtée.

Cette partition est évidemment approximative et a pour objectif de mettre en évidence une tendance générale. Elle n'a pas empêché certains entretiens réalisés sur le lieu de travail de se révéler particulièrement riches et, au contraire, d'autres réalisés en dehors du cadre professionnel d'aboutir à un résultat beaucoup plus décevant.

À cet égard, je souhaiterais approfondir le cas de l'entretien réalisé avec Alberto. Alberto a 52 ans et officie en tant que gynécologue à l'hôpital de Pistoia. La rencontre a eu lieu au domicile de sa compagne, Antonella, avec qui j'avais déjà effectué un entretien et qui a joué le rôle d'intermédiaire me permettant de recruter Alberto. Elle était présente lors de l'entretien. Je n'avais donc eu aucun contact avec Alberto avant notre rencontre, ayant été intégralement organisée par Antonella. Alberto se montre, dès mon arrivée, tendu et mal à l'aise. Il malaxe une balle anti-stress entre ses mains en me disant, rieur, que cela l'aide à se relaxer. Lorsque je lui expose les thématiques dont nous serons amenés à discuter, il laisse transparaître une réticence et une méfiance manifestes relatives au fait de s'exprimer sur des thématiques telles qu'avortement et objection de conscience. Pour le rassurer, j'insiste sur le fait qu'il s'agit aussi de parler de la pratique professionnelle de manière générale, ce qui a pour effet de le radoucir et de le détendre. D'emblée, il cherche à contrôler le déroulement de l'entretien. Il refuse de me laisser enregistrer l'échange, de manière très catégorique, en me disant que je dois « faire du journalisme à l'ancienne » (prise de notes). Il parle beaucoup et ne me laisse presque pas d'espace pour poser des questions ou rebondir sur ce qu'il dit, comme s'il tenait un cours. Il vérifie que je note bien les choses qu'il considère importantes, en me disant à plusieurs reprises : « note ce mot », « tu peux le noter, ça, pour l'écrire dans ton livre ». Il assume une attitude de professeur à mon égard et également à l'égard de sa compagne, en la corrigeant les quelques fois qu'elle intervient. Il contourne et esquive les questions relatives à sa propre objection de conscience ; il m'est impossible, malgré mes efforts, de le faire parler sur des aspects personnels ou intimes. À un moment, il se lève et décrète de but en blanc qu'on s'est tout dit, ce qui scelle la fin de l'entretien.

Il est révélateur de constater que cette situation s'est matérialisée lors de l'unique entretien

que j'ai réalisé avec un homme⁶⁰ et un gynécologue. Ces deux caractéristiques, couplées à la différence d'âge, ont créé un rapport de subjugation, permise par les hiérarchies sociales préexistantes entre les sexes et les classes sociales. Cette configuration ne s'est jamais répétée lors des entretiens avec les sages-femmes, même dans des contextes moins marqués par la familiarité, tels que la rencontre avec Laura. Ce type d'enquêté peut être défini comme « dominant » et « professionnalisé », c'est-à-dire occupant une position privilégiée dans la stratification sociale de par sa profession, d'une part, et enjoint à s'exprimer sur une thématique liée à l'exercice de cette profession, d'autre part (Chamboredon & al. 1994). Il est érudit et expert dans son domaine - un domaine qui est, d'ailleurs, dans une position de supériorité disciplinaire par rapport aux sciences sociales (Darmon 2005, Derbez 2010). Cette situation de domination peut agir en défaveur de l'enquêtrice, qui est susceptible d'éprouver des difficultés à conserver le contrôle de l'entretien (Chamboredon & al. 1994, Blanchet & Gotman 2015). En outre, elle peut entraîner des réticences à amener l'enquêté à se départir de son rôle professionnel et à se livrer sur des aspects plus personnels qu'il considère peut-être qu'il n'y a pas lieu d'évoquer. Le fait de s'écarter des questions factuelles sur le fonctionnement d'une organisation ou d'une profession pour aborder « la trajectoire sociale de l'enquêté, sa socialisation et sa sociabilité au-delà de son rôle professionnel » (Laurens 2007, p. 116) est susceptible de déclencher une résistance de la part de ce dernier. Comme en témoignent Chamboredon *et al.* (1994) par le partage de leurs expériences d'enquête auprès de ce type de population, les enquêté-es « dominant-es et professionnalisé-es » démontrent des réticences à parler de leur vie privée ainsi qu'à démystifier leurs pratiques professionnelles : « en les interrogeant sur leur passé social, on les contraint à s'objectiver', à produire un discours sociologique sur eux-mêmes » (p. 131).

En définitive, l'entretien constitue un moment clé de la recherche, qui se révèle cependant largement incontrôlable. Bien que l'enquêtrice s'efforce de mettre en œuvre une série de stratégies et de ruses afin de recueillir un propos aussi complet et sincère que possible, la relation d'entretien demeure fondamentalement imprévisible (Bizeul 1998). Cette particularité constitue une difficulté pour la conduite de l'enquête mais également un atout, chaque entretien recelant son lot de surprises venant enrichir au fur et à mesure le regard de la chercheuse et contribuant à l'affinement de la problématique.

⁶⁰ Lors d'une relation d'entretien entre une enquêtrice et un enquêté, ce dernier peut avoir tendance à "prendre la charge" de l'entretien pour récupérer une position d'autorité (Blanchet & Gotman 2015).

3.6 Que faire des « données » d'entretien ?

L'entretien est le moment clé de la recherche qualitative. Toutefois, les données produites doivent être traitées, analysées et formalisées avant d'aboutir à une construction de la connaissance sociologique. Cette étape constitue une ultérieure remodulation du matériel, après avoir dirigé sa production lors de l'entretien, et se doit donc d'être explicitée (Blanchet & Gotman 2015).

L'analyse qualitative consiste en une « démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation de témoignages, d'expériences ou de phénomènes » (Paillé & Mucchielli 2012, p. 11). Il s'agit fondamentalement de *construire du sens* en mettant en œuvre une opération de compréhension et d'interprétation des pratiques et des expériences (Paillé & Mucchielli 2012).

La phase dite d'« analyse des données » est difficile à circonscrire. En réalité, depuis le moment où j'ai commencé à réaliser les entretiens, jusqu'à la rédaction du travail final, l'interprétation des propos générés lors des entretiens a constitué pour moi un processus continu plus qu'un travail ponctuel. Les réflexions suscitées par les discours recueillis étaient consciencieusement consignées dans mon journal de terrain, dans l'attente d'être exploitées lors du travail d'analyse en tant que tel.

Avant tout, la première interprétation était réalisée lors de l'entretien même (Paillé & Mucchielli 2012, Olivier De Sardan 1995). Les minutes suivant directement la rencontre étaient également mises à profit. En effet, à l'issue de l'entretien s'enclenchait toujours un processus spontané d'élaboration « à chaud » des informations recueillies (Kaufmann 2016), durant lequel je prenais note de mes impressions immédiates, des éléments de contenu qui m'avaient le plus interpellée ou de réflexions particulières que l'échange m'avaient suscitées. Je m'efforçais aussi de restituer l'ambiance de la rencontre, les conditions matérielles de l'entretien, l'attitude perçue de mon interlocutrice et ses moyens d'expression non verbaux ; éléments qui ne seraient plus apparus pas sur la bande sonore de l'enregistrement.

L'écoute et la retranscription des enregistrements d'entretiens ont constitué un second moment de traitement des données. Chaque entretien était retranscrit sur une fiche spécifique structurée de la manière suivante : informations factuelles sur l'enquêtée, conditions d'entretien, retranscription intégrale de l'entretien et analyse. La retranscription était l'occasion pour pénétrer en profondeur au cœur de l'entretien, en prêtant une attention

minutieuse à la teneur des propos échangés, révélant parfois des éléments discursifs (mots, portions de phrase, intonation...) qui m'avaient échappés au cours de l'entretien⁶¹. L'effort fourni pour restituer de manière la plus fidèle possible toutes les informations contenues dans l'échange oral (tournures de phrases significatives, émotions, dynamique de l'échange...) n'empêche toutefois pas une inévitable déformation du matériel : le passage de la forme orale à la forme écrite implique forcément une transformation, même légère, de l'information. Cette opération me permettait aussi d'adopter un regard réflexif et critique sur ma manière de mener l'entretien, que je pouvais mettre à profit à l'occasion d'ultérieures rencontres.

À ce stade, un traitement individuel des fiches de retranscription a été mené (Blanchet & Gotman 2015). Au terme d'une relecture approfondie, une sorte de synthèse de l'entretien a été rédigée, consistant en un « portrait » de la personne enquêtée, des points saillants de sa trajectoire et de sa vision du monde. Cette opération suit une démarche phénoménologique, consistant en l'émergence du point de vue des actrices et du sens qu'elles donnent à leurs pratiques et à la réalité sociale et suivant une logique de *description*. Il s'agit d'écouter ce que les entretiens ont à dire avant de leur faire dire quelque chose de plus, de comprendre l'autre sans chercher à l'interpréter et de dégager la logique propre et l'expérience du monde du sujet (Paillé & Mucchielli 2012), mais aussi les contradictions présentes dans la manière dont les enquêtées se racontaient (Kaufmann 2016). Consciente du fait que « le sens émerge toujours d'une mise en contexte » (Paillé & Mucchielli 2012, p. 73), les informations relatées ont été rigoureusement contextualisées, à l'échelle de la trajectoire biographique de l'enquêtée, d'une part, et de la situation spécifique d'entretien, d'autre part. Ensuite, un découpage thématique a été effectué : les différentes thématiques, ou points saillants d'analyse, abordées dans l'entretien ont été identifiées et recensées (Blanchet & Gotman 2015, Paillé & Mucchielli 2012). Enfin, une analyse textuelle a été opérée (Blanchet & Gotman 2015). Le vocabulaire indigène a été identifié, ainsi que des expressions particulières ou un registre lexical spécifique associé à tel ou tel phénomène (par exemple, tous les qualificatifs utilisés pour caractériser l'avortement). Les phrases clé ont été mises en évidence, celles qui résumaient et illustraient la

⁶¹ Le moment de l'entretien était, pour moi, un exercice intellectuel important, exigeant, à la fois, d'"être dans la conversation" (accorder de l'attention aux propos de l'enquêtée, entretenir le fil de la discussion de manière spontanée) tout en opérant, en coulisse, un travail réflexif sur l'échange en cours (garder à l'esprit les points à approfondir, conserver en tête la structure du guide d'entretien, élaborer des stratégies pour favoriser l'ouverture de l'interlocutrice, etc). Il n'est donc pas rare que je me rende compte, lors de l'écoute des enregistrements, de ne pas avoir perçu sur le moment telle ou telle information.

pensée de l'enquêtée et pouvaient être exploitées comme citations d'entretien dans le travail final.

En parallèle, un travail d'analyse a été réalisé à l'échelle thématique, afin de mettre en commun les informations mises en évidence dans chaque entretien respectif. Dans un document à part, les différentes thématiques d'analyse identifiées dans les entretiens individuels ont été recensées et regroupées (par exemple : le caractère personnel de l'objection de conscience, les compétences relationnelles des sages-femmes, l'avortement comme traumatisme). Pour chacune d'elle, le contenu du discours de chaque sage-femme a été reporté, avec extraits d'entretien à l'appui.

Finalement, une dernière phase d'analyse des données, mais non la moindre, a eu lieu lors de l'écriture du travail final. Cette étape a constitué, en réalité, le cœur du travail d'interprétation. Les informations générées et systématisées ont subi une opération de *traduction* : avec l'appui des balises théoriques identifiées dans la seconde partie, elles ont été mises en perspective et reformulées. Des ponts entre les différentes thématiques d'analyse ont été construits⁶² et des recoupements entre l'analyse thématique et l'analyse par entretien ont été effectués⁶³. Des extraits d'entretien plus pertinents ont été sélectionnés à titre d'illustration et d'administration de la preuve. Ceux-ci ont été systématiquement traduits de l'italien au français par mes soins, ce qui a constitué une ultérieure transformation du matériel originel. Durant la phase d'écriture, j'ai essayé de ne pas verser dans de la surinterprétation, de ne pas faire dire aux entretiens ce qu'ils ne contenaient pas, de rester la plus fidèle possible aux propos recueillis, à leurs nuances et leur richesse. D'un autre côté, il est important de reconnaître que l'interprétation est toujours située : les questions que l'on pose au corpus, le cadre théorique choisi ainsi que les inévitables attentes de l'enquêtrice orientent nécessairement les résultats finaux. Ces lunettes, qui permettent de jeter un regard sur la réalité plutôt qu'un autre, modèlent la connaissance mais la permettent également ; « la compréhension reste un apport de sens et non une découverte *du sens* » (Paillé & Mucchielli 2012, p. 114).

La centralité de l'écriture dans le travail d'analyse et d'interprétation des données permet de qualifier ma démarche d' « analyse en mode écriture » (Paillé & Mucchielli 2012). Celle-ci ne

⁶² Par exemple, la thématique "l'avortement comme traumatisme" a été mise en lien avec "le caractère déviant de l'avortement".

⁶³ Cette opération a permis de faire émerger les interrelations entre les trajectoires sociales des enquêtées et leur rapport à l'avortement, valorisées, notamment, dans les trois encadrés qui se concentrent sur le profil d'une sage-femme précise.

s'appuie pas sur une réduction des informations en codes, grilles ou catégories mais plutôt en leur interprétation, traduction et reformulation à travers la génération d'un texte écrit.

3.7 Quelques précautions éthiques

Cette dernière sous-partie a pour objectif de mettre en évidence certaines réflexions et problématiques liées aux aspects éthiques de l'enquête de terrain. En effet, la sociologue est tenue de définir et de respecter un code de conduite moral par rapport à ses enquêtées. En ce qui me concerne, cette posture éthique a pris différentes formes.

Premièrement, l'anonymat de mes interlocutrices était garanti. Les noms des personnes rencontrées ont été modifiés dans le travail écrit. En outre, j'ai toujours tenu à garantir la confidentialité des propos recueillis (Béliard & Eideliman 2008) : j'ai fait attention à ne pas dévoiler de déclarations en les reliant explicitement à son aïeule, que ce soit à une autre sage-femme ou à des personnes extérieures à l'enquête, malgré les curiosités manifestées à plusieurs reprises. Cette précaution valait également en ce qui concerne la participation à l'enquête. Souvent, les sages-femmes que je rencontrais me demandaient avec lesquelles de leurs collègues je m'étais déjà entretenue. J'ai toujours tenu à rester vague sur cette information, considérant que, peut-être, mes enquêtées ne tenaient pas à ce que leurs homologues apprennent leur participation à l'enquête.

Deuxièmement, la conscience de la tension présente sur les lieux de travail des sages-femmes et de l'état d'épuisement de ces dernières, durant l'hiver, notamment, m'a amenée à adapter quelque peu ma conduite. D'une part, je n'insistais pas outre mesure lorsque la personne avec laquelle j'étais en contact me faisait comprendre qu'elle n'était pas disponible. D'autre part, je me rendais compte que le fait de me concéder un entretien constituait un don important de la part de mes interlocutrices. Dès lors, le fait de délivrer des informations personnelles durant l'entretien constituait, au-delà d'une stratégie d'entretien, une maigre tentative de contrepartie et d'acquiescement d'une dette, répondant au besoin de « 'rendre' ce qui nous est offert » (Thizy & al 2021).

Troisièmement, j'ai cherché à respecter la zone d'intimité ou de retranchement des personnes avec lesquelles je suis entrée en contact, afin de ne pas les brusquer. Au moment de l'entretien, je prenais garde à ne pas me montrer insistante ou oppressante lorsque je

percevais une franche réticence à s'exprimer sur un sujet donné. Je cherchais plutôt, éventuellement, à mobiliser des moyens détournés pour voir si je pouvais tout de même approfondir la question, tels que des questions indirectes, le recours aux anecdotes ou aux expériences concrètes, l'expression de mon propre point de vue pour mettre en confiance l'enquêtée, etc.

Quatrièmement, j'ai toujours tenu à ne pas mentir de manière tranchée, dans un souci de respect du contrat de confiance établi avec mon interlocutrice. Comme explicité ci-dessus, la négociation d'entretien m'a portée à exprimer certaines positions, sentiments ou réflexions personnels. Ces propos ont toujours été soigneusement édulcorés, accentués ou mis sous une lumière plutôt qu'une autre, en fonction des attentes perçues de mon interlocutrice. Toutefois, jamais je n'ai exprimé une émotion ou une opinion radicalement contraire à la réalité ; il s'est plutôt agi de « mentir non pas activement mais par omission, non pas mentir mais ne pas démentir, ne pas corriger les attentes dominantes, laisser s'installer ou se réinstaller le malentendu » (Chauvin 2017, p. 4).

3.8 La subjectivité, outil de production du savoir

La subjectivité du ou de la chercheur-se en sciences sociales a longtemps été considérée comme une entrave à la production de connaissances scientifiques « neutres » et rigoureuses, justifiant une position d'infériorité par rapport aux sciences naturelles. Cette affirmation a toutefois été déconstruite. D'un côté, la prétention à l'objectivité des sciences « dures » a été démentie par la mise en évidence du caractère « situé » de toute activité de production de connaissances scientifiques (Haraway 1988). En effet, le regard posé sur le monde est toujours tributaire de la position sociale du sujet ; en particulier, de son insertion au sein des rapports de pouvoir. De l'autre côté, cette même position a été envisagée comme une condition d'accès à la réalité. Chaque travail scientifique est un point de vue particulier sur un certain phénomène ; la perfection de notre compréhension du monde dépend dès lors de la multiplication des perspectives et des sujets de connaissance (Longino 1993). Envisageant la subjectivité comme un instrument de la démarche scientifique, ces approches se situent à mi-chemin entre prétention à l'objectivité et relativisme radical (Flores Espínda 2012).

Dans cet ordre d'idées, la rigueur de l'activité scientifique n'est plus fonction de la prétendue « neutralité axiologique » des chercheur-ses, sensé-es se libérer de leurs attaches sociales pour

appréhender leur objet de recherche avec un regard « pur ». La validité de la connaissance produite dépend plutôt de l'explicitation de ces attaches, permettant de resituer la contribution scientifique par rapport à l'expérience spécifique du monde du sujet de connaissance : « la reconnaissance d'un biais fondamental n'est pas la marque de l'invalidité d'une méthode mais, au contraire, la condition nécessaire pour que cette méthode atteigne un statut scientifique » (Blanchet & Gotman 2015, p. 115).

Dans la partie qui s'achève, je me suis efforcée de penser et de restituer les conditions d'élaboration de la connaissance : mon inscription dans le monde social et, en particulier, par rapport à mes enquêtées, les méthodes de production des données, le dispositif d'enquête de terrain et les contraintes qui l'ont modelé ainsi que les différentes opérations de transformation des informations récoltées. Cette auto-analyse, condition de la validité des résultats produits (Bizeul 1998, Scarfò Ghellab 2015), permet aux lecteur·rices de prendre connaissance des conditions de production des données. Elle rend compte des limites de la recherche mais également de sa richesse et de sa singularité ; en effet, ce sont précisément toutes ces conditions qui m'ont permise d'apporter ma contribution spécifique à la compréhension de la problématique étudiée.

Seconde partie. Une exploration au cœur du rapport à l'avortement des sages-femmes

Maintenant que toute l'armature de la recherche a été constituée et minutieusement présentée, il est temps d'entamer cette exploration au cœur du rapport à l'avortement des sages-femmes et de ses multiples facettes. Dans un premier temps, les représentations du métier véhiculées par les sages-femmes elles-mêmes seront examinées. Le rapport à l'avortement de ces professionnelles, en effet, ne peut être appréhendé sans le remettre en lien avec la manière dont elles construisent du sens autour de leur activité. Ensuite, c'est à la matérialité du métier que je m'intéresserai. Un acte de travail en particulier, la tâche abortive, sera décortiqué, afin de comprendre comment sa réalisation est vécue par les sages-femmes et quels sont les registres normatifs qui sous-tendent cette appréhension. Par après, l'objection de conscience, en tant que prérogative particulière du personnel sanitaire, lui permettant de se soustraire au travail abortif, sera abordée. Je mettrai en évidence la signification que les sages-femmes attribuent à ce droit et je me pencherai, en particulier, sur les positions et les trajectoires des trois objectrices de conscience de mon corpus. Enfin, je mettrai au jour le rôle d'entrepreneuses de morale des praticiennes, en identifiant les normes procréatives qu'elles véhiculent et qui modèlent leur vision de l'acte abortif ainsi que leur manière de se rapporter à leurs patientes. Je terminerai cette « exploration » en faisant émerger les résultats les plus importants qu'elle a permis de produire et en les confrontant avec la littérature sociologique affrontant les dessous du rôle confié au personnel médical dans le dispositif abortif.

4 L'être sage-femme

Le processus historique de construction du groupe professionnel des sages-femmes ainsi que les caractéristiques de l'exercice de ce métier en Italie ont déjà été décrits dans le chapitre 2. Mais comment les sages-femmes elles-mêmes envisagent-elles leur fonction et quel sens accordent-elles à leur rôle professionnel ?

4.1 Une « vocation » genrée

Aux dires de mes interlocutrices, exercer le métier de sage-femme répondrait à une véritable « vocation ». « Vocation », « mission », « passion » ou encore « appel » sont des termes utilisés à plusieurs reprises par les sages-femmes de mon corpus, lorsqu'elles évoquent leur travail. Voilà qui dénote l'idée qu'être sage-femme ne signifie pas seulement exercer une simple profession : cela renvoie aussi à des propriétés intrinsèques liées à la personnalité de chaque praticienne, à des dispositions qu'elles portent à l'intérieur d'elles-mêmes, un « être » sage-femme qui va au-delà des devoirs liés à leur contrat de travail. Comme le déclare Rachele, qui exerce depuis une vingtaine d'années :

« La sage-femme ne te dira jamais 'je travaille comme sage-femme' mais 'je suis sage-femme'. C'est quelque chose que tu dois sentir à l'intérieur ».

Marina (34 ans, *consultorio* de Pise), pour sa part, me confie :

« C'est une chose un peu innée, pour te dire toute la vérité. Une sensation, une chose qui m'a toujours attirée. Ça a été une sorte d'appel, dans le sens, j'ai tout de suite senti que ça m'appartenait ».

Leur occupation professionnelle est ainsi présentée, par mes interlocutrices, comme répondant à une nécessité « intérieure » et instinctive, une prédisposition naturelle qui les a spontanément portées vers l'exercice de ce métier. Le discours vocationnel se doit, ici, d'être déconstruit (Serre & al. 2010) et les représentations qui les nourrissent d'être explicitées. Ainsi, en creusant un peu plus cette rhétorique, il apparaît que l'appartenance sexuée des sages-femmes constitue un élément central de cette « prédisposition naturelle ». A cet égard, Camilla, que je rencontre dans un bureau de l'hôpital de Cecina, me confie :

« Je pense que, à la base, il doit y avoir, je ne sais pas, une sorte de vocation, qui est liée au fait de prendre soin de la naissance. Et, peut-être, ce fait de prendre soin de la naissance est lié au féminin [...] Il y a un soin féminin important dans notre profession ».

La « vocation » est ici clairement mise en lien avec l'identité féminine. Cette dernière, en effet, est vue comme intrinsèquement liée au « *soin de la naissance* ». Les compétences féminines en matière de travail procréatif sont ainsi essentialisées et cet attribut considéré comme « naturel » (Mathieu 1973) constitue, pour les enquêtées, un élément fondamental de leur identité professionnelle. En tant que femmes, les sages-femmes seraient spontanément portées vers la sphère de l'enfantement. Marina confirme cette vision des choses, lorsque je l'interroge à propos de la présence presque inexistante des hommes dans leur corps de métier :

« Peut-être, la sage-femme est un peu plus une question aussi maternelle, peut-être que c'est pour ça que c'est plus privilégié par les femmes que par les hommes, je ne sais pas. Donc, quelque chose qui va au-delà du rôle professionnel, qui fait intervenir l'instinct féminin, tu vois ».

Les sages-femmes forment, en effet, un corps de métier composé presque exclusivement de femmes. Bien que l'exercice de la profession soit ouvert aux hommes, ces derniers demeurent, aux dires de mes interlocutrices, très minoritaires, constituant des anomalies qui ne passent pas inaperçus⁶⁴. La référence à la nature féminine, intrinsèquement liée à la maternité, est mobilisée pour expliquer la composition sexuée du groupe professionnel : l'exercice de ce métier ne requière pas seulement des compétences « *professionnelles* » mais également un savoir-faire « *instinctif* », faisant intervenir la vocation maternelle des femmes. Cette dernière est envisagée sous une lumière psychologisante, faisant appel au « for intérieur » des femmes (Memmi 2016).

Cette appréhension des sujets féminins fait, sans nul doute, l'objet d'une socialisation genrée, qui définit les identités sexuées (et, en particulier, l'identité féminine) en fonction de l'acte reproductif (Touraille 2011). Par leur appartenance au groupe social des femmes, les sages-femmes ont ainsi intériorisé leur rapport privilégié au monde de l'enfantement. Il est

⁶⁴ À cet égard, s'intéresser à ces "marginaux" constitue une manière intéressante de faire émerger la force des représentations genrées dans la définition de l'identité professionnelles des sages-femmes (Charrier 2007, Olivier 2015).

intéressant de relever que cette idée semble également découler d'une socialisation professionnelle propre à l'environnement des sages-femmes, comme en témoigne Federica, jeune employée de l'hôpital de Cecina :

« Ça [le fait d'être sage-femme, ndr] m'a aussi changée par rapport à ma féminité, mon 'être femme', complètement renversée, et aussi sur la maternité en général, l'amour entre une mère et un enfant, ça te remet en question sur plein de choses, la vie, le corps, la condition de la femme aussi. Moi, j'avais été une adolescente très masculine, toujours avec des amis garçons, j'ai fait des sports masculins, je faisais du volontariat en ambulance. Je m'étais posée peu de questions sur mon côté féminin, ce que ça voulait dire pour moi, et aussi sur toute cette partie reproductive, je ne m'étais posée aucune question. Parce que ça ne faisait pas partie de la normalité et de la quotidienneté pour moi d'entendre parler de grossesses, d'accouchements ».

À travers ses dires, on comprend que l'entrée dans le monde des sages-femmes induit, pour Federica, un apprentissage de son identité sexuée. Elle « découvre » son « côté féminin », qu'elle considère n'avoir jusque-là que peu « écouté », et son indéfectible lien avec la maternité et la reproduction. La socialisation professionnelle contribue ainsi à la construction des catégories de sexe qui sont au cœur de la définition du profil professionnel de la sage-femme.

« Travailler avec la vie »

Pourtant, pour la plupart des enquêtées, le choix de cette spécialisation, présentée comme répondant à un appel intérieur, n'est pas le fruit d'une attirance précoce mais plutôt de trajectoires scolaires diverses. La majorité d'entre elles me dit n'avoir pas une idée claire de la profession au moment où elles ont débuté la formation universitaire. Seules deux enquêtées avaient un parent travaillant dans le domaine de la santé. Pour certaines, il s'est agi d'un repli après avoir tenté d'autres études, telles que médecine, pharmacie ou soins infirmiers. Pour d'autres, l'envie de se rendre utile, de prendre soin d'autrui. Plusieurs évoquent une attirance initiale pour le secteur sanitaire, mais également le découragement face à l'idée d'avoir à gérer tous les jours des situations de pathologie, de souffrance et de mort. Cette inclinaison semble avoir constitué un poids important, pour beaucoup, en la faveur du choix de la formation de sage-femme. Le métier est décrit en des termes très positifs, tels que « lumineux », « beau »,

« très beau⁶⁵ », « émouvant », lié à la « vie » et à la « joie ». « Par rapport à d'autres spécialisations, où tu vois des personnes malades, tu vois des personnes plus ou moins jeunes et des enfants naître, c'est joyeux », témoigne Flavia, qui travaille à l'hôpital de Cecina. Eleonora, sa collègue, me confirme : « Je voulais faire quelque chose qui ne me fasse pas vivre seulement le côté négatif, moche, triste, quelque chose qui me donne aussi un peu de joie ». La beauté de la vie liée au travail des sages-femmes est mise en contraste avec la lourdeur de la mort omniprésente dans les autres professions sanitaires :

« Moi, je n'arriverais pas à être infirmière. Parce que je devrais continuellement me confronter avec des gens malades, vieux, qui meurent... Les sages-femmes, c'est la vie. Les sages-femmes, c'est la vie ! Moi, je ne suis pas prête à travailler avec la mort, moi, je suis prête à travailler avec la vie ».

Rachele (*consultorio* de Cecina) place, avec enthousiasme, la « vie » au centre de son rôle professionnel. Mais que recouvre cette « vie » qui est tant louée ? En s'y penchant de plus près, il apparaît que cette dimension ultra-valorisée par les sages-femmes renvoie à l'évènement accouchement et la venue au monde de nouveaux êtres. La « vie » qui est ainsi valorisée correspond davantage à la génération de nouvelles vies (la vie « nue ») qu'au soin des vies existantes (la « qualité » de vie) (Weber & al. 2009), faisant écho à la conception catholique de la « sacralité de la vie » (Trombetta 2010) et de l'injonction à la multiplication de la race humaine.

La séquence du travail procréatif que constitue l'accouchement est, en effet, identifiée par plusieurs comme étant au fondement de leur activité, ce que l'on peut qualifier de « vrai boulot⁶⁶ ». Ainsi, pour Sofia, la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement forme le noyau de son métier : « le rôle spécifique, au niveau du profil professionnel, de la sage-femme est la prise en charge de la femme avec grossesse et accouchement physiologique, donc sans pathologie, ni de l'enfant, ni de la femme ». L'accouchement semble constituer un élément central et incontournable de la définition du rôle des sages-femmes. « L'accouchement, la naissance, c'est la chose centrale », estime Antonella. La salle d'accouchement est décrite comme exerçant une réelle fascination. De nouveau, les qualificatifs utilisés pour en parler sont majoritairement composés de « beau » et « très beau ». Rachele m'en parle en ces termes :

⁶⁵ "Très beau" est la traduction du superlatif "bellissimo".

⁶⁶ Ce qui est considéré comme le cœur de l'activité professionnelle, ce qui fonde le métier, ce qui est valorisé (Bidet 2011).

« La salle d'accouchement est merveilleuse, parce qu'il n'y a rien de plus beau que la naissance. C'est une nouvelle vie qui te passe entre les mains, c'est une chose vraiment merveilleuse, c'est une émotion profonde. Et moi, je suis une de ces sages-femmes qui, même maintenant, après presque vingt ans de travail, trois ans de stage, moi, quand je vois un enfant naître, je verse toujours une larme, parce que c'est une chose vraiment merveilleuse ».

De cet extrait transparait clairement la valeur qui est accordée à la « vie », entendue comme la naissance de nouveaux êtres humains, évènement « merveilleux », rien n'existant « de plus beau », qui procure à chaque fois des émotions puissantes. La dimension sensible et forte de l'accouchement est confirmée par Flavia, qui me raconte : « et, que tu le veuilles ou non, mais la salle d'accouchement a sa raison d'être. Elle est risquée à mort mais tu y retournes toujours, c'est comme une drogue », ajoutant, un peu plus tard : « voir des enfants naître te donne une force infinie ». Camilla en parle également comme d'une addiction :

« Tu penses à la seule partie belle, la sage-femme qui fait naître les enfants, 'oh, que c'est beau, que c'est cool, je veux devenir sage-femme', très bien, pour cette émotion qui dure dix minutes, même pas peut-être, tu y bases une profession, et ça te suffit. Ces dix minutes te compensent tout le reste et c'est une arnaque parce que, désormais, tu es tombée amoureuse de ces dix minutes, et tu ne retournes plus en arrière ».

L'accouchement et la génération de nouvelles vies humaines sont ainsi construites comme des étapes encensées de la trajectoire procréative des femmes, « la seule partie belle », reléguant les autres tâches professionnelles des sages-femmes à un statut inférieur. Pourtant, certaines enquêtées insistent sur la dimension holistique de leur métier, qui consiste en l'accompagnement des femmes durant toute leur vie, et pas uniquement au moment de la grossesse et de l'accouchement. Selon Federica, « la sage-femme s'occupe aussi des autres phases de la vie de la femme. Depuis les premières menstruations, la contraception, la sexualité, la ménopause ». Eleonora partage également cette vision :

« La sage-femme accompagne la femme dans toutes les phases de sa vie, depuis la puberté jusqu'à la ménopause [...] Mon travail, c'est ça. Ça comprend la femme dans sa totalité, son parcours de vie, de petite fille à femme âgée, donc tout. Pas seulement la grossesse, c'est un moment de la vie de la femme. »

À travers les dire de Federica et Eleonora, 31 et 29 ans, on peut comprendre que les sages-femmes appréhendent essentiellement les sujets féminins au regard de leurs capacités procréatives. Même si elles considèrent que la grossesse n'est qu'un évènement parmi d'autres, la temporalité de la prise en charge des patientes coïncide avec les étapes d'entrée et de sortie de la période fertile : les premières menstruations et la ménopause. L'ensemble des tâches accomplies par les femmes dans le cadre du travail procréatif est visé, tels que la contraception, la gestation et le soin des enfants, comme l'explique Marina :

« Ecoute, principalement, quand on parle de la sage-femme, on s'imagine toujours celle qui fait naître les enfants, non ? Et cette chose-là m'enthousiasmait beaucoup. Puis, quand tu commences, tu fais plein de stages, j'ai fait un stage aussi ici, au consultorio, et je me suis tout de suite passionnée peut-être plus à cette réalité qu'à celle hospitalière [...] Le rôle de la sage-femme est toute l'éducation, depuis jeune fille, à la sexualité, puis accompagner la grossesse, la gestion du nouveau-né, l'allaitement, la ménopause ».

Marina évoque ici la spécificité du travail au *consultorio* par rapport à la réalité hospitalière. En effet, en ce qui concerne l'identification du rôle des sages-femmes, la ligne de démarcation qui divise la centralité de l'accouchement de la prise en charge de l'ensemble de la santé génésique féminine se matérialise sur les lieux de travail : le travail à l'hôpital est concentré sur l'évènement naissance tandis que les activités prestées au *consultorio* englobent le suivi sanitaire de toute la vie fertile des femmes. Toutes les sages-femmes que j'ai rencontrées ont expérimenté, lors de leurs stages ou de leur activité salariée, les deux réalités, ce qui peut expliquer le manque de relation univoque entre vision du métier et lieu de travail : elles ont toutes été exposées aux socialisations professionnelles spécifiques de l'hôpital et du *consultorio*.

Au *consultorio*, pour Alice, la « *prévention* » et l'« *éducation* » constituent le cœur du travail. L'accent est mis, par Marina et Rachele, sur la continuité des relations avec les patientes et sur l'établissement de liens qui perdurent dans le temps :

« Ici, au consultorio, ça arrive plus souvent de les revoir, c'est un moyen pour les soutenir aussi au cours des années, elles reviennent pour l'allaitement, les contrôles, la grossesse suivante, etc., tandis qu'à l'hôpital, il y a l'assistance momentanée de l'hospitalisation, même si l'accouchement est un moment crucial de la vie de la femme, mais ça s'arrête là ».

La ponctualité de l'accouchement, bien que toujours vu comme « le » moment phare de la vie génésique des femmes, est soulignée par Marina pour mettre en valeur la continuité de son rôle au *consultorio*. Rachele l'explique de manière encore plus détaillée :

« Le consultorio, par contre, c'est différent. Nous, nous suivons maintenant les grossesses de jeunes filles que j'ai rencontrées il y a dix-sept ans au centre pour les jeunes. Donc tu les prends... Tu les trouves au centre pour les jeunes, elles grandissent avec toi, elles viennent pour la contraception, tu participes à leur première relation, tu participes à leurs ruptures, elles reviennent, tu participes à leur grossesse, parce que tu les suis durant toute la grossesse, elles reviennent avec l'enfant, tu participes à leur allaitement. Elles reviennent, elles reviennent cycliquement, donc tu les revois, aux contrôles annuels, elles reviennent pour les secondes grossesses, il y a une continuité qui est merveilleuse, à la fin, je fais partie de la famille ».

Il apparaît clairement, à travers les propos de Rachele, que, malgré le fait que son rôle soit compris sous un jour plus englobant par rapport à la centralité de l'accouchement, la procréation reste au cœur du suivi de ses patientes. En définitive, le métier de sage-femme et la définition du profil professionnel de la part des enquêtées sont construits sur la concentration sur les capacités procréatives des femmes, objets principaux du soin et du suivi des praticiennes, révélant une vision des femmes focalisée sur leur santé génésique et leur fonction procréative (Membrado 2006). Cette prise en charge spécifique des femmes, qui épargne les hommes (Guyard 2010, Ruault 2015), renvoie les sujets féminins à ce qui les définit principalement : leur place dans le processus d'enfantement. Cette appréhension particulière de l'« être femme » s'applique aussi bien aux patientes qu'aux professionnelles elles-mêmes, établissant entre les deux un lien privilégié et une complicité « naturelle » dans un univers féminin qui tourne autour du potentiel fertile des femmes (Guyard 2010, Ruault 2015, Ventola 2014). Cette relation profonde est vécue de manière forte par les sages-femmes, comme l'on peut le déceler des propos de Giada, 25 ans, qui me confie, les larmes aux yeux :

« Moi, je m'émeus, quand je parle du fait d'être sage-femme, c'est quelque chose qui m'émeut tellement, parce que je crois que je suis très chanceuse. C'est une chose qui me remplit de tellement de fierté et aussi de tellement de joie, parce que derrière, il y a tout un monde, et c'est une chose énorme. Je veux dire, ça dépend beaucoup de comment tu te rapportes à ce que tu fais. Ça peut être très superficiel et tu peux le faire comme

n'importe quel autre travail, ou alors ça te touche tellement à l'intérieur. Si tu es une femme et que tu travailles avec les femmes, selon moi, un monde s'ouvre ».

Le caractère quasi transcendantal qui est attribué par Giada à son travail est relié aux identités féminines des protagonistes, professionnelles et patientes.

« La sage-femme est relation »

Les identités sexuées forment ainsi le substrat du sens de la profession sage-femme. Outre le fait qu'elles n'ont à faire qu'à des patientes de sexe féminin et, qui plus est, à travers le prisme de leur potentiel procréatif, les sages-femmes mobilisent des représentations genrées pour définir leurs propres attributs.

Cette construction est visible, notamment, à travers la différenciation qu'elles établissent entre leur profil professionnel et celui des gynécologues. Comme nous l'avons vu, au long du processus historique de création et de consolidation de la profession, l'évolution des sages-femmes s'est faite en relation avec le corps médical, dans un rapport qui a toujours été inégalitaire et qui fait écho à une division hiérarchique des tâches entre hommes et femmes. Il est donc essentiel pour les sages-femmes, qui sont encore aujourd'hui engagées dans un travail de légitimation et d'acquisition d'autonomie, de se distinguer des gynécologues et de revendiquer et valoriser leurs spécificités face à un profil professionnel auquel elles sont confrontées quotidiennement. Cette entreprise n'est cependant pas marquée par une dénaturalisation des compétences féminines en matière de procréation ; au contraire, l'identité sexuée sert d'outil de revendication d'une spécificité professionnelle (Borel 2020).

La ligne de démarcation entre les deux fonctions semble correspondre à la distinction entre évènements physiologiques (domaine des sages-femmes) et pathologiques (domaine des gynécologues). Ainsi, à l'inverse des gynécologues (Guyard 2010), les sages-femmes n'envisagent pas le corps féminin et, en particulier, ses organes reproductifs, sous le prisme de la maladie, ce qui justifie un suivi médical régulier (Ruault 2015). À l'inverse, elles revendiquent la « naturalité » et la « normalité » des évènements liés au cycle biologique féminin. Elles prônent une attitude professionnelle caractérisée par la non-intervention, en particulier lors de l'accouchement, postulant le caractère inné des compétences procréatives des femmes (elles « *savent comment accoucher* ») (Borel 2018). Les sages-femmes défendent une approche

holistique de la prise en charge de leurs patientes, qui prend en considération l'entière de la personne, opposée à la démarche diagnostique des médecins, centrée sur un problème précis. Leur rôle est défini d' « *accompagnement* », sous ces différentes formes : « *notre domaine, au-delà du suivi avant, pendant et après l'accouchement, est vraiment le soutien psychologique, physique, moral* » (Sofia). Laura, qui occupe une position administrative, l'explique en mobilisant le concept de "care":

« La sage-femme est la figure de soin, soin compris dans un sens complexe, soin d'une personne, l'"i care", dans tous ses aspects, tandis que le médecin tend beaucoup plus à avoir une approche diagnostique de la personne ».

Par ailleurs, mes interlocutrices mettent en avant la dimension « *humaine* » et « *empathique* » du rôle qu'elles recouvrent, marqué par l'établissement de « *contacts forts* », en opposition avec la fonction technique et « *aseptique* » des gynécologues (Charrier 2017). Les « *relations* » sont vues comme fondamentales (Borel 2020) : « *la sage-femme est relation* », « *la relation, c'est tout* ». L'accent est mis sur la proximité avec les patientes, qui passe aussi par un contact corporel intime. Ce rapprochement est visible à travers les manières dont les patientes s'expriment avec les professionnel·les : le tutoiement est de mise avec les sages-femmes, tandis que les gynécologues sont d'ordinaire vouvoyé·es. Les enquêtées ne ressentent pas cette familiarité comme un manque de respect mais bien comme une marque de confiance, qu'elles revendiquent avec fierté.

Soin d'autrui, savoir-faire relationnel et empathie sont, ainsi, des compétences socialement identifiées comme féminines qui sont revendiquées par les sages-femmes comme participant de la spécificité de leur rôle par rapport au corps médical. À propos de l'empathie requise, Federica déclare :

« C'est une figure qui doit être fortement empathique avec la femme. Il faut beaucoup d'empathie et c'est quelque chose de très intime. Parce que tu es toujours avec les corps nus des autres. Je comprends qu'avec un homme, tu ne te sentes pas libre, compte tenu de toutes les phases émotives que tu traverses. C'est très difficile qu'un homme puisse créer cette chose avec la femme ».

À l'instar des sages-femmes françaises, il apparaît ici que les enquêtées tendent à reproduire les stéréotypes de genre (Borel 2018). Leur appartenance sexuée est considérée comme

fondamentale, les dotant de « capacités définies socialement comme féminines » (Charrier 2007, p. 95) essentielles à l'exercice de leur fonction, telles que la sollicitude, la sensibilité et l'empathie. Le *care*, matérialisé dans le maternage et le soin des femmes et des nouveau-nés, est placé au cœur de l'identité professionnelle (Le Dû 2019). Cette représentation est liée à la construction historique de la profession : mues par la nécessité de se distinguer à la fois des médecins et des matrones, les sages-femmes ont bâti leur identité professionnelle sur une combinaison de *care* (aspects relationnels) et de *cure* (aspects techniques et médicaux) (Borel 2018, Le Dû 2019).

4.2 L'être sage-femme comme engagement

Certaines de mes interlocutrices envisagent le fait d'être sage-femme d'un point de vue engagé. Laura a 61 ans et elle occupe une position administrative couvrant les hôpitaux de Cecina, Piombino e Portoferraio. Pour elle, le sens de son travail est lié à du militantisme politique. Elle fait partie du *Partito Democratico* et c'est par l'appartenance à ce parti qu'elle s'est approchée à son métier et qu'elle y trouve sa raison d'être : elle était, à l'époque où elle a commencé à travailler, très proche du chef du service de gynécologie-obstétrique de Cecina, également membre du parti et « *engagé pour les droits des femmes* ». Giada et Federica, quant à elles, attribuent à leur métier un engagement féministe. Ces deux jeunes femmes, célibataires et sans enfants, s'identifient comme des actrices du combat pour le droit des femmes. Federica m'explique l'importance du rôle qu'elle recouvre par le fait qu'elle se considère « *en première ligne dans la lutte pour l'émancipation féminine* ». Giada, quant à elle, m'explique son engagement en faveur des femmes en ces termes :

« Pour moi, c'est vraiment un moyen pour être du côté des femmes. Moi, je travaille, et je travaille pour les femmes et avec les femmes, et je la ressens de manière forte, cette chose. Cela s'expliquera par le fait que je suis féministe, par le fait que tellement de choses ont été mal faites pendant trop d'années et, du coup, je la ressens vraiment, cette chose, qu'être sage-femme devrait vouloir dire pour n'importe qui travailler pour les femmes et du côté des femmes ».

Federica : l'être sage-femme comme engagement « féministe »

Le profil de Federica se distingue légèrement par rapport à celui de ses consœurs. En effet, à plusieurs égards, cette sage-femme de 31 ans exprime une vision de l'avortement moins stigmatisée que celle partagée par les autres membres du corpus.

Cette particularité est, sans nul doute, à mettre en lien avec le positionnement de « féministe » revendiqué par Federica et sa socialisation antérieure au sein de différents réseaux militants et alternatifs. La jeune femme interrompt ces études après la première année, rebutée par la prise en charge des femmes enceintes au sein de l'hôpital Santa Chiara de Pise (où les étudiantes de l'Université de Pise effectuent la majorité de leurs stages), hautement standardisée et médicalisée. Elle entreprend alors un parcours personnel de formation, qui l'ouvrira à des réalités alternatives liées principalement à l'accouchement à domicile et qui l'amènera à une réconciliation avec la figure de la sage-femme. Une fois diplômée, elle commence à travailler en tant qu'indépendante. Cette forme d'emploi est peu courante parmi les sages-femmes italiennes, la plupart étant employée dans le secteur public. Durant ses études et ses premières années de travail, elle est engagée dans différentes activités militantes, notamment liées aux violences obstétriciennes et à l'accès à la contraception et à l'avortement. Cette mobilisation la porte à travailler en collaboration avec différents groupes féministes actifs autour de Pise.

Célibataire, sans enfant, Federica revendique une approche engagée de son métier : elle souhaite changer la manière dont la société considère et prend en charge les femmes tout au long de leur vie reproductive et sexuelle. Cet engagement s'inscrit, à ses yeux, dans une perspective globale de lutte pour l'amélioration de la condition féminine et l'émancipation des femmes. Il se reflète, entre autres, sur son rapport à l'avortement. En effet, de ses propos n'émergent que peu de traces de jugement moral par rapport à cet évènement.

Elle considère, avant tout, que les femmes choisissant d'avorter doivent être accueillies en toute circonstance avec bienveillance. Elle envisage l'avortement dans une optique de continuité avec le reste de son travail : il s'agit, pour elle, d'être proche des femmes dans tous les aspects de leur vie fertile. Cette considération est à mettre en lien avec le fait

qu'elle envisage que l'avortement constitue toujours une blessure et une source de fragilité pour les femmes qui décident d'y recourir, à l'instar des autres enquêtées, ce qui implique un besoin d'assistance.

4.3 Rapport au travail et trajectoires procréatives : une porosité accrue

L'intrication entre les attitudes au travail des professionnelles et leur vie en-dehors du travail est particulièrement soulignée par celles-ci. Les histoires de vie personnelles sont identifiées comme un réservoir important de référents nourrissant leur rapport au travail et, notamment, à l'avortement. La question du rôle professionnel et de la prise de distance par rapport à la dimension privée de leur vie et de leur propre personne constitue un sujet de préoccupation et de réflexion majeur pour les sages-femmes. Il est, dès lors, important de sortir de la scène du travail et de relier ce qu'il s'y joue avec les trajectoires sociales des professionnelles (Serre & al. 2010).

En particulier, l'appartenance sexuée est, à nouveau, vue comme une caractéristique fondamentale dans l'exercice de leur métier : avant d'être des professionnelles de la santé, elles sont des personnes, mais surtout des femmes. Travaillant avec des femmes et étant confrontées à des événements socialement construits comme typiquement féminins, leur propre expérience en tant que femmes est, selon elles, forcément décisive, comme le décrit Eleonora :

« On n'est pas des machines, on est des êtres humains. Nous, sages-femmes, on est avant tout des femmes avec notre propre expérience et notre propre vécu derrière nous. J'ai remarqué, dans les différents endroits où j'ai travaillé, que cet aspect compte énormément. Ton vécu, mais aussi ton âge, le moment où tu en es dans ta vie, ça influence beaucoup la manière dont tu vas te rapporter à ton travail et aux autres femmes ».

Il s'avère que le « vécu » des sages-femmes, invoqué par Eleonora pour expliquer la porosité entre vie professionnelles et vie privée, concerne, avant tout, leur trajectoire procréative :

« Chacune d'entre nous ramène une partie de soi-même, en tant que femme, comme sensibilité. Dans le bien et dans le mal. J'ai une collègue qui a perdu une fille, donc, toutes les fois qu'elle se trouve confrontée à une femme qui veut interrompre la grossesse, elle

pète des plombs, elle n’y arrive pas. Et une autre, pareil, qui est en parcours de fécondation assistée depuis des années. Nous sommes toutes des femmes ».

Prenant à nouveau appui sur le lien privilégié entre identité féminine et fonction procréative, Federica considère que le fait d’être femmes induit, pour les sages-femmes, une implication et une sensibilité accrues à l’égard des problématiques liées la naissance, considérées comme particulièrement délicates et sujettes à interférence avec la biographie procréative des praticiennes.

Eleonora : être mère, être sage-femme

Eleonora est une jeune sage-femme de 29 ans. Je la rencontre grâce à Federica, qui m’avait transmis son numéro de téléphone. Nous nous retrouvons dans un bar du village où elle habite. Malgré le caractère public du lieu d’entretien, l’endroit est calme et propice à la discussion ; l’interaction, facilitée par les proximités d’âge et de sexe entre elle et moi, se déploie de manière spontanée et expansive.

Eleonora provient d’une famille de la classe moyenne (mère femme au foyer, père employé de banque) de Livourne. Elle a obtenu son diplôme à l’Université de Pise et a commencé à travailler en 2017. La fin de ses années universitaire et son entrée dans le monde du travail ont été marqués par une grossesse et la venue au monde de son fils. L’arrivée de cet enfant, bien que survenue de manière précoce dans la trajectoire d’Eleonora, par rapport à la norme procréative actuellement en vigueur en Italie et l’âge moyen du premier enfant, est le fruit d’un projet parental avec son mari de l’époque (dont elle est aujourd’hui divorcée).

Pour Eleonora, son histoire procréative et, en particulier, son identité de mère, modèle inévitablement ses attitudes au travail : *« le fait d’avoir un enfant, pour moi, influence tout mon travail. C’est normal. Être mère m’a changée dans la vie en général, donc ça m’a changée aussi au travail »*. Cette interférence se manifeste de manière prononcée lorsqu’Eleonora est confrontée à des épisodes d’avortement :

« Mais quand je vois une échographie d’un enfant à douze semaines qui fait des culbutes, c’est inévitable que j’aie une sensibilité, ça me rappelle quand je l’ai vécu moi, et interrompre une grossesse, comme ça... Mon Dieu. Regarde, ça me serre le cœur ».

Elle désigne d'ailleurs, souvent, les embryons ou les fœtus comme des « *enfants* » et elle estime que qui a déjà eu un fils ou une fille éprouve plus de difficultés face à l'acte abortif, tout comme elle :

« Puis, si quelqu'un n'a jamais eu de grossesse, surtout les récidivistes, qui ne se sont jamais approchées au monde de la grossesse, de l'accouchement, tu es moins sensible. Tu n'as jamais senti un enfant bouger dans ton ventre. Probablement, si tu as déjà un enfant, tu sais ce que ça veut dire, tu le fais plus à contre-cœur ».

Son identité de mère et son expérience de la grossesse et de la maternité sont ainsi décisives dans son rapport au travail, fruit de la porosité accrue présente entre trajectoires procréatives et attitudes professionnelles des sages-femmes.

En définitive, l'identité professionnelle des sages-femmes, le sens qu'elles attribuent à leur rôle ainsi que la manière dont elles vivent la pratique de leur métier sont étroitement liés à la construction et la naturalisation des rôles genrés, appliquées aussi bien à elles-mêmes qu'à leurs patientes. En particulier, le lien privilégié qu'elles établissent entre sexe féminin et rôle maternel, entre l'appartenance au groupe social des femmes et la fonction procréative, constitue la base de la raison d'être de leur activité. Cette association justifie la prise en charge et le suivi spécifique de la trajectoire procréative des femmes de la part de l'institution médicale. En dotant les sages-femmes d'une inclinaison instinctive envers la sphère de la production d'enfants, elle constitue, pour mes enquêtées, la source de la « vocation » qu'elles sentent vibrer à l'intérieur d'elles-mêmes et explique la composition sexuée du groupe professionnel. En leur attribuant des dons découlant de leur nature maternelle, tels que l'empathie et le soin, elle naturalise leurs compétences professionnelles. En induisant une sensibilité particulière aux événements procréatifs, elle produit une porosité poussée entre vie privée et rapport au travail. En liant l'épanouissement de la personnalité féminine à l'enfantement, elle construit l'accouchement comme « l' »événement central de la vie des femmes, forcément vu comme un aboutissement, une réalisation.

Les entrecroisements que ce système de représentations entretient avec les idées religieuses en matière de procréation se doivent d'être soulignés. En effet, en instituant la reproduction comme but ultime de la vie humaine, conformément au dessein divin, la doctrine catholique

réifie la sexualité hétérosexuelle tendue vers la procréation ainsi que la complémentarité des identités sexuées. Dans ce schéma, la féminité, en particulier, est essentiellement appréhendée à travers le prisme de la maternité (Ratzinger 2004). L'influence des normes catholiques se manifeste également dans la valorisation dont fait l'objet la naissance et la génération de nouvelles vies, faisant écho à la sacralisation de la vie défendue par le monde ecclésiastique.

5 L'avortement, un acte de travail pas comme les autres

La gestion du travail procréatif féminin, qui constitue, comme nous l'avons vu, l'essence de l'activité professionnelle des sages-femmes, comprend l'encadrement de l'avortement. Parmi l'éventail des tâches qui leurs sont dévolues, elles interviennent, en effet, à plusieurs séquences du parcours d'avortement prévu par la loi. Au *consultorio*, elles participent aux consultations pré- et post-intervention. À l'hôpital, elles assistent les gynécologues lors des avortements chirurgicaux et elles suivent personnellement les avortements thérapeutiques. L'ensemble de ces tâches, que l'on peut rassembler sous la dénomination de « travail abortif », ne font pas l'objet, de la part des enquêtées, du même dévouement et de la même vénération qu'elles appliquent au reste de leur activité, mettant en évidence que l'avortement ne constitue pas un acte de travail comme les autres.

5.1 Formation et encadrement des professionnelles

Avant de chercher à cerner les principaux ressorts de la participation concrète des sages-femmes au travail abortif, je formulerai quelques observations sur la manière dont ce dernier est appréhendé dans le cadre de la formation des professionnelles. Celle-ci, en effet, constituant une phase de « socialisation professionnelle initiale » (Serre & al. 2010), est déterminante dans la formation d'une culture propre à un corps de métier.

En matière d'avortement, la formation des sages-femmes, que ce soit durant les études universitaires ou tout au long de la carrière, semble carentielle. A l'Université, la question n'est pas vraiment approfondie. Sofia ne se souvient même plus si elle avait un cours spécifique sur l'avortement (pourtant, ses études ne remontent qu'à une dizaine d'années). Federica, par contre, se rappelle d'un module consacré aux aspects normatifs et techniques. Elle déplore, en revanche, l'absence d'enseignement dispensé sur les problématiques éthiques et relationnelles liées à la prise en charge de l'avortement. Selon Eleonora, « à l'Université, on fait beaucoup sur la contraception mais peu sur l'IVG. Ils t'expliquent à grandes lignes ce que prévoit la loi italienne et qu'il y a les objecteurs et les non objecteurs. Mais peut-être qu'on fait un cours, un examen, c'est tout. Très petit, très rapide ». Cette disproportion entre la part de l'enseignement consacré à la contraception et celle dédiée à l'avortement est révélatrice du statut symbolique accordé à l'une et à l'autre (Gelly 2006) : la contraception est envisagée comme le moyen correct et légitime de contrôle de la fécondité, tandis que l'avortement est

considéré comme une pratique à n'utiliser qu'en dernier recours (voir points 7.1 & 7.2).

Giada, qui est la plus jeune des enquêtées, a assisté à un cours tenu par une gynécologue engagée, dans les années 1970, pour la légalisation de l'avortement. Elle estime que cet enseignement a contribué au fait qu'elle le considère, d'emblée, comme « *un droit de la femme* ». Elle précise tout de même que cette professeure « *nous en a toujours parlé comme un moyen pour protéger la maternité de manière consciente. Ce n'est pas la loi pour l'avortement. C'est la loi pour la protection de la maternité consciente. Ça change vraiment le point de vue* ». Ainsi, même de la part de cette professeure militante qui « *prescrivait les pilules anticonceptionnelles même quand on ne pouvait pas encore les prescrire* », le droit à l'avortement est intrinsèquement lié à la promotion de la maternité, comme indiqué noir sur blanc dans la loi.

Les quatre ont étudié à l'Université de Pise (tout comme la plupart des enquêtées), qui est une Université publique. Antonella, qui a étudié, entre autres, à l'Université du Sacré-Coeur de Rome (catholique), reporte une approche académique franchement hostile à l'avortement : « *à l'Université, j'avais appris seulement la loi. Ma professeure, la responsable de mon cursus, m'a dit: 'nous, nous devons comprendre si nous sommes pour la vie ou pour la mort.'* » Ce témoignage illustre l'action de criminalisation de l'avortement menée par les autorités catholiques, à travers, dans ce cas, leur réseau d'enseignement. La défense de la "vie", rhétorique centrale de la bataille menée par l'Église romaine contre les droits sexuels et reproductifs (Hanafin 2006), est ici mobilisée pour déclassifier l'avortement et les professionnel·les qui le pratiquent, identifié·es comme complices d'un acte "mortifère".

En outre, au-delà des défauts attribués à la formation universitaire, les sages-femmes regrettent l'absence de formation continue sur ces thématiques et de formes de soutien psychologique et émotionnel destiné au personnel sanitaire chargé d'assister les femmes qui avortent.

Selon Eleonora, la formation continue pourrait constituer un instrument potentiel permettant de réduire l'objection de conscience :

« Selon moi, ça devrait être inséré dans le programme de formation annuel, une sur l'IVG, parce qu'il devrait y avoir moins d'objecteurs de conscience, et pour qu'il y ait moins d'objecteurs, la seule chose est de comprendre qu'on devrait se libérer de tout jugement vis-à-vis de la question. Par contre, il n'y a rien sur l'IVG [...] Déjà, rafraîchir le pourquoi on

le fait, pourquoi c'est légalisé, pourquoi une loi pour ça est née. Ça aide, au niveau psychologique, comprendre pourquoi tu fais cette chose-là. En tant que professionnel, tu devrais être un peu plus sensible et profond sur la question. Tu ne devrais pas avoir la même culture que la femme sur la question. Mais c'est très difficile. Il faudrait sensibiliser de manière continue sur la question ».

En parallèle, les sages-femmes ressentent le besoin d'un soutien spécifique, institutionnel, dédié à accompagner les praticiennes dans leur travail et leur donner les instruments pour gérer au mieux les situations les plus difficiles, comme les avortements thérapeutiques (voir point 5.2).

« Nous, nous n'avons aucun soutien sur ça. Tu te lis la loi 194, et c'est tout. C'est quelque chose que tu expérimentes sur ta propre peau, c'est vraiment un parcours personnel [...] On doit l'apprendre toutes seules. Tu dois fournir un soutien émotionnel, c'est fondamental. Mais à nous, personne ne nous le fournit. »

Le « soutien émotionnel » à prodiguer aux patientes, qu'Antonella considère indissociable de son implication dans le travail abortif (Devreux 1982), ne bénéficie pas d'un encadrement institutionnel, ce qui est également déploré par Federica :

« Il devrait y avoir plus de formation sur l'avortement. On ne nous parle jamais de bioéthique, que ce soit pendant les études ou le travail. On n'a aucun suivi là-dessus, sur le plan émotionnel ou communicationnel. Je sais que dans d'autres pays, il y a la figure du coach, mais pas ici. Pourtant, la naissance et l'avortement, ce sont des thématiques fortes qui touchent souvent des aspects personnels. Mais on n'a aucun soutien pour apprendre comment gérer nos émotions et mener à bien notre travail, dans l'intérêt des femmes ».

Les professionnelles semblent ainsi être livrées à elles-mêmes, privées de références construites collectivement qui puissent les aider à donner un sens à l'acte abortif (Borel 2020). En outre, elles ressentent le besoin d'un soutien qui pourraient leur permettre d'accomplir sur elles-mêmes le travail émotionnel (Hoschild 2003) nécessaire pour mettre à distance leurs expériences personnelles et aborder la tâche abortive de manière professionnelle.

5.2 L'avortement comme « sale boulot »

Parmi les différentes tâches composant l'activité quotidienne des sages-femmes, l'avortement occupe une place singulière. Il apparaît, en effet, comme un acte de travail dévalorisé et que l'on préférerait éviter, faisant écho à la notion de « sale boulot » (*dirty job* en anglais, *lavoro sporco* en italien). Cette dernière a été conçue par Everett Hughes pour qualifier la délégation des tâches considérées ingrates tout au long de la chaîne hiérarchique hospitalière : les praticien·nes tendent à se débarrasser des pratiques dévalorisées socialement en les faisant effectuer par les échelons inférieurs de la hiérarchie professionnelle (Hughes 1996, Arborio 1995). Il s'agit souvent d'activités qui confrontent à la souillure et à la transgression par rapport à certaines conceptions morales (Lhuilier 2005, Hughes 1996). Le concept de « sale boulot » permet d'établir un classement des métiers plus valorisés aux métiers plus dévalorisés (ces derniers étant principalement confinés à la réalisation du « sale boulot »). Il permet également d'opérer une distinction, au sein de chaque catégorie professionnelle, entre les tâches considérées nobles et les tâches considérées impropres ; tout métier comporte, en effet, une part de « sale boulot ». Les professionnel·les, dès lors, s'efforcent d'éviter le contact avec ces tâches dégradantes, qui frappent d'opprobre qui en a la charge (Lhuilier 2005, Arborio 1995). Plusieurs contributions d'autrices suggèrent que l'avortement est considéré comme une opération disqualifiante, inintéressante du point de vue technique, non gratifiante (Bajos & al. 2004, De Zordo 2016, Mathieu & Ruault 2014) ; en somme, une tâche subalterne relevant du « sale boulot » (Borel 2020) parmi l'ensemble des tâche procréatives.

Il ressort, en effet, des entretiens, qu'il s'agit d'une tâche que toutes mes interlocutrices exécutent à contrecœur, qu'elles soient objectrices ou non. Comme spécifié par plusieurs des enquêtées : « *personne ne le fait à la légère* ». Comme tient à me rappeler Laura, qui n'est pas objectrice :

« En tout cas, personne ne peut être enthousiaste de faire une interruption volontaire de grossesse. Même qui considère que c'est juste de la faire, de là à être enthousiaste de la faire ! »

Une distinction est ainsi opérée, par Laura, entre le bien-fondé de l'acte abortif et sa réalisation concrète : même qui n'y est pas idéologiquement opposée éprouve des difficultés concrètes à le pratiquer. Afin de mieux comprendre les fondements de ce rapport à l'avortement, j'emprunterai différentes portes d'entrée : le lexique associé à l'avortement, les

opinions des sages-femmes par rapport à une inclusion de la tâche abortive dans leurs prérogatives et la mobilisation des sens dans les discours des professionnelles sur leur expérience de l'avortement.

Le lexique associé à l'avortement

Esquisser une réflexion concernant le langage indigène utilisé, dans le milieu professionnel, pour désigner l'avortement peut nous aider, à ce stade, à mieux cerner ce que recouvre l'aversion des sages-femmes envers le travail abortif. Celles-ci distinguent, dans leur discours, l'« *avortement* » (*aborto*), par lequel elles désignent l'avortement spontané ou la fausse couche, et l'« *interruption volontaire de grossesse* » (*interruzione volontaria di gravidanza*), « *interruption volontaire* », « *interruption* » ou « *IVG* », qu'elles emploient pour parler de l'avortement volontaire. Cette terminologie n'est pas neutre. En réalité, l'expression technique « *interruption volontaire de grossesse* » et son acronyme « *IVG* » ont été formulés récemment, au moment de la dépénalisation de l'avortement et de son encadrement légal et médical (Boltanski 2007). Auparavant, on faisait beaucoup référence à l'avortement en des termes de « *régularisation* », « *normalisation* » ou « *reprise* » (du cycle menstruel), et non d'« *interruption* » (Galeotti 2003). Le fait que les sages-femmes aient assimilé le jargon technique associé à l'avortement démontre la professionnalisation de cette figure et son appropriation des codes et référents de l'univers médical. En outre, cet usage dénote une certaine conception de l'acte, vu principalement comme *l'interruption* de quelque chose (un processus, une vie...), et non le rétablissement ou le soin. Ainsi, lorsqu'elle évoque son malaise vis-à-vis de l'intervention, Marina, objectrice de conscience, soutient que « *c'est justement le fait d'interrompre un 'quelque chose qui est là' qui m'a toujours dérangée* ». Giada, qui, elle, n'est pas objectrice, insiste également sur les implications du geste d'« *interruption* » :

« Je crois que c'est vraiment le fait d'interrompre [elle insiste sur le mot] une grossesse. Objectivement, c'est vraiment le choix conscient d'interrompre ce qui sera la vie, qui est la vie. Et toi, de manière consciente, tu l'interromps. C'est une chose énorme ».

La gravité associée au fait d'« *interrompre* » un processus jugé naturel ou une vie en devenir est intrinsèquement lié à l'influence de la morale catholique. Celle-ci apparaît d'autant plus efficace qu'elle se manifeste, dans l'extrait ci-dessus, dans le discours d'une personne qui se

définit « athée » et ne mentionne aucun type de socialisation religieuse directe⁶⁷ au cours de l'entretien. En effet, la sacralité de la vie est un point cardinal de la doctrine catholique (Trombetta 2010). Ce dogme recouvre l'idée, comme explicité au point 1.2, que la multiplication de l'espèce humaine est vue comme le dessein principal de Dieu pour l'humanité (« procréationnisme ») et que ce projet ne peut être entravé de quelque manière que ce soit (Touraille 2013). Toute vie humaine appartient à Dieu, et ce dès la conception. Dès lors, les êtres humains ne sont pas autorisés à l'interrompre, au risque d'aller contre la volonté divine (Ladrière 1982). Giada exprime ici son malaise par rapport à l'idée d'intervenir dans un processus voué à créer une nouvelle vie et de l'« interrompre », partageant son impression qu'il s'agit d'un acte très grave, fatidique, « énorme ». Cette interprétation est partagée par Camilla (hôpital de Cecina, non objectrice) lorsqu'elle déclare, à propos de son opposition à la pratique de l'avortement par télémédecine :

« Non, tu ne vas pas te faire enlever une dent. Et tu ne vas pas montrer les glycémies au diabétologue, où alors ça va de le faire avec la télémédecine. Tu es quand même en train d'interrompre une vie. Petite, comme tu veux, tes croyances peuvent interpréter la vie à partir d'un certain âge, mais tu es en train de faire quelque chose de gros. Tu ne t'enlèves pas une dent ».

Le caractère d'exception de l'avortement est souligné par la sage-femme, en opposition avec d'autres pratiques de soin plus anodines. Il est significatif de constater que, pour elle, la nature sacrée de la « vie » se teinte d'absolu et appartient à un registre qui dépasse les croyances individuelles, dans un geste de réification de la morale catholique en matière de vie embryonnaire (Trombetta 2010). Ce type de rhétorique est à mettre en lien avec le processus de démythification appliqué aux discours religieux, dans une optique de le faire accepter par une part importante de la population, même laïque (comme Camilla, par ailleurs) (Béraud 2021).

Les catégories lexicales employées pour qualifier l'avortement et sa prise en charge nous renseignent également sur la manière dont les sages-femmes le perçoivent. En particulier, le clivage est frappant entre le vocabulaire utilisé pour parler de la profession de manière générale et celui pour évoquer l'avortement. Alors que des mots tels que « beau »,

⁶⁷ Par exemple, une éducation familiale basée sur les principes chrétiens ou la fréquentation de sphères de sociabilité étroitement reliées au monde religieux, telles que le catéchisme, les scouts ou encore les écoles privées catholiques.

« *merveilleux* » ou « *joyeux* » sont répétés à maintes reprises pour décrire l'activité professionnelle, les expressions qui caractérisent l'avortement sont : « *moche* », « *lourd* », « *difficile* », « *sombre* », « *néгатif* » ou même « *psychologiquement dévastateur* ». L'entretien effectué avec Sofia (31 ans, hôpital de Cecina, non objectrice, catholique) illustre de manière exemplaire ce dualisme. Le contraste est fort entre la première partie de l'entretien, où nous discutons de son parcours et de son travail et où elle s'exprime de manière enjouée à coups de « *beau* » et « *très beau* », et la seconde, où nous abordons la question de l'avortement : elle en parle de manière sombre, utilisant à sept reprises le mot « *moche* » pour le qualifier. L'opposition est clairement exprimée lorsqu'elle déclare :

« Et puis, il y a la partie de l'avortement [spontané, ndr], de l'interruption thérapeutique, de l'interruption volontaire. Par rapport à un travail, à un accouchement, qui sont les choses positives, les choses négatives sont celles-là. Il y en a moins, heureusement, mais tu souhaiterais ne jamais t'y retrouver ».

Cette différenciation lexicale laisse clairement transparaître une scission entre la dimension belle et joyeuse du métier et sa dimension laide et douloureuse, c'est-à-dire l'avortement ; entre le « vrai boulot » et le « sale boulot » (que Sofia souhaiterait éviter au maximum). À nouveau, l'on ne saurait ici ne pas y déceler l'empreinte apposée par la doctrine catholique : une distinction claire est opérée entre un univers cognitif lumineux, positif et porteur de joie, correspondant à la venue au monde de nouveaux êtres humains, et son *alter-ego* sombre, négatif et empreint de souffrance, qui se matérialise dans l'interruption « *consciente* » du processus menant *in fine* à l'engendrement.

Faire de l'avortement une prérogative des sages-femmes ?

Ensuite, il est intéressant de constater que, bien que les sages-femmes rencontrées s'accordent pour reconnaître la pertinence de l'inclusion de l'avortement dans le champ de leurs compétences, elles se montrent plus frileuses à l'idée d'en faire une de leur prérogative exclusive, le soustrayant ainsi au contrôle des médecins. Or, dans plusieurs autres pays européens, la prise en charge de l'avortement (médicamenteux mais même, dans certains cas, chirurgical) est effectuée de manière autonome par les sages-femmes (Borel 2018 & 2020). Mes interlocutrices insistent, en revanche, sur la nécessité de l'intervention médicale.

« Le certificat qui atteste la grossesse, c'est le médecin qui le fait, parce que moi, ni je peux le faire, ni je sais le faire, l'échographie de datation ou d'évaluation... Donc, une partie est sûrement médicale, puis, l'assistance à la femme, ça, ça revient à la sage-femme. »

Sofia insiste sur la dimension « médicale » de toute interruption de grossesse et qui nécessite dès lors l'intervention d'un-e médecin. Cette idée est partagée par Marina, qui travaille au *consultorio* :

« L'interruption médicale, on ne peut pas le faire au consultorio, seulement à l'hôpital. C'est un acte médical, pour lequel il faut une surveillance, et du coup, on le fait à l'hôpital ».

Cette position se démarque de la recherche d'élargissement des responsabilités qui caractérise le reste de leur activité professionnelle. En effet, pour tout ce qui concerne la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, les sages-femmes sont engagées dans une démarche de récupération de l'autonomie qui leur a petit à petit été soustraite par les médecins au long de l'histoire parallèle des deux professions (Knibiehler 2016). Ainsi, les enquêtées m'exposent avec fierté l'avant-gardisme de la Toscane en matière de gestion des grossesses à bas risque : ces dernières sont, depuis deux ans, entièrement suivies par les sages-femmes. Cette attitude semble pourtant épargner l'une des tâches historiquement prises en charge par les accoucheuses, l'avortement. À nouveau, le travail abortif est marginalisé par rapport aux autres tâches professionnelles : « sale boulot », dévalorisé et dont on préfère ne pas être directement responsable.

Entendre l'avortement, voir l'avortement

Enfin, un arrêt sur image sur les sens évoqués par les sages-femmes, lorsqu'elles racontent leur expérience de l'acte abortif, nous procure une vision encore plus précise de leurs représentations en la matière. L'ouïe et la vue semblent faire office de médiums opérant pour créer ou consolider une vision désagréable de l'intervention. Ainsi, Marina, objectrice, me partage son horreur de « *la salle d'opération, ses instruments, ses bruits, ses choses* ». Pour Eleonora, non objectrice, son rapport compliqué à l'avortement est également mis en relation avec l'ouïe :

« *La première fois que j'ai été confrontée à l'IVG, c'était en salle d'accouchement, un curetage, une aspiration sous anesthésie. Du bruit, tu te rappelles. Imagine-toi une succion et dix minutes, combien de temps ça dure, cinq minutes, rien. Du bruit, je me rappelle. Le visage de la femme, qui était le médecin, non, rien. Je me rappelle de la scène, plus ou moins, mais le bruit... ça te reste* ».

Eleonora a été marquée, de manière négative, par cette première fois, et le bruit associé à l'opération constitue un vecteur à travers lequel se matérialise le caractère désagréable et dérangent de son expérience.

Plus encore que l'ouïe, la vue joue un rôle important : l'exposition aux images contribue à instaurer une certaine perception de l'avortement chez les sages-femmes. En particulier, la vision des embryons/fœtus au moment de l'échographie a un impact significatif. « *Quand tu fais l'échographie et que tu vois ces enfants déjà formés...* », se désole Rachele. En effet, ce genre d'image contribue à effectuer un rapprochement de nature entre l'embryon/le fœtus et l'enfant, basé sur une similarité de forme (Boltanski 2004).

L'échographie est une innovation technique qui s'inscrit dans le processus historique de mise à nu du ventre des femmes enceintes (Lalli 2013). À partir du 16^{ème} siècle, le fœtus commence à être représenté comme un être ayant une existence autonome, à travers divers artifices : il est dessiné séparé du corps maternel, sans liquide amniotique, mis en évidence par des jeux de couleurs, etc. ; autant de « détails nécessaires pour que le fœtus acquière une 'vie propre'⁶⁸ » (Pancino & D'Yvoire 2006, p. 10). Plus récemment, l'échographie a bouleversé ultérieurement les représentations du fœtus et de la grossesse. « En faisant apparaître l'image du fœtus, l'examen échographique distingue ce dernier du corps enceint dans lequel il se confondait⁶⁹ » (D'Yvoire 2006, p. 161). La frontière de la naissance comme passage, venue au monde est renversée : le fœtus existe déjà avant de naître. « En montrant *in utero* l'être humain en gestation, vivant, en contraste net avec la vue des fœtus sans vie, l'échographie du fœtus inscrit l'existence jusqu'alors incertaine et cachée du fœtus dans le critère binaire de la vie et de la mort qui, jusqu'il y a peu, concernait seulement ceux qui étaient venus au monde⁷⁰ »

⁶⁸ « *particolari necessari perché il feto assuma 'vita propria'* »

⁶⁹ « *Facendo apparire l'immagine del feto, l'esame ecografico distingue quest'ultimo dal corpo gestante nel quale si confondeva.* »

⁷⁰ « *Mostrando in utero l'essere umano in gestazione, vivente, in netto contrasto con la vista del corpo dei feti senza vita, l'ecografia del feto iscrive l'esistenza fino allora incerta e nascosta del feto nel criterio binario della vita e della morte che fino a poco prima riguardava soltanto coloro i quali erano venuti al mondo* »

(D'Yvoire 2006, p. 133). Les nouvelles techniques d'imagerie médicale ont ainsi contribué à attribuer au fœtus une existence sociale, en faisant de lui un être objet de relation et de discours avec la collectivité (Boltanski 2004). Il devient, pour les soignant-es, un patient à part entière (Membrado 2001).

Dans le cas de l'avortement thérapeutique, la similitude visuelle entre fœtus et enfant est encore plus difficile à supporter pour les sages-femmes. Le fœtus, désormais formé, évoque de manière univoque un nouveau-né, ce qui est reporté avec émoi par beaucoup d'entre elles.

« Vingt-deux semaines, il est comme ça, le fœtus [elle montre avec ses mains la dimension du fœtus], la tête est déjà comme ça, il a tout, les doigts, les mains, il est comme une poupée en miniature. » (Sofia)

Vingt-deux semaines est l'âge gestationnel limite pour effectuer des avortements en Italie, correspondant au seuil de viabilité du fœtus : l'on considère que la grossesse ne peut plus être interrompue à partir du moment où le fœtus a des probabilités de survie « autonome⁷¹ » en dehors de l'utérus. À ce stade, le fœtus est formé et son apparence corporelle contribue à son assimilation à un nouveau-né, à un « enfant » :

« C'est un acte chirurgical où tu sors des petits morceaux d'un enfant, petit, mais un enfant, donc des petits bouts de jambe, des petits bouts de pied, des petits bouts de main, des petits bouts de tout le reste. Ça, ce n'est pas beau, ce n'est même pas facile à digérer, à se traîner derrière comme bagage humain » (Camilla).

Lorsque l'avortement a lieu à une période proche de ce stade liminal, il arrive cependant que certains fœtus survivent pendant un laps de temps court à leur sortie du corps des femmes enceintes. La pratique d'injection létale au fœtus avant l'avortement, dans le cas de grossesses avancées, comme en France, n'est, en effet, pas autorisée en Italie. Eleonora me partage ainsi la sensation d'horreur que lui procure l'impact visuel de ce genre de situation :

« Ces enfants attachés à la vie... Parce que, quand même, ils naissent et ils ne sont pas tous morts. Il y en a plein qui geignent, ce sont des petits chats. Tu t'en rappelles, tu t'en rappelles, tu as l'image de ces petites créatures ».

⁷¹ Dépendant toutefois des technologies médicales de soin néonatal.

Sofia parle de « *poupée* », effectuant un rapprochement de forme entre fœtus et bébés mais attribuant toutefois un caractère inanimé et non-humain aux premiers. Camilla et Eleonora, par contre, en désignant les fœtus avortés comme des « *enfants* », les inscrivent dans un faisceau de relations (par rapport aux « *parents* », en premier lieu) qui leur accorde une reconnaissance symbolique en tant que personnes (Giraud 2014).

À cet égard, le traitement dont bénéficient les embryons et les fœtus morts sont révélateurs de la valeur et du sens qui y sont associés (Giraud 2014). On constate, en effet, dans les pratiques hospitalières, un virage en la matière depuis les années 1990. De déchets hospitaliers, voués à être éliminés sans autre forme de procès, ces matériaux sont de plus en plus investis, par les soignant·es, d'une importance symbolique. Le corps des fœtus est alors convoqué et mis en scène pour construire une situation de deuil, basée sur la mise en œuvre de pratiques rituelles, telle que la présentation des fœtus morts habillés aux « *parents* » (Memmi 2011). En Italie, le sort réservé aux embryons et fœtus avortés (sur base volontaire ou spontanée) est discipliné par le règlement de police mortuaire⁷². Au-delà de 28 semaines de gestation, le fœtus est qualifié de « *mort-né* » et est traité comme une personne décédée (inscription au registre de population, cérémonie funèbre). Entre 20 et 28 semaines, il est désigné comme « *produit abortif* ». Dans ces cas-là, les « *parents* » peuvent procéder eux-mêmes à la sépulture, s'ils en expriment la volonté ; autrement, c'est l'ASL qui s'en charge⁷³. Enfin, en-deçà de 20 semaines, le « *produit de la conception* » est éliminé en tant que « *déchet hospitalier spécial* », à moins que les « *parents* » ne souhaitent l'enterrer. Quand elle me parle du traitement réservé aux fœtus avortés, Giada, 25 ans, m'exprime son inconfort lié au fait de les « *mettre à la poubelle* » :

« - Le fœtus n'est pas gros, donc, en général, ils sont assez rapides, ces accouchements. Mais il est reconnaissable, c'est un petit fœtus à tous les effets. Et donc, tu peux le traiter comme quelque chose que tu jettes ? C'est difficile. L'acte de le prendre et le mettre dans la poubelle est quelque chose de moche, moche.

- Parce que, qu'est-ce qu'il se passe quand il est expulsé ?

⁷² DPR 10 septembre 1990, n. 285. *Approvazione del regolamento di polizia mortuaria.*

⁷³ En pratique, les ASL stipulent des accords avec des associations (qui sont toujours d'inspiration confessionnelle) qui prennent en charge la sépulture des foetus, généralement réalisée dans des cimetières ou des portions de cimetières prévus à cet effet. Ces pratiques fortement investies de symbolique religieuse ont été récemment placées sous l'attention publique, en raison de la découverte, en 2020, d'un cimetière à Rome où, dans un espace dénommé « *jardin des anges* », des foetus avortés avaient été enterrés et dotés d'une croix portant le nom de leur « *mère* », à l'insu des femmes directement concernées.

- *Il est jeté à la poubelle. C'est différent de l'avortement spontané, qui est fait à un moment plus précoce, donc, en pratique, on ne voit rien du matériel abortif. On ne voit pratiquement rien, tout est très mou ».*

La confrontation visuelle avec le fœtus déjà formé implique des difficultés, pour Giada, à le traiter comme un déchet hospitalier ; opération qui est, en revanche, plus facile quand l'avortement a lieu plus tôt et que le « matériel abortif » est indéfinissable, n'entraînant pas une analogie avec les nouveau-nés. En conséquence, elle éprouve le besoin de réintroduire des pratiques rituelles d'inspiration catholique à ces moments-là, même si elle se définit athée :

« - Ces situations sont toujours un peu plus difficiles, ces interruptions à la fin. Souvent, les autres se résolvent avec les pilules donc, nous, vraiment, on ne voit presque rien. Ça, par contre, enfin... C'est toujours très triste.

- *Parce que ce fœtus te rappelle l'enfant qu'il aurait été ? Tu l'y vois ?*
- *Hé, oui, il est vraiment formé. Bon, s'il était incinéré, s'il était... Ce serait différent.*
- *Qu'il y ait un peu un rituel autour ?*
- *Oui, oui. En effet, moi, je ne suis pas croyante mais je demande toujours à quelqu'un qui est avec moi de dire une prière, pour qu'il ait une fin à lui ».*

Ce recours à des rites dénote la présence disséminée de gestes profanes et sacralisants dans les pratiques médicales qui suscitent une gêne morale chez les soignant-es ; en particulier, celles qui touchent à la « vie » (Memmi 2005). Il renseigne aussi sur la prégnance de la culture catholique, seule ressource dont Giada, bien que non croyante, dispose pour accorder la reconnaissance symbolique qu'elle estime due aux fœtus avortés.

L'homologie visuelle entre fœtus et nouveau-né déconcerte les professionnelles et contribue à brouiller la frontière, déjà ténue, entre « fœtus authentique » et « fœtus tumoral » (Boltanski 2004). Le premier est confirmé symboliquement par la mère ; il s'agit des fœtus qui sont « désirés » et voués à naître. Au second, en revanche, n'a pas été reconnu d'identité propre ni le statut de personne ; il s'agit des fœtus qui sont « non désirés » et avortés. De base, ces deux être appartiennent à la même catégorie : il n'existe pas de différence de nature entre eux. Dès lors, leur adoption ou non est essentiellement arbitraire. Cette configuration particulière entraîne la difficulté de justifier la différence de traitement entre les deux. Les sages-femmes, qui sont, par ailleurs, dans l'exercice quotidien de leur métier, constamment confrontées à des grossesses désirées et des fœtus confirmés, ne gèrent pas de manière aisée le travail de

distinction entre ces fœtus qui ont le droit de vivre (voire, le devoir) et ceux qui ne l'ont pas, d'autant plus qu'ils se ressemblent en tout et pour tout.

Cette difficulté se reflète également dans le lexique qu'elles utilisent pour évoquer l'embryon et le fœtus. Dans l'extrait ci-dessus, Giada parle de « *matériel abortif* ». Cette expression est du registre du jargon professionnel et désigne l'embryon ou le fœtus avorté par une terminologie assez technique et détachée. Cependant, d'autres mots utilisés par les sages-femmes pour se référer au « *matériel abortif* » dénotent, à l'inverse, une image de l'embryon et du fœtus symboliquement plus chargée. Bien qu'aucune des enquêtées ne considère l'embryon ou le fœtus comme une personne à tous les effets, jouissant de droits au même titre que tout autre sujet, ils représentent, pour beaucoup, quelque chose d'important. Cette valeur est reliée à leur activité vitale, d'une part, et à ce qu'ils deviendront, d'autre part. « *Un cœur qui bat* », « *une vie* », « *ce qui sera la vie, qui est la vie* », « *un petit être* », « *petite créature* » et « *quelque chose qui, dans le futur, sera un enfant* » sont autant de façon de qualifier l'embryon et le fœtus et de signifier leur caractère précieux. Camilla et Eleonora parlent carrément d'« *enfant* » et de « *fil*s ». Ainsi, pour aucune d'entre elles, ce qui grandit à l'intérieur du ventre des femmes enceintes n'est insignifiant et le parallèle effectué avec les nouveau-nés est visible dans les expressions employées (De Zordo 2017).

De nouveau, la considération accordée à l'embryon/fœtus par les sages-femmes, en tant que prémisses de vie humaine et futur enfant, dénote leur souscription à la norme religieuse de la sacralité de la vie. En outre, elle ne fait que relayer le traitement dont ces êtres bénéficient dans la législation italienne. La loi 194 indique, dès l'article 1, la volonté de « protéger la vie humaine depuis son début⁷⁴ », accordant ainsi une visibilité et une existence juridique et sociale au fœtus (Boltanski 2004). La loi 40, qui encadre la procréation médicalement assistée, exacerbe la logique de reconnaissance de droits à l'embryon (voir point 1.2). Les législations entourant l'avortement et la PMA puisent, en effet, leurs références dans les mêmes réservoirs normatifs, caractérisés par la naturalisation du lien entre sexualité et procréation et la réification des rôles sexués et de la famille hétérosexuelle (Mathieu 2021). Une réflexion, partagée par Eleonora, est, à ce propos, édifiante :

« Mais ça me fait encore plus bizarre, cette augmentation notoire des demandes pour fécondation assistée. Si on fait une étude sur les pourcentages des interruptions de

⁷⁴ « *tutela la vita umana dal suo inizio* ».

grossesse et les pourcentages des grossesses menées à terme démarrées avec la fécondation assistée, plus ou moins, ce sont les mêmes, peut-être plus les fécondations. Ça sera 20 %, si pas plus, des grossesses menées à terme. Donc, tu t'imagines, quand on est jeunes, on les interrompt, quand on est plus âgées, on va chercher la fécondation assistée. Donc, tu t'imagines le paradoxe, on veut tout contrôler. De tout, on décide, ça devient presque une exagération. Lié à la grossesse, hein, que ce soit quand l'interrompre, quand l'avoir, décider de son propre cycle biologique. Avoir sous contrôle toutes les situations. De toute façon, il y a toujours quelque chose, je n'ai pas de travail fixe, ce n'est pas le moment, n'importe quelle excuse, comme il y a la solution à portée de main, c'est toujours contrôler, ne pas accepter ce qui t'arrive et comprendre pourquoi ça t'est arrivée. Prendre le contrôle de la situation à chaque moment de ta vie. Et nous, imagine-toi, on passe d'une interruption de grossesse à devoir soutenir une femme qui n'arrive pas à avoir des enfants et est en train de suivre un parcours de fécondation assistée pour tomber enceinte ».

Le recours à l'avortement chez les jeunes filles et à la PMA chez les femmes plus âgées est discrédité de manière égale par Eleonora. Ce qu'elle critique, c'est la volonté de « contrôler » et d'intervenir dans des processus qui sont considérés comme naturels, dictés par le « cycle biologique », comme le fait de devenir mère à un jeune âge (comme elle, d'ailleurs) et de s'en abstenir à un âge plus avancé. Cette référence à une « nature » intouchable et sacrée (Memmi 2005) puise sa source dans une vision catholique du monde, même si reformulée en des termes biologiques (Mathieu 2021). En outre, comme en témoigne la dernière phrase, Eleonora éprouve des difficultés à faire la différence entre les fœtus voulus et les fœtus rejetés. Cette incapacité est accentuée, pour elle, par la contradiction qu'elle décèle entre le recours à l'assistance médicale à la procréation et le recours à l'avortement, deux types de soin auxquels elle est confrontée dans son métier. Elle identifie un paradoxe dans le fait de vouloir éliminer certains fœtus à un jeune âge (apparemment considéré par elle comme idéal pour devenir mère) et chercher à tout prix à en vouloir à un âge plus avancé.

En définitive, la mobilisation des sens, que ce soit l'ouïe ou la vue, et des sensations désagréables qu'ils procurent, contribuent à attribuer à l'avortement un caractère rebutant, voire dégoûtant. Cette répulsion éprouvée par les sages-femmes nous indique, encore une fois, à quel point l'acte de travail abortif est investi d'un signifié marqué par la désapprobation et la

transgression. Le dégoût, en effet, bien que faisant intervenir de manière apparemment « intuitive » et « spontanée » les sens, est à appréhender comme un produit social ; sa construction est éminemment liée à des considérations d'ordre moral, en lien avec la « sacralité des choses où la vie vient s'incarner » (Memmi 2005, p. 149), et révèle une certaine vision du monde (Memmi & al. 2011). Le « sale boulot », associé à l'immoralité, et le « boulot sale », associé au dégoût, qui sont distingués par certaines sociologues du travail (Molinier & al. 2010), semblent ici se recouper : la dévalorisation et la dégradation du « sale boulot » va de pair avec le rebut et la souillure du « boulot sale ».

Les techniques abortives : supports matériels et symboliques de l'expérience des sages-femmes

La perception qu'ont les sages-femmes de l'avortement et leur manière d'appréhender cet acte de travail doivent être reliées aux conditions concrètes de son exercice. En l'occurrence, les différentes techniques utilisées pour pratiquer l'avortement ne constituent pas des dispositifs inertes et insignifiants. Au contraire, ces technologies forment des faits sociaux à part entière, chargés de signifiés moraux et contribuant à modeler une certaine représentation de l'acte abortif.

Le cas particulier de l'avortement thérapeutique, évoqué ci-dessus, est particulièrement difficile à vivre pour les sages-femmes. « *Lourd* » est un qualificatif fréquemment utilisé par mes interlocutrices pour caractériser l'avortement thérapeutique, mais pas uniquement : « *la partie plus moche* », « *plus difficile* », « *choquant* », « *dévastateur* », « *très triste* », « *dur psychologiquement* », « *cruel* » et « *énormément chargé émotionnellement* » ont également été prononcés.

Au-delà de l'impact visuel de l'apparence « humaine » du fœtus, il s'avère que la technique utilisée, le déclenchement de l'accouchement, contribue également à la pesanteur de l'acte. Les professionnelles insistent sur le fait que ces avortements sont « *comme des accouchements* », « *elles les accouchent* », ce qui en font des événements compliqués à vivre et à assister, longs, intenses et pénibles.

« Le problème, c'est qu'en Italie, on ne fait pas l'extraction⁷⁵. Donc, quand elles dépassent les treize semaines, on ne racle⁷⁶ plus cet enfant là-dedans. Il faut attendre qu'elle l'expulse toute seule. Elle [une patiente, ndr] a déjà fait quatre cycles de médicaments et elle ne l'a pas expulsé. Donc ça fait une semaine qu'elle est à l'hôpital. Donc elle, selon moi, est dévastée. Et nous aussi. » (Eleonora)

L'influence des techniques sur le rapport des sages-femmes à l'avortement ne concerne pas uniquement l'avortement thérapeutique. Le curetage, technique qualifiée d'obsolète par l'OMS et déconseillée par tous les organismes de santé (Guillaume & Rossier 2018), est encore pratiqué dans 8,6 % des cas en Italie (12,7 % en Toscane) (Ministero della Salute 2022). Il est interpellant de constater que les sages-femmes rencontrées ne parlent presque exclusivement que de curetage lorsqu'elles évoquent l'avortement chirurgical, alors que l'aspiration est pratiquée davantage (55,8 % en Italie, 38,2 % en Toscane). Certaines confondent même les deux techniques, qualifiant de curetage la méthode aspirative, comme Sofia :

« Le curetage, d'habitude, il y a une espèce de canule, genre une paille mais plus grosse, attachée à un aspirateur, et on l'insère dans le col de l'utérus et elle aspire le matériel qu'il faut enlever, c'est rapide ».

Cette pratique d'avortement, plus invasive et potentiellement plus risquée par rapport à la méthode par aspiration, peut contribuer à alimenter, chez les sages-femmes, une image de la pratique abortive comme quelque chose de nocif pour les avortantes. Ainsi, à propos de potentielles conséquences sur la santé de l'avortement, Camilla me dit :

« D'un point de vue physique, surtout les interventions chirurgicales peuvent laisser des séquelles, ça oui. Du type, aussi des adhérences utérines. Il y a mille complications qui peuvent se produire pendant n'importe quel acte chirurgical. Les complications, il y en a, rares, mais elles existent. Même de perforation de l'utérus. Ce sont des pourcentages très très bas, mais il y en a ».

Ces complications ont plus de chances de survenir lors de curetages que d'aspirations. Dès lors, le fait que cette technique soit encore pratiquée en Italie est susceptible de renforcer

⁷⁵ Les techniques utilisées pour l'avortement au-delà du premier trimestre sont au nombre de trois : le déclenchement de l'accouchement, la D&E (*Dilation & Evacuation*) et la D&X (*Dilation & Extraction*).

⁷⁶ « Curetage » est traduit en italien par « *raschiamento* », qui signifie littéralement « *raclage* ».

la perception négative de l'acte abortif du personnel sanitaire, considéré comme potentiellement dangereux.

Comme nous pouvons le voir à travers ces exemples, les différentes modalités d'avortement ne constituent pas de simples dispositifs mécaniques, inertes et neutres. Chaque technique convoie son lot d'implications morales pour celles qui les mettent en œuvre, contribuant à modeler leur rapport à l'avortement.

5.3 Un jugement moral omniprésent

La qualification du travail abortif de « sale boulot », voire de « boulot sale », est en fin de compte intrinsèquement liée à des considérations d'ordre morale et éthique. Aucune de mes interlocutrices ne l'envisage comme un simple geste technique ou de soin. Fondamentalement, l'avortement est toujours vu comme une action moralement problématique⁷⁷.

La nécessité de garantir un accès légal à l'avortement est pourtant défendu par toutes, objectrices et non⁷⁸. Cet accès est souvent envisagé dans sa dimension hygiéniste et pragmatique, au détriment d'une vision politique ou féministe : l'avortement doit être légal, sinon, « elles » le feraient d'une autre manière.

« Mais la loi existe et c'est quelque chose de légal qu'on peut faire, donc même s'il y avait plein d'objecteurs, ou tout le monde devient objecteur, alors on enlève la loi, mais le problème, c'est que quelqu'un le ferait quand même, comme ça se passait avant, puis potentiellement, la femme meurt parce qu'elle a une infection. »

Pour Sofia, la raison d'être de la loi 194 renvoie à des considérations sanitaires, liées aux risques découlant des avortements clandestins. Cette vision est confirmée par Eleonora :

« C'est que c'est lourd, personne ne le ferait à la légère. Comment tu fais ? Tu le fais pour le choix de la femme. Parce que si tu ne le fais pas en sécurité à l'hôpital, la femme, elle va le faire où ? Clandestinement quelque part, pas en sécurité. Donc tu penses à elle, à

⁷⁷ Federica est la seule qui semble aborder l'avortement avec une charge morale moindre (voir encadré). Toutefois, son discours reste parsemé de considérations qui démontrent qu'elle ne le considère pas comme un geste totalement anodin, telle que son insistance sur le poids émotionnel de l'acte, que ce soit pour le personnel sanitaire ou pour les avortantes.

⁷⁸ Bien qu'il faille ici toujours considérer les potentielles adaptations du récit de soi en situation d'entretien, en fonction, notamment, des attentes supposées de l'enquêtrice (voir point 3.5).

son choix, tu dois le lui proposer. C'est un monde, un truc hallucinant, je ne sais pas comment ça t'est venu à l'esprit de faire un mémoire là-dessus! [elle rit] ».

Il est révélateur de constater que le sentiment d'appartenance au groupe des femmes, si important dans la définition de l'identité professionnelle, n'exerce plus ici le même effet. Une prise de distance est effectuée par rapport à « *ces femmes* » (Antonella) : l'usage du déterminant démonstratif identifie les avortantes comme un groupe extérieur à soi, au lieu de se reconnaître comme membres d'une même communauté d'expérience. L'appartenance sexuée commune, pourtant exhibée et revendiquée à l'égard des événements liés à la naissance, n'est plus valorisée, entraînant la "production d'une altérité qui freine la solidarité et l'alignement d'intérêts entre femmes" (Mathieu & Ruault 2014, p. 44). Cette démarcation révèle une volonté d'éviter d'être assimilée au groupe social déviant et contaminée par sa "souillure".

Ainsi, l'avortement n'est, globalement, pas vu comme un acte de soin effectuée pour le bien des femmes, ni comme une pratique féministe contribuant à l'autodétermination féminine. Les positions politiques en faveur du droit à l'avortement sont rares ou « formelles ». Les sages-femmes en parlent toujours de manière négative, comme quelque chose de lourd et de douloureux, et jamais comme une pratique positive ou émancipatrice.

Cette manière d'envisager l'avortement s'aligne de manière fidèle sur le traitement qui lui est réservé dans le texte de loi réglementant l'accès au service: celui-ci répond davantage à une nécessité d'hygiène publique (endiguer le phénomène des avortements clandestins) qu'à une volonté d'attribuer aux femmes le plein contrôle sur leur corps et leur destin procréatif (voir point 1.2).

Par ailleurs, les professionnelles qui pratiquent l'acte abortif (non objectrices) semblent ressentir le besoin de mener une opération cognitive de *déresponsabilisation* par rapport à leur participation à l'évènement. Cette récurrence dans les discours recueillis dénote le caractère moralement liminaire de l'avortement, impliquant l'élaboration de discours de « justification » ainsi qu'une mise à distance par rapport aux avortantes et à leur décision, afin de se préserver de la potentielle « souillure » de l'acte.

« Mais je pense que si tu fais ce travail et tu décides de ne pas faire objection, je ne pense pas que tu sois insensible ou un communiste qui mange les enfants. Je pense seulement

que tu donnes priorité à la centralité de la femme, qui, en ce moment-là, est ta patiente, et si ça, c'est son choix, tu dois lui donner l'assistance qu'elle mérite. »

Ces propos nous renseignent sur le jugement⁷⁹ négatif apposé aux professionnelles non objectrices, face auquel Camilla se défend d'être insensible ou immorale. Les devoirs liés à son rôle professionnel (assister la femme qui décide d'avorter, en tant que patiente) sont invoqués pour s'opposer à ces accusations. Eleonora invoque également son devoir professionnel pour justifier sa participation à l'acte abortif :

« Je n'y ai jamais pensé, à me déclarer objectrice, je ne me le sens pas, parce que, quand même, quand tu portes une blouse, tu arrives au travail, ça ne devrait pas me concerner, les décisions de quelqu'un d'autre, parce que qui est objecteur se sent complice, c'est pour ça qu'il se détache de la situation. Parce que tu te sens participer à une situation, mais, en réalité, selon moi, ce n'est pas comme ça. Toi, tu ne fais rien d'autre que mettre en main un médicament ou, en tout cas, faire la volonté de cette femme-là qui a signé le consentement [libre et éclairé, ndr], donc elle sait ce qui se passe, ce n'est pas comme si le choix était le mien. Le choix est le sien. Moi, je ne participe à rien, j'agis selon la volonté de cette femme, donc ça ne me concerne pas ».

En se présentant comme simple exécutrice d'une volonté d'autrui, Eleonora tient à souligner l'absence de responsabilité qu'elle recouvre lorsqu'elle effectue des avortements : le choix n'étant pas le sien, elle ne se considère pas « *complice* » de la situation et elle tient à souligner une distance et un détachement moral par rapport à ce qu'elle fait (« *je ne participe à rien* », « *ça ne me concerne pas* »). Le fait qu'elle ressente le besoin d'élaborer un tel discours dénote bien qu'elle envisage le fait d'avorter comme une action moralement contestable, dont elle tient à se distancer.

Sofia, quant à elle, justifie sa participation à l'acte abortif par le fait qu'elle ignore les motivations qui se cachent derrière la décision de telle ou telle femme :

« Tu ne te sens jamais à ton aise, en vérité. Mais, puis, moi, je me suis toujours dit : 'mais qui suis-je, moi, pour juger ?'. Eux, ce couple qui est arrivé à cette décision-là, il aura ses motivations, et moi qui je suis pour juger s'ils font bien ou ils font mal ? Sûrement, ils se sentent mal, eux aussi. Donc, si je ne le fais pas, quelqu'un d'autre le fera, et ce n'est pas

⁷⁹ Hypothétique? Réel? Les propos recueillis lors de l'entretien ne nous permettent malheureusement pas de le savoir.

une justification, pour l'amour de Dieu, mais la femme est de toute façon hospitalisée, donc elle le fait. Le pourquoi elle le fait... C'est difficile, parce qu'il peut y en avoir une qui avorte parce que, peut-être, elle a été violée, toi, qu'est-ce que tu en sais ? Ou mille raisons, tu ne peux pas le savoir. Donc, ce n'est pas facile ».

Dans son intention de ne pas juger, Sofia émet toutefois divers jugements. Elle laisse entendre que les décisions d'avorter peuvent potentiellement être catégorisées en « *bien* » ou « *mal* », que certaines motivations sont plus légitimes que d'autres et que sa propre participation à l'acte nécessiterait une « *justification* ». J'ai recueilli cette assertion auprès de plusieurs des enquêtées⁸⁰, consistant à affirmer : je ne juge pas car je ne connais pas la situation des femmes. Elle révèle une contradiction : les sages-femmes soutiennent ne pas apposer de jugement vis-à-vis des décisions d'avorter, mais seulement parce que les motifs personnels sont inconnus. Cela revient à dire : je ne juge pas (par manque d'information) mais il y aurait matière à juger. Un autre discours entendu, du type « je ne juge pas car qui suis-je pour juger ? » suit la même logique : les professionnelles affirment ne pas juger parce qu'elles ne veulent pas s'ériger en juge moral, mais non parce qu'il n'y a rien à juger. En définitive, de ces déclarations ambiguës transparait bel et bien le jugement moral négatif duquel l'avortement est toujours affublé.

Mise à distance par rapport aux avortantes, justification hygiéniste de l'implication du personnel sanitaire dans la procédure abortive, exigence de professionnalisme, extériorité morale par rapport à la décision d'avorter, méconnaissance des motivations des patientes... Toutes ces rhétoriques démontrent un besoin, pour les professionnelles, d'une part, de justifier leur participation à l'évènement et, d'autre part, d'en rejeter la responsabilité ; besoin induit par la nécessité de se prémunir de la charge morale négative duquel est auréolé l'avortement.

Cette dualité du discours (juger/ne pas juger) pourrait correspondre à la distinction entre morale et éthique. Les considérations morales des praticiennes les enjoignent à juger l'avortement comme quelque chose de mauvais. Les fondements de cette morale sont à rechercher dans la prégnance des normes religieuses. Ces dernières modèlent toujours aujourd'hui la production de textes législatifs, en particulier dans les domaines liés à la

⁸⁰ Ici, je parle uniquement de celles qui travaillent à l'hôpital et recouvrent le rôle d' « exécutrices » dans la prise en charge de l'avortement, sans participer aux consultations pré et post IVG.

procréation (voir point 1.2). Apparemment, elles agissent aussi sur les opinions et les perceptions des agents de l'Etat en charge de l'application de ces lois. Ainsi, l'avortement, présenté dans la loi 194 comme un acte moralement discutable, semble faire l'objet d'un même jugement de la part des sages-femmes qui le pratiquent. D'un autre côté, l'éthique, prise de recul critique sur la morale, représente ce qui est formalisé, présenté officiellement (Massé 2015). Aucune sage-femme ne m'a annoncé de but en blanc que l'avortement était quelque chose de « mal ». Les discours formulés se présentent plutôt, à première vue, en sa défense, au nom de la déontologie, de la professionnalité et de considérations de santé publique. Toutefois, une attention plus fine aux propos recueillis nous permet d'y détecter un jugement moral pratiquement omniprésent. Ce dernier permet de comprendre le statut dévalorisé qui est attribué au travail abortif, qui confronte, dès lors, les professionnelles à la souillure de la pratique, liée à son caractère moralement douteux.

6 L'objection de conscience, une prérogative indiscutable

L'avortement est ainsi lesté de considérations morales et vu comme quelque chose d'intrinsèquement mal, liminaire, dont il faut se prémunir, qu'il faut justifier. De ce substrat, fruit du pouvoir exercé par les normes religieuses en matière de procréation, même dans des environnements publics et laïcs, découle l'objection de conscience. Cette prérogative est considérée comme un instrument nécessaire de contraste et de mitigation face à une pratique moralement problématique. Une telle représentation est visible dans le texte de loi 194 mais également dans les propos recueillis auprès des enquêtées.

6.1 Droit à l'avortement et droit à l'objection de conscience

Toutes les sages-femmes rencontrées, objectrices et non, soutiennent le bien-fondé de la possibilité, pour les professionnel·les de la santé, de se soustraire au travail abortif.

La plupart estime qu'il s'agit d'un droit à garantir et à maintenir tel quel, au même titre que la possibilité pour les femmes d'avorter.

« C'est juste qu'il y ait l'objection de conscience parce que c'est une chose très sensible, très profonde, donc c'est juste que, si un professionnel n'y arrive pas, ne se sent pas en mesure de s'approcher de ce monde, c'est juste que ça existe. Après, il faudrait approfondir et comprendre le pourquoi, et chercher à le réduire. Chacun doit faire ce qu'il sent, comme la femme qui peut choisir si interrompre une grossesse. »

Dans cet extrait, Eleonora (non objectrice) met sur le même pied la nécessité de garantir aux femmes la possibilité d'avorter et celle de permettre au personnel sanitaire de ne pas pratiquer des avortements. Au-delà de l'inévitable contradiction qui découle de cette position (et dont les effets sont particulièrement visibles en Italie), celle-ci révèle le statut embarrassant (« *très sensible* ») de l'avortement, impliquant la légitimité de l'existence de l'objection de conscience.

En outre, les enquêtées qui jugent que l'objection de conscience devrait être abolie considèrent tout de même qu'il devrait toujours exister la possibilité pour un·e professionnel·le de choisir de ne pas effectuer des avortements, même si cette opportunité ne fait plus l'objet d'une reconnaissance institutionnelle. Giada exprime cette position en ces termes :

« Et le fait même de se déclarer objecteur, ça ne devrait pas exister. Moi, je ne suis pas d'accord, parce que c'est un droit d'une personne de pouvoir le faire [avorter, ndr], et en tant que tel, cette personne doit avoir la possibilité de le faire, n'importe où en Italie. Et avec cette prérogative des objecteurs, ce n'est pas toujours possible. De toute façon, s'il y a une chose que tu sens particulièrement de ne pas pouvoir faire, entre collègues, il y aurait la possibilité de ne pas s'en occuper directement, comme on le fait maintenant avec les sages-femmes objectrices qui ne s'occupent pas des interruptions, ce serait fait de la même manière ».

Bien qu'elle juge que l'objection de conscience ne devrait pas exister en tant que prérogative instituée, Giada envisage toujours la possibilité de ne pas prendre en charge cette tâche professionnelle particulière. Federica partage cet avis :

« Pour moi, les objecteurs devraient faire un autre travail. Selon moi, l'objection de conscience peut exister, mais ça devrait s'appeler d'une autre façon et ça devrait être quelque chose dont on prend soin. Tu peux, pour une période, décider de faire autre chose, si ça ne te fait pas du bien. Il devrait y avoir de la reconnaissance et un soin des professionnelles en tant qu'êtres humains. En tout cas, ça devrait être garanti que ces personnes soient toujours une minorité ».

L'importance de garantir un moyen, pour le personnel sanitaire, de ne pas effectuer des avortements répond ainsi à une nécessité liée à la sensibilité des professionnel·les et à leur reconnaissance en tant qu'« êtres humains ». Pour Rachele (*consultorio* de Cecina, non objectrice, catholique), elle joue aussi un rôle symbolique :

« - Mais c'est important que ça existe ?

- Selon moi, oui. Probablement, c'est important, aussi parce que... Je ne sais pas, ça pourrait être la preuve que quelqu'un est intéressé par quelque chose de plus.*
- Dans quel sens ?*
- Pour la théorie du cœur qui bat, non ? Qu'il y a un cœur qui bat doit intéresser quelqu'un. Donc, le fait que l'objection de conscience existe montre que quelqu'un s'y intéresse. Que quelqu'un est prêt à lutter afin que tu puisses faire un choix différent ».*

Au-delà du respect de la « sensibilité » des professionnel·les, apparaît ici une autre fonction remplie par l'objection de conscience. L'existence de ce droit ainsi que son exercice effectif ont

un rôle symbolique, servant à rappeler le caractère moralement contestable de l'avortement. En particulier, dans cet extrait, Rachele fait référence à la « *théorie du cœur qui bat* », qui renvoie à l'importance accordée à la « vie » (symbolisée par le rythme cardiaque) de l'embryon⁸¹. En corolaire, selon elle, il est primordial que ces « *cœurs qui battent* » soient défendus par quelqu'un ; fonction remplie par la présence d'objecteur·rices de conscience parmi les professionnel·les de la santé. Cette valeur accordée au « cœur qui bat » et à la « vie » est d'ailleurs réitérée explicitement par Rachele plus loin dans l'entretien, lorsqu'elle indique : « *probablement, ça dépend aussi de la valeur et de l'importance que tu donnes à la vie. Parce que, vois ça comme tu veux, embryon, fœtus, mais fondamentalement, il y a un cœur qui bat* ». L'idée de sacralité de la vie humaine, y compris embryonnaire, d'inspiration religieuse, imprègne les discours de la sage-femme.

Ces diverses positions en faveur du droit à l'objection de conscience ou, du moins, à la possibilité, même informelle, de se soustraire au travail abortif, ne font que confirmer le statut liminaire et la charge morale négative que les sages-femmes attribuent à l'avortement.

6.2 Des objectrices et des normes religieuses

Au sein de mon corpus, trois sages-femmes sont objectrices de conscience : Flavia, Marina et Antonella.

Flavia a 41 ans. Elle travaille comme sage-femme à l'hôpital de Cecina depuis trois ans. Elle est née à Naples (sud d'Italie) et a réalisé ses études à l'Université de Pise. Elle a travaillé dans différents hôpitaux et *consultori* dans toute la Toscane. Elle se définit catholique et est objectrice de conscience depuis le début de sa carrière. Elle est mariée et a un petit garçon.

Marina a 34 ans et est sage-femme au *consultorio* de Pise depuis 2020. Elle provient de Cascina (province de Pise). Elle est diplômée de l'Université de Pise en 2009. Elle a ensuite travaillé au Veneto. Elle est mariée et a deux filles. Elle se considère athée et est objectrice de conscience, même si elle ne l'a pas toujours été.

Antonella, 35 ans, est née à Potenza, en Basilicata (sud d'Italie). Elle a commencé ses études à l'Université de Potenza et les a poursuivies à Rome, à l'Université du Sacré-Cœur. Elle a obtenu

⁸¹ Et n'est pas sans rappeler le récent Texas Heartbeat Act, qui a rendu l'avortement illégal au Texas au-delà de six semaines de gestation, période où les battements de cœur du fœtus commencent à être perceptibles.

le diplôme de sage-femme en 2008. Elle a commencé à travailler en 2013 à l'hôpital de Potenza, pour ensuite se déplacer en Toscane. Après Pistoia et Montepulciano, elle a obtenu un poste fixe à Cecina en 2021. En parallèle à son activité professionnelle, elle suit le Master en Sciences infirmières et obstétriques à l'Université de Florence. Elle n'a pas d'enfant. Elle se définit catholique pratiquante et est objectrice de conscience depuis le début de son activité professionnelle.

À première vue, ce petit groupe ne présente guère d'homogénéité. Ni l'origine géographique, ni la situation familiale, ni l'appartenance confessionnelle, ni le lieu de travail ne rassemblent les trois objectrices. Lorsque j'aborde avec elles la question de l'objection de conscience, les positions de Flavia et Marina se présentent comme similaires sous plusieurs points de vue ; le cas d'Antonella, en revanche, se distingue sensiblement des deux autres.

Flavia et Marina, lors de l'entretien, se montrent réticentes à s'exprimer sur leur propre statut d'objectrices de conscience. Elles ont toutes deux attendu un certain temps avant de me révéler qu'elles étaient objectrices, bien que la question de la prise en charge de l'avortement ait été abordée depuis un moment. Elles ont d'abord présenté tout le protocole d'un point de vue professionnel et détaché. Quand elles n'ont plus pu faire l'impasse sur cette information et que leur position a été « mise au jour », elles ont tenu à insister à plusieurs reprises sur le fait qu'elles étaient en faveur du droit à l'avortement.

Ainsi, après avoir abordé la question de l'avortement depuis une bonne dizaine de minutes déjà, Marina me révèle son objection de cette manière :

« - Et parmi toutes ces situations [d'avortement, ndr], il y en a qui te mettent un peu plus en difficulté, un peu plus mal à l'aise ?

- [elle rit de manière embarrassée] Ecoute, moi, je serais objectrice. Donc, quand j'étais à l'hôpital, je ne pratiquais pas, si ça devait arriver ».

La formulation de sa révélation au conditionnel est, selon moi, significative. En effet, lorsque je l'ai entendue utiliser cette forme verbale, je m'attendais à ce qu'elle l'utilise comme base pour développer une phrase hypothétique, du type : « je serais objectrice si ma supérieure n'était pas en faveur de l'avortement » ou « je serais objectrice si une interruption thérapeutique n'avait pas sauvé la vie de ma cousine ». En revanche, il s'est avéré que le recours à la forme conditionnelle avait plutôt pour but de tempérer, modérer, adoucir le caractère affirmatif de la

phrase : « je serais objectrice » est une manière de dire les choses un peu moins assumée que « je suis objectrice ».

Tout de suite après, elle tient à m'assurer de son adhésion à la loi :

« Je veux dire, je suis contente qu'il y ait cette loi, parce que chacun doit avoir la possibilité de pouvoir choisir si poursuivre une grossesse ou non, parce que, de toute façon, on ne sait pas ce qu'il y a derrière, la raison pour laquelle elle est tombée enceinte ».

Marina exprime ici l'opinion que chaque femme doit pouvoir décider si vouloir porter à terme une grossesse ou pas. À l'instar de Sofia, elle justifie cette assertion par sa méconnaissance des conditions qui ont mené à la fécondation (voir point 5.3), ce qui laisse entendre que certains cas seraient plus légitimes que d'autres et contredit, finalement, ce qu'elle soutient dans la première partie de sa phrase.

Flavia, quant à elle, se montre manifestement réticente à s'exprimer sur ce sujet, raison pour laquelle il n'a pas été évident d'approfondir outre mesure sa position. Elle aussi tient, par ailleurs, à me garantir d'emblée sa position en faveur de l'accès à l'avortement :

« Je veux dire, alors, je suis d'accord que la femme doit être libre de choisir ce qu'elle veut faire, parce que, quand même, ça a été une conquête dans le temps, plutôt que les avortements clandestins, qui étaient faits avec des instruments inadaptés, que la femme développait un sepsis, et qu'il y avait le risque pour la vie d'une femme pour un avortement, ça, je ne le trouve pas juste ».

La mise en sécurité sanitaire de l'avortement est avancée, à nouveau, comme motivation principale à sa légalisation (voir point 5.3). De manière générale, les attitudes communes de Marina et Flavia, caractérisées par une certaine réserve vis-à-vis de leur statut d'objectrice et par la volonté de démontrer leur accord avec la légalité de l'avortement (ce qui constitue, tout de même, une certaine contradiction avec leur décision d'objecter), peuvent être interprétées de plusieurs manières. Elles peuvent révéler le fait que l'objection de conscience est vécue par ces deux professionnelles comme une position marginale, faiblement partagée et valorisée au sein de leurs contextes de travail. Elles semblent indiquer que l'objection de conscience ne constitue pas une prise de position politique en faveur d'une restriction des droits sexuels et reproductifs, comme c'était le cas en Pologne, où elle était utilisée par l'Eglise comme

instrument pour limiter les droits reproductifs des femmes (Mishtal 2009). Elles peuvent révéler un certain alignement par rapport aux normes légales et à la déontologie professionnelle. Il importe aussi, cependant, de resituer les propos recueillis dans leur contexte de production : l'entretien mettant en relation l'enquêtrice et l'enquêtée (voir point 3.5). Les objectrices ont pu adopter cette attitude par anticipation de ma propre opinion et du potentiel jugement que j'aurais pu poser sur leur position.

En ce qui concerne la justification qu'elles formulent par rapport à leur décision d'objecter, Marina et Flavia déploient *grosso modo* le même type d'explication : je ne mets pas en question la liberté des femmes d'avorter mais je ne veux pas l'exécuter moi-même, je ne veux pas sentir le poids de la responsabilité de cet acte.

« - Parce que, quand même, il y a là un petit être, qu'importe sa dimension, mais pour moi un petit être est là. Et donc, penser d'aller, entre guillemets, le détruire, ça m'a toujours dérangée, je ne me suis jamais sentie... Comment on dit ? Comment je peux te faire comprendre ?

- *Légitime, peut-être ?*
- *Oui, quelqu'un qui puisse le faire. Du coup, non, ce n'est pas pour moi. Puis, je t'ai dit, la femme le fait et elle est libre de le faire, je ne vais pas, en ce moment-là, la critiquer, elle qui est en train de le faire. C'est vraiment une question personnelle psychologique surtout, de devoir le faire ».*

Le geste même de destruction de l'embryon ou du fœtus, caractérisé de « *petit être* », fait peser sur Marina un sentiment de culpabilité. Elle n'arrive pas à assumer la responsabilité de cet acte, qu'elle estime ne pas avoir le droit d'accomplir, raison pour laquelle elle a choisi de recourir à l'objection de conscience. Flavia exprime la même idée, lorsqu'elle me confie :

« Mais moi, je n'aurais pas le courage [d'avorter, ndr]. Bien sûr, il faut se retrouver dans les situations, mais je pense que pour moi-même, je n'aurais pas le courage, même si l'enfant avait des problématiques ou quelque chose, d'interrompre la grossesse, et donc de la provoquer aux autres, je ne le sens pas [...] Je comprends qu'il y a des situations où les personnes le font parce qu'elles sont en difficulté, je ne juge absolument pas qui le fait et comment il le fait, chacun a ses motivations, mais moi je ne me le sens pas ».

Il semble que la décision de Marina et Flavia renvoie principalement à une manœuvre de délégation du « sale boulot » : la volonté, non d'obstruer un service, mais de le faire exécuter par d'autres que soi. Marina l'exprime de manière assez explicite : « *et donc, vu qu'il y a cette possibilité, j'ai toujours délégué à quelqu'un d'autre [elle rit]* ». Les décisions morales ne sont, en effet, pas indépendantes de la poursuite de son propre intérêt, dans le sens d'une « sorte de 'sens pratique de la préservation de soi' » (Paillet 2007, p. 242) et d'une stratégie d'évitement des coûts personnels (Serre & al. 2010) : le fait d'assumer la responsabilité du geste abortif leur provoquant un inconfort moral, Marina et Flavia décident de s'en préserver en le déléguant à d'autres.

Les cas de Marina et Flavia font réfléchir, de nouveau, sur le rôle joué par la morale religieuse sur les comportements des professionnel·les sanitaires. Marina se présente comme « athée » et ne fait aucune référence à un quelconque type de socialisation catholique déclarée. Durant l'entretien, elle ne fait pas appel explicitement à la doctrine catholique officielle. Au contraire, elle affirme : « *ce n'est pas une question religieuse ou quoi, parce que je n'ai pas de croyance profonde sur quoi que ce soit, c'est vraiment l'acte médical qui m'a toujours beaucoup dérangé* ». Elle accorde à son rapport problématique à l'avortement un caractère « *personnel* » et « *psychologique* », niant ainsi son lien avec des représentations socialement construites. Flavia, quant à elle, se déclare « catholique ». Elle ne se montre pas très expansive sur son appartenance confessionnelle, comme, par ailleurs, à l'égard de son objection de conscience. En outre, elle n'y fait jamais référence lorsqu'elle s'exprime sur ses positions en matière d'avortement⁸². Ces observations confirment ce que Silvia De Zordo avait observé à propos des gynécologues objecteur·rices : peu mobilisent l'argument religieux pour justifier le recours à l'objection de conscience (De Zordo 2016). Toutefois, il est possible de déceler, dans leurs discours, des présupposés et des considérations s'enracinant dans la morale catholique, tels que le caractère illégitime attribué au fait d'intervenir dans le processus de gestation, ou encore la valeur positive accordée *a priori* à la venue au monde d'un enfant, comme l'exprime Flavia :

« Parce que je pense qu'une solution différente, on peut toujours la trouver, qu'avoir un enfant est, tout de même, une expérience joyeuse, mais je comprends qui n'a pas

⁸² Cela la gêne-t-elle d'en parler? Par la tentative de dissocier foi et objection de conscience, veut-elle éviter d'être cataloguée comme une bigote obscurantiste qui ne parvient pas à faire la part des choses entre rôle professionnel et croyances religieuses? Ces possibles adaptations du discours de l'enquêtée à la personnalité supposée de l'enquêtrice ne sont pas à sous-estimer.

d'argent, je comprends qui, peut-être, a eu une expérience occasionnelle avec une personne et est tombée enceinte, mais pour moi, on peut toujours en tirer quelque chose de positif ».

Nous pouvons ainsi déceler l'influence d'un catholicisme discret, subtil et qui ne fait pas l'objet d'une revendication. Cette forme de discours fait écho à la perte d'attrait de la religion catholique et à la conséquente reformulation des préceptes religieux en principes laïcisés (constituant une réelle « bibliothèque séculière » d'arguments religieux), plus au pas avec les temps, qui est en œuvre depuis les années 1990 (Mathieu 2021).

Antonella, quant à elle, affiche une attitude apparemment très différente. Elle aborde d'emblée son statut d'objectrice, établit un lien direct avec ses croyances religieuses et me fait état, de manière très ouverte, du travail de réflexion qu'elle a déjà entrepris et est toujours en train de mener sur cette problématique. Le fait qu'elle ait déjà entamé une opération personnelle de remise en question de sa position me facilite le travail, même si la sociologue devrait rester vigilante face aux efforts d'auto-analyse des enquêté·es : ces dernier·es peuvent avoir tendance à proposer une vision esthétisée, enjolivée et retravaillée de leur trajectoire. De fait, la situation d'entretien est l'occasion pour l'enquêté·e de se construire en tant que sujet, de donner du sens à son parcours de vie (Paillé & Mucchielli 2012).

Antonella, d'emblée, relie directement son rapport à l'avortement à son éducation religieuse :

« Ma formation religieuse a été décisive par rapport à ça. Ça vient de la famille, l'empreinte catholique, moi j'ai été catéchiste, j'ai toujours été très active, pas juste catholique et c'est tout. C'est très important dans mon parcours de vie. Et donc, ça a eu beaucoup d'influence. Et j'ai toujours déclaré que j'étais objectrice ».

Au fil de sa carrière, toutefois, elle a commencé à remettre en question sa position. Elle explique qu'au fur et à mesure de son contact avec « ces femmes », elle a changé de regard vis-à-vis d'elles.

« Et donc, là, j'ai commencé à m'approcher à ces situations et j'ai commencé à connaître ces femmes, à leur parler, à comprendre les motifs qui peuvent y avoir derrière une décision, mon jugement aussi a changé. Je pense qu'avant, je leur apposais vraiment un jugement. Et puis, par contre, ce point de vue a changé. J'ai vu pleurer certaines, faire marche arrière quand c'était trop tard, qu'on ne pouvait plus rien faire, prier, ou être

vraiment en difficulté à cause de situations de violence. Au final, un enfant a besoin d'une personne qui l'aime. C'est trop facile de dire 'après la naissance, tu le laisses', parce que ce qu'il y a jusqu'à la naissance, c'est énorme. »

Elle n'a pas encore trouvé le « *courage* », toutefois, de révoquer sa position d'objectrice, mais elle tient à souligner les évolutions en acte :

« Ce changement personnel intérieur envers ces femmes est encore en évolution, je ne suis pas encore prête pour dire que je ne suis plus objectrice. J'ai peur, je ne sais pas si je suis capable d'aller et assister un curetage, où je vois vraiment le moment où la grossesse est interrompue ».

De nouveau, le moment fatidique d'« *interruption* » de la grossesse représente le nœud du caractère répulsif, voire, ici, effrayant, de l'avortement, matérialisé dans les yeux d'Antonella par l'image visuelle de cet acte (voir point 5.2).

Antonella : entre socialisation religieuse et socialisation professionnelle

Antonella est originaire de la Basilicata, région du sud d'Italie. La partie méridionale de la péninsule est caractérisée, entre autres, par un attachement fort aux institutions et aux traditions catholiques. Cette spécificité peut constituer une source d'explication (sans prétendre qu'elle soit la seule) aux taux élevés d'objection de conscience relevés dans les régions du sud. En Basilicata, en l'occurrence, les derniers chiffres font état de 81,6 % des gynécologues, 83,3 % des anesthésistes et 50 % du personnel non médical objecteur de conscience, ce qui en fait la troisième région avec le plus haut taux d'objecteur·rices parmi les gynécologues, après la Sicile et le Molise (Ministero della Salute 2022).

En conformité avec cet environnement culturel, Antonella a reçu une éducation fortement axée sur les principes catholiques. Que ce soit au sein de la famille, dans des cercles de socialisation secondaire (catéchisme) ou à l'école et à l'Université (elle a toujours fréquenté des établissements catholiques), elle est plongée dans des milieux qui sont imprégnés de préceptes religieux. Ce type de socialisation exercera une influence décisive sur l'entièreté de sa vie, y compris sur sa vie professionnelle : elle se déclare, dès le début de son activité en tant que sage-femme, objectrice de conscience, au nom du respect des valeurs liés à la sacralité de la vie qui lui ont été transmis.

Toutefois, au fur et à mesure de son évolution au sein du monde du travail, ses convictions commencent à vaciller. Il semble, ainsi, que sa socialisation religieuse initiale soit, en quelque sorte, remodelée par sa socialisation professionnelle successive. Le fait de travailler en contact avec les avortantes paraît avoir permis, d'une certaine manière, de les "dé-diaboliser" et de faire vaciller l'étiquette d'"assassines" qui leur est attribuée par la morale catholique.

Antonella exprime ainsi, tout au long de l'entretien, la tension entre ces deux sources normatives (religieuse et professionnelle) au milieu de laquelle elle se retrouve, comme illustré par cette phrase : *"et puis, tous les discours sur le fait que ce n'est pas à nous de décider de la vie des autres, d'une nouvelle vie, mais en tant que professionnelle, tout est différent"*. Elle estime avoir revu son "jugement" à l'encontre des femmes qui avortent mais ne se sent pas encore prête à endosser la responsabilité du geste abortif. Les dispositions intégrées au cours de sa socialisation primaire, particulièrement déterminante, semblent ainsi réélaborées suite à sa socialisation secondaire (Darmon 2016).

6.3 L'objection de conscience, une position "personnelle" et fluide

Aussi bien de la part des objectrices que des non objectrices, émerge clairement le fait que l'objection de conscience est considérée comme une question éminemment "personnelle". *« Ça, c'est quelque chose de strictement personnel »*, soutient Sofia. Elle ne fait pas l'objet de nombreuses discussions, dans les relations de travail, et n'est presque jamais abordée dans des communications institutionnelles ; elle est décrite comme plutôt *« tabou »*, dénotant le caractère embarrassant de la question. Eleonora me confie même qu'elle n'en avait jamais parlé aussi ouvertement jusque-là.

« Moi, je l'ai toujours vécu comme quelque chose de personnel. Parmi mes collègues, aussi, j'ai vu beaucoup de personnel [...] Chacun fait son choix et on ne nous communique jamais rien. Il y a un tabou énorme. » (Antonella)

« C'est assez tabou, on n'en parle pas trop, on pourrait en parler plus. Pour beaucoup, je ne sais pas ce qu'il y a derrière leur choix. » (Federica)

Cette manière d'appréhender le recours à l'objection de conscience de la part des sages-femmes et des institutions occulte son caractère socialement construit. En effet, l'objection de conscience est un produit social, renvoyant à des normes, des représentations et des considérations d'ordre moral, qui sont tous des constructions sociales. Cette image permet, sans doute, pour les pouvoirs publics, de ne pas se mouiller sur la question, en renvoyant la décision de ne pas pratiquer des avortements à des considérations personnelles avec lesquelles il n'y a pas lieu d'interférer. L'objection de conscience n'est pas assimilée à une position politique mais plutôt à des sentiments et des perceptions d'ordre intime, liés, dans beaucoup de cas, aux parcours de vie des professionnelles.

« En général, c'est pour des motifs religieux, ou pour des motifs strictement personnels. Donc une grossesse mal terminée, l'impossibilité d'avoir des enfants. Ça peut faire dix ans que tu essayes de tomber enceinte et te confronter avec une personne qui interrompt la grossesse, ce n'est pas simple. » (Giada)

Les trajectoires biographiques sont, aux dires de mes interlocutrices, déterminantes dans la définition de leur position – en particulier, les trajectoires procréatives.

« Qui est objectrice, entre nous, ce sont souvent des situations de vécu personnel. Par exemple, des situations où on ne peut pas avoir des enfants, donc provoquer une interruption d'une autre grossesse te fait du mal. Ou alors, qui a un enfant avec des problématiques, ou a eu des grossesses avec des enfants avec des problèmes d'incompatibilité forte avec la vie mais les a quand même portés jusqu'à terme, et donc le provoquer à quelqu'un d'autre lui fait mal. » (Eleonora)

À nouveau, l'appartenance sexuée des sages-femmes exerce une influence décisive. En effet, la construction du sexe féminin en lien étroit avec les capacités procréatives des femmes et la conséquente centralité des sujets féminins dans l'exécution du travail procréatif détermine la sensibilité spécifique des sages-femmes à l'égard des événements liés à l'enfantement. Cette observation nous permet de déconstruire le caractère "personnel" de l'objection de conscience, position qui semble être également liée à la position spécifique occupée par les sages-femmes dans les rapports sociaux de sexe⁸³. Ces extraits d'Antonella et Federica révèlent

⁸³ Il est curieux de constater que, bien que ce genre d'explication soit véhiculé par beaucoup de mes interlocutrices, il ne concerne aucune des objectrices de mon corpus, à moins que l'une d'entre elles n'ait complètement passé sous silence cet aspect.

ce lien, considéré évident, entre identité sexuée et implication émotive forte des sages-femmes face à des problématiques liées à l'engendrement, telles que l'avortement :

“Parce que, nous, sages-femmes, nous sommes des femmes en plus d'être des sages-femmes. Il y a des collègues qui ne peuvent pas avoir d'enfant et elles ne veulent pas s'occuper de ces femmes [les avortantes, ndr]. Parce que, à chaque fois, elle disent : ‘je le prendrais moi’. Donc ça devient trop personnel.”(Antonella)

“Chacune amène une partie de soi, en tant que femme. Dans le bien et dans le mal. J'ai une collègue qui a perdu un enfant donc, toutes les fois qu'elle se retrouve face à une femme qui veut interrompre la grossesse, elle pète un plomb, elle n'y arrive pas. Et une autre, pareil, qui est en parcours de fécondation assistée depuis des années. Nous sommes toutes des femmes.” (Federica)

Ainsi, il est important de nuancer le caractère “personnel” de l'objection de conscience, liée à une naturalisation des compétences féminines en matière de procréation, et de relier ces événements biographiques au substrat culturel qui leur donne sens.

L'objection de conscience présente, par ailleurs, un caractère fluctuant. Cette fluidité se manifeste à plusieurs niveaux.

Sur le plan individuel, elle renvoie au fait que la position d'objectrice ou de non objectrice n'est pas envisagée ou revendiquée comme une identité définie et immuable. Au contraire, les praticiennes la considèrent sous un angle diachronique et évolutif. N'importe qui, dans sa vie, pourrait se retrouver objectrice ; la position est toujours sujette à d'éventuels changements. Eleonora n'exclut pas le fait de devenir objectrice un jour :

« On ne peut pas le juger [la décision d'objecter, ndr], c'est juste de comprendre le moment, parce que quelqu'un, peut-être, dans sa carrière, est dans une phase où elle sent de ne pas pouvoir, puis peut-être que ça lui passe. Comme moi, peut-être, dans vingt ans, il m'arrive quelque chose pour lequel je dis ‘non, moi, je n'y arrive pas, je ressens le besoin de m'éloigner de cet aspect de mon travail en ce moment-ci de ma vie’ ».

Cette fluidité « verticale », à l'échelle de la trajectoire biographique, est la conséquence de l'intrication étroite entre histoire procréative et rapport au travail des professionnelles, liée à la définition sociale de l'identité féminine comme tributaire de la place occupée par les femmes dans le processus d'enfantement (comme explicité ci-avant).

Une fluidité « horizontale » émerge également des entretiens, en fonction des cas d'avortement auxquels les professionnelles sont confrontées. La loi impose de définir sa position de manière univoque, valable en toute situation. Le non-respect de son propre engagement (qu'il concerne la décision de réaliser des avortements ou celle de s'en abstenir) n'est pas toléré. Cette exigence de cohérence ne semble pas trouver un écho auprès des sages-femmes rencontrées. Plusieurs ont exprimé une volonté de pouvoir objecter dans certains cas, et dans d'autres non.

« Si ça se trouve, elle vient à la troisième [interruption, ndr], et là, tu aurais vraiment envie de dire 'maintenant, je suis objectrice, parce que tu m'as fait chier !' » (Sofia)

« - Moi, je suis une de celles qui n'a jamais fait l'objection de conscience mais, selon moi, il y a une limite à tout. Par conscience, je te dis qu'il y a une limite à tout.

- Il y a des situations où tu aurais envie d'objecter ?

- Oui, absolument ! » (Rachele)

Ces affirmations nous permettent de constater qu'il existe une différence de jugement et, par conséquent, de traitement en fonction des situations d'avortement, point qui sera approfondi par la suite. Eleonora le résume ainsi :

« Selon moi, en Italie, c'est trop extrême, comment ça fonctionne, l'objection de conscience. C'est soit noir soit blanc mais ce n'est pas possible d'adopter une position intermédiaire. Quand on t'embauche, tu dois signer ce papier pour déclarer si tu veux être objecteur ou non. C'est oui ou c'est non, il n'y a pas de nuance. Aussi parce que si tu te declares objecteur mais qu'après tu te retrouves à pratiquer une interruption, ça annule d'office ta déclaration. Pourtant, selon moi, il y a une grande partie des objecteurs qui serait d'accord de faire des interruptions, mais ils ne se sentent pas à l'aise avec toutes ».

Il semble ainsi que la division tranchée des professionnelles en deux catégories clairement identifiables ne correspond pas à la réalité sociale. Cette représentation institutionnelle trouve à s'exprimer dans les divers rapports officiels ainsi que dans les plaidoyers visant les impacts de l'objection de conscience, concentrés sur la dénonciation des objecteur·rices. Sans remettre en question la pertinence d'une telle accusation (les objecteur·rices de conscience constituent bel et bien un obstacle de taille mis en travers du parcours des femmes qui cherchent à avorter), les propos recueillis auprès des sages-femmes rencontrées laissent entendre l'existence d'une

linéarité, plus qu'une fracture, entre objectrices et non objectrices, et mettent en évidence le caractère éphémère, instable et situé de l'une et l'autre position. Cette réalité s'explique par la charge morale dont l'avortement est investi, qui justifie l'existence de l'objection de conscience et fait de chaque praticienne une objectrice « en puissance ». La puissance normative de l'idéologie religieuse est ici visible, cette dernière entretenant une vision de l'avortement comme un acte réprouvé, même parmi les enquêtées qui ne se reconnaissent pas comme croyantes.

7 Normes procréatives et contrôle des corps féminins

Au-delà des préceptes religieux, qui ne sont pas revendiqués tels quels par les enquêtées, mais peuplent les discours et formatent les opinions de manière discrète, un autre registre normatif fortement présent parmi le personnel médical en charge de la santé génésique des femmes contribue à dévaloriser l'avortement en tant que pratique de contrôle de la fécondité. Les normes procréatives, qui définissent le juste comportement – féminin - à adopter quant à la gestion du travail procréatif (comprenant toutes les tâches liées à la production d'enfants mais aussi à son évitement, Hertzog & Mathieu 2021), entretiennent une stigmatisation de l'avortement, envisagé comme un échec de contraception (Boltanski 2004). Le devoir contraceptif des femmes (Bajos & Ferrand 2011) est ainsi couplé d'un étiquetage négatif des avortantes ; étiquetage qui se décline selon certaines caractéristiques, réelles ou supposées, des patientes des sages-femmes (Bajos & Ferrand 2006). Ces prescriptions sont non seulement appropriées par les sages-femmes, mais également appliquées dans l'exercice quotidien de leur travail afin de diriger les choix sexuels et reproductifs des femmes.

Afin d'introduire les points qui seront développés ci-dessous et d'illustrer ce qui est entendu par « normes procréatives », deux extraits seront présentés. Les différents éléments d'analyse identifiés seront ensuite approfondis dans le reste du chapitre.

« Il y a une fille, elle est venue hier, elle était à la troisième interruption, quand même, une fille de 1987, donc pas super jeune, qui n'avait pas d'enfant, donc, enfin, un truc que tu ne devrais pas prendre à la légère, à cet âge-là, avec ton histoire... Et pourtant, c'était la seconde en un an. Elle en avait eu une en février et elle était en train d'en faire une aujourd'hui [en décembre, ndr]. Apparemment, comme première impression que j'ai eue, elle pouvait être moi, toi, une fille qui ne te donne pas l'impression d'être socialement dans un environnement non protégé. Elle est venue avec sa mère, donc quand même un environnement familial d'un certain type, sinon la mère ne t'accompagne pas. Mais, entre-temps, quand même, deux interruptions en un an... Il faudrait enquêter, il faudrait offrir un parcours psychologique qui, sûrement, lui sera offert, mais pas toutes le poursuivent. Celle-là, elle est revenue après même pas un an. Il n'y a pas de limite. C'est la chose la pire. Qu'il y en a que c'est récidivé. »

Ces paroles d'Eleonora (29 ans, hôpital de Cecina, non objectrice) nous permettent de tirer plusieurs observations sur les normes procréatives sous-jacentes à l'exercice de son travail et la

conséquente vision qu'elle a des situations d'avortement. En premier lieu, son adhésion à la norme de la maternité est visible à travers le fait qu'elle n'envisage pas (ou ne considère pas comme choix valable) que, peut-être, cette femme ne veut pas avoir d'enfant. Au contraire, ce refus de la maternité est teinté de gravité : elle estime qu'une femme ayant 34 ans (apparemment considéré comme proche de l'âge limite pour devenir mère) et n'ayant pas d'enfant ne devrait pas prendre sa décision d'avorter « à la légère ». Ensuite, le caractère « récidiviste » de l'avortement, entendu comme le fait que cette femme a eu plusieurs avortements au cours de sa vie, semble constituer un facteur ultérieur d'aggravation du cas ; en particulier, la récurrence rapprochée est particulièrement gênante pour Eleonora (Mathieu & Ruault 2014). Ce comportement déviant est, en définitive, associé à une précarité et un malaise sociaux (qu'Eleonora ne décèle pas chez cette femme, d'où sa perplexité) ainsi qu'à une attitude pathologique nécessitant un suivi psychologique (Novaes 1982). Il est intéressant de constater ici que le fait qu'Eleonora me considère, du point de vue social, à la fois proche d'elle et distante d'environnements considérés plus fragiles (« non protégés »), favorise le partage de ses impressions à l'égard de cette situation (voir point 3.5).

Alice (56 ans, non objectrice) travaille quant à elle au *consultorio*, lieu où sont prises en charge toutes les séquences du travail procréatif qui ne concernent pas strictement l'accouchement.

« - Maintenant, je repense au cas d'un couple qui est venu avec le test de grossesse positif, qui demandait un rendez-vous [pour obtenir le certificat pour avorter, ndr]... Moi, je te dis la vérité, je chercherais toujours à les faire réfléchir un peu plus avant de prendre la décision les yeux fermés, 'j'interromps'. Parce que c'est un choix que, enfin, les conséquences restent. Du coup, ce couple, en creusant un peu, 'vous, ça fait combien de temps que vous êtes ensemble ?'. Ils disent 'depuis huit ans'. 'Et l'un d'entre vous travaille ?' Une travaillait. Et donc... Moi, je ne sais plus ce que j'ai dit, mais il y a eu un instant de réflexion, pour la tranquillité de la femme, 'd'accord, je te donne le rendez-vous, toi, si tu veux y aller pour avoir le certificat pour faire l'interruption, tu y vas, ce n'est pas un problème'. Voilà, les faire sentir tranquilles, pas pressés. Au final, ils l'ont gardé. Parce que je me suis dit 'bah, ils ont toutes les conditions.'

- *Quel âge ils avaient ?*
- *Ils avaient 30 ans. Quand est-ce qu'ils veulent le faire, un enfant ? Parce que, moi, je pousse aussi les jeunes à les faire avant. Moi, je les pousse.*

- Pourquoi ?
- Parce qu'il faut toujours avoir la maison, les choses, il me semble de vouloir toujours tout avoir mais ce n'est pas comme ça. Parce qu'une maman jeune, selon moi, c'est mieux.
- Parce que, toi, tu as été une jeune maman ?
- Non, non. En effet, c'est pour ça. Ma fille, j'avais 34 ans. Mais ici, je vois, 40 ans, 41, de l'eau jusqu'au cou, un enfant. Et puis, je vois les Françaises, les Allemandes, trois enfants à 30 ans, toutes, quatre, et je dis : 'mais nous, pourquoi pas ?'. Non, moi, je les pousse, parce qu'une maman jeune, c'est un corps plus frais. Ce n'est pas qu'elles n'accouchent pas elles aussi [les mères plus âgées, ndr], pour l'amour de Dieu, ce n'est pas une préconception, absolument, mais je vois que les jeunes filles accouchent mieux, allaitent bien. Ça doit être quelque chose de simple. Sinon tout devient trop rationnel. »

Comme dans le cas d'Eleonora, il est possible, en partant de l'évocation d'une expérience concrète de travail, de mettre au jour les présupposés qui orientent la manière dont Alice évalue les situations qu'elle rencontre au *consultorio* ainsi que la manière dont elle se rapporte à ses patientes. On peut repérer, premièrement, les critères qu'elle juge idéaux pour devenir parent. Trente ans, nullipare, en couple depuis longtemps et avec un emploi... Cette patiente remplissait « *toutes les conditions* » considérées les meilleures par Alice pour mettre au monde un enfant. En conséquence, la décision d'avorter est considérée comme déplacée. Les maternités précoces sont particulièrement valorisées par Alice, dans un contraste avec les maternités tardives (« *un corps plus frais* » contre « *de l'eau jusqu'au cou* »). Le recours au « *corps* » inscrit l'idéalisation des jeunes mères dans une réalité naturelle et biologique : selon Alice, ce n'est pas parce qu'elle a des « *préconceptions* » qu'elle défend cette idée, mais bien en vertu d'une évidence physiologique, attribuant aux maternités en jeune âge un caractère évident, spontané, « *simple* », en opposition avec le contrôle et la « *rationalité* » qu'elle déplore. Ensuite, la perception de l'avortement comme une expérience douloureuse et laissant une trace indélébile dans les trajectoires biographiques est présente ; représentation qui découle d'une image de l'avortement comme d'un acte allant à l'encontre d'une prédisposition naturelle féminine à enfanter, vue comme la clé d'épanouissement des femmes (Knibiehler 2017). Enfin, on peut observer qu'Alice ne se contente pas de formuler des jugements normatifs ; elle s'applique aussi à les transmettre et à les faire suivre à ses patientes. L'exercice

de ce « gouvernement non autoritaire » (Memmi 2003) vise à contrôler les choix procréatifs, par l'évaluation de la légitimité de la demande d'avortement en fonction des caractéristiques biographiques des patientes. Les sages-femmes n'ont pas le pouvoir de refuser à leurs patientes l'accès au service abortif ; dès lors, si elles estiment que la requête d'avortement n'est pas justifiée, elles déploient une stratégie de dissuasion à travers la parole, déjà observée par Anne-Marie Devreux en 1982 en France dans le cas des conseillères conjugales (Devreux 1982).

7.1 Le devoir contraceptif des femmes

La norme procréative qui est, sans doute, véhiculée avec le plus de poids par mes interlocutrices concerne le devoir contraceptif des femmes (Bajos & Ferrand 2011). Cette injonction s'enracine, d'une part, dans le modèle procréatif dominant, basé sur le « projet d'enfant » et la planification des naissances, et, d'autre part, dans l'identification des femmes comme principales responsables du travail procréatif (lequel comprend le travail contraceptif) (Hertzog & Mathieu 2011). Elle enjoint les sujets féminins à maîtriser de manière rationnelle (et, souvent, médicalisée) leur fertilité, afin d'inscrire l'arrivée d'un enfant dans une trajectoire de vie adéquate, laissant les hommes complètement exempts de toute responsabilité en la matière (Spencer 1999, Ventola 2014).

« Maintenant, il y a tellement de méthodes contraceptives de toute sorte, nous ne sommes plus il y a quarante ans, on ne peut pas trouver l'excuse que 'cette pilule me fait grossir', 'ce ne sont pas les pilules que nos mères utilisaient', donc le fait de ne pas réussir à trouver un moyen contraceptif qui ne te dérange pas et qui te satisfait, c'est difficile, du coup, voilà, dans ces cas-là, je me trouve un peu en difficulté. »

Marina exprime ici l'idée que qui n'utilise pas de moyen contraceptif n'a pas d'excuse, vues la quantité et l'efficacité des techniques contemporaines. Qui en arrive à l'avortement est donc en faute, impossible à justifier - raison pour laquelle elle se retrouve « en difficulté » dans ces situations. Giada partage cette vision des choses :

« Aujourd'hui, en 2021, si tu ne veux pas une grossesse, tu n'as pas de grossesse. C'est qu'elles n'y font pas attention. Aujourd'hui, heureusement, on le sait tous, comment on tombe enceinte et ce qu'on peut faire pour ne pas tomber enceinte. Les moyens sont nombreux et si tu ne veux pas une grossesse, tu ne la veux pas, un moyen, tu le trouves.

C'est quelque chose qu'il faudrait prévenir. Et on les informe, hein, ces femmes, parce qu'avant l'interruption, on fait la consultation où on leur explique les moyens contraceptifs, donc elles le savent. »

L'affirmation catégorique « *si tu ne veux pas une grossesse, tu n'as pas de grossesse* » accuse de manière irrévocable d'insouciance et de frivolité les femmes qui se retrouvent face à une grossesse non désirée. L'ignorance, aujourd'hui, selon Giada, ne peut plus être invoquée comme excuse au fait de ne pas se plier au devoir contraceptif.

Ces positions contribuent à renforcer l'idée que la tâche contraceptive incombe nécessairement aux femmes et occultent les enjeux sociaux liés à l'usage de méthodes anticonceptionnelles, tels que les relations de pouvoir entre les sexes, qui trouvent également à s'exprimer dans les relations sexuelles, et l'accès effectif à la contraception - du point de vue économique, notamment (De Zordo 2016).

7.2 Le caractère déviant de l'avortement

Du devoir contraceptif découle une discrimination de l'avortement, considéré comme le pendant indigne de la contraception (Mathieu & Ruault 2014). En effet, les sages-femmes de mon corpus soutiennent à l'unanimité la légitimité exclusive de la contraception comme méthode de régulation des naissances ; en corolaire, l'avortement, interprété comme un échec de contraception (Beynon-Jones 2013b), est vu comme une pratique problématique, déviante et à réduire le plus possible (Guillaume & Rossier 2018, Mathieu 2017). Les enquêtées condamnent, à maintes reprises et de manière unilatérale, les femmes qui « *utilisent comme une méthode contraceptive* ».

Ainsi, Rachele voit l'avortement comme « *l'échec de la prévention* », laquelle vise à réduire le nombre d'avortement par le recours diffusé à la contraception et donc, un peu, comme l'échec de sa propre mission :

« Ça [les avortements, ndr], c'est la chose qui te reste toujours un peu... Un peu comme un nœud dans la gorge. Un peu parce que tu le vois aussi comme l'échec de la prévention [...] Si on se retrouve encore à avoir un cabinet ouvert pour les interruptions, ça veut dire que, quelque part, il y a un manque. Et, sûrement, c'est sur le service de prévention. Et ça

te reste dans la gorge, ça, parce que tu te demandes toujours, à chaque interruption qu'on voit, on se demande toujours 'qu'est-ce que je pouvais faire pour l'éviter ?' ».

Pour elle, son rôle consiste à prévenir le recours à l'avortement, dans l'optique finale de le faire disparaître. L'avortement est ainsi conçu comme un mal à extirper.

Cette représentation duelle opposant contraception et avortement (Devreux 1982) nourrit une attitude stigmatisante à l'encontre des femmes qui décident d'avorter. Les enquêtées semblent être conscientes de l'existence de ce stigmate. Alice me partage, par exemple, son impression que la prise en charge de l'avortement est *« un peu... jugeante, non ? Un peu un choix... mauvais, une femme mauvaise donc, en conséquence. C'est-à-dire, peut-être pas consciemment, mais il y a cette attitude... »*. Giada me parle également de l' *« attitude jugeante »* adoptée par certaines, qui les conduit à *« manquer de tact »*. Antonella soupçonne que ce type de désapprobation ouverte conduit les femmes à mettre en œuvre des stratégies de dissimulation du stigmate, ce que Laurine Thizy a qualifié de *« travail de dissimulation »* (Thizy 2021) :

« Certaines femmes ne le disent même pas. Du type, elles viennent accoucher, elles sont à la deuxième grossesse parce que, à la première, elles ont fait une interruption, certaines ne le disent pas. Ça reste secret. Ça veut dire qu'elles ne l'ont même pas accepté pour elles, ou qu'elles ont peur du jugement, qui sait ».

Rachele, en revanche, n'envisage pas que cette tendance à la dissimulation soit liée à la condamnation sociale dont les avortantes sont l'objet. Pour elle, cela renvoie exclusivement à un sentiment de remord et de culpabilité intérieure et non à une assimilation de la norme procréative :

« - Quelques-unes, après des années, on les a retrouvées pour la grossesse, et quand tu leur demandes, il y a la compilation d'un dossier, et quand tu leur demandes 'c'est la première grossesse ?', elles, avec presque un sentiment de mortification, je ne te dis pas de honte, mais je te dis mortification, elles te disent 'non, écoute, j'ai fait une interruption volontaire'.

- *Et tu le vois que c'est un poids ?*
- *Oui. Elles se sont rendu compte de ce qu'elles ont fait. »*

Le stigmate de l'avortement, toutefois, ne frappe pas les femmes de manière indiscriminée. Plusieurs facteurs concourent à « stratifier » la condamnation (Collen 1995, Beynon-Jones 2013a), contribuant à diviser les avortements légitimes et illégitimes (Borel 2018). Ainsi, en fonction de certains critères, certaines franges de la population féminine seront davantage frappées d'opprobre, comme l'illustre cette phrase de Federica : « *elles sont jugées, tout le monde regarde le dossier, regarde si elle a fait d'autres interruptions, quel âge elle a, son travail, s'il y a un compagnon...* ». En particulier, des propos de mes enquêtées ressortent trois facteurs de différenciation : l'origine de la grossesse, l'attitude des avortantes et le nombre d'avortements qu'elles ont effectué par le passé.

Les femmes « irresponsables »

Un premier facteur de stratification renvoie à l'origine de la grossesse non désirée. Eleonora différencie ainsi les « *motivations superficielles* » des « *motivations profondes* ». Celles qui n'utilisent pas de moyens contraceptifs ou qui ne le font pas de manière rigoureuse sont considérées comme « *irresponsables*⁸⁴ ». A l'extrême opposé, les femmes ayant été victimes de violence sexuelle sont régulièrement présentées comme les cas les plus légitimes d'avortement. Cette citation de Marina illustre bien le dualisme qui est effectué entre les mauvaises et les bonnes élèves, celles qui tombent enceintes par manque d'attention et celles qui ont tout fait pour l'éviter :

« D'autres sont, peut-être, vraiment... insouciantes. Qu'y faire ? Je peux le faire, je le fais [avorter, ndr]. Et parfois, par contre, ça arrive, comme ça s'est passé la semaine passée, une fille qui utilise le préservatif, qui s'est cassé. Elle a pris la pilule du lendemain, la pilule du lendemain n'a pas fonctionné. Elle n'était pas pas consciencieuse par rapport à qu'elle devait faire pour ne pas tomber enceinte, malheureusement, elle a eu la malchance que le reste ait échoué ».

Les « *insouciantes* » sont mises en opposition, dans un rapport d'infériorité, par rapport aux « *consciencieuses* ». Présentées comme des réelles « enfants gâtées » (« *je peux le faire, je le fais* »), elles s'attirent ainsi les foudres, voire le dédain, des professionnelles.

⁸⁴ Dotées d'un « *faible sens des responsabilités* » (Alice).

Les femmes « *récidivistes* »

Un deuxième critère important de discrimination appliqué par les sages-femmes concerne l'histoire procréative des femmes. En particulier, celles qui sont désignées comme « *récidivistes*⁸⁵ » (ayant à leur actif plus d'un avortement)⁸⁶ sont systématiquement pointées du doigt (De Zordo 2016, Mathieu 2017). En effet, pour mes enquêtées, ces femmes remettent en cause de manière frontale la hiérarchie établie entre contraception et avortement (Novaes 1982). N'accordant pas, selon les sages-femmes, à la pratique abortive le statut de dernier recours qu'elles-mêmes lui confèrent, ces patientes enfreignent l'ordre procréatif que les professionnelles épousent. Il est interpellant de constater que les sentiments qui émergent, lors des entretiens, à l'évocation de ces « cas », sont du registre de l'énervement et de la colère (De Zordo 2018), se concrétisant parfois en des expressions carrément agressives. Les sages-femmes semblent percevoir l'attitude des « *récidivistes* » comme une véritable marque d'irrespect envers leur rôle. Ainsi, Sofia s'emporte : « *une fois, ça peut arriver, et si, à ce moment-là, elle prend cette décision, toi, tu n'es personne pour pouvoir le juger, mais si tu le refais le mois d'après, alors tu te moques de moi, excuse-moi !* ». L'indulgence dont peut bénéficier qui avorte une fois, par accident (« *ça peut arriver* »), n'est plus de mise lorsque le comportement abortif prend un caractère répété ; il assume alors la forme d'un affront. Marina m'exprime également son désarroi et sa colère face à ces « brebis galeuses », décrites comme capricieuses et incohérentes :

« Du coup, quand elles viennent ici et, justement, c'est peut-être la deuxième ou la troisième fois qu'elles avortent, elles me mettent un peu en colère, tu comprends? [...] Répéter, alors que la fois d'avant, on a passé du temps à parler de contraception et celle-là, peut-être, t'avait dit oui, elle commence à prendre la pilule, et puis un matin, elle se réveille, elle ne veut plus la prendre, 'non, je l'ai arrêtée il y a deux mois', et puis, elle arrive enceinte, ça ça m'énerve ».

L'indocilité et le lunatisme prêtés à ces femmes indisposent fortement Marina. Giada se sent également directement et personnellement remise en question par ce genre de comportement:

⁸⁵ Cette expression, employée spontanément par mes interlocutrices, est empruntée au domaine pénal et affublée dès lors l'avortement d'une connotation de culpabilité et de crime (Mathieu & Ruault 2014, Novaes 1982).

⁸⁶ Ces dernières concernent 25,9 % des avortements en Toscane (Ministero della Salute 2022).

« Dans ces cas-là, boh, je ne sais pas pourquoi mais, malheureusement, ça arrive, ces femmes qui l'utilisent un peu comme moyen contraceptif. Après que ce soit arrivé trois fois, que tu tombes enceinte et que tu ne veux pas être enceinte, c'est un peu un foutage de gueule. Je le vois un peu come un foutage de gueule ».

Quant à Camilla, elle va jusqu'à exprimer des propos ouvertement violents à l'encontre de ces patientes :

« Et puis, il y a tout le mécanisme de celles qui viennent plusieurs fois qui rentre en jeu, celles qui le prennent comme un... Elles ne sont pas nombreuses, mais il y en a quelques-unes, que tu revois à la troisième, quatrième, cinquième interruption de grossesse et la prennent comme un contraceptif. Et alors là, si tu n'étais pas un professionnel public mais quelqu'un comme sa mère, tu lui filerais deux gifles! »

Ces extraits et les réactions de colère et d'agressivité qui y sont présents interpellent. Ils révèlent l'importance, pour ces sages-femmes, de la dimension de normalisation procréative, quasiment disciplinaire, de leur rôle professionnel. A l'instar de mauvaises élèves, les femmes qui ne suivent pas les prescriptions qui leur sont prodiguées remettent directement en question, par leur impertinence, l'autorité des sages-femmes et des normes qu'elles tentent d'inculquer ; elles échappent, en définitive à leur contrôle (Mathieu & Ruault 2014).

Dans ce contexte de stigmatisation des « *récidivistes* », les femmes étrangères sont particulièrement visées (surtout, les « *femmes de l'est* ») (De Zordo 2018). Les praticiennes considèrent, en effet, que celles-ci ont davantage tendance à adopter ce type de comportement. Plusieurs d'entre elles, comme Rachele, Laura et Camilla, l'attribuent à leur « *culture* », en vertu de laquelle l'avortement, pour ces femmes, est considéré comme une « *méthode contraceptive* ». Marina est du même avis :

« - C'est plus facile que ce soit des femmes étrangères [qui avortent plusieurs fois, ndr], à qui, peut-être, on a un peu plus de mal à enseigner la contraception, pas tellement pour une question de langue, mais vraiment pour la culture [...]

- Oui, parce que, quand on regarde les statistiques, on voit qu'il y en a quand même beaucoup, des femmes étrangères.

- Oui, parce que, justement, après l'accouchement, à la visite post-accouchement, on leur parle de contraception. Et, souvent, elles te disent 'non, non, pilule, non, pilule,

non'. Comme si c'était quelque chose de mauvais, d'exécrable, qui fait mal au corps, mais ça, c'est vraiment une culture propre à elles. Puis, par contre, tu trouves celle qui est, peut-être, un peu plus intégrée qui le fait mais, oui, principalement... »

Ici, le comportement déviant est donc associé à une différence culturelle. En s'y penchant de plus près, on comprend surtout que les opinions des femmes étrangères sont renvoyées à un registre « culturel », basé sur des croyances infondées à l'égard de la contraception médicale et opposé au registre scientifique. Il semble ainsi que, pour Marina, la différenciation entre femmes consciencieuses et femmes récidivistes se couple d'une hiérarchisation entre savoir scientifique occidental et cultures étrangères irrationnelles.

Les femmes « superficielles »

Enfin, une troisième caractéristique explicitement visée par les sages-femmes, dans leur condamnation des avortantes, concerne l'attitude adoptée par ces dernières au moment de leur interface avec le personnel sanitaire. L'accusation de « *superficialité* » revient de manière régulière au fil des entretiens. De la gravité que les praticiennes attribuent à l'acte abortif découle des attentes en termes de souffrance et de remord que devraient éprouver et exprimer les femmes. A ce titre, les avortantes qui ne s'y conforment pas sont vues d'un mauvais œil.

Ainsi, Rachele déclare :

« - Ça m'est arrivé, c'était vraiment moche, parce qu'il y avait une indisposition qui m'arrivait de la femme.

- *Dans quel sens ?*
- *Tu sais, ces personnes qui te dérangent par leur arrogance, non ? Que tu aurais vraiment envie de les gifler. Et là, tu te dis 'mais toi, tu l'as compris, ce que tu es sur le point de faire ?', non ? Et tu dis 'qu'est-ce qui m'a pris quand je n'ai pas...' Je veux dire, moi, je dois participer à ce truc-là ! Parce que tu te trouves devant une personne qui ne prend jamais conscience [elle insiste sur ces mots]. Mais pas parce qu'elle n'en a pas les capacités intellectuelles, parce que, là, tu le comprends, vraiment parce que ça ne l'intéresse pas. Il y a ces personnes complètement de glace, que, n'importe quelle chose... C'est moche, quand tu te trouves devant une personne comme ça, c'est*

vraiment moche. Et là, tu dis 'nom d'une pipe, mais si je faisais l'objection de conscience et je ne la voyais pas, ce n'était pas mieux ?' »

La sage-femme n'en revient pas du comportement de certaines femmes, qui restent impassibles, n'exprimant pas la douleur et la mortification qui sont exigées d'elles et démontrant ainsi de ne pas avoir assimilé le caractère dramatique de leur décision. Ce genre d'attitude lui est tellement insupportable que cela lui suscite des réactions violentes et lui fait remettre en question sa position de non objectrice. Dans le même ordre d'idée, Antonella me raconte un contact récent qu'elle a eu avec une femme hospitalisée pour un avortement chirurgical :

« Il y a des cas où la décision est prise avec plus de superficialité. Hier, j'ai accompagné une femme à la salle d'opération pour faire un curetage et elle continuait à dire qu'elle avait faim, 'mais quand je peux manger ?', 'mais quand je sors de la salle d'opération, je peux manger ?', 'je n'ai pas mangé depuis ce matin, c'est ça, mon problème'. Tu ne sais pas si elles ne se rendent pas compte, dans le fond, de ce qu'elles sont en train de faire réellement. Ça, ça dépend aussi des informations qu'on leur donne, nous. Certaines sont convaincues que la grossesse n'est pas encore commencée, qu'il y a un amas de cellules qui n'est encore rien, donc elles sont détachées. Elle me fait 'non, mais je l'ai déjà fait l'année passée donc je sais que je peux manger'. Qu'est-ce que tu lui dis ? Il n'y a rien à faire. Ce n'est pas à ce moment-là que tu peux lui expliquer qu'elle a un embryon de trois millimètres ou six, elle a pris sa décision, elle a fait son parcours, et tu ne sais même pas, peut-être qu'elle parle de cette manière-là parce que, au contraire, elle veut éloigner l'idée de ce qu'elle est en train de faire. Ce n'est pas pour juger mais ça fait un peu bizarre ».

Antonella est également déconcertée par le fait que la femme qu'elle accompagne effectuer un avortement manifeste un tel détachement par rapport à « *ce qu'elle est en train de faire* » : elle est préoccupée par ce que la sage-femme considère comme des futilités alors qu'elle devrait être bouleversée à l'idée de l'énormité de ce qu'elle va commettre. Les émotions des patientes agissent ainsi comme un facteur de discrimination : le « *contrôle émotionnel de l'utilisateur* constitue également un moyen aux professionnels d'imposer leur vision du métier en valorisant les 'bons', qui se comportent selon les critères attendus et en disqualifiant les 'mauvais' qui sont symboliquement exclus de l'activité noble » (Loriol & Caroly 2008, p. 101).

Les « bonnes », dans ce cas-ci, sont les avortantes qui expriment remord, désarroi et culpabilité (Mathieu & Ruault 2014) et démontrent ainsi de respecter les normes procréatives dispensées par le personnel sanitaire : elles ont assimilé le caractère déviant de l'avortement et en assument les conséquences. Les « mauvaises », quant à elles, sont les insensibles qui abordent l'évènement avec légèreté, je-m'en-foutisme et « *superficialité* », remettant en question son caractère d'exception et contrevenant ouvertement aux indications des professionnelles, ce qui provoque chez ces dernières déroutement, exaspération et colère. Les attentes des professionnelles relatives aux émotions de leurs patientes sont, en outre, étroitement corrélées aux connotations de souffrance et de peine qu'elles attribuent à l'avortement.

7.3 L'avortement comme traumatisme

La pratique abortive est unanimement vue par les enquêtées comme un évènement douloureux, négatif et mauvais pour les femmes. La prétendue nature dramatique de l'acte est soulignée à travers des expressions telles que « *ce n'est pas une promenade* », « *ce n'est pas comme se faire enlever une dent* » ou « *la femme est dans un moment d'extrême fragilité* ». Les professionnelles considèrent que l'expérience est toujours vécue de manière douloureuse, même par les femmes qui ne le montrent pas, qui semblent « *plus sûres d'elles* » et plus « *fanfaronnes* ».

En outre, au-delà de la détresse éprouvée au moment même de l'intervention, parmi les sages-femmes domine la conviction que l'avortement provoque une blessure profonde, qui laisse une cicatrice qui marque les femmes pour le reste de leur vie. De nombreuses expressions, telles que « *les conséquences restent* », « *ça te marque à vie* », « *ce sont des cicatrices* », « *ça laisse une trace* », « *c'est un souvenir indélébile* », « *tu le traînes derrière toi toute ta vie* » ou « *ça te reviendra à plein de moments de ta vie* » indiquent cette idée de mal qui s'inscrit dans la longue durée, déstabilisant de manière irréversible l'intégrité psychologique des femmes.

Cette représentation de l'acte abortif peut être synthétisée par cette citation de Federica, qui, bien qu'ayant collaboré avec plusieurs groupes féministes actifs, notamment, sur des questions liées à l'accès à l'avortement (voir encadré), tient à se détacher d'un collectif qui milite en faveur d'une dédramatisation de l'avortement :

« *C'est un évènement de la vie fort, comme peut l'être un autre évènement fort. Quelque chose de difficile que tu affrontes dans ta vie. Ça amène un changement personnel. Ce*

sont des choses qui te marquent pour la vie. En effet, il y a tout un mouvement qui s'appelle 'IVG, j'ai avorté et je vais très bien'. Moi, je ne vois pas les choses de cette manière. Une femme qui le vit bien, je dois encore la connaître personnellement. Ce n'est pas un choix facile. Comme dire 'j'ai été faire une promenade et je me sens bien'. Ce n'est pas la même chose ».

La construction de l'avortement comme un évènement traumatisant participe de sa dévalorisation et de sa stigmatisation. Dans le débat public, cette image est utilisée comme un instrument permettant d'exprimer une position défavorable à l'avortement tout en se présentant soucieux du bien-être des femmes : l'accès à l'avortement serait, selon cette rhétorique, à limiter ou à interdire car le fait de mettre un terme à une grossesse exposerait les femmes enceintes à de lourdes conséquences sur leur psyché (Norris & al. 2011, Dadlez & Andrews 2010). Cette représentation est liée au lien indissociable et naturel établi entre identité féminine et maternité et à la dimension psychologique qui y est attribuée (Memmi 2016). En avortant, les femmes briseraient ce lien et renieraient ainsi leur propre nature, s'exposant à des séquelles sur leur santé mentale, parfois qualifiées de « syndrome » (Côté 2013, Mattalucci 2018). Pour les sages-femmes que j'ai rencontrées, ce caractère traumatisant justifie l'encadrement sanitaire de l'avortement et la fonction d'accompagnement et de soutien qui leur est spécifiquement dévolue. Il contribue aussi à la construction de l'avortement comme un évènement négatif et à éviter le plus possible, constituant un réel « levier de normalisation des comportements » (Mathieu & Ruault 2014, p. 53) et « le plus sûr moyen de se garantir contre un deuxième recours à l'IVG » (Devreux 1982, p. 469). Il renforce ainsi l'injonction à la contraception comme moyen de « prévention » et le bien-fondé de la mission de rééducation des comportements procréatifs des sages-femmes (c'est pour leur bien !).

7.4 Un gouvernement subtil du travail procréatif

Cette « mission », qui peut être qualifiée de gouvernement non autoritaire (Memmi 2003) et a déjà été évoquée plus tôt, émerge à travers le récit de mes interlocutrices. Celles-ci, dans la pratique quotidienne de leur travail, cherchent à influencer le choix des patientes souhaitant avorter, que ce soit à l'égard de leur décision même ou du choix de la technique (Quagliarello 2018). Ce contrôle est effectué de manière subtile, par le biais de la manière dont les

professionnelles se rapportent aux avortantes et, en particulier, du langage qu'elles utilisent, constituant une « form of governance via specific health narratives » (Quagliarello 2018, p. 100).

« - Parce que la charge émotionnelle est décidément présente, il ne s'agit pas d'aller se faire enlever une dent, ça, on le leur rappelle toujours.

- *Parce que tu vois que certaines l'appréhendent de cette manière-là ?*
- *Oui, elles nous font les récidives, hein. Malgré que tu leur expliques que ça fait mal, vraiment physiquement, ça fait mal, elles ne veulent rien entendre de la contraception. Maintenant qu'il n'y a plus seulement l'intervention [chirurgicale, ndr] mais aussi l'alternative avec la pilule abortive, alors oui, qu'elles ont vraiment l'impression de venir prendre un bonbon. Donc si, avant, tu martelais sur le fait que l'intervention faite de manière systématique, à long terme, pouvait provoquer des dommages importants à l'utérus, donc amener effectivement à la stérilité, que peut-être, un jour, tu décides d'avoir une grossesse, avec le risque de ne plus pouvoir l'avoir, il y avait quand même un frein, parce que, physiquement, il y aurait eu des répercussions. Avec la pilule abortive, il te reste peu, parce que tu vois une menstruation et c'est tout, tu vois. Elle est prise en cabinet, donc il n'y a pas toute la pratique de l'attente dans le service [hospitalier, ndr], la salle d'opération... C'est vécu avec plus de superficialité. A tel point que les femmes, la première chose qu'elles te demandent, c'est 'mais je suis encore à temps pour faire la pilule, non ?'. Toi, tu leur expliques qu'il y a, tout de même, des délais plus serrés par rapport à ce qui est permis par la loi, parce que, enfin, ça doit être une grossesse vraiment initiale, parce que sinon ça ne fonctionne pas.*
- *Donc votre travail, à ce moment, consiste à donner des informations sur tout ce que ça comporte ?*
- *Oui, oui, tout à fait [...] Elle [la pilule abortive, ndr] est beaucoup moins invasive mais moins impactante émotionnellement. L'intervention était plus impactante. D'un côté, tant mieux, d'un autre, dommage, parce que, enfin, tu travailles d'une autre manière, mais le risque est que ça ne s'ancre pas. Au final, tu as quand même fait une interruption. Tu as choisi de ne pas vouloir une grossesse [elle pèse ses mots]. Donc, je te répète, ce n'est pas comme, 'j'ai une carie, je vais m'enlever une dent'. À l'intérieur de moi, il y a quelque chose qui grandit et qui, dans le futur, sera un enfant, non ? »*

Ces paroles de Rachele sont éloquentes. À travers la manière dont elle interagit avec ses patientes, elle cherche à diriger leurs choix procréatifs. La sage-femme met l'accent sur la pesanteur de l'acte, afin que les avortantes prennent conscience de la gravité de ce qu'elles sont sur le point de faire (Mathieu & Ruault 2014). Au-delà de leur rappeler l'inévitable charge émotive de leur action, elle mobilise aussi des arguments médicaux. Elle insiste sur les implications nocives de l'intervention, qui « *fait mal* », dans le but de les dissuader (Devreux 1982) à « *récidiver* » : l'opération chirurgicale est présentée comme dangereuse, pouvant entraîner, si répétée, des conséquences physiques graves compromettant des futures grossesses. Elle déplore l'innovation constituée par l'avortement médicamenteux, avec lequel il devient plus difficile d'inculquer une certaine représentation de l'acte et, ainsi, de « *freiner* » les avortements. En effet, alors que l'intervention chirurgicale permettait d'alimenter une vision lourde, conséquente et non anodine de l'acte, l'avortement médicamenteux, moins invasif, ne permet plus d'imprimer cette image. Elle n'hésite pas, dès lors, à restreindre l'accès à la pratique médicamenteuse davantage que ne le fait déjà la législation, en expliquant aux femmes que, si ce n'est pas fait dans un délai très bref, « *ça ne fonctionne pas* ». La charge morale lourde accolée à l'avortement est perceptible dans son discours et découle du déni de la maternité des avortantes - la gravité attribuée au choix de ne pas vouloir une grossesse- et de l'élimination de ce qui serait devenu un enfant, une nouvelle vie.

« Parce que, peut-être, des fois, on pense que c'est une pilule. Je prends la pastille, j'avorte. Mais, tout de même, ce sont des jours importants, pendant lesquels la femme peut avoir des complications. Ce n'est pas vrai qu'il n'y a pas d'effet indésirable. D'ailleurs, c'est ce que l'on cherche toujours à expliquer, donc, des fois, aussi, en fonction de la femme qu'on voit, on comprend si elle est plus apte à soutenir une intervention ou prendre une pilule, aussi en fonction de la fragilité qu'elle peut avoir. Parce que, quand même, oui, tu vas à l'hôpital, tu prends cette pilule, tu rentres à la maison, après deux jours, tu reviens, tu prends une autre pilule, après deux semaines, tu reviens faire le contrôle, que tout ait été expulsé. Mais pendant ces jours, durant lesquels tu prends cette pilule, tu as des douleurs abdominales, tu as des pertes de sang, qui peuvent être importantes, donc tu [la sage-femme, ndr] dois être sûre qu'elle [la femme qui avorte, ndr] est en mesure de pouvoir affronter ça, peut-être aussi avoir un soutien, quelqu'un qui, pendant ces jours, peut l'aider, ne pas le laisser seule. »

Dans cet extrait, Marina nous informe sur l'opération de dissuasion qui est menée à l'égard de l'avortement médicamenteux, en insistant toujours auprès des patientes sur le fait que la manœuvre n'est pas aussi anodine qu'elle peut en avoir l'air. En outre, elle explicite que le contrôle des corps procréateurs qui est opéré par les sages-femmes se fait de manière différenciée (Quagliarello 2018). En fonction de la personne à qui elle a affaire et de sa supposée « fragilité », elle orientera le choix de la technique abortive dans une direction plutôt dans une autre.

« Parce que, parfois, une interruption de grossesse est vue comme le choix le plus facile, la résolution la plus rapide d'un problème, une grossesse non désirée avec une personne avec laquelle, peut-être, tu n'as pas un rapport stable. C'est la voie de sortie la plus facile, la plus rapide, la plus immédiate. Il faut voir si c'est réellement la meilleure chose pour toi et si tu es placée dans les conditions de le comprendre. Parce que, évidemment, pendant la grossesse, avec les hormones à fond, tu ne comprends plus rien. Donc tu n'as pas, c'est moche à dire, mais tu es prise par mille émotions et la lucidité n'est pas vraiment la même lucidité que tu as quand tu n'es pas enceinte. »

La prise en charge de la décision des femmes enceintes par les sages-femmes est à nouveau mise en évidence dans cette élocution de Camilla. Ces professionnelles se donnent pour tâche d'évaluer la justesse des choix pris par leurs patientes – du choix d'avorter, surtout (Memmi 2003). Cette prérogative qu'elles s'attribuent est d'autant plus légitime que les femmes enceintes, livrées aux aléas physiologiques de leur corps, ne disposeraient plus de la lucidité dont elles ont besoin pour prendre une décision éclairée et rationnelle, devoir qui revient alors aux praticiennes. La femme enceinte est ici réduite toute entière à sa situation gestationnelle et à sa réalité corporelle, allant jusqu'à compromettre sa capacité à raisonner (« tu ne comprends plus rien ») et à prendre des décisions sur sa vie ; une image qui associe l'identité féminine au corps et, en particulier, au corps reproducteur et la place dans une situation de sujétion face aux rythmes biologiques (D'Antuono 2007).

Dans le cadre du contrôle insidieux des corps procréateurs, ces trois extraits illustrent également l'adoption, par les sages-femmes, d'un instrument particulier : le fait de susciter, chez leurs patientes, certaines émotions. Cette opération constitue une dimension du « travail émotionnel » ordinairement entrepris par les soignant-es dans le cadre de leur activité professionnelle. Celui-ci consiste en un « acte par lequel on essaye de changer le degré ou la

qualité d'une émotion ou d'un sentiment » (Hoschild 2003, p. 32) en la dissimulant, la réprimant ou modifiant son expression (Drulhe 2000). Cette gestion peut viser aussi bien ses propres émotions que celles des autres (Mercadier 2002). Dans les extraits cités ci-dessus, les sages-femmes enquêtées mettent en œuvre un travail émotionnel consistant à provoquer et alimenter des sentiments de peur (face aux conséquences dramatiques de l'opération chirurgicale ou de l'avortement médicamenteux), de culpabilité, de souffrance, de mortification et de regret chez leurs patientes, visant à les dissuader à avorter (sur le moment ou dans le futur) : « la création ou l'entretien d'émotions s'apparente à un outil de travail » (Mathieu & Ruault p. 53).

7.5 Rééducation et redressement

À l'intérieur de ce travail de contrôle des corps féminins, le rôle joué par l'opération de « rééducation sexuelle » est primordial. Celle-ci est considérée comme indissociable de la prise en charge de l'avortement. À l'occasion des consultations pré- et post- intervention, les professionnelles se donnent pour mission de faire adopter, par les patientes, la norme contraceptive à laquelle elles adhèrent (Devreux 1982). Agissant en « entrepreneuses de morale », elles contribuent à reproduire les prescriptions et valeurs morales en termes de choix procréatifs : au devoir de contraception se greffe le caractère déviant de l'avortement, vu comme un recours de dernière instance servant à pallier les échecs de contraception (Boltanski 2004). Le travail éducationnel vise ainsi, en remettant les femmes sur le droit chemin contraceptif, la réduction du nombre d'avortements (Mathieu & Ruault 2014).

Pour Alice, par exemple, le cœur de son rôle, par rapport aux comportements de contrôle des naissances, consiste en un travail de « *prévention* » et d'« *éducation* ». Celui-ci vise à éviter le plus possible les avortements, en orientant les femmes vers la contraception, ou, pour reprendre ses mots, à « *toujours donner les instruments pour éviter d'y retomber* ». A travers l'utilisation de cette expression, Alice affuble l'acte abortif d'une connotation criminelle et pathologisante, le renvoyant à des univers liés à des comportements de délinquance ou de dépendance.

Plus qu'un travail d'information, il semble que les sages-femmes mènent une œuvre de « (ré)éducation aux conduites légitimes en matière de sexualité » (Mathieu & Ruault 2014, p. 48), parfois entreprise de manière insistante, infantilisante et autoritaire. Ainsi, Sofia s'énerve,

à l'évocation des femmes qui ont avorté plus d'une fois : « *je t'ai dit 'Prend la pilule ! Je t'ai dit ceci, cela !' »*. Marina témoigne également de ce travail de rééducation mené auprès des « *récidivistes* » : « *sûrement, si cette femme, c'est déjà la deuxième interruption qu'elle fait en un an, on l'incite beaucoup à adopter la contraception, parce que l'interruption ne doit pas être une méthode anticonceptionnelle, au contraire!* ». À cet égard, les propos de Laura sont révélateurs : au sujet du travail d'éducation sexuelle mené conjointement à l'avortement, elle laisse échapper le fait que « *ça, on les oblige toutes !* », même si elle se reprend tout de suite après en disant « *dans le sens, obliger, entre guillemets, parce que, quand même, quand tu fais une interruption de grossesse, on lui donne tout de suite le rendez-vous de contrôle à 15 jours et puis on lui donne rendez-vous pour la contraception.* »

Il apparaît, ainsi, qu'une véritable entreprise de « redressement procréatif » est menée par ces sages-femmes, d'une manière qui se veut douce mais peut également adopter des traits disciplinaires et presque coercitifs (Mathieu & Ruault 2014).

En définitive, il émerge que les sages-femmes ont fait leur la norme contraceptive, qui définit la contraception comme la méthode légitime de gestion de la fertilité et l'avortement comme son penchant déviant. Les deux sont, dès lors, envisagés dans une optique d'opposition plus que de complémentarité (Thizy 2021, Beynon-Jones 2013b). Cette image reflète fidèlement, d'ailleurs, la représentation qui est donnée de l'avortement dans la loi, laquelle spécifie de manière explicite que ce dernier ne doit pas être considéré comme une méthode de contrôle des naissances. En plus d'y adhérer, les professionnelles cherchent également à l'inculquer à leurs patientes. À travers un travail, plus ou moins mesuré, de dissuasion, orientation et rééducation, dispensé principalement à travers la parole, elles mènent une entreprise de contrôle social (Borel 2018, Devreux 1982) et de redressement procréatif des femmes.

7.6 Pilule abortive et télé-médecine : des bouleversements dans la prise en charge de l'avortement ?

Le travail que les sages-femmes exécutent autour de la tâche abortive en tant que telle, consistant en une opération de contrôle et de normalisation des comportements procréatifs, se trouve quelque peu chamboulé par l'arrivée de deux dispositifs techniques nouveaux : l'avortement médicamenteux et l'avortement par télé-médecine.

L'avortement médicamenteux est une innovation technique relativement récente en Italie (il a été autorisé en 2009) et qui est sujette encore aujourd'hui à des contestations et des débats publics. Il s'agit, en effet, d'une transformation importante dans la prise en charge de l'avortement, amoindrissant le rôle joué par le personnel sanitaire. Le gain d'autonomie qu'il a constitué pour les femmes laissent les professionnelles indécises. D'un côté, elles apprécient le fait de se sentir moins directement responsables de l'avortement : « *quand tu ne fais que donner la compresse, c'est une décision de la femme et c'est tout* » me dit Antonella. Cette perte de contrôle ne plaît cependant pas à toutes, comme Rachele, qui déplore le fait d'avoir plus de mal à inculquer une vision dramatique de l'acte (voir extrait point 7.4). Dans le même ordre d'idée, Laura estime que cela contribue à minimiser la gravité de l'évènement :

« - Clairement, si la femme vient ici le matin, tu lui donnes une pastille, tu lui en donnes une autre qu'elle prend toute seule, cela peut avoir pour effet de minimiser l'acte d'interruption de grossesse, qui doit être protégé, permis, favorisé, mais ne doit pas non plus être considéré un anticonceptionnel parce que, tout de même, tu vas interrompre [elle pèse ce mot] une grossesse.

- Ça deviendrait presque trop facile ?

- Plus que trop facile, ça doit être facile, c'est le fait de minimiser, minimiser l'acte ».

La décision de mettre fin à une grossesse est toujours considérée comme quelque chose de problématique et de grave. L'avortement médicamenteux, intervention plus anodine par rapport à l'opération chirurgicale, est ici perçu comme un danger potentiel d'allègement de la dimension dramatique que Laura associe au geste même. La nouvelle technique risque, par-là, de miner l'entreprise de normalisation des comportements procréatifs des femmes dont les sages-femmes se sentent investies.

L'évocation d'une autre innovation technique, l'avortement par télémedecine⁸⁷, a provoqué une levée de boucliers de la part des sages-femmes rencontrées. En Italie, ce protocole n'a pas encore été implémenté, même durant les phases les plus critiques de la pandémie. Mes interlocutrices se sont toutes opposées, avec une véhémence certaine, à l'idée que ce

⁸⁷ Ce dispositif permet aux femmes d'effectuer une consultation avec un-e gynécologue ou une sage-femme via internet et de procéder à la prise des médicaments de manière autonome, depuis leur domicile. Il a connu un développement et une visibilité nouveaux dans le cadre de la pandémie de COVID-19. En effet, les mesures sanitaires mises en œuvre ont contribué à compliquer et compromettre le parcours de l'IVG. Dans ce contexte d'urgence, différents États ont choisi de rendre possible l'avortement médicamenteux par télémedecine (notamment, la France, l'Angleterre et l'Irlande) (Atay & al. 2021).

dispositif puisse être adopté par le système sanitaire italien. Elles invoquent la nécessité d'assurer un suivi médical en chair et en os de l'acte et déplorent la froideur et la dépersonnalisation de la technique. En outre, de nouveau, la crainte de la perte du contrôle qu'elles exercent sur les choix procréatifs des femmes ressort de leurs propos.

« Peut-être, avoir quelqu'un à tes côtés, même juste pour t'expliquer quelque chose en plus, même juste un point de repère, savoir au moins que s'il m'arrive quelque chose, je retourne là. Selon moi, c'est trop froid comme ça, un minimum de contact humain, sinon, vraiment... On en abuse, après. Dans le sens, c'est encore plus facile, de toute façon, je fais la demande, non, allez... Parce que, tout de même, quand tu fais l'interruption volontaire, à la consultation, il y a aussi toute une explication sur les moyens contraceptifs, pour éviter de retrouver deux mois après la même femme qui fait une autre interruption de grossesse. »

Sofia indique ici clairement que l'accès à avortement doit être rendu difficile ; il ne peut en aucun cas devenir quelque chose auquel les femmes peuvent accéder de manière inconditionnelle et autonome, avec le risque qu'elles « *en abusent* ». En outre, émerge à nouveau le caractère fondamental de l'entreprise de gouvernement des corps et de rééducation sexuelle qui est portée à bien par le personnel sanitaire parallèlement à l'avortement. Flavia confirme cette vision des choses en déclarant, toujours à propos du téléavortement : « *j'ai l'impression que tout devient trop simple* ». Rachele n'hésite pas à s'exclamer que, le jour où l'innovation sera autorisée en Italie, « *ce sera le moment où je ferai l'objection de conscience !* ». Lorsque je lui demande si elle ne le voit pas comme quelque chose de positif, elle me répond :

« Non, pas du tout. Je te répète, la pilule faite de cette manière [tel qu'est pratiqué actuellement l'avortement médicamenteux, ndr], c'est peu positif, figure-toi donnée comme ça. Si ça devient un produit de comptoir, c'est fini. Là, il y aura vraiment l'échec du système sanitaire, ça veut dire qu'il n'est arrivé à rien ».

Marina utilise la même métaphore « commerciale » que Rachele pour exprimer sa désapprobation de l'avortement par voie télématique : elle le dénigre en le comparant à un produit de consommation.

« Je le vois comme quelque chose de trop commercial, trop simple. Comme 'je vais, je l'achète et je le fais'. Il ne me semble pas qu'on puisse lui donner le juste poids, à la chose, parce que, tout de même, avec la femme, tu dois parler, mieux en face à face, et tu dois lui expliquer ce qu'elle est en train de faire, les répercussions qu'il peut peut-être y avoir sur elle, sur sa psyché, ça me semble plus 'je vais au supermarché, je l'achète, je le fais', sans lui donner le poids des conséquences qu'il peut peut-être y avoir sur elle. »

À nouveau, émergent clairement les implications de l'innovation technique en termes de perte d'emprise sur les femmes qui décident d'avorter. La télémédecine, en faisant l'impasse sur le face-à-face entre les patientes et le personnel sanitaire, empêche ce dernier de mener à bien sa mission d'entrepreneur de morale, visant à inculquer aux femmes la gravité de leur acte et ses inévitables répercussions psychologiques.

« Je ne crois pas que ce soit un bon service. Quand tu me l'as dit, j'ai un peu eu la chair de poule, pour te dire la vérité. En France, les termes de l'interruption de grossesse, on va à terme. Donc, probablement, dans les premières semaines, on peut aussi faire comme ça, par télémédecine, si on peut faire à terme. C'est une sensibilité qui serait impensable ici. Heureusement, je te le dis, toujours en tant que non objectrice. »

Camilla tient, ici, à marquer une frontière entre les pratiques françaises et les pratiques italiennes en matière d'avortement. Même si elle n'est pas objectrice, elle considère que la « *sensibilité* » qui préside aux normes légales dans son pays et y restreint l'accès à l'avortement est plus juste, notamment en interdisant la pratique de l'avortement par télémédecine.

L'examen de ces deux dispositifs techniques nouveaux et des réactions des sages-femmes à leur égard interpelle. Aussi bien la pilule abortive que la télémédecine contribuent à soulager les professionnelles d'une charge de travail qu'elles estiment désagréable, pesante, triste, voire dégoûtante et qu'elles ne tiennent pas à inclure dans leurs prérogatives (voir point 5.2). Alors, pourquoi dévalorisent-elles, voire rejettent-elles en bloc ces occasions de s'en débarrasser ? Premièrement, leur identité professionnelle est définie par l'importance de l'aspect relationnel et de l'établissement d'un contact profond avec leurs patientes, dans une opposition avec l'intervention sporadique et technique du gynécologue (voir point 4.1). Cette dimension fondamentale de leur travail trouve moins à s'exprimer dans les dispositifs techniques évoqués, où l'interface entre la professionnelle et la patiente est réduite. Ensuite, le fait qu'elles attribuent à l'avortement un caractère blessant, voire traumatisant, nécessite,

pour elles, le « *soutien émotionnel* » qui leur incombe à ce moment-là. Mais, surtout, apparaît clairement la prépondérance de la dimension disciplinaire et éducative du rôle qu'elle recouvre et l'importance qu'elles accordent au contrôle et à l'encadrement des trajectoires procréatives des femmes par l'institution médicale. À nouveau, comme dans le cas de du déclenchement de l'accouchement et du curetage, abordés dans le point 5.2, émerge le fait que les techniques ne peuvent être envisagées comme des dispositifs inertes et neutres. Les méthodes d'avortement convoient, en effet, des implications morales pour celles qui les mettent en œuvre. Il est, à cet égard, important de les appréhender comme des objets sociaux pour être capable de percevoir tous les éléments qui composent le rapport des sages-femmes à l'avortement.

8 « Réenchasser » le rapport à l'avortement des sages-femmes dans le social

Les sages-femmes rencontrées ne sauraient être appréhendées comme un groupe homogène. Les trajectoires sociales de chacune d'entre elles les portent à envisager leur métier et le travail abortif de différentes manières, comme mis en évidence dans les trois encadrés. Toutefois, en dépit des différents parcours de mes interlocutrices et de leurs caractéristiques sociales, il est frappant de constater que leur rapport à l'avortement présente une variabilité assez réduite. Ni la classe générationnelle, ni l'appartenance religieuse, ni l'objection de conscience, ni le lieu de travail, ne semblent tracer une ligne de démarcation tranchée entre les professionnelles.

Fondamentalement, leur rapport à l'avortement se révèle problématique d'un point de vue moral, dans le sens que l'acte abortif est considéré comme quelque chose *d'intrinsèquement condamnable*. Cette considération morale de fond est réélaborée, par le biais de la compétence éthique des sages-femmes, pour l'atténuer, la nuancer et la décliner en différents degrés de gravité. Ce travail réflexif conduit toutes les enquêtées à s'exprimer en faveur de l'avortement légal, principalement dans une optique hygiéniste.

Cette appréhension particulière de la pratique abortive déteint sur le statut qui lui est accordé, parmi toutes les tâches qui sont dévolues aux sages-femmes : marqué par un malaise moral patent, le travail abortif ne bénéficie pas du même émerveillement qui entoure le reste de l'activité professionnelle. L'avortement, associé à la mort, à l'« interruption » de la vie, à la douleur, à la laideur, est principalement envisagé dans une relation d'opposition avec ce qui est considéré comme le cœur du métier, sa partie plus valorisée : la grossesse désirée et l'accouchement, auréolés de beauté, de joie et de vitalité. Il constitue un acte de travail désagréable, gênant, voire dégoûtant. D'ailleurs, les revendications d'autonomie qui caractérisent la phase actuelle de la profession sage-femme, relatives au suivi de la grossesse et de l'accouchement, épargnent la prise en charge de l'avortement. Le caractère moralement liminaire de l'avortement induit, pour les enquêtées, le bien-fondé et la légitimité de l'existence de l'objection de conscience.

Outre la nature immorale de l'avortement, le rapport à ce dernier est tributaire des normes procréatives que les sages-femmes, en tant qu'agentes de l'Etat chargées du contrôle du travail procréatif, véhiculent. Le devoir contraceptif des femmes et le caractère déviant de l'avortement entraînent l'apposition d'un stigmate à l'encontre des avortantes. Celui-ci est

stratifié en fonction de différents critères, notamment, l'origine de la grossesse, le nombre d'avortements antérieurs et l'attitude affichée par la femme qui avorte. Ce dernier point, qui fait référence aux attentes des praticiennes quant à la souffrance et la mortification que devraient exprimer les avortantes, est lié à leur représentation de l'avortement comme un évènement forcément traumatisant. Les considérations qu'elles nourrissent sur l'avortement ne se limitent pas à produire un effet sur le regard qu'elle pose sur le monde, leur travail et leurs patientes. Les sages-femmes adoptent également un comportement actif de conditionnement, redressement et orientation des choix procréatifs des femmes. Ainsi, le devoir contraceptif et l'illégitimité de l'avortement comme moyen de contrôle des naissances, le choix de la technique d'avortement ou encore la nécessaire pesanteur de l'acte abortif sont intimés au moyen de stratégies douces, passant par la parole et la génération de certaines émotions, mais pouvant également verser dans des attitudes adoptant des traits autoritaires et mobilisant une exaspération et une colère réelles de la part des sages-femmes.

Dans une perspective sociologique, il est essentiel de resituer ces différentes facettes du rapport des sages-femmes à l'avortement à l'intérieur des rapports sociaux. En réalité, on peut relever, dans les discours des enquêtées, un processus d'invisibilisation de la dimension sociale des sujets abordés particulièrement marqué. A travers des opérations d'*individualisation*, de *naturalisation*, de *biologisation* et de *psychologisation*, des construits sociaux sont réifiés et leur inscription au sein des rapports sociaux est occultée. Ainsi, l'objection de conscience est une position présentée comme « *personnelle* », la condamnation morale de l'avortement est laïcisée, la vocation professionnelle est vue comme « *instinctive* », les compétences professionnelles des sages-femmes sont naturalisées, la gêne ressentie par les femmes se présentant pour avorter est attribuée à un malaise psychologique, la sacralisation de la vie est sécularisée et les compétences procréatives (y compris contraceptives) des femmes sont considérées comme un allant-de-soi.

Une analyse fine permet de faire émerger, en particulier, le poids des catégories de sexe et des préceptes religieux dans la construction du rapport à l'avortement des professionnelles. En effet, l'appréhension des sujets féminins comme des matrices procréatrices et la sacralisation de l'engendrement constituent le substrat idéologique de leurs perceptions et attitudes par rapport au travail abortif.

D'une part, les sages-femmes associent de manière indissociable identité féminine et fonction procréative. Cette représentation est, en effet, au cœur de la définition de leur identité professionnelle et de leur appréhension de leurs patientes. Cette adhésion forte aux catégories de sexe influe sur leur rapport à l'avortement, comme mis en évidence par Myriam Borel à propos de sages-femmes françaises (Borel 2018 & 2020). Premièrement, la valorisation de la naissance et de l'accouchement définit l'avortement comme le côté obscur de la maternité et, donc, de leur travail. Deuxièmement, leurs propres trajectoires procréatives exercent une influence accrue sur leur rapport au travail (notamment, au travail abortif), du fait de leur « sensibilité féminine » à l'égard de l'univers de la naissance. Troisièmement, cette représentation de l'identité féminine constitue le fondement du devoir contraceptif des femmes, qui définit l'avortement, par contraste, comme un échec. Quatrièmement, l'avortement, représentant une négation de la nature intérieure des femmes, est vu comme à l'origine d'une blessure profonde, ce qui renforce sa stigmatisation.

D'autre part, le caractère sacré accordé à la génération de nouvelles vies, la valeur attribuée à l'embryon et la gêne occasionnée par le fait de se sentir directement responsable d'une intervention sur un processus considéré naturel tel que la grossesse dénotent une influence non négligeable des normes religieuses, même sur des professionnelles qui se définissent athées. Celles-ci se font toutefois discrètes : elles ne sont pas explicitées telles quelles par les enquêtées et se présentent, au contraire, sous une forme sécularisée (Mathieu 2021), ce qui confirme les résultats obtenus par Silvia De Zordo à propos des gynécologues italiennes (De Zordo 2016 & 2018). La persistance de ces normes, dans des environnements publics, laïcs et médicalisés, indique le désenchantement « manqué » ou, du moins, partiel des corps féminins, toujours sujets aux contraintes exercées par la norme de la sacralité de la vie (D'Antuono 2007).

En outre, dans l'analyse des rapports au travail, il ne faut pas négliger l'incidence des conditions concrètes d'exercice (Serre & al. 2010). Les modalités de travail des sages-femmes, en particulier, les technologies qu'elles manient et les méthodes qu'elles emploient, jouent un rôle dans la construction de leur rapport à l'avortement. L'écographie et le déclenchement de l'accouchement, par exemple, contribuent à la difficulté, pour les praticiennes, d'effectuer une différenciation symbolique entre les foetus désirés et les foetus non désirés. L'avortement médicamenteux et la télémédecine, en libérant les femmes du carcan médical, sont vus

comme des modalités d'avortement « *trop faciles* » et « *trop commerciaux* ». Ces observations révèlent que les dispositifs techniques ne sont pas neutres : ils produisent ou alimentent certaines représentations de l'acte abortif et, à l'inverse, ces représentations conditionnent les modalités d'usage des techniques.

En revanche, les logiques sociales liées à la pratique de l'avortement dans le contexte hospitalier ne semblent pas exercer un poids important sur les attitudes des sages-femmes, à l'inverse de ce qui a été observé par De Zordo (2016 & 2018) pour les gynécologues. En effet, des entretiens réalisés ne transparaît aucune influence des relations hiérarchiques et des stratégies de mobilité sociale sur les choix des professionnelles. Cette différence peut être expliquée par le fait que le groupe professionnel des sages-femmes ne dispose pas d'autant d'opportunités de « faire carrière » que celui des gynécologues. L'ancrage territorial de la recherche, centrée sur l'hôpital de Cecina, est également à prendre en compte : les logiques prévalant au sein de ce petit établissement, décrit comme « *familial* », diffèrent probablement de celles à l'œuvre dans des structures hospitalières plus importantes et plus standardisées.

Ce travail fait également écho aux précédentes recherches qui se sont attachées à mettre en lumière les attitudes des professionnel·les en charge de l'encadrement de l'avortement (conseillères conjugales, gynécologues, médecins généralistes, infirmières, anesthésistes, psychologues), tâchant de mettre au jour la manière dont ces dernier·es appliquent le dispositif de contrôle social qui a été mis en place par l'Etat au moment de la dépénalisation de l'avortement (Devreux 1982, Mathieu & Ruault 2017, Memmi 2003, Quagliarello 2018, Borel 2018 & 2020). Des similitudes peuvent être relevés entre ces travaux et les résultats provenant de ma propre recherche, notamment en ce qui concerne le contrôle « biographique » effectué par les professionnel·les en charge de l'évaluation des demandes d'avortement ainsi que la double entreprise de dissuasion et normalisation qu'ils/elles mettent en oeuvre. En Italie, ces opérations sont menées principalement au moment des consultations pré- et post- IVG, dans lesquelles les sages-femmes sont impliquées.

Ces professionnelles contribuent ainsi activement à la stigmatisation de l'avortement et, en définitive, au renforcement des asymétries de genre, confirmant le rôle décisif joué par l'institution médicale dans la reproduction des catégories sexuées. En s'appuyant, de manière scientifique, sur la place occupée par les femmes dans le processus procréatif, les professionnel·les de la santé contribuent à transmettre et entretenir l'image d'un sexe féminin

biologiquement défini par ses capacités reproductives (Ruault 2015, Guyard 2010, Membrado 2006, Ventola 2014).

Conclusion

Ce travail offre une exploration au cœur du rapport à l'avortement des sages-femmes en Italie. Le point de vue situé, socialement⁸⁸ et géographiquement⁸⁹, qui est proposé espère fournir un enrichissement de notre compréhension de la problématique de la prise en charge de l'avortement dans le contexte italien. Il plaide pour une nouvelle approche de l'objection de conscience et de l'accès à l'avortement en Italie. Une approche qui ne se limiterait pas à scinder le personnel sanitaire en deux catégories antagonistes (objecteur·rices / non-objecteur·rices) et à réduire la question du droit à l'avortement aux taux d'objection de conscience. Une approche qui mette en avant le substrat moral et normatif commun aux professionnel·les de la santé responsables de la prise en charge de l'avortement, objecteur·rices et non, ainsi que leur rôle actif de contrôle des corps féminins.

Mon enquête indique que le recours à l'objection de conscience semble, en effet, se nourrir de considérations et de valeurs qui sont globalement partagées par toutes les sages-femmes. L'avortement est considéré par ces dernières comme un acte moralement problématique. Chargé de gravité, il est vu comme une pratique négative, lourde et traumatisante, que ce soit pour les avortantes ou pour les praticiennes. À cet égard, le droit à l'objection de conscience du personnel de la santé peut être justifié et doit être préservé. L'avortement est discriminé par rapport à la contraception et les femmes qui en font la demande sont stigmatisées (en particulier, celles qui le font de manière répétée, pour des motifs considérés futiles ou de manière détachée). En corolaire, les sages-femmes s'appliquent à « prévenir » le recours à l'avortement, en mettant en œuvre un travail de redressement et de rééducation procréative des femmes.

En outre, comme l'indique le titre du mémoire, cette « exploration » des subjectivités des sages-femmes rencontrées ne les appréhendent pas en termes de « conscience personnelle », de « sens de la morale individuel » ou de « convictions intimes », à l'inverse de la vision classique de l'objection de conscience véhiculée par les pouvoirs publics et par les professionnelles elles-mêmes. L'approche sociologique invite à resituer les idées et les positions des praticiennes dans leur contexte social. Ce concept générique recouvre, dans cette étude, différents éléments.

⁸⁸ À l'égard des caractéristiques sociales spécifiques de la chercheuse et des enquêtées.

⁸⁹ À l'égard du contexte territorial de la recherche.

Premièrement, l'encadrement juridique qui permet et régule la pratique de l'avortement offre aux sages-femmes des balises normatives et morales qu'elles se sont manifestement appropriées : les présupposés contenus dans la loi 194, tels que le caractère déviant de l'avortement, la valeur accordée à l'embryon ou le contrôle des corps des femmes dévolu au personnel sanitaire sont relayés de manière fidèle par les enquêtées.

Deuxièmement, le contexte culturel italien, marqué par l'influence de l'Eglise catholique, véhicule des idées et des représentations allant dans le sens d'une condamnation de l'avortement. Bien que ces normes se présentent souvent, aujourd'hui, sous une forme sécularisée (s'appuyant sur des rhétoriques scientifiques, bioéthiques, psychologiques, démographiques, voire « féministes » (Sanna 2013), elles s'enracinent dans la morale et l'idéologie religieuses. Ainsi, la religion, dans mon corpus, ne semble pas constituer un facteur déterminant dans la formation des moralités individuelles en matière d'avortement ; toutefois, il importe de prendre en considération l'action douce mais néanmoins efficace de promotion des valeurs catholiques dans la société par les autorités ecclésiastiques ainsi que son inévitable incidence sur les « consciences » des professionnelles de la santé. Des piliers de la téléologie chrétienne, tels que la sacralité de la vie humaine (y compris embryonnaire) ou la souveraineté d'un ordre pensé comme « divin » et « naturel » sur les destins procréatifs des hommes et (surtout) des femmes, pèsent sur les représentations de la grossesse, de la maternité et de l'avortement des sages-femmes.

Troisièmement, l'historiographie de la construction du groupe professionnel des sages-femmes permet de mettre en perspective certaines de leurs attitudes par rapport à l'avortement et, de manière plus générale, aux corps féminins. La création de ce corps de métier a été menée dans un mouvement à la fois de rupture par rapport aux anciennes matrones et de soumission par rapport aux médecins. Ces derniers, investis par l'Etat de la mise en place de sa politique nataliste, se sont attelés à prendre possession de la sphère de la naissance. Dans cette configuration, les sages-femmes ont été chargées du contrôle direct de la sexualité et du potentiel procréateur des femmes, amorçant « la naissance d'une véritable *police féminine*, d'un groupe de femmes habilitées à se soucier de la population féminine, et par conséquent capables de la surveiller de près » (Dorlin 2009, p. 141). La fonction de contrôle des choix procréatifs des femmes, qui émerge de manière explicite de mon enquête, s'enracine donc dans l'origine même du groupe professionnel. En outre, la position d'infériorité et le défaut de

reconnaissance sociale par rapport aux gynécologues perdure encore aujourd'hui. Dans un contexte de recherche de légitimation de leurs spécificités professionnelles, les sages-femmes préfèrent laisser une tâche peu valorisée telle que l'avortement sous responsabilité médicale, à l'inverse d'autres pans de leur activité sur lesquels elles s'efforcent de récupérer une certaine autonomie.

Quatrièmement, l'identité professionnelle des sages-femmes, marquée par la célébration de la « vie » et de la naissance, les incite à reléguer l'avortement à une position dévalorisée par rapport à leurs autres prérogatives. Certes, certaines enquêtées envisagent que leur rôle recouvre l'assistance aux femmes durant toute leur vie fertile (et au-delà) et pas uniquement au moment de la grossesse et de l'accouchement. Cependant, cette définition ne les enjoint pas à considérer l'avortement avec un regard différent ; la pratique abortive reste appréhendée dans une optique d'opposition par rapport au reste de leur travail.

Cinquièmement, les conditions concrètes de l'exercice du métier interviennent également dans la formation du rapport des sages-femmes à l'avortement. En particulier, les techniques utilisées impliquent des contraintes qui contribuent à nourrir une image de la pratique abortive comme quelque chose de lourd, invasif et douloureux. Par ailleurs, le désinvestissement manifeste des pouvoirs publics en termes de communication, de formation continue et d'accompagnement des professionnelles en matière d'avortement alimente une appréhension de la pratique et de ses implications morales principalement « privée » et « personnelle ». Aucun espace institutionnel n'est mis à disposition des praticiennes pour se confronter et élaborer collectivement un sens à accorder à l'acte abortif. En revanche, des considérations liées à la mobilité sociale et aux opportunités de carrière ne semblent pas exercer une influence sur les sages-femmes, au contraire des gynécologues (De Zordo 2016). En effet, l'horizon professionnel de ces dernières n'est pas fonction des chances de « faire carrière », les processus d'ascension sociale étant beaucoup plus limités que pour les médecins. De même, les environnements de travail représentés dans l'enquête ne produisent pas de différenciation au sein du corpus. Bien que le travail au *consultorio* soit davantage centré sur une prise en charge continue des femmes, les représentations de l'avortement des sages-femmes qui y travaillent ne diffèrent pas de celles de leurs consœurs hospitalières ; au contraire, l'entreprise de normalisation et de gouvernement des trajectoires procréatives féminines y est particulièrement manifeste.

Sixièmement, l'identité sociale des enquêtées et leurs appartenances autres que professionnelle ont été prises en compte. En particulier, le fait d'appartenir au groupe social des femmes, caractéristique qui concerne toutes les enquêtées, entretient avec la pratique abortive des rapports contrastés. Immergées dans un « monde de femmes », chargées du suivi d'évènements concernant principalement le corps des femmes et prônées à exploiter leurs « tendances féminines » au soin et à l'empathie, elles revendiquent leur identité sexuée et leur proximité avec les patientes comme part intégrante de leur identité professionnelle. Toutefois, les avortantes semblent exclues de cette union sororelle, laissant entrevoir que leur refus de la maternité ne les place pas sur un pied d'égalité par rapport aux autres femmes. En revanche, d'autres variables liées à la position des enquêtées dans le monde social, telles que l'appartenance générationnelle ou la classe sociale, n'ont pas été identifiées comme ayant un poids significatif sur l'élaboration des opinions et des attitudes des sages-femmes à l'égard de l'avortement.

Ainsi, armée des jalons théoriques puisés dans la littérature, je me suis attelée à déraciner le rapport à l'avortement et l'objection de conscience d'une appréhension personnelle et intime et à mettre en évidence le caractère social du « privé » et des « consciences individuelles ». La sociologie nous aide ainsi à comprendre que des dispositions semblant relever du « for intérieur » des individus, tels que les convictions morales ou les émotions, sont des produits sociaux, résultats « d'interactions, de socialisations, de tentatives d'intervention ou de maîtrise » (Castra & Cresson 2008, p. 56).

Sages-femmes et avortement : une imbrication indispensable ?

Je souhaiterais, en conclusion, exploiter les enseignements de cette recherche pour formuler quelques réflexions concernant la prise en charge de l'avortement en Italie et ses points critiques. Différentes recommandations sont régulièrement formulées, dans le débat public, dans une optique d'amélioration de la qualité et de l'efficacité du service sanitaire. Parmi celles-ci, on retrouve, entre autres, l'abolition du droit à l'objection de conscience, la promotion de l'avortement médicamenteux et de la télé-médecine et l'attribution de prérogatives élargies en matière d'avortement aux sages-femmes. La présente recherche nuance toutefois les potentialités de telles réformes ; en réalité, les sages-femmes rencontrées ne sont favorables à aucune de ces propositions. En outre, l'analyse des transformations liées à

l'élargissement des compétences des sages-femmes en matière d'avortement en France fournie par Myriam Borel est ici instructive : selon la chercheuse, cette évolution n'est pas synonyme d'une amélioration du service abortif, en vertu du fait que « la participation des sages-femmes à la réorganisation de l'offre des soins en matière d'accès à l'IVG contribue à reconduire des assymétries liées aux rapports sociaux de sexe dans l'accompagnement des femmes dans le parcours d'IVG » (Borel 2018, s.p.). En dernière instance, de ces considérations naît l'interrogation suivante : le fait de confier la prise en charge de l'avortement aux sages-femmes est-il réellement pertinent ? Cette question peut être resituée dans un questionnement plus large relatif à la mise sous tutelle médicale de l'avortement.

Un retour aux années 1970 peut nous aider à envisager d'autres modalités de prise en charge de l'avortement que l'encadrement médical et hospitalier. En Italie, comme en France, des mouvements féministes plus « radicaux » militent pour un avortement libre. Ce militantisme ne se limite pas à l'expression de revendications mais se matérialise de manière concrète dans la mise en place de pratiques d'avortement sur le modèle du *self-help*⁹⁰. En Italie, durant la seconde moitié des années 1970, des groupes féministes fondent des centres d'avortement (toujours illégal, à l'époque) autogérés (Perini 2010). Ces collectifs exploitent et expérimentent la technique d'avortement par aspiration qui, grâce à l'invention de la canule en plastique flexible, permet une appropriation sûre et relativement facile de la pratique abortive par des cercles profanes (Ruault 2021b). L'avortement clandestin change ainsi de visage. Auparavant vécu de manière individuelle et effectué dans des conditions souvent précaires, il devient une pratique collective et politique de réappropriation de son propre corps, mise en œuvre de manière sécurisée et « consciente » dans des groupes solidaires de femmes qui s'avortent l'une l'autre.

En 1973, Adele Faccio fonde le *Centro Informazioni Sterilizzazione e Aborto* (Centre Informations Stérilisation et Avortement), dans lequel sont pratiqués des avortements illégaux. Dans son sillage, plusieurs *consultori* féministes voient le jour ; ces derniers visent une reprise du contrôle sur la médecine à travers la pratique du *self-help*, indissociablement liée à une vision politique d'émancipation féminine. Ces centres, liés à des groupes tels que le *Movimento di Liberazione delle Donne* et l'*Associazione Italiana per l'Educazione Demografica*, s'engagent également dans des pratiques d'avortement clandestin (Bolzano 2020, Galeotti 2003, Sciré

⁹⁰ Le *self-help* féministe consiste en des pratiques politiques de réappropriation de connaissances et de savoir-faire sur son propre corps, à travers l'auto-observation et le partage d'expériences au sein de groupes de femmes.

2008). Les cliniques autogérées sont conçues comme des instruments de récupération du contrôle et du pouvoir sur son propre cycle reproductif, dont les femmes ont été privées au cours de l'histoire de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, à travers la réappropriation de connaissances et pratiques de soin sur son propre corps. Ces lieux se veulent la preuve qu'il est possible de pratiquer l'avortement par aspiration sans être médecin, « parce que nous pouvons toutes l'apprendre et nous faire l'avortement l'une l'autre, outrepassant le système des gynécologues coalisés pour nous faire sentir pitoyables et coupables afin de nous faire payer davantage⁹¹ » (p. 56). Ces paroles proviennent d'un opuscule anonyme intitulé *Manuale di autocura e autogestione aborto* (Manuel d'autosoin et autogestion avortement), publié en 1975 dans l'optique de promouvoir et diffuser la pratique de l'avortement par aspiration dans des cercles féminins et profanes. La finalité politique de ces activités est claire : « mais le vrai problème n'est pas tellement d'obtenir une dépénalisation qui ne change pas les rapports de pouvoir, mais plutôt de se réapproprier des informations, des techniques, des instruments, qui permettent aux femmes, toutes, la gestion autonome aussi de cette importante éventualité de leur existence⁹² » (p. 10).

Ces différentes initiatives s'inspirent d'initiatives féministes provenant de l'étranger, notamment des États-Unis et de la France. Le Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception (MLAC) français, entre autres, constitue une source d'apprentissage pour les féministes italiennes et plusieurs d'entre elles se rendent en France pour se former aux nouvelles techniques d'avortement par aspiration (Jourdan 1976). Ce collectif plaide, à l'époque, pour une démedicalisation de l'avortement et une appropriation de l'acte par les femmes, à travers la conscientisation, la participation et la co-construction du savoir. Il continuera à pratiquer des avortements illégaux même après la promulgation de la loi Veil, qui, tout comme la loi 194 italienne, ne garantit pas aux femmes une réelle autodétermination reproductive (Ruault 2021a).

La mise sous tutelle médicale de l'avortement et la récupération, par le corps médical, de la méthode par aspiration au détriment des groupes féministes semi-profanes ont eu comme effet d'invisibiliser et faire passer en second plan le projet d'auto-organisation des femmes

⁹¹ « perché possiamo impararlo tutte e farci l'aborto l'una con l'altra, scavalcando il sistema dei ginecologi coalizzati a farci sentire miserande e colpevoli per farci pagare di più »

⁹² « Ma il vero problema non è tanto di ottenere una depenalizzazione che non muta i rapporti di potere, quanto piuttosto di riappropriarsi di informazioni, tecniche, strumenti, che permettono alle donne tutte, la gestione autonoma anche di questa importante eventualità della loro esistenza »

pour un avortement libre (Ruault 2021b). Ces expériences nous enseignent toutefois que la volonté de sécuriser l'avortement ne doit pas automatiquement impliquer le fait de le pratiquer à l'hôpital et sous la surveillance d'un-e membre du corps sanitaire (Niccolai 2005).

Ce travail souhaite, ainsi, alimenter une réflexion sur les modalités contemporaines de prise en charge de l'avortement. Il nous enseigne que l'implication des sages-femmes est chargée de jugements moraux, de stéréotypes de genre et de stratégies de contrôle des corps des femmes. Elle ne permet pas d'atteindre une réelle autodétermination féminine, considérant, finalement, que « l'avortement n'est pas seulement une pratique médicale, c'est un de nos droits et un des moyens de prendre en main nos vies – c'est un fait politique et social⁹³ » (*Manuale de autocura e autogestione aborto*, p. 79).

Pour aller plus loin...

L'étude menée a permis de produire des résultats significatifs, consentant d'enrichir notre compréhension de la prise en charge contemporaine de l'avortement, du rôle spécifique recouvert par les sages-femmes et de la problématique de l'objection de conscience et de l'accès à l'avortement en Italie. Elle présente, toutefois, plusieurs limites et points faibles, que je m'attacherai à expliciter ci-dessous. J'en profiterai pour formuler des pistes de recherche futures permettant de pallier ces défauts et de parfaire ultérieurement notre connaissance de la réalité sociale.

Tout d'abord, l'étude aurait gagné à diversifier davantage les modalités de récolte et de production des données. En premier lieu, la conduite d'entretiens biographiques, davantage centrés sur la production de récits de vie, aurait permis une reconstruction plus fine des trajectoires sociales des enquêtées, offrant une mise en perspective plus complète des positionnements de chacune au regard de leurs parcours de vie et de leurs différentes inscriptions dans le monde social. Dans l'enquête que j'ai menée, en revanche, la richesse des informations biographiques récoltées a varié énormément d'un entretien à l'autre, pour les différentes raisons exposées dans le point 3.5, permettant ce genre de reconstruction pour certaines mais le précluant pour d'autres. Ensuite, la mise en œuvre d'autres techniques d'enquête, telle que l'observation participante, aurait ouvert à une confrontation entre les

⁹³ « *L'aborto non è solo una pratica medica, è un nostro diritto e uno dei modi di prendere in mano le nostre vite – è un fatto politico e sociale* »

paroles recueillies lors des entretiens et les situations observées sur les lieux de travail. Elle aurait permis, dans une optique interactionniste, de faire émerger les négociations et les réélaborations des normes et des idées dans les interactions, entre collègues et avec les patientes. Elle aurait également pu mettre en lumière d'éventuelles « différenciations sociales des pratiques médicales » (Paillet 2021), c'est-à-dire des manières différentes de se rapporter aux patientes en fonction de leurs caractéristiques sociales, comme mis en évidence par l'enquête de Quagliarello (2018). Enfin, une plongée dans la littérature de secteur (revues spécialisées, comptes-rendus de conférences, publications d'organisations professionnelles, etc.) aurait pu se révéler intéressante (Serre & al. 2010, Paillet 2007) afin de faire émerger la ligne officielle adoptée par le groupe professionnel des sages-femmes sur les différentes thématiques traitées (identité professionnelle, techniques d'avortement, etc.) et de la comparer aux dires des femmes rencontrées.

L'enquête réalisée est également limitée du point de vue du territoire exploré et du nombre d'entretiens effectués. Afin de parvenir à une vision plus complète de la problématique, il serait judicieux de mener des recherches similaires dans d'autres régions du pays. En effet, l'Italie est une nation qui réunit sous un même étendard des réalités culturelles très hétérogènes. En outre, comme explicité dans le travail, la prise en charge de l'avortement n'est pas organisée tout à fait de la même manière de région à région. Dès lors, il est difficile d'extrapoler les résultats obtenus hors du contexte toscan. De surcroît, en ce qui concerne les structures hospitalières, seule un établissement est représenté dans mon enquête. On peut raisonnablement penser que les caractéristiques de l'hôpital de Cecina induisent une organisation spécifique de la prise en charge de l'avortement qui, à son tour, influe sur les perceptions et les attitudes des agents sanitaires (Carricaburu & Ménoret 2004). L'élargissement de l'enquête à des réalités hospitalières diverses permettrait de comprendre le rôle joué par l'organisation du travail et les contraintes institutionnelles sur le rapport à l'avortement des sages-femmes.

Par ailleurs, l'étude s'est concentrée sur des sages-femmes qui sont déjà actives professionnellement. L'opportunité manquée de réaliser des entretiens avec des étudiantes n'a fait que renforcer ma conviction qu'un regard plus attentif porté sur cette étape cruciale de la formation des praticiennes a constitué une lacune dans mon travail. La « formation » est ici entendue au sens large, comprenant l'acquisition de connaissances et de compétences

techniques mais aussi la transmission d'une certaine culture professionnelle. En effet, « s'interroger sur la période de temps – les études – qui donne accès à une profession, c'est s'interroger sur la manière dont une profession trace ses propres frontières et détermine son identité » (Baszanger 1981, p. 223). L'étude de cette « socialisation professionnelle initiale » comprend l'environnement académique et les stages (Serre & al. 2010) mais aussi les cadres sociaux parallèles au monde universitaire (Baszanger 1981). Elle permettrait de comprendre par quels mécanismes se construit l'identité professionnelle, notamment dans son interaction avec la construction ou le renforcement de l'identité sexuée.

Enfin, ma recherche se focalise sur un seul groupe professionnel, celui des sages-femmes, pour les raisons explicitées dans le point 3.3. Une appréhension plus globale et plus fine de la prise en charge de l'avortement par le monde médical pourrait être obtenue en effectuant une comparaison entre les différentes figures professionnelles qui interviennent durant l'acte abortif : les gynécologues, incontournables de par la responsabilité de premier plan qui leur a été attribuée par la loi 194, mais aussi les anesthésistes et, dans certaines configurations hospitalières, les infirmier·ères. En outre, dans les *consultori*, en amont et en aval de l'intervention, peuvent être présent·es des psychologues ou des travailleur·ses sociaux·les. L'avortement crée ainsi un microcosme qui voit se confronter différents profils professionnels. Il serait, dès lors, intéressant de chercher à comprendre ce qui les rassemble et ce qui les différencie, dans leur rapport à l'avortement, et comment un même acte de travail peut assumer des significations différentes en fonction des groupes professionnels (Serre & al. 2010, Paillet 2007).

Bibliographie

AGENZIA REGIONALE DI SANITÀ DELLA TOSCANA, 2016, « Le interruzioni volontarie di gravidanza », http://159.213.57.198/files/pubblicazioni/Volumi/2016/Doc_ARS_85_11_3_2016_web.pdf

AGENZIA REGIONALE DI SANITÀ DELLA TOSCANA, 2018, « Le interruzioni volontarie di gravidanza in Toscana », *In cifre*, n. 16, pp. 1-21

ARBORIO Anne-Marie, 1995, « Quand le ‘sale-boulot’ fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l’hôpital », *Sciences sociales & santé*, vol. 13, n. 3, pp. 93-126

ATAY Hazel, PERIVIER Hélène, GEMZELL-DANIELSSON Kristina, GUILLEMINOT Jean, HASSOUN Danielle, HOTTOIS Judith, GOMPERS Rebecca, LEVRIER Emmanuelle, 2021, « Why women choose at-home abortion via teleconsultation in France : drivers of telemedicine abortion during and beyond the COVID-19 pandemic », *BMJ Sexual & Reproductive Health*, n. 47, pp. 285-292

AUTORINO Tommaso, MATTIOLI Francesco, MENCARINI Letizia, 2020, « The impact of gynecologists’ conscientious objection on abortion access », *Social Science Research*, n°87, 102403

BALZANO Alice, 2013, « Il caso Italia: medicina riproduttiva e obiezione di coscienza », *Revista de bioética y derecho*, n. 29, pp. 11-23

BALZANO Alice, 2020, « Corpi compromessi : i nostri aborti tra sanzioni e obiezioni », SETTEMBRINI Cinzia, *Obiezione respinta ! Diritto alla salute e giustizia riproduttiva*, Reggio Calabria, Prospero Editore, pp. 143-158

BAJOS Nathalie & BOZON Michel, 2008, *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte

BAJOS Nathalie & FERRAND Michèle, 2006, « L’interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative », *Sociétés contemporaines*, n. 61, pp. 91-117

BAJOS Nathalie & FERRAND Michèle, 2011, « De l'interdiction au contrôle : les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement », *Revue française des affaires sociales*, n. 1, pp. 42-60

BAJOS Nathalie, MOREAU Caroline, LERIDON Henri, FERRAND Michèle, 2004, « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? », *Populations & Sociétés*, n. 407, pp. 1-4

BASZANGER Isabelle, 1981, « Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, vol. 22, n. 2, pp. 223-245

BATEMAN Simone, 2006, « De la neutralité axiologique face à une pratique moralement controversée », *Travail, genre et sociétés*, vol. 15, n. 1, pp. 169-175

BEAUD Stéphane, 1996, « L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l' 'entretien ethnographique' », *Politix*, vol. 35, n. 9, pp. 226-257

BEAUD Stéphane & WEBER Florence, 2010, *Guide de l'enquête de terrain*, Paris, La Découverte

BECKER Howard, 1985, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Editions Métailié

BELIARD Aude & EIDELIMAN Jean-Bastien, 2008, « Au-delà de la déontologie. Anonymat et confidentialité dans le travail ethnographique », BENSA Alban & FASSIN Didier (dir.), *Les politiques de l'enquête*, Paris, La Découverte, pp. 123-141

BÉRAUD Céline, 2021, *La bataille du genre*, Domont, Librairie Arthème Fayard

BEYNON-JONES Siân, 2013a, « Expecting motherhood? Stratifying reproduction in 21st-century Scottish abortion practice », *Sociology*, vol. 47, n. 3, pp. 509-525

BEYNON-Jones Siân, 2013b, « 'We view it as a contraceptive failure' : containing the

'multiplicity' of contraception and abortion within Scottish reproductive healthcare », *Social science & medicine*, n. 80, pp. 105-112

BIDET Alexandra, 2011, *L'engagement dans le travail. Qu'est-ce que le vrai boulot ?*, Paris, PUF

BIZEUL Daniel, 1998, « Le récit des conditions d'enquête : exploiter l'information en connaissance de cause », *Revue française de sociologie*, vol. 39, n. 4, pp. 751-787.

BLANCHET Alain & GOTMAN Anne, 2015, *L'entretien*, Malakoff, Dunod Editeur

BO Marco, ZOTTI Carla Maria & CHARRIER Lorena, 2017, « The *no correlation* argument : can the morality of conscientious objection be empirically supported ? the Italian case », *BMC Medical Ethics*, vol. 18, n. 64, <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0221-x>

BOLTANSKI Luc, 2004, *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard

BOLTON Sharon, 2005, « Women's work, dirty work : the gynaecology nurse as other », *Gender, work and organization*, vol. 12, n. 2, pp. 169-186

BOREL Myriam, 2018, « Les sages-femmes, nouvelles prescriptrices de la santé sexuelle et reproductive ? », *Transversales*, n. 13, URL : <https://hal-univ-bourgogne.archives-ouvertes.fr/hal-02060074/document>

BOREL Myriam, 2020, « Évolutions des dispositifs de prise en charge de l'IVG et reconfigurations de l'expertise médicale en matière d'orthogénie », *Transversales*, n. 16, URL : <http://tristan.u-bourgogne.fr/CGC/prodscientifique/Transversales.html>

BOUILLON, Florence, 2005, « Pourquoi accepte-t-on d'être enquêté ? : le contre-don, au cœur de la relation ethnographique », BOUILLON Florence, FRESIA Marion & TALLIO Virginie, *Terrains sensibles : expériences actuelles de l'anthropologie*, Paris, Éditions de l'EHESS

BRUNET Laurence & GUYARD-NEDELEC Alexandrine (dir.), 2018, « *Mon corps, mes droits !* » *L'avortement menacé ? Panorama socio-juridique : France, Europe, États-Unis*, Paris, Mare & Martin

CAHEN Fabrice, 2011, « De l' 'efficacité' des politiques publiques : la lutte contre l'avortement criminel en France, 1890-1950 », *Belin Revue d'histoire moderne & contemporaine*, vol. 58, n. 3, pp. 90-117

CARRICABURU Danièle & MÉNORET Marie, 2004, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin

CARUSO Elena, 2020, « Abortion in Italy : forty years on », *Feminist legal studies*, n. 28, pp. 87-96

CASTRA Michel & CRESSON Geneviève, 2008, « Émotions et sentiments dans le travail de soin professionnel et profane », FERNANDEZ Fabrice, LÉZÉ Samuel & MARCHE Hélène (dir.), *Le langage social des émotions. Études sur les rapports au corps et à la santé*, Paris, Economica, pp. 52-75

CAVALLI Samuele & GOUILERS-HERTIG Solène, 2014, « Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes dans le suivi de la grossesse : une complémentarité sous contrôle médical ? », BURTON-JEANGROS Claudine (éd.), *Accompagner la naissance. Terrains socio-anthropologiques en Suisse romande*, Bangkok, BNB Press, pp. 85-106

CHAUVIN Sébastien, 2017, « Les placards de l'ethnographe », LEROUX Pierre Leroux & NEVEU Erik (dir.), *En immersion. Approches ethnographiques en journalisme, littérature et sciences sociales*, Rennes, Presses universitaires de Rennes

CHAMBOREDON Hélène, PARIS Fabienne, SURDEZ Muriel, WILLEMEZ Laurent, 1994, « S'imposer aux imposants. À propos de quelques obstacles rencontrés par des sociologues débutants dans la pratique et l'usage de l'entretien », *Genèses*, n. 16, pp. 114-132

CHARRIER Philippe & CLAVANDIER Gaëlle, 2013, *Sociologie de la naissance*, Paris, Armand Colin

CHARRIER Philippe, 2007, « Des hommes chez les sages-femmes. Vers un effet de segmentation ? », *Sociétés contemporaines*, vol. 67, n. 3, pp. 95-118

COLEN Shellee, 1995, « Like a mother to them : stratified reproduction and west Indian childcare workers and employers in New York », GINSBURG Faye & RAPP Rayna, *Conceiving the new world order: the global politics of reproduction*, Berkeley, University of California Press, pp. 78-102

COMMITTEE ON THE ELIMINATION OF DISCRIMINATION AGAINST WOMEN, 2017, *List of issues and questions in relation to the seventh periodic report of Italy*, <https://www.refworld.org/publisher,CEDAW,,ITA,52120fda4,0.html>

CORTE COSTITUZIONALE, 1975, « Sentenza n. 27 del 18 febbraio 1975 », *Gazzetta Ufficiale*, n. 55

CÔTÉ Isabelle, 2013, « Analyse féministe du syndrome postavortement : la déconstruction d'un mythe véhiculé par le mouvement pro-vie », *Reflets*, vol. 19, n. 1, pp. 65-84

D'ANTUONO Emilia, 2007, « 'Désenchantement' du corps féminin et 'sacralité de la vie' », *Noesis*, n. 12, pp. 265-277

D'YVOIRE Jean, 2006, « L'irruzione del feto nel mondo dell'immagine e dell'immaginario (ovvero lo svelamento del segreto ?) », PANCINO Claudia & D'YVOIRE Jean, *Formato nel segreto. Nascituri e feti fra immagini e immaginario dal XVI al XXI secolo*, Rome, Carocci, pp. 127-189

DADLEZ Eva M. & ANDREWS William, 2010, « Post-abortion syndrome : creating an affliction », *Bioethics*, vol. 24, n. 9, pp. 445-452

DARMON Muriel, 2005, « Le psychiatre, la sociologue et la boulangère : analyse d'un refus de terrain », *Genèses*, vol. 58, n. 1, pp. 98-112

DARMON Muriel, 2016, *La socialisation*, Paris, Dunod Editeur

DE ZORDO Silvia, 2016, « Lo stigma dell'aborto e l'obiezione di coscienza : l'esperienza e le opinioni dei ginecologi in Italia e in Catalogna (Spagna) », *Journal of history of medicine*, vol. 28, n. 1, pp. 195-248

DE ZORDO Silvia, 2018, « From women's 'irresponsibility' to foetal 'patienthood': Obstetricians-gynecologists' perspectives on abortion and its stigmatization in Italy and Cataluña », *Global public health*, vol. 13, n. 6, pp. 711-723

DE ZORDO Silvia, MISHTAL Joanna & ANTON Lorena, 2016, « Introduction », DE ZORDO Silvia, MISHTAL Joanna & ANTON Lorena (éd.), *A fragmented landscape. Abortion governance and protestlogics in Europe*, Oxford, Berghahn Books, pp. 1-19

DEBEST Charlotte & HERTZOG Irène-Lucile, 2017, « Désir d'enfant – devoir d'enfant. Le prix de la procréation », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, vol. 48, n. 2, pp. 29-51

Decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285, « Approvazione del regolamento di polizia mortuaria », *Gazzetta Ufficiale*, n. 239

DEMAZIERE Didier & GALEA Charles, 2009, *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte

DERBEZ Benjamin, 2010, « Négocier un terrain hospitalier. Un moment critique de la recherche en anthropologie médicale », *Genèses*, vol. 78, n. 1, pp. 105-120

DEVREUX Anne-Marie, 1982, « De la dissuasion à la normalisation : le rôle des conseillères dans l'entretien PRE-IVG », *Revue française de sociologie*, vol. 23, n. 3, pp. 455-475

DIVAY Sophie, 2004, « L'avortement : une déviance légale », *Déviance & société*, vol. 28, n. 2, pp. 195-209

DOMENICI Irene, 2018, « Obiezione di coscienza e aborto : prospettive comparate », *Biolaw Journal*, n° 31, pp. 19-31

DORLIN Elsa, 2009, *La matrice de la race. Généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*, Paris, La Découverte

DRULHE Marcel, 2000, « Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier », CRESSON Geneviève & SCHWEYER François-Xavier, *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Presses de l'EHESP, pp. 15-29

EHRENREICH Barbara & ENGLISH Deirdre, 1976, *Sorcières, sages-femmes et infirmières. Une histoire des femmes et de la médecine*, Montréal, Les éditions du remue-ménage

EUROPEAN COMMITTEE OF SOCIAL RIGHTS, 2018, *Follow-up to decisions on the merits of collective complaints*, <https://rm.coe.int/findings-2018-on-collective-complaints/168091f0c7>

FEUILLET-LIGER Brigitte & PORTIER Philippe, 2012, « Religion et bio-droit en France. Vers une post-sécularité juridique? », FEUILLET-LIGER Brigitte & PORTIER Philippe (dir.), *Droit, éthique et religion : de l'âge théologique à l'âge bioéthique*, Bruxelles, Bruylant, pp. 343-376

FERNANDEZ Fabrice, 2005, « L'engagement émotionnel durant l'enquête sociologique : retour sur une observation 'anonyme' auprès d'ex-usagers de drogues », *Carnets de bord de la recherche en sciences humaines*, pp. 78-87, hal-00488078

FERRAND Michèle, 1982, « Médicalisation et contrôle social de l'avortement. Derrière la loi, les enjeux », *Revue française de sociologie*, vol. 23, n. 3, pp. 383-396

FERRAND Michèle, 1988, « Les médecins face à l'avortement », *Sociologie du travail*, vol. 30, n. 2, pp. 367-380

FERRARI Alessandro, 2012, « Le catholicisme dans la construction de l'ordre juridique italien », FEUILLET-LIGER Brigitte & PORTIER Philippe (dir.), *Droit, éthique et religion : de l'âge théologique à l'âge bioéthique*, Bruxelles, Bruylant, pp. 228-240

FLORES ESPÍNDA Artemisa, 2012, « Subjectivité et connaissance : réflexions sur les épistémologies du 'point de vue' », *Cahiers du genre*, vol. 53, n. 2, pp. 99-120

FOUCAULT Michel, 1997, "*Il faut défendre la société*". *Cours au Collège de France (1975-1976)*, Paris, Gallimard Seuil

FOURNIER Pierre, 2006, « Le sexe et l'âge de l'ethnographe : éclairants pour l'enquête, contraignants pour l'enquêteur », *ethnographiques.org*, n. 11

FUSULIER Bernard, 2011, « Le concept d'éthos. De ses usages classiques à un usage renouvelé », *Recherches sociologiques et anthropologiques*, vol. 42, n. 1, pp. 97-109

GALEOTTI Giada, 2003, *Storia dell'aborto*, Bologna, Il Mulino

GARELLI Franco, 2014, « Religione e politica in Italia : i nuovi sviluppi », *Quaderni di sociologia*, n. 66, pp. 9-26

GARELLI Franco, 2016, « Catholicisme italien en tension : Église d'une partie, Église du peuple », *Société, droit et religion*, n. 6, pp. 67-77

GELLY Maud, 2006, *Avortement et contraception dans les études médicales. Une formation inadaptée*, Paris, L'Harmattan

GELLY Maud, MARIETTE Audrey, PITTI Laure, 2021, « Santé critique. Inégalités sociales et rapports de domination dans le champ de la santé », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 236-237, n. 1, pp. 4-19

GIOVANNELLI Ilaria & PACILLI Maria Giuseppina, 2019, « Storia e contemporaneità dell'interruzione volontaria di gravidanza e dei processi di stigmatizzazione a carico dei diversi attori coinvolti », *La camera blu*, n°20, pp. 5-28

GIRAUD Anne-Sophie, « Le corps embryonnaire et fœtal dans une approche relationnelle », *Recherches familiales*, vol. 11, n. 11, pp. 9-17

GISSI Alessandra, 2006, *Le segrete manovre delle donne. Levatrici in Italia dall'Unità al fascismo*, Rome, Biblink

GISSI Alessandra, 2007, « 'La levatrice moderna'. Professione e identità nelle riviste di settore », BARTOLONI Stefania (dir.), *Per le strade del mondo. Laiche e religiose fra Otto e Novecento*, Bologne, Il Mulino, pp. 287-311

GOFFMAN Erving, 1975, *Stigmaté. Les usages sociaux du handicap*, Paris, Minuit

GRIBALDO Alessandra, JUDD J. Maya & KERTZER I. David, 2009, « An imperfect contraceptive society : Fertility and contraception in Italy », *Population and development review*, vol. 35, n. 3, pp.551-584

GUILLAUME Agnès & ROSSIER Clémentine, 2018, « L'avortement dans le monde. Etat des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences », *Population*, vol. 73, n.2, pp. 225-322

GUYARD Laurence, 2010, « Chez la gynécologue. Apprentissage de normes corporelles et sexuelles féminines », *Ethnologie française*, vol. 40, n. 1, pp. 67-74

GUYARD Laurence, 2014, « Jeux et enjeux du genre dans la consultation gynécologique », MONJARET Anne et PUGEAULT Catherine, *Le sexe de l'enquête. Approches sociologiques et anthropologiques*, Lyon, ENS Éditions

HARRAWAY Donna, 1988, « Situated knowledge : the science question in feminism and the privilege of patriarchal perspective », *Feminist studies*, vol. 14, n. 3, pp. 575-599

HANAFIN Patrick, 2006, « Gender, citizenship and human reproduction in contemporary Italy », *Feminist legal studies*, n. 14, pp. 329-352

HANAFIN Patrick, 2009, « Refusing disembodiment : abortion and the paradox of reproductive rights in contemporary Italy », *Feminist Theory*, vol. 10, n. 2, pp. 227-244

HEINEN Jacqueline, 2013, « Normes religieuses et statut des femmes par-delà nations et continents », ROCHEFORT Florence & SANNA Maria Eleonora (dir.), *Normes religieuses et genre*, Paris, Armand Colin, pp. 279-290

HERTZOG Irène-Lucile & MATHIEU Marie, 2021, « Pour une analyse globale, internationale et interdisciplinaire du travail procréatif », *Enfances Familles Générations*, vol. 38, n. 38, DOI 10.7202/1086950ar

HORELLOU-LAFARGE Chantal, 1982, « Une mutation dans les dispositifs du contrôle social : le cas de l'avortement », *Revue française de sociologie*, vol. 23, n. 3, pp. 397-416

HOSCHILD Arlie, 2003, « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, vol. 9, n. 1, pp. 19-49

HUGHES Everett, 1996, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Éditions de l'EHESS

ISAMBERT François-André, 1982, « Une sociologie de l'avortement est-elle possible ? », *Revue française de sociologie*, vol. 23, n. 3, pp. 359-381

JEAN-PAUL II, 1995, « Evangelium Vitae », publié le 25/03/1995, consulté le 19/11/2020, URL : http://www.vatican.va/content/john-paul-ii/it/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html

JOURDAN Clara, 1976, *Insieme contro. Esperienze dei consultori femministi*, Milan, La salamandra

KAUFMANN Jean-Claude, 2016, *L'entretien compréhensif*, Malakoff, Dunod Editeur

KNIBIEHLER Yvonne, 2016, *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu duXXème siècle*, Rennes, Presses de l'EHESS

KNIBIEHLER Yvonne, 2017, *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, Paris, Presses Universitaires de France

KRAUSE Elizabeth L., 2001, « 'Empty cradles' and the quiet revolution: demographic discourse and cultural struggles of gender, race, and class in Italy », *Cultural Anthropology*, vol. 16, n. 4, pp. 576- 611

KRAUSE Elizabeth L. & MARCHESI Milena, 2007, « Fertility politics as 'social viagra' : reproducing boundaries, social cohesion, and modernity in Italy », *American Anthropologist*, vol. 109, n. 2, pp. 350-362

KUMAR Anuradha, HESSINI Leila, MITCHELL Ellen M.H., 2009, « Conceptualizing abortion stigma », *Culture, Health & Society*, vol. 6, n. 11, pp. 625-639

LADRIERE Paul, 1982, « Religion, morale et politique : le débat sur l'avortement », *Revue française de sociologie*, vol. 23, n. 3, pp. 417-454

LAÉ Jean-François, 2002, « Émotion et connaissance. L'emprise du sensible dans l'enquête sociologique », *Sociétés et représentations*, n° 13, p. 247-257

LALLI Chiara, 2013, *La verità, vi prego, sull'aborto*, Rome, Fandango

LAURENS Sylvain, 2007, « 'Pourquoi' et 'comment' poser les questions qui fâchent ? Réflexions sur les dilemmes récurrents que posent les entretiens avec des 'imposants' », *Genèses*, vol. 69, n. 4, pp. 112-127

LE DÛ Maï, 2019, « Synthèse entre *cure* et *care* : les sages-femmes déboussolent le genre », *Clio. Femmes, genre, histoire*, vol. 49, n. 1, pp. 137-151

LEGAVRE Jean-Baptiste, 1996, « La 'neutralité' dans l'entretien de recherche. Retour personnel sur une évidence », *Politix*, vol. 9, n. 35, pp. 207-225

LHUILIER Dominique, 2005, « Le 'sale boulot' », *Travailler*, vol. 14, n. 2, pp. 73-98

LONGINO Helene E., 1993, « Subjects, power, and knowledge : description and prescription in feminist philosophies of science », ALCOFF Linda & POTTER Elizabeth (éd.), *Feminist epistemologies*, New York, Routledge, pp. 101-120

LORIOU Marc & CAROLY Sandrine, 2008, « Le contrôle des émotions au travail. Le cas des infirmières hospitalières et des policiers de voie publique », FERNANDEZ Fabrice, LÉZÉ Samuel & MARCHE Hélène (dir.), *Le langage social des émotions. Études sur les rapports au corps et à la santé*, Paris, Economica, pp. 76-104

Manuale di autocura e autogestione aborto, 1975, Roma, Savelli – Stampa alternativa

MARCHESI Milena, 2012, « Reproducing Italians : contested biopolitics in the age of ‘replacement anxiety’ », *Anthropology & Medicine*, vol. 19, n. 2, pp. 171-188

MASSE Raymond, 2015, *Anthropologie de la morale et de l'éthique*, Laval, Presses de l'Université de Laval

MATHIEU Marie, 2017, « Derrière l'avortement, les cadres sociaux de l'autonomie des femmes. Refus de maternité, sexualité et vies des femmes sous contrôle. Une comparaison France-Québec », Thèse de doctorat en sociologie, Université du Québec à Montréal et Université Paris 8 Vincennes- Saint-Denis

MATHIEU Marie & RUAULT Lucile, 2014, « Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale : la classe des femmes sous surveillance », *Politix*, n. 107, vol. 3, pp. 33-59

MATHIEU Marie & RUAULT Lucile, 2017, « Présentation. Une incursion collective sur un terrain éclaté pour une approche matérialiste des activités liées à la production des êtres humains », *Recherches sociologiques & anthropologiques*, vol. 48, n. 2, pp. 1-27

MATHIEU Nicole-Claude, 1973, « Homme-culture et femme-nature ? », *L'Homme*, vol. 13, n. 3, pp. 101-113

MATHIEU Séverine, 2021, « Des normes procréatives sécularisées ? L'opposition catholique française à l'ouverture de la PMA aux couples de femmes et aux femmes seules », *Enfances Familles Générations* [en ligne], n. 38, mis en ligne le 15 octobre 2021, consulté le 17 août 2022, URL : <http://journals.openedition.org/efg/11877>.

MATTALUCCI Claudia, 2012, « Pro-life activism, abortion and subjectivity before birth : discursive practices and anthropological perspectives », *Mediterranean journal of social sciences*, vol. 3, n. 10, pp. 109-118

MATTALUCCI Claudia, 2018, « Abortion and women's bodily and mental health : the language of trauma in the public debate on abortion in Italy », *Antropologia*, vol. 5, n. 2, pp. 75-94

MATTALUCCI Claudia, MISHTAL Joanna & DE ZORDO Silvia, 2018, « Emerging contestations of abortion rights : new discourses and political strategies at the intersection of rights, health and law », *Antropologia*, vol. 5, n. 2, pp. 7-12

MAURI Paola Agnese, CERIOTTI Elisabetta, SOLDI Marina, NILDE GUERRINI CONTINI Norma, 2015, « Italian midwives' experiences of late termination of pregnancy. A phenomenological-hermeneutic study », *Nursing and health sciences*, vol. 17, pp. 243-249

MEMBRADO Monique, 2001, « La décision médicale entre expertise et contrôle de la demande : le cas des interruptions de grossesse pour motif thérapeutique », *Sciences sociales et santé*, vol. 19, n. 2, pp. 31-61

MEMBRADO Monique, 2006, « Les femmes dans le champ de la santé : de l'oubli à la particularisation », *Nouvelles questions féministes*, vol. 25, n. 2, pp. 16-31

MEMMI Dominique, 2003, *Faire vivre et laisser mourir. Le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*, Paris, La Découverte

MEMMI Dominique, 2005, « Administration du vivant et sacralité », *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, vol. 87, n. 3, pp. 143-157

MEMMI Dominique, 2011, *La seconde vie des bébés morts*, Paris, Éditions de l'EHESS

MEMMI Dominique, 2016, « Une discrète naturalisation de la maternité : le for intérieur féminin face aux aléas de la reproduction », *Sociologie*, vol. 7, n. 4, pp. 413-422

MEMMI Dominique, RAVENEAU Gilles, TAÏEB Emmanuel, 2011, « Introduction. La fabrication du dégoût », *Ethnologie française*, vol. 41, n. 1, pp. 5-16

MERCADIER Catherine, 2002, *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*, Paris, Seli Arslan

MILLAR Erica, 2020, « Abortion stigma as a social process », *Women's studies International Forum*, vol. 78, art n. 102328

MINISTERO DELLA SALUTE, 2020a, *Il personale del sistema sanitario italiano – anno 2018*, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3011_allegato.pdf

MINISTERO DELLA SALUTE, 2020b, « Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone e prostaglandine », https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3039_allegato.pdf

MINISTERO DELLA SALUTE, 2022, *Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78). Dati definitivi 2020*, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3236_allegato.pdf

MISHTAL Joanna, 2009, « Matters of 'conscience' : the politics of reproductive healthcare in Poland », *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 23, n. 2, pp. 161-183

NICCOLAI Silvia, 2005, « La legge sulla fecondazione assistita e l'eredità dell'aborto », *cosituzionalismo.it*, n. 2

NORRIS Alison, BESSETT Danielle, STEINBERG Julia R., KAVANAUGH Megan, DE ZORDO Silvia, BECKER Davida, 2011, « Abortion stigma : a reconceptualization of constituents, causes and consequences », *Women's health issues*, vol. 21, n. 35, pp. 49-54

OBIEZIONE RESPINTA, 2020, « Quel corpo sono io. Raccontarci per rompere i tabù, mappare l'obiezione per auto-organizzarci », SETTEMBRINI Cinzia, *Obiezione Respinta ! Diritto alla salute e giustizia riproduttiva*, Reggio Calabria, Prospero Editore, pp. 17-40

NOVAES Simone, 1982, "Les récidivistes", *Revue française de sociologie*, vol. 23, n. 3, pp. 473-485

OLIVIER Alice, 2015, « Des hommes en école de sages-femmes. Sociabilités étudiantes et recomposition des masculinités », *Terrains & travaux*, vol. 27, n. 2, pp. 79-98

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1995, « La politique du terrain », *Enquête. Archives de la revue Enquête*, n. 1, pp. 71-109

OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2000, « Le 'je' méthodologique. Implication et explicitation dans l'enquête de terrain », *Revue française de sociologie*, vol. 41, n. 3, pp. 417-445.

PAILLÉ Pierre & MUCCHIELLI Alex, 2012, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin

PAILLET Anne, 2007, *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation natale*, Paris, La Dispute

PAILLET Anne, 2021, « Valeur sociale des patient-e-s et différenciation des pratiques des médecins. Redécouvrir les enquêtes de Glaser & Strauss, Sudnow et Roth », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 236-237, n. 1, pp. 20-39

PANCINO Claudia, 1984, *Il bambino e l'acqua sporca. Storia dell'assistenza al parto dalla mammane alle ostetriche (secoli XVI-XIX)*, Milan, Franco Angeli

PANCINO Claudia & D'YVOIRE Jean, 2006, *Formato nel segreto. Nascituri e feti fra immagini e immaginario dal XVI al XXI secolo*, Rome, Carocci

PARLAMENTO ITALIANO, 1975, « Legge 29 luglio 1975, n. 405. Istituzione dei consultori famliari », *Gazzetta Ufficiale*, n. 227

PARLAMENTO ITALIANO, 1978, « Legge 22 maggio 1978, n. 194. Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza », *Gazzetta Ufficiale*, n. 140

PARLAMENTO ITALIANO, 1996, « Legge 31 gennaio 1996, n. 34. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1 dicembre 1995, n. 509, recante disposizioni urgenti in materia di strutture e di spese del Servizio sanitario nazionale », *Gazzetta Ufficiale*, n. 25

PARLAMENTO ITALIANO, 2004, « Legge 19 febbraio 2004, n. 40. Norme in materia di procreazione medicalmente assistita », *Gazzetta Ufficiale*, n. 45

PARLAMENTO ITALIANO, 2016, « Decreto legislativo 15 gennaio 2016, n. 8. Disposizioni in materia di depenalizzazione, a norma dell'articolo 2, comma 2, della legge 28 aprile 2014, n. 67 », *Gazzetta Ufficiale*, n. 17

PERINI Lorenza, 2010, « Quando la legge non c'era. Storie di donne e aborti clandestini prima della legge 194 », *Storicamente*, n. 6, DOI: 10.1473/stor81

QUAGLIARIELLO Chiara, 2018, « Beyond medical bureaucracy. An inquiry into women's right to abortion in Italy », *Antropologia*, vol. 5, n. 2, pp. 95-111

RATZINGER Joseph, 2004, "Lettera ai vescovi della chiesa cattolica sulla collaborazione dell'uomo e della donna nella chiesa e nel mondo", publié le 31/05/2004, consulté le 21/11/2020, URL : http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20040731_collaboration_it.html

RIVOLTA FEMMINILE, 2010 [1971], « Sessualità femminile e aborto », LONZI Carla, *Sputiamo su Hegel e altri scritti*, Milan, Et al./ Edizioni, pp. 53-60

RUAULT Lucile, 2015, « La force de l'âge du sexe faible. Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine », *Nouvelles questions féministes*, vol. 34, n. 1, pp. 35-50

RUAULT Lucile, 2021a, « Apprendre à (s') avorter. À propos des modes d'élaboration et de validation des savoirs dans des groupes profanes de pratique abortive militante », *Zilsel*, vol. 9, n. 2, pp. 257-270

RUAULT Lucile, 2021b, « Histoire 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*, vol. 121, n. 1, pp. 139-170

SANNA Maria Eleonora, 2013, « Le discours catholique contemporain sur le genre : un tournant néolibéral ? », ROCHEFORT Florence & SANNA Maria Eleonora (dir.), *Normes religieuses et genre*, Paris, Armand Colin, pp. 291-302

SANNA Maria Eleonora & ROCHEFORT Florence, 2013, « Introduction », ROCHEFORT Florence & SANNA Maria Eleonora (dir.), *Normes religieuses et genre*, Paris, Armand Colin, pp. 9-22

SCARFO GHELLAB Grazia, 2015, « L'auto-socio-analyse du sociologue ou les conditions pour garantir la rigueur scientifique de la sociologie », *SociologieS*, DOI 10.4000/sociologies.5145

SCHWEYER François-Xavier, 1996, « La profession de sage-femme. Autonomie au travail et corporatisme protectionniste », *Sciences sociales & santé*, vol. 14, n. 3, pp. 67-102

SCHWEYER François-Xavier, 2004, « La transformation des normes professionnelles des médecins hospitaliers », SCHWEYER François-Xavier, PENNEC Simone, CRESSON Geneviève & BOUCHAYER Françoise, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, pp. 117-134

SCIRÈ Giambattista, 2008, *L'aborto in Italia.. Storia di una legge*, Milan, Mondadori

SERRE Delphine, AVRIL Christelle, CARTIER Marie, 2010, *Enquêter sur le travail : concepts, méthodes, récits*, Paris, La Découverte

SPENCER Brenda, 1999, « La femme sans sexualité et l'homme irresponsable », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 128, pp. 29-33

SPINA Elena, 2014, « La professione ostetrica : mutamenti e nuove prospettive », *Cambio*, vol. 4, n. 7, pp. 53-63

STRAUSS Anselm, 1992, « L'hôpital et son ordre négocié », *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger, Paris, L'Harmattan, pp. 87-112

THIZY Laurine, GAUGLIN Mélodie, VINCENT Justine, 2021, « 'Se raconter' sur le terrain : le récit de soi comme ressource méthodologique », *Genèses*, vol. 123, n. 2, pp. 115-135

THIZY Laurine, 2021, « Esquiver le stigmate lié à l'avortement. Le 'travail d'invisibilisation' comme renforcement du travail procréatif », *Enfances Familles Générations* [en ligne], n. 38, mis en ligne le 15 octobre 2021, consulté le 02 juin 2022. URL : <http://journals.openedition.org/efg/11732>

TOURAILLE Priscille, 2011, « Du désir de procréer : des cultures plus naturalistes que la Nature ? », *Nouvelles questions féministes*, vol. 30, n. 1, pp. 52-62

TOURAILLE Priscille, 2013, « La croisade catholique contre le genre au prisme de la biologie évolutive : l'enjeu de la procréation », ROCHEFORT Florence & SANNA Maria Eleonora (dir.), *Normes religieuses et genre*, Paris, Armand Colin, pp. 123-136

TOUSIJN Willem, 2002, « Medical dominance in Italy : a partial decline », *Social science & medicine*, n. 55, pp. 733-741

TREVES Anna, 2007, « L'Italie, de la surnatalité aux 'berceaux vides'. Réalités, représentations et politiques démographiques (1945-2005) », *Vingtième siècle. Revue d'histoire*, vol. 95, n. 3, pp. 45- 61

TROMBETTA Pino Lucà, 2010, « Sacralità della vita e legge naturale. Un'analisi sociologica del discorso cattolico », *Intersezioni*, n. 1, pp. 5-25

UNNITHAN Maya & DE ZORDO Silvia, 2018, « Introduction. Re-situating abortion : bio-politics, global health and rights in neo-liberal times », *Global public health*, vol. 13, n. 6, pp. 657-661

UN HUMAN RIGHTS COMMITTEE, 2017, *Concluding observations on the sixth periodic reports of Italy*, <https://www.refworld.org/docid/591e9a6b4.html>

VENTOLA Cécile, 2014, « Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées », *Genre, sexualité & société* [En ligne], n. 12, mis en ligne le 01 décembre 2014, consulté le 30 août 2022. URL : <http://journals.openedition.org/gss/3215> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/gss.3215>

VENTURA Marco, 2012, « Un biodroit à la fois laïc et catholique : la schizophrénie italienne », FEUILLET-LIGER Brigitte & PORTIER Philippe (dir.), *Droit, éthique et religion : de l'âge théologique à l'âge bioéthique*, Bruxelles, Bruylant, pp. 377-396

VEZINAT Nadège, 2016, *Sociologie des groupes professionnels*, Malakoff, Dunod Editeur

WEBER Jean-Christophe, ALLAMEL-RAFFIN Catherine, RUSTERHOLTZ Thierry, PONS Isabelle, GOBATO Isabelle, 2008, « Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical : entre indications cliniques et embarras éthiques », *Sciences sociales et santé*, vol. 26, n. 1, pp. 93-120

WILSON Perry, 2011, *Italiane. Biografia del Novecento*, Bari, Laterza

ZARCA Bernard, « L'éthos professionnel des mathématiciens », *Revue française de sociologie*, vol. 50, n. 2, pp. 351-384

Sites internet

Agenzia Regionale della Sanità Toscana, « Nascere in Toscana : indicateurs sulla nascita, il neonato e l'interruzione volontaria di gravidanza », https://www.ars.toscana.it/banche-dati/dati-sintesi-sintmatinfvg-?provenienza=sintesimatinf&dettaglio=ric_geo_matinfvg&par_top_geografia=090, consulté le 08/06/22

Agenzia Regionale della Sanità Toscana, « Ginecologi obiettori », https://www.ars.toscana.it/banche-dati/dettaglio_indicatore-2354-ginecologi-obiettori?provenienza=home_ricerca&par_top_geografia=090&dettaglio=ric_anno_osp_matin_fcap, consulté le 08/06/22

Associazione Luca Coscioni, « Legge 194 Mai Dati », <https://www.associazionelucacoscioni.it/cosa-facciamo/aborto-e-contraccezione/legge-194-mai-dati>, consulté le 11/06/2022

Center for reproductive rights, « The world's abortion laws », <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws>, consulté le 15/06/2022

« Europe Abortion Access Project », <http://europeanabortionaccessproject.org>, consulté le 02/06/21

« IVG, ho abortito e sto benissimo! », <http://hoabortitoestobenissimo.blogspot.com/>, consulté le 25/11/20

« Obiezione Respinta », www.obiezionerespinta.org, consulté le 17/11/20

Annexes

Annexe 1. Présentation du projet de recherche

Je m'appelle Camille Maes. Je suis citoyenne belge, résidant en Italie depuis sept ans (en province de Pise). Je suis étudiante en sociologie à l'Université de Caen-Normandie (France).

Dans le cadre du mémoire de fin d'études, je mène une recherche sur le travail des sages-femmes actives dans le secteur public en Italie. Mon objectif est de percevoir ce que signifie exercer ce métier aujourd'hui ; je voudrais comprendre ce que font concrètement les sages-femmes dans la pratique quotidienne de leur travail, ce que le fait de travailler à l'hôpital ou au *consultorio* implique, comment les sages-femmes perçoivent leur propre métier, comment elles arrivent à exercer cette profession, etc. En outre, au-delà de ces considérations plus générales, j'ai choisi d'effectuer un focus sur un aspect particulier du travail obstétrique, c'est-à-dire la prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse. À cet égard, je cherche à définir quelles sont les pratiques actuelles mais aussi de définir les différentes formes que peut prendre le rapport des sages-femmes à cette intervention.

La méthodologie adoptée pour la recherche est de type qualitative. Elle prévoit la réalisation d'entretiens individuels avec des sages-femmes qui travaillent dans le secteur public afin d'écouter l'expérience personnelle, la trajectoire et le vécu quotidien de chacune. Il s'agit, concrètement, d'une discussion d'une heure-une heure et demi durant laquelle nous discuterons des thématiques énoncées ci-dessus. Cet entretien pourra se réaliser dans un lieu et à un moment à décider ensemble. L'anonymat est garanti.

Je suis, dès lors, à la recherche de sages-femmes actives dans le secteur public qui sont disposées à me rencontrer pour discuter de ces sujets et je remercie quiconque peut me donner un coup de main dans mon travail !

Merci de l'attention,

Camille Maes

Annexe 2. Galerie de portraits

Alberto est un gynécologue travaillant à l'hôpital de Pistoia. À 52 ans, il n'est pas marié mais en couple avec Antonella, sage-femme à l'hôpital de Cecina et autre membre du corpus d'enquêtées. Originaire de Milan (nord d'Italie), il s'est déplacé en Toscane dans sa jeunesse et a réalisé ses études de médecine ainsi que sa spécialisation en gynécologie à l'Université de Pise, durant les années 80-90. Il a commencé sa carrière comme objecteur de conscience, pour ensuite changer de position.

Sofia est une jeune femme de 31 ans. Elle vit à Cecina, ville dont elle est originaire, dans une maison de propriété, avec son époux, ingénieur, et leur fille de deux ans. Sa mère est employée de banque et son père employé de concessionnaire automobile. Elle a réalisé ses études à l'Université de Pise. Elle a obtenu le diplôme de sage-femme en 2013 et a ensuite continué sa formation en réalisant un cursus supplémentaire de deux ans (équivalent Master) en Sciences infirmières et obstétriques. Elle a travaillé dans différents hôpitaux (Treviso, Belluno, Pontedera) avant d'obtenir une place à Cecina en 2020. Elle se définit catholique et n'a jamais été objectrice de conscience.

Flavia a 41 ans. Elle habite à Cecina, dans une maison de propriété, avec son mari et leur jeune fils. Elle travaille comme sage-femme à l'hôpital de Cecina depuis trois ans. Elle est née à Naples (sud d'Italie) et sa mère était gynécologue. Suite à la mort de ses parents lorsqu'elle avait 14 ans, elle a été recueillie par des ami-es de famille et déménagé en Toscane, à Livourne. Elle a réalisé ses études à l'Université de Pise. Elle a travaillé dans différents hôpitaux et *consultori* dans toute la Toscane. Elle se définit catholique et est objectrice de conscience depuis le début de sa carrière.

Antonella, 35 ans, est née à Potenza, en Basilicata (sud d'Italie), dans une famille très catholique. Sa mère, qui avait 15 ans au moment de sa naissance, est femme au foyer et son père ouvrier. Elle a commencé ses études à l'Université de Potenza et les a poursuivies à Rome, à l'Université du Sacré-cœur (catholique). Elle a obtenu le diplôme de sage-femme en 2008. Elle a commencé à travailler en 2013 à l'hôpital de Potenza, pour ensuite se déplacer en

Toscane. Après Pistoia et Montepulciano, elle a obtenu un poste fixe à Cecina en 2021. En parallèle à son activité professionnelle, elle suit le Master en Sciences infirmières et obstétriques à l'Université de Florence. Elle est en couple avec Alberto, gynécologue de 17 ans son aîné. Elle n'a pas d'enfant. Elle se définit catholique pratiquante et est objectrice de conscience depuis le début de son activité professionnelle.

Federica a 31 ans. Elle est originaire de Vicopisano, en province de Pise. Sa mère est enseignante et son père est employé. Elle a réalisé ses études à Pise et a débuté sa carrière professionnelle en tant qu'indépendante. Elle a réorienté sa trajectoire vers le secteur public en 2019. Après une brève expérience à Prato, elle a obtenu un poste fixe à Cecina en 2020. Elle est célibataire et sans enfant. Elle se considère athée et n'a jamais été objectrice de conscience.

Eleonora est une jeune sage-femme de 29 ans. Elle est née à Livourne et a étudié à Pise. Sa mère est femme au foyer et son père est employé de banque. Elle est divorcée et mère d'un petit garçon de cinq ans. Elle a commencé à travailler en 2017 et a exercé dans les hôpitaux d'Arezzo et de Florence ainsi qu'à l'hôpital et au *consultorio* de Gênes. Elle a obtenu un poste fixe à Cecina en 2021. Elle se définit catholique et n'est pas objectrice de conscience.

Giada a 25 ans. Elle est originaire de San Miniato (Toscane). Ses parents sont propriétaire d'un petit commerce. Elle a réalisé la formation universitaire de sage-femme à Pise et a commencé à travailler directement à l'hôpital de Cecina, en 2021. En parallèle, elle suit un Master en Sexologie à Milan. Elle est célibataire et sans enfant. Elle se considère athée et n'est pas objectrice de conscience.

Rachele est une sage-femme de 40 ans. Elle provient de Salerno (sud d'Italie). Ses parents sont employés dans une grande firme. Elle a réalisé ses études universitaires à Naples, où elle a commencé à travailler, dans une clinique privée. Elle s'est ensuite déplacée en Lombardie, puis en Toscane, où elle a travaillé à l'hôpital de Sienne. Elle travaille au *consultorio* de Cecina

depuis dix ans. Elle habite à Cecina avec son mari et ses trois enfants. Elle est catholique et n'a jamais été objectrice de conscience.

Laura a 61 ans. Elle est originaire de Bibbona (province de Livourne). Elle a effectué ses études au début des années 80 à Pise et elle a toujours travaillé à l'hôpital de Cecina. En parallèle, elle a suivi une formation universitaire lui ouvrant la voie à une position de coordination. Depuis 2014, elle occupe un poste administratif : coordinatrice, d'abord, et position organisationnelle, ensuite. Elle est mariée et a deux filles. Elle est athée et n'a jamais été objectrice de conscience.

Camilla est une sage-femme de l'hôpital de Cecina. Elle provient de Castiglioncello (province de Livourne). Son père est comptable et sa mère enseignante. Elle a réalisé ses études à Pise et a ensuite travaillé, à l'hôpital et au *consultorio*, au Piémont, à Volterra, à Rosignano et à Pontedera. Elle a 32 ans, est mariée et a une fille. Elle se définit athée et n'est pas objectrice de conscience.

Alice travaille au *consultorio* de Pise. Elle a 56 ans et est originaire de Pise. Elle a suivi la formation de sage-femme à l'Université de Pise en 1985-86 (formation de deux ans, à l'époque). Elle a travaillé à Grosseto, Empoli et Volterra. Elle est mariée et a un enfant. Elle est catholique et n'est pas objectrice de conscience.

Marina a 34 ans et est sage-femme au consultorio de Pise depuis 2020. Elle provient de Cascina (province de Pise). Sa mère est pharmacienne et son père est employé. Elle s'est diplômée à l'Université de Pise en 2009. Elle a ensuite travaillé au Veneto. Elle est mariée et a deux filles. Elle se considère athée et est objectrice de conscience, même si elle ne l'a pas toujours été.

Annexe 3. Guide d'entretien

Je vais juste vous réexpliquer un instant le cadre et le contenu de l'enquête que je mène, pour que ce soit bien clair pour vous. Je suis étudiante en deuxième année de Master en Sociologie à l'Université de Caen (en France). Dans le cadre de ce cursus, je dois réaliser un travail de recherche (mémoire) et j'ai décidé de m'intéresser au travail des gynécologues et de sages-femmes, en particulier dans leur relation avec la pratique de l'avortement. J'ai effectué ce choix car je pense que, lorsque l'on cherche à mieux cerner la question de l'interruption volontaire de grossesse telle qu'elle est pratiquée de nos jours en Italie, il est important de donner la parole aux personnes qui sont, après les femmes, les plus directement impliquées dans l'acte-même.

Je voudrais donc discuter de cela avec vous, mais pas seulement, disons que ça m'intéresse, plus globalement, d'avoir une vision générale de ce que veut dire être gynécologue ou sage-femme en Italie aujourd'hui, du parcours qui vous a mené à exercer cette profession et de la manière dont vous la vivez au jour le jour. On va donc partir assez large, pour se rapprocher petit à petit de la thématique qui nous intéresse, si ça vous va. Il ne s'agit pas d'un questionnaire, il s'agit plus d'une discussion, et ce qui m'intéresse c'est ce que vous savez et ce que vous pensez car, après tout, c'est un univers qui m'est complètement étranger.

Ah, et est-ce que ça vous dérange si j'enregistre l'entretien ? C'est plus facile pour moi car je peux bien suivre ce qu'on est en train de se dire sans devoir passer toute l'heure à prendre des notes. Bien sûr, tout ce qui est dit restera uniquement à moi et, dans le travail final, votre nom n'apparaîtra jamais.

Vous pourriez commencer par me raconter ce qui vous a poussé à choisir ce métier. C'est quelque chose qui remonte à l'enfance ?

Qu'est-ce que vous vouliez faire comme métier quand vous étiez petite ?

Il y avait des personnes qui travaillaient dans le secteur médical dans votre famille ? Vous ont-ils poussée à suivre cette direction ?

Est-ce que vous pouvez me décrire vos parents ? Quel type de parents ont-ils été ? Quelle est leur profession ?

Quel type d'éducation avez-vous reçue ? Quelles sont les valeurs importantes qui vous ont été transmises ?

Est-ce qu'on parlait librement de thématiques telles que sexualité, grossesse, santé ? En quels termes ?

Où avez-vous passé votre enfance ?

Est-ce que vous avez des frères ou des sœurs ?

J'aimerais que vous me parliez un peu de votre rapport à l'école.

Où avez-vous été à l'école ?

Quel type d'école avez-vous suivi ?

Est-ce que vous étiez une bonne élève ? Quelles étaient vos matières préférées ? Vous aimiez l'école ?

Et qu'en est-il de vos études universitaires ?

Qu'est-ce qui vous a poussé à choisir cette formation ? Est-ce que c'est quelque chose que vous vouliez faire depuis longtemps ? Est-ce que vos parents ont joué un rôle dans ce choix ? D'autres personnes ?

Où avez-vous étudié (endroit, type d'université) ? Pourquoi avez-vous choisi cette université-là ? Quelles sont ses caractéristiques ?

Comment s'est déroulé votre parcours universitaire (linéaire ou entrecoupé, dans les temps ou étalé, éventuels changements d'université) ?

Qu'est-ce que vous avez pensé de votre formation ? Est-elle, selon vous, adéquate pour le genre de travail que vous êtes amenée à pratiquer ? Était-ce difficile ? Qu'est-ce que vous avez aimé, qu'est-ce que vous n'avez pas aimé ?

Est-ce que vous vous êtes fait des ami-es à l'université ? Y avait-il une cohésion de classe ? Combien d'étudiant-es étiez-vous chaque année ? Participiez-vous à des activités extra cursus avec des autres étudiant-es ? De quel type ?

Est-ce que vous avez effectué des stages ? À quelle fréquence ? Dans quel type d'établissements ? Qu'est-ce que cela vous a apporté dans votre parcours ? Est-ce que vous avez un souvenir particulier d'un stage/un moment d'un stage qui a marqué votre parcours ?

Quelle image vous aviez de votre métier quand vous avez fini vos études ? Cela a-t-il été confirmé par après ?

Comment en êtes-vous arrivée à travailler ici depuis la fin de vos études ?

Cela fait combien de temps que vous exercez maintenant ? Vous avez commencé tout de suite à la fin de vos études ?

Dans quels établissements avez-vous travaillé précédemment ? Pourquoi avez-vous choisi de travailler dans le secteur public ? Avez-vous aussi exercé à titre privé ?

Quelle évolution a suivi votre carrière ? En êtes-vous satisfaite ? Vers quoi souhaitez-vous vous diriger ?

Quels sont les éléments qui ont influencé votre parcours professionnel (vie familiale, ambitions professionnelles, autres...) ?

Est-ce que vous pouvez me parler un peu de votre travail, là où vous l'exercez maintenant ?

En quoi consiste votre travail ? Comment l'expliqueriez-vous à quelqu'un qui ne le connaît pas ? Quelles sont vos attributions ? Quelles sont les compétences nécessaires pour l'exercer (compétences scientifiques, techniques, relationnelles...)?

Pourquoi, selon vous, presque toutes les sages-femmes sont des femmes ?

Quelles sont les activités principales que vous êtes amené à mener ? En quoi pourrait consister une journée-type de travail ?

En quoi consiste la différence entre le métier de gynécologue et le métier de sage-femme ? Quelles sont leurs attributions respectives ? Qu'est-ce qui caractérise leur rôle l'un par rapport à l'autre ? Quelles relations est-ce qu'ils entretiennent dans la pratique quotidienne de leur travail ? Comment cela a-t-il évolué dans le temps ? Est-ce toujours en évolution ?

Est-ce que vous aimez votre travail ? Quels sont, pour vous, les aspects positifs et les aspects négatifs ? Est-ce qu'il y a des tâches que vous préférez effectuer et d'autres non ? Pourquoi ? Est-ce gratifiant (salaire, satisfaction) ? Est-ce que vous vous voyez l'exercer toute votre vie ? Est-ce difficile ? Quid de l'articulation avec la vie de famille ? Les rythmes et les horaires sont-ils lourds ? Quels sont les aspects plus difficiles à gérer de votre travail ?

Quelles sont les caractéristiques de l'hôpital où vous travaillez ? Par rapport aux autres structures dans lesquelles vous avez travaillé par le passé ? Quelles sont les avantages et les contraintes ?

En quoi consiste la hiérarchie ? Sous les ordres de qui êtes-vous et qui se trouve sous vos ordres ? À qui devez-vous rendre des comptes ?

Quelles relations entretenez-vous avec vos collègues ? Avec les autres corps professionnels ? Y a-t-il cohésion ? Concurrence ? Existe-t-il des sous-groupes, en fonction de quoi (âge, métier, autre) ?

Pourriez-vous m'expliquer de quelle manière la pratique de l'IVG est reliée à votre travail ?

Est-ce que vous y êtes confronté-e dans votre pratique quotidienne ? De quelle manière ? Quel rôle jouez-vous ?

Quelle est la procédure à suivre pour les femmes souhaitant avorter ? Que pensez-vous de cette procédure ? Y aurait-il quelque chose à changer ?

Quels sont les différents types d'avortement ? Quelles techniques sont utilisées et dans quels cas ? Est-ce qu'il y a des techniques plus invasives/risquées que d'autres ? Comment est gérée la pratique de l'avortement médicamenteux ?

Quelles figures professionnelles interviennent ? Quelles sont les tâches respectives des gynécologues et des sages-femmes ? Pour vous, cela rentre-t-il plus dans le domaine de compétence des gynécologues ou des sages-femmes ? Est-ce que les prérogatives des sages-femmes devraient être étendues, comme c'est le cas en France, par exemple ? Ou cela devrait-il rester sous contrôle médical ? Pourquoi ?

Est-ce que c'est une pratique difficile ? De quel point de vue (technique, émotionnel...) ? Est-ce que c'est une pratique que les praticien·nes effectuent volontiers ? Pourquoi ? Est-ce que c'est

une pratique anodine ? Pourquoi ? Est-ce que c'est une pratique nocive ou risquée pour les femmes ? De quel point de vue (physique et/ou psychologique) ?

Quels sont, selon vous, les motifs qui poussent les femmes à vouloir avorter ? Est-ce que vous pensez que l'accès à l'avortement devrait être restreint ou interdit ? Pourquoi ? Est-ce que, selon vous, certains avortements sont plus légitimes que d'autres ? En fonction de quoi ? Certaines femmes « exagèrent »-t-elles ? Qui sont-elles ? Des situations où vous vous sentez moins à l'aise ? En fonction de quoi ?

Qu'est-ce qu'un embryon ou un fœtus, pour vous ?

Que pensez-vous de la possibilité de réaliser des avortements par télé-médecine ?

Est-ce que vous étiez consciente du fait que l'avortement faisait partie de vos prérogatives quand vous avez choisi vos études ? Cela a-t-il joué un rôle dans votre choix et votre parcours ?

En quels termes en parle-t-on pendant les études ? Y a-t-il des cours dédiés à la pratique ? En parliez-vous entre étudiant·es ? Quand y avez-vous été confronté pour la première fois dans votre pratique professionnelle (stage ?) ? Comment cela s'est-il passé ? Pendant d'éventuelles formations dans le cadre de votre activité professionnelle ?

Est-ce que le fait d'être une femme/un homme influence votre position par rapport à l'avortement ? En quel sens ?

Est-ce que vous en parlez entre collègues, y a-t-il des débats, des discussions ? Des grosses différences d'opinion ?

Je sais qu'en Italie, il y a la possibilité de se déclarer objecteur·rice de conscience si l'on ne veut pas effectuer des avortements. Est-ce que vous pourriez m'en dire un peu plus ?

Vous pourriez m'expliquer en quelques mots en quoi consiste l'objection de conscience ? Comment ça fonctionne ?

Selon vous, est-ce que c'est juste que cela existe ? Pourquoi ? Et que pensez-vous de la manière dont c'est administré en Italie ?

Quelle est la première fois où vous avez entendu parler d'objection de conscience ? Dans quels termes ? Dans quel contexte ?

Pourquoi avez-vous décidé d'être objectrice/de ne pas être objectrice ? Est-ce que ça a toujours été comme ça ou c'est quelque chose qui a évolué ? Comment ?

Est-ce qu'il y a des cas où vous voudriez être objectrice, et d'autres non ?

Qu'est-ce que cela implique, d'être objectrice/non-objectrice ? Des avantages ? Des inconvénients ?

C'est quelque chose dont on parle, dans votre secteur ? Où (lieu de travail, communications, formations...) ? En quels termes ? Est-ce que vous savez qui, parmi vos collègues, est objectrice ? Est-ce que ça influence vos rapports ? Est-ce que ça joue un rôle par rapport à votre propre position ?

Qu'est-ce que vous avez appris sur l'objection de conscience pendant vos études ? Pendant d'éventuelles formations dans le cadre de votre activité professionnelle ? Est-ce que vous en parliez avec les autres étudiant·es ? Dans quels cadres ?

Je souhaiterais vous poser une dernière question, qui synthétise plus ou moins tout ce dont nous avons parlé jusqu'ici. Imaginez que vous rencontriez une jeune fille de 18 ans qui est sur le point de terminer l'école et doit choisir un cursus universitaire. Elle s'interroge sur l'obstétrique et vous sollicite afin que vous lui fassiez part de votre expérience. Que lui diriez-vous ? Comment lui expliqueriez-vous en quoi consiste votre métier ? Lui conseilleriez-vous de s'engager dans ce parcours et pour quelles raisons ?

Est-ce que vous auriez quelque chose à rajouter ?

Je vous demande juste quelques informations générales avant de clôturer...

Quand et où êtes-vous née ?

Quelle est votre nationalité ?

Quelle est votre situation familiale ? Êtes-vous mariée ? Avez-vous des enfants ?

Où habitez-vous ? Avec qui ?

Est-ce que vous êtes croyante ? Quelle religion ? Cela joue-t-il un rôle important dans votre vie ?