



L'IVG en « désert médical » en France : comment les professionnel·les de santé contribuent à produire les inégalités territoriales

Raphaël PERRIN*

Résumé

Les difficultés d'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en milieu rural en France font l'objet d'une attention politique et scientifique croissante. Si la statistique publique a permis de documenter les variations des taux de recours, des distances à parcourir et des méthodes d'IVG utilisées, attestant de l'existence et de l'ampleur d'inégalités territoriales, les mécanismes par lesquels ces inégalités sont produites restent sous-étudiés et souvent réduits à des interprétations techniques (fermeture des maternités, pénurie de médecins, faible rentabilité supposée de l'IVG). À partir d'une enquête ethnographique combinant entretiens auprès de l'ensemble des professionnel·les impliqués dans la prise en charge de l'IVG d'un département rural français et observation dans des centres d'IVG hospitaliers, cet article montre le rôle actif que jouent les médecins dans la production des « déserts médicaux ». Il analyse les trajectoires sociales des un·es qui refusent de faire les IVG, et les pratiques des autres qui, tout en les prenant en charge, contribuent à ces inégalités par la restriction du choix de la méthode, la multiplication des consultations et la surmédicalisation des parcours d'IVG. Cette recherche invite à penser les inégalités territoriales de santé au prisme de la domination médicale en éclairant la manière dont les contraintes locales renforcent le pouvoir qu'ont les médecins de contrôler et de restreindre l'accès aux soins.

Mots-clés

inégalités territoriales de santé, interruption volontaire de grossesse (IVG), désert médical, domination médicale, genre, pratiques professionnelles, profession médicale

En 2018, les médias se sont fait le relais de la difficulté à avorter pour les habitantes du département français de la Sarthe⁽¹⁾. L'un des deux gynécologues qui acceptaient de pratiquer les interruptions volontaires de grossesse (IVG), sur les cinq formant l'équipe médicale de l'hôpital du Bailleul, a pris sa retraite.

(1) Voir, par exemple, Derome E. (2018, 19 juillet). Sarthe : plus d'IVG à l'hôpital de Bailleul, à la Flèche, depuis janvier [vidéo]. France info. <https://france3-regions.franceinfo.fr/pays-de-la-loire/sarthe/sable-sur-sarthe/sarthe-plus-ivg-hopital-bailleul-fleche-janvier-1515139.html>

* Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (Anrs-Inserm).

Courriel : raphael.perrin.univ@gmail.com



Son collègue, à temps partiel, n'était pas en mesure d'assurer seul cette activité qui a alors été suspendue. Neuf mois durant, les femmes ont été orientées vers les centres d'IVG du Mans ou d'Angers, à 50 km. La situation de la Sarthe est évoquée au sein de la Commission parlementaire des affaires sociales ; celle-ci justifie par « l'offre de soins variable selon les territoires » la réforme du droit à l'avortement avec, entre autres mesures adoptées par la loi du 2 mars 2022⁽²⁾, l'allongement du délai légal d'IVG de douze à quatorze semaines de grossesse, ainsi que l'autorisation de la pratique de l'IVG instrumentale par les sages-femmes (Gaillot, 2020).

Comme en témoigne la situation de la Sarthe, les difficultés d'accès à l'IVG en milieu rural sont au cœur de la définition de l'avortement comme problème public, telle qu'elle se déploie actuellement en France dans les arènes médiatiques, politiques ou militantes, mais aussi scientifiques. Ces difficultés d'accès à l'IVG font l'objet de plusieurs rapports publics (Bousquet et Laurant, 2013 ; Battistel et Muschotti, 2020), signe de la « territorialisation⁽³⁾ » des politiques de santé (Vaillant *et al.*, 2021 ; Arnal *et al.*, 2022 ; Schweyer *et al.*, 2022). Ils s'appuient sur la statistique publique et les travaux de démographes (Breton *et al.*, 2017 ; Bracq *et al.*, 2025) qui documentent, au-delà du département de la Sarthe, les variations des taux de recours à l'IVG, les distances à parcourir et les délais d'attente plus ou moins importants selon les départements, ainsi que les différences massives dans la répartition des méthodes utilisées⁽⁴⁾. Mais si les données statistiques ont une force d'objectivation permettant d'attester de l'ampleur des inégalités territoriales d'accès à l'IVG, elles ne permettent pas de caractériser, de comprendre précisément et de hiérarchiser les mécanismes de production de ces inégalités. En l'absence de données complémentaires et en particulier d'enquêtes qualitatives sur le sujet, les tentatives d'explication des inégalités d'accès à l'IVG recourent à des « sauts interprétatifs » (Darmon, 2021, p. 86) qui peuvent mobiliser des représentations *a priori*, partielles et parfois erronées, du phénomène. Les éléments de compréhension qui en sont généralement donnés sont avant tout centrés sur les limitations techniques d'accès aux structures de soins : fermeture des maternités de proximité qui réduit les accès hospitaliers en milieu rural ; baisse du nombre de médecins qui, quoique moins rapide dans les zones le moins densément peuplées, y accentue une pénurie déjà marquée ; faible rentabilité supposée de l'IVG. Cet article

(2) Loi n° 2022-295 du 2 mars 2022 « visant à renforcer le droit à l'avortement ».

(3) Cette expression désigne la problématisation territoriale des questions de santé publique et la mise en œuvre des politiques publiques par des organes de gouvernance locaux.

(4) L'IVG peut être pratiquée par voie médicamenteuse jusqu'à sept semaines de grossesse (prise de deux comprimés à 24-48 heures d'intervalle qui interrompent la grossesse et déclenchent l'expulsion du fœtus). À l'hôpital ou en centre de santé, l'IVG peut aussi être réalisée jusqu'à quatorze semaines par voie instrumentale (dite aussi chirurgicale, par aspiration du contenu utérin, sous anesthésie générale ou locale).

montre que ces éléments logistiques sont loin d'expliquer à eux seuls la limitation de l'activité d'IVG et la restriction du choix de la méthode.

Les travaux de sociologie des inégalités de santé offrent des pistes de recherche prometteuses pour approfondir la compréhension des inégalités territoriales d'accès à l'IVG. Ceux-ci, tout en attestant des écarts croissants de santé selon les espaces (Rican *et al.*, 2010), se montrent critiques vis-à-vis des catégories de pensée et d'action des politiques publiques de santé et refusent de « sur-dimensionner et isoler la question dite du territoire de la prise en compte des propriétés sociales de celles et ceux qui y vivent ou, pour le dire autrement, de l'imbrication des logiques sociales et spatiales dans la production des inégalités » (Gelly *et al.*, 2021, p. 9). Ils invitent également à s'intéresser au rôle que jouent les professionnel·les dans la production d'inégalités de santé (Bloy et Rigal, 2023). Ils montrent aussi que dans les différents domaines de la médecine, les usagers et usagères ne sont pas traité·es de la même manière selon leurs caractéristiques sociales (Boltanski, 1971 ; Fainzang, 2006 ; Bretin et Kotobi, 2016 ; Gelly et Pitti, 2016 ; Prud'homme, 2016 ; Darmon, 2021) et selon celles des professionnel·les qui leur font face (Paillet, 2021) – bien que ces travaux n'en abordent pas explicitement la dimension spatiale. C'est dans une telle perspective que cet article tente d'approfondir la compréhension des inégalités territoriales de santé, des formes qu'elles prennent en matière d'IVG et des processus qui les produisent. Quel rôle jouent les professionnel·les de santé dans la production des inégalités d'accès à l'IVG ? Sans se limiter à une conception des inégalités territoriales comme le résultat mécanique, voire comptable, d'un déséquilibre entre une « offre » et une « demande » de soins qui varie selon les espaces, il s'agit ici d'interroger la manière dont l'hétérogénéité des dispositions des médecins envers l'avortement et la marge de manœuvre dont ils et elles disposent dans l'application de la loi déterminent l'accès à l'IVG à l'échelle d'un territoire (encadré 1).

L'analyse se déploie en quatre temps. La première partie présente l'état des lieux des inégalités territoriales d'accès à l'IVG, établi par les travaux de démographie, ainsi que les explications couramment avancées dans les rapports publics et leurs limites. La deuxième partie retrace l'histoire de l'application différée de la loi Veil dans le département étudié, révélatrice des résistances médicales qui ont durablement marqué l'organisation locale des soins. La troisième partie examine comment, aujourd'hui encore, les réticences des médecins transforment une pénurie relative du nombre de professionnel·les en restriction drastique de l'offre d'IVG, limitant à la fois l'accès aux soins et les méthodes d'IVG disponibles. Elle analyse les modalités concrètes par lesquelles les professionnel·les orientent le choix de la méthode afin d'éviter de pratiquer l'IVG instrumentale. La quatrième partie analyse les pratiques médicales qui, au-delà des refus catégoriques, aggravent les inégalités territoriales par la multiplication des consultations et la surmédicalisation des parcours.

Encadré 1. Une enquête multiméthodes dans un « désert médical » : le département du Buissonnois^(a)

Cet article s'appuie sur une recherche doctorale portant sur le rapport des professionnel·les de santé à l'avortement et son effet sur la prise en charge de l'IVG^(b). Dans le cadre de l'enquête dans son ensemble, j'ai réalisé six mois d'observation non participante entre septembre 2021 et juillet 2022 dans trois centres d'IVG hospitaliers (soixante-douze jours complets d'observation), des entretiens menés entre septembre 2020 et décembre 2022 auprès de 133 professionnel·les de santé (dont 88 médecins), et analysé le volet « médecins » de l'enquête statistique Fécondité, contraception, dysfonctions sexuelles (Fecond), conduite par l'Ined et l'Inserm entre 2009 et 2011.

Afin de saisir certains des enjeux territoriaux de l'accès à l'IVG, l'un des volets ethnographiques de l'enquête a ciblé un département rural français que je nomme ici le Buissonnois. Le Buissonnois est un « désert médical ». Sans entrer dans des débats définitionnels (Chevallard *et al.*, 2018), j'emploie ce terme dans son usage le plus courant, qui souligne un déficit de l'offre de soins primaires dans une région déterminée, déficit qui entraîne un accroissement des délais ou des distances nécessaires pour accéder aux soins (Hassenteufel *et al.*, 2020). Particulièrement peu doté en structures médicales et en professionnel·les de santé, le Buissonnois est l'un des départements qui connaissent la plus importante baisse de densité médicale et recourent le plus à des médecins étrangers et étrangères. Il a une faible densité de population et se caractérise, encore aujourd'hui, par un poids important de la religion catholique.

J'ai réalisé des entretiens avec la plupart des professionnel·les du département impliqué·es dans la prise en charge de l'IVG : les cinq sages-femmes et les trois médecins (généralistes) qui réalisent des IVG dans le cadre de leur activité libérale ; les deux seul·es gynécologues, l'une médicale et l'autre obstétricien, aujourd'hui retraité·es, qui ont réalisé des IVG dans le cadre de leur activité libérale ; les deux gynécologues médicales et la sage-femme responsables de l'activité d'IVG de trois hôpitaux du département ; l'équipe du centre d'IVG et du service de gynécologie du quatrième hôpital, celui de la préfecture du Buissonnois, que j'appellerai l'hôpital des Bruyères (cinq gynécologues-obstétricien·nes, une gynécologue médicale, deux sages-femmes et une secrétaire)^(c). Les entretiens se sont articulés autour de quatre thématiques : la trajectoire professionnelle ; l'activité médicale concrète ; la position sur la loi du 2 mars 2022, votée quelques semaines auparavant ; le hors-travail (famille, enfance, sexualité, expérience profane de l'avortement et de la contraception, religion, positionnement politique et militantisme, etc.).

J'ai également observé les différentes dimensions du travail dans le centre d'IVG des Bruyères pour trente-deux demandes d'IVG : l'accueil des femmes par la secrétaire, les consultations pré et post-IVG, les IVG pratiquées au bloc opératoire et les moments informels partagés par l'équipe.

Le contexte politique a favorisé la négociation du terrain. Au moment de l'enquête, les représentant·es de la profession médicale et des gynécologues en particulier se sont publiquement opposé·es au vote de la loi qui allonge le délai légal d'IVG, ce qui a mis en évidence le malaise persistant que suscite la pratique de l'avortement chez les médecins. Dans un contexte de crise symbolique entraînée par le mouvement de dénonciation des violences gynécologiques et obstétricales, certain·es des médecins sollicité·es ont pu voir dans l'invitation à un entretien l'occasion d'expliquer leur position – y compris critique – autour de cette loi et de la pratique de l'IVG sans risquer d'être caricaturé·es en « anti-IVG rétrogrades » (comme le dit Catherine, une gynécologue de 63 ans, vivement opposée à la nouvelle loi). Les professionnel·les qui soutiennent cette loi ou qui participent volontairement à la pratique des IVG se sont montré·es d'emblée enthousiastes à l'idée de prendre part à cette recherche. Toutes et tous les médecins et sages-femmes du Buissonnois contacté·es ont ainsi accepté de me rencontrer pour un entretien ou, en ce qui concerne l'équipe des Bruyères, afin que je les accompagne dans leur travail pendant un mois. La relation d'enquête

auprès du corps médical a fait l'objet d'une analyse à part entière, y compris des rapports sociaux de sexe, s'agissant d'un monde professionnel essentiellement féminin tandis que je suis un enquêteur homme, présenté comme tel (Perrin, 2023). Pour ce qui est des avortantes, je leur expliquais que ma recherche portait sur les professionnel·les de santé et leur travail et sollicitais leur consentement en salle d'attente, en amont de la consultation et à l'écart du corps médical. En cas d'échographie endovaginale ou d'examen gynécologique, avec l'autorisation de l'avortante, je restais derrière un paravent afin d'entendre l'interaction sans la voir. Au bloc opératoire, je me plaçais dans un coin de la salle du côté de la tête, ce qui me permettait d'observer les visages et les déplacements des professionnel·les tout en limitant l'intrusion liée à ma présence pour les avortantes. Environ une femme sur dix refusait ma présence en consultation.

Ce dispositif d'enquête permet d'articuler différentes échelles d'analyse : l'organisation des soins au niveau du département et l'interaction de l'activité libérale et hospitalière ; la structure de l'équipe médicale, les relations professionnelles et les contraintes logistiques qui déterminent les parcours d'IVG dans un hôpital ; enfin, la consultation d'IVG au cours de laquelle ce parcours est présenté aux femmes en demande d'avortement.

(a) Outre le nom fictif, j'ai modifié, par souci d'anonymat, certaines caractéristiques du département et de l'organisation de l'offre de soins – composition des équipes médicales, âges des professionnel·les, nombre de médecins et sages-femmes travaillant dans le département – tout en conservant les ordres de grandeur. Plusieurs départements répondent à la description qui est faite.

(b) Cette recherche a été agréée par le Comité d'évaluation éthique de l'Inserm (avis n° 22-902).

(c) L'espace professionnel de l'avortement est composé de plusieurs segments hiérarchisés selon la profession et la spécialité médicale, des plus aux moins dominantes : les gynécologues-obstétricien·nes, les gynécologues médicales, les médecins généralistes et, depuis 2016, les sages-femmes. La gynécologie obstétrique, spécialité chirurgicale historiquement consacrée par le concours de l'internat, ajoute à son prestige académique son contrôle de la plupart des positions de pouvoir de l'espace professionnel : les postes de praticien·ne hospitalier et hospitalière, de professeur·e et de cheffe de service de gynécologie, les postes de responsabilités scientifiques ou politiques au sein des organisations professionnelles les plus influentes.

I. L'accès à l'IVG selon les territoires : un état des lieux

Les analyses des données statistiques existantes sur les inégalités territoriales d'accès à l'IVG attestent d'une structuration différente de l'offre de soin selon les territoires. Les grands centres urbains se caractérisent par une diversité de lieux et de praticien·nes : en 2024, les IVG y sont réalisées à part presque égale dans les établissements publics de santé et en ville, par des médecins comme par des sages-femmes (Bracq *et al.*, 2025). L'offre de soin est moins diversifiée dans les zones rurales où les IVG ont lieu à plus de 70 % dans les hôpitaux publics – 83,9 % dans les zones à habitat très dispersé. Les sages-femmes y sont trois fois plus nombreuses que les médecins à avoir une activité régulière d'IVG en cabinet libéral, à l'inverse du rapport observé dans les territoires urbains denses où les médecins sont majoritaires.

Bracq *et al.* mettent également en lumière les distances plus importantes à parcourir dans les zones rurales. Pour plus de 8 % des IVG, le temps de trajet entre le lieu de résidence et celui de réalisation est évalué à plus de 45 minutes, et pour plus de 5 % des IVG, à plus d'une heure. Ces longues distances sont

deux fois plus fréquentes dans les communes rurales : 16 % des IVG y nécessitent plus de 45 minutes de temps de trajet, et près de 8 % plus d'une heure.

Enfin, les recherches montrent que la répartition des méthodes d'IVG utilisées diffère d'un territoire à l'autre. La part de l'IVG médicamenteuse augmente d'année en année sur l'ensemble du territoire national mais elle reste très inégalement répartie : en 2023, elle variait entre 4 % et 81 % selon les départements (Chaput *et al.*, 2024). Plus de 10 % des hôpitaux qui prennent en charge les IVG réalisent uniquement des IVG médicamenteuses (Bracq *et al.*, 2025). Ces hôpitaux sont principalement situés dans des petites villes, dans des centres urbains intermédiaires et des bourgs ruraux. En ce qui concerne l'IVG instrumentale, il existe des disparités quant au type d'anesthésie : en 2020, dans douze départements, l'ensemble des IVG instrumentales étaient pratiquées sous anesthésie générale seulement, les femmes se voyant privées du choix du type d'anesthésie (Chaput *et al.*, 2022). C'est dans les grands centres urbains que le recours à l'anesthésie locale est le plus fréquent (22 % des IVG instrumentales) (Bracq *et al.*, 2025). Ces différences territoriales de répartition des méthodes ne sont pas corrélées à des disparités de taux de recours (Chaput *et al.*, 2024), ce n'est donc pas du côté de la demande qu'il faut en chercher les principales raisons.

Pour expliquer la restriction du choix de méthode comme les distances accrues, les rapports publics mettent en avant des facteurs structurels : une baisse de l'offre de soins malgré une demande d'IVG stable ou en augmentation. Ils accusent la politique de restructuration hospitalière qui a entraîné la fermeture de nombreux établissements pratiquant l'IVG (plus de 130 entre 2000 et 2011) (Bousquet et Laurant, 2013, p. 50) et réduit l'accès hospitalier en milieu rural, où les maternités de proximité ont progressivement disparu (Battistel et Muschotti, 2020). Ils pointent la baisse de la démographie médicale, qui aggrave aussi bien le manque de médecins de ville que le sous-effectif hospitalier, ainsi que le développement inégal de l'IVG en cabinet libéral, en centre de santé et en centre de planification et d'éducation familiale – ce développement ayant été plus rapide dans les grandes villes (Bousquet et Laurant, p. 54-59). Ils évoquent enfin la faible rentabilité de l'IVG, qui limiterait l'engagement des professionnel·les et des établissements de santé. Ces explications ne sont toutefois pas suffisantes. L'argument économique doit être fortement nuancé. D'une part, les revalorisations tarifaires successives ont fait de l'IVG une activité potentiellement lucrative pour les médecins généralistes et plus encore pour les sages-femmes en libéral (Perrin, 2025b). D'autre part, dans les petits hôpitaux des territoires sous-dotés, l'enjeu n'est pas tant la rentabilité que le volume d'activité si bien que, comme nous le verrons, la prise en charge de l'IVG peut s'avérer intéressante. Par ailleurs, si la structuration de l'offre de soin explique mécaniquement les distances à parcourir, elle ne permet pas de comprendre les disparités importantes dans la répartition des méthodes entre territoires.

L'enquête ethnographique dans le Buissonnois révèle des dimensions des inégalités territoriales d'accès à l'IVG que la statistique publique ne permet pas de saisir. En articulant l'analyse de l'offre de soin avec celle des préférences et des pratiques des professionnel·les de santé, elle permet de comprendre précisément les mécanismes de production de ces inégalités.

II. Une application différée de la loi Veil dans le département étudié

La loi Veil, qui a dépénalisé l'avortement en 1975, est une loi de compromis. Elle autorise l'avortement sur simple demande d'une femme enceinte mais limite cette autonomie par un certain nombre de conditions (encadré 2), parmi lesquelles l'obligation de recourir à un·e médecin et de réaliser l'avortement dans un établissement de santé – la médicalisation officielle de l'avortement ayant pour double fonction de permettre un accès sécurisé aux soins et d'assurer un contrôle social des comportements procréatifs des femmes (Ferrand-Picard, 1982 ; Horellou-Lafarge, 1982). Cependant, une large part de la profession médicale, en particulier les gynécologues, s'est à l'époque opposée au vote de la loi (Garcia, 2005 ; Pavard *et al.*, 2012 ; Ruault, 2017). Cela pose la question de son applicabilité et de sa mise en place dans les hôpitaux, d'autant que l'article L. 162-8 de la loi Veil rappelle le droit des médecins de refuser de pratiquer une IVG – cette disposition étant communément désignée comme la « clause de conscience »⁽⁵⁾.

Encadré 2. L'IVG en France : cadre légal et parcours de soin

Depuis cinquante ans, une succession de réformes a levé la plupart des contraintes que la loi de 1975 imposait à l'IVG : création du délit d'entrave à l'IVG (1993) ; suppression de l'autorisation parentale pour les mineures et de l'entretien obligatoire avec une conseillère conjugale et familiale pour les majeures (2001) ; allongement du terme maximal de l'IVG à douze (2001) puis à quatorze semaines de grossesse (2022) ; autorisation de l'IVG médicamenteuse en ville jusqu'à cinq (2004) puis sept semaines de grossesse (2022) ; suppression du délai de réflexion d'une semaine et remboursement intégral de l'IVG (2016) ; autorisation accordée aux sages-femmes de pratiquer l'IVG médicamenteuse (2016) et instrumentale (2022). La loi affirme également que « toute personne doit être informée sur les méthodes abortives et a le droit d'en choisir une librement » (article L 2212-1 du Code de la santé publique). En 2023, 48 % des IVG ont lieu dans un établissement de santé, 46 % en cabinet libéral et 6 % en centre de santé ou centre de santé sexuelle (Vilain *et al.*, 2024). Au sein des établissements de santé, 64 % des IVG sont réalisées par méthode médicamenteuse entre 2020 et 2023, et 36 % par méthode instrumentale.

(5) Cette disposition est superflète puisque qu'elle ne fait que répéter la possibilité, déjà inscrite dans le Code de la santé publique (article R 4127-47), accordée à tout·e professionnel·le de santé de refuser de pratiquer des soins, quel que soit l'acte, pour des raisons professionnelles ou personnelles, hors cas d'urgence vitale. Ce doublon, parfois désigné comme la « double clause de conscience », ne s'applique qu'à l'avortement, la stérilisation volontaire et les recherches sur embryons humains.

Dans les premières années consécutives au vote de la loi, les chefs de service de gynécologie recourent massivement à la « clause de conscience » et l'imposent à leurs subordonné-es, refusant de prendre part à son application, voire la freinant ou l'entravant. En 1975 et 1976, plusieurs rapports d'inspecteurs et inspectrices régionales de la santé rapportent la difficile application de la loi (Pavard *et al.*, 2012, p. 148), en particulier en province où il est plus rare de trouver des médecins militant-es qui créent des centres d'IVG autonomes dans les hôpitaux où les gynécologues refusent de les pratiquer. En 1979, les obstétricien·nes d'au moins vingt-six centres hospitaliers de province refusaient encore toute prise en charge de l'IVG⁽⁶⁾.

Le cas du Buissonnois illustre parfaitement le rôle des résistances médicales dans la lente et difficile application de la loi Veil. En 1979, aucun·e médecin n'y pratique les IVG. Quand Jacqueline, une gynécologue médicale de 29 ans, s'installe dans le département, le Planning familial la sollicite d'emblée. Elle vient d'un milieu bourgeois et catholique, bien à l'écart des mouvements féministes, mais elle explique en entretien qu'il lui tient à cœur de permettre l'application de la loi car toutes les femmes de sa famille ont eu recours au moins une fois à l'avortement clandestin, que sa mère a failli en mourir et que sa voisine de 17 ans en est décédée à la suite d'une septicémie⁽⁷⁾. Elle informe le directeur de l'hôpital des Bruyères qu'elle est prête à y consacrer une partie de son activité, en marge de son exercice en libéral. Elle n'est jamais recontactée, et pour cause : « En fait tout le monde était contre. » Pour qu'elle puisse réaliser des IVG, un médecin hospitalier titulaire doit accepter de prendre la responsabilité administrative de l'activité, ce qu'aucun gynécologue-obstétricien ni aucun médecin d'une autre spécialité n'accepte. Le directeur de l'hôpital lui-même, catholique pratiquant, est opposé à l'application de la loi. Aucune IVG n'est réalisée (légalement du moins) dans le département avant 1982, soit sept ans après le vote de la loi. La situation ne change qu'avec la conjonction du départ à la retraite du directeur de l'hôpital, la menace du gouvernement de diminuer la dotation des hôpitaux qui refusent d'appliquer la loi et l'arrivée d'un nouveau chirurgien qui accepte d'avoir officiellement la tutelle de l'activité d'IVG et de laisser un créneau de bloc opératoire – une demi-journée par semaine – à Jacqueline. Une conseillère conjugale et familiale ainsi qu'une secrétaire sont alors placées sous la direction de la gynécologue ; des locaux leur sont concédés dans les anciens internats de l'hôpital. Entre 1982 et 2006, aucun·e gynécologue de cet hôpital n'accepte de participer à l'activité d'IVG, y compris pendant les vacances ou les arrêts de travail de Jacqueline. Alors que le département comptait cinq maternités jusqu'à récemment, il faut attendre 1987 pour qu'un deuxième médecin du Buissonnois, un gynécologue-obstétricien finissant tout juste ses études, pratique les IVG. Ce n'est que très progressivement que les équipes de gynécologie des différentes maternités commencent à prendre en charge les IVG (en 2012 pour la dernière).

(6) D'après un dossier de la revue de médecine critique *Pratiques* portant sur « le clan des gynécologues-accoucheurs contre le libre choix des femmes », cité par Lucile Ruault (2017, p. 469).

(7) Entretien du 10 mai 2022.

III. Au-delà du manque de médecins : quand les réticences professionnelles à pratiquer l'IVG créent le « désert médical »

Au moment de l'enquête menée en 2022, les réticences des médecins continuent de transformer une pénurie relative du nombre de professionnel·les en restriction drastique de l'offre d'IVG. Elles limitent à la fois l'accès aux soins et les méthodes d'IVG disponibles.

1. Accès à l'IVG limité par la « clause de conscience » et par une application partielle de la loi

Aujourd'hui, où peuvent se rendre les habitantes du Buissonnois qui souhaitent avorter ? Le département compte quatre maternités auxquelles elles peuvent s'adresser. À l'exception de la maternité des Bruyères, qui dispose d'un centre d'IVG avec des locaux et un personnel dédié, les trois autres maternités réalisent les IVG dans le service de gynécologie. Les sages-femmes ou les médecins y reçoivent les avortantes et y pratiquent les IVG en marge du reste de leur activité.

Dans une première maternité, l'équipe médicale est composée de deux gynécologues qui invoquent tous deux la « clause de conscience » et refusent de pratiquer les IVG. Celles-ci sont prises en charge par les sages-femmes de la maternité, qui ne sont pas formées à l'IVG instrumentale et ne peuvent donc accepter les demandes d'IVG que jusqu'à sept semaines de grossesse.

Dans une deuxième maternité, l'unique gynécologue-obstétricien titulaire est en arrêt de travail de longue durée. Le service de gynécologie fonctionne grâce à la présence de médecins remplaçant·es, la plupart étrangers et étrangères, relevé·es toutes les deux semaines. Seul·es quelques remplaçant·es réguliers et régulières acceptent de pratiquer des IVG instrumentales, et jamais au-delà de dix semaines de grossesse. « Les remplaçants sont tellement difficiles à trouver, je ne peux pas imposer qu'on fasse des IVG, sinon j'ai personne », confie la cheffe de service, une gynécologue médicale qui n'est elle-même pas formée aux IVG instrumentales⁽⁸⁾. Dans le contexte d'un tel manque de médecins, les remplaçant·es sont en position de force. À la différence de médecins titulaires, ils et elles ont peu d'enjeux réputationnels dans le service et peuvent plus facilement refuser leur part du « sale boulot » (Hughes, 1971). Dès lors, les femmes qui souhaitent avorter par méthode instrumentale doivent attendre que le roulement des remplaçant·es amène un·e gynécologue volontaire pour pratiquer les IVG (sans dépasser dix semaines de grossesse) ou se rendre à la maternité des Bruyères, située à 60 km.

Dans une troisième maternité, une gynécologue-obstétricienne accepte de faire les IVG instrumentales jusqu'à douze semaines de grossesse, deux ne l'acceptent que très ponctuellement et jamais au-delà de dix semaines, un

(8) Entretien du 10 mai 2022.

dernier invoque la « clause de conscience ». La première gynécologue travaille à mi-temps, et si elle est absente ou en congé, les femmes qui doivent avorter à un terme supérieur à dix semaines sont là aussi orientées vers la maternité des Bruyères. Les consultations d'IVG sont réalisées par les sages-femmes de la maternité sur leur temps de garde.

La maternité des Bruyères, enfin, dispose d'une petite équipe dédiée à la planification familiale, avec une secrétaire, une sage-femme et une gynécologue médicale à temps partiel (trois demi-journées par semaine). Elles prennent en charge l'ensemble du parcours d'IVG, sauf le geste de l'IVG instrumentale, réalisé par deux des trois gynécologues-obstétricien·nes praticien·nes hospitaliers et hospitalière de la maternité. Le troisième, Adrian (49 ans), chrétien orthodoxe pratiquant de nationalité roumaine, estime que la pratique des avortements est contraire à sa religion. Il dit avoir été « forcé » à participer à l'activité d'IVG par un chantage à l'emploi de la part de ses anciens chefs de service que rendait possible sa position précaire de médecin étranger sans poste (faisant fonction d'interne). Depuis sa titularisation, il invoque la « clause de conscience ». Son collègue Adjilé (49 ans), catholique pratiquant de nationalité béninoise, accepte à contrecœur de réaliser ponctuellement quelques IVG :

Je le fais par collégialité. Si je pouvais je m'en passerais. Bon, une fois en passant, j'ai rien contre. Je veux pas qu'Estelle ait l'impression que je m'en tape et que je lui laisse [le travail]. Mais je veux pas en faire une activité. [...] De toute façon on n'en fait pas beaucoup⁽⁹⁾.

La cheffe de service, Estelle (36 ans), est de nationalité française. Elle est aussi catholique pratiquante. Elle exprime une violente répugnance morale et physique pour la pratique des avortements qu'elle considère comme la « partie noire de [s]on travail » dont elle n'est « pas très fière⁽¹⁰⁾ ». Pour autant, elle se dit très attachée au droit à l'avortement et me raconte les avortements clandestins de sa mère et de sa grand-tante, dont cette dernière a failli mourir. Elle considère que permettre aux femmes d'accéder à un avortement sécurisé fait partie de sa « mission » en tant que gynécologue : « Moi, je trouve que l'IVG c'est pas moral. C'est pas bien. Mais en attendant, il faut le faire. [...] Je les fais, mais je les fais quand même avec dégoût et écœurement. » Pour ces trois médecins, leur réserve (et pour l'un le refus) n'affecte en rien la mission de service public de l'établissement : « Je pense qu'on arrive à prendre toutes les patientes qui arrivent dans notre centre », dit Estelle, tandis que ses deux collègues justifient leur choix de ne pas faire d'IVG, ou très peu, par la faible demande d'IVG instrumentales.

Les femmes du Buissonnois peuvent également consulter l'une des médecins ou sages-femmes qui pratiquent les IVG en libéral, bien que celles-ci soient peu nombreuses : aucun·e gynécologue, seulement trois généralistes parmi les 348

(9) Entretiens du 5 mai 2022.

(10) Entretien du 29 avril 2022.

recensé-es dans le département, soit, pour la médecine générale, 0,9 % des médecins alors que la moyenne nationale est de 1,5 % en 2023 (Vilain *et al.*, 2024), ainsi que cinq des trente-sept sages-femmes ayant une activité libérale ou mixte dans le département. Certains médecins généralistes et des sages-femmes travaillant en libéral dans une grande ville ont évoqué en entretien l'intérêt de l'IVG pour attirer une patientèle en gynécologie : « Les généralistes, au début, on se bat pour avoir des patientes en gynécologie : l'IVG c'est un moyen de se faire connaître comme gynéco⁽¹¹⁾. » Les professionnel·les enquêtés-es en milieu rural déclarent, au contraire, avoir une activité déjà profuse et rechignent à réaliser des consultations d'IVG chronophages, pour lesquelles il faut en outre suivre une formation spécifique et mener des démarches administratives afin d'obtenir une convention avec un hôpital⁽¹²⁾. Les trois seules médecins généralistes réalisant des IVG dans le Buissonnois ont un intérêt particulier pour la prise en charge de l'IVG, qui s'inscrit dans une socialisation politique de gauche et féministe, ainsi que dans une trajectoire professionnelle relativement atypique. En effet, elles évoquent toutes trois un stage d'internat réalisé dans un centre de santé communautaire où elles ont appris une médecine qu'elles décrivent comme « sociale », qui intègre la pratique de l'IVG (Pitti, 2021). Les sages-femmes rencontrées expliquent s'être formées à la suite de demandes d'IVG de la part de femmes dont elles assuraient le suivi gynécologique et après avoir constaté leurs difficultés à trouver un lieu de prise en charge.

Selon le lieu de résidence, les distances à parcourir pour rejoindre les lieux de prise en charge peuvent atteindre 50 km pour une IVG médicamenteuse, et davantage lorsque le terme de grossesse dépasse les seuils de sept, dix et douze semaines, au-delà desquels les différents médecins, selon leurs préférences personnelles, choisissent de ne plus pratiquer les IVG. L'été, avec le départ en congé d'une partie des médecins, l'accès à l'IVG est encore plus difficile (*a fortiori* au-delà de sept semaines de grossesse). Par ailleurs, aucun·e des médecins des quatre maternités n'accepte de pratiquer d'IVG jusqu'au délai légal de quatorze semaines, pourtant entré en vigueur avant le début de mon enquête. Au-delà de douze semaines, les femmes sont enjointes à se rendre au centre hospitalier universitaire d'un département frontalier, à 150 km de la préfecture du Buissonnois. Celui-ci est loin d'être un cas isolé puisqu'en 2024, plus d'un tiers des établissements ayant une activité régulière d'IVG instrumentale n'a réalisé aucune IVG entre douze et quatorze semaines (Bracq *et al.*, 2025).

L'enquête montre ainsi que ce n'est pas le manque de médecins qui, seul, limite l'accès à l'IVG et accroît les distances à parcourir, mais le manque de médecins *volontaires*. Dans les hôpitaux de plus grande taille, il existe généralement des postes dédiés à la prise en charge de l'avortement, occupés par des

(11) Entretien du 21 février 2022 avec Amin, 67 ans, médecin généraliste en libéral.

(12) D'après une enquête du ministère de la santé de 2007, la durée de travail hebdomadaire des médecins généralistes est en effet plus importante quand ils et elles exercent en zone rurale ou à faible densité médicale (Aulagnier *et al.*, 2007).

gynécologues ou des médecins généralistes volontaires et formé-es à l'IVG instrumentale. À défaut, cette pratique est déléguée aux internes de gynécologie obstétrique, trop dominé-es dans les hiérarchies professionnelles pour pouvoir la refuser. Les hôpitaux de départements moins densément peuplés comme ceux du Buissonnois sont trop petits pour accueillir des internes ou pour avoir de tels postes, à l'exception de la petite équipe du centre des Bruyères. En l'absence de professionnel·les auquel·les déléguer les IVG, celles-ci incombent aux gynécologues de la maternité. Ces derniers et dernières ne sont pas plus opposé-es à l'avortement dans le Buissonnois qu'ailleurs – dans l'enquête par entretiens menée à l'échelle nationale, la plupart des gynécologues interrogé-es expriment des formes de réticences morales et le considèrent comme un « sale boulot » (Perrin, 2025b). Mais, à la différence des médecins des territoires mieux dotés, leurs réticences affectent ici directement l'accès aux soins car personne ne peut se substituer à celles et ceux qui refusent de pratiquer des IVG.

La comparaison avec les autres enquêtes de terrain menées hors du Buissonnois le confirme. Dans une maternité d'un grand centre urbain où j'ai réalisé des observations, le chef du service de gynécologie est catholique pratiquant et refuse absolument de pratiquer les IVG. Cependant, les demandes sont prises en charge par une équipe autonome de cinq médecins généralistes volontaires à temps plein, si bien que son refus n'a aucune conséquence sur les soins. La pratique religieuse, déterminante dans le rejet de l'avortement par les médecins (Strickland, 2012 ; Darzé et Barroso, 2018), peut ainsi jouer un rôle important dans la limitation de l'accès à l'IVG dans les « déserts médicaux », alors qu'il est marginal dans les hôpitaux de grandes villes où d'autres praticien·nes peuvent assurer la prise en charge. Dans les hôpitaux du Buissonnois, ce n'est pas non plus la surcharge de travail qui conduit les médecins à prioriser d'autres soins médicaux et à reléguer l'IVG au second plan. Le flux de demandes rapporté au nombre de professionnel·les consultant·es (en équivalent temps plein) est bien plus faible dans le centre des Bruyères que dans les centres hospitaliers universitaires étudiés dans deux autres départements (Perrin, 2025a).

Le fait que chaque médecin choisisse de pratiquer ou non l'IVG et, le cas échéant, décide individuellement du terme jusqu'auquel il ou elle accepte de le faire, crée une grande variabilité dans l'accès à l'IVG. Cela accroît le manque de lisibilité des parcours de soins et le défaut d'information des femmes pour lesquelles il n'est pas possible de savoir *a priori* où il leur est possible d'avorter, jusqu'à quand ni sous quelles conditions.

2. Le « choix » de la méthode d'IVG, ou comment l'offre médicale crée sa propre demande

Les réticences des médecins à pratiquer l'IVG contraignent également le choix de la méthode. Jusqu'à sept semaines de grossesse, délai au-delà duquel elle n'est plus autorisée, l'IVG médicamenteuse est la seule méthode proposée aux femmes dans trois des quatre maternités du département, à l'instar de 10 % des

hôpitaux français, situés principalement dans des petites villes, des centres urbains intermédiaires et des bourgs ruraux (Bracq *et al.*, 2025). Dans la quatrième, la maternité des Bruyères, la méthode instrumentale représente 16 % de l'ensemble des IVG en 2021 (contre 35 % en établissement de santé à l'échelle nationale), soit l'équivalent de la part moyenne des IVG réalisées en établissement au-delà de sept semaines (Vilain, 2022). Avant sept semaines, quand elles peuvent formellement choisir, les femmes n'optent presque jamais pour l'IVG instrumentale. L'enquête permet de faire ce constat. Quand une femme qui consulte au centre d'IVG des Bruyères avorte par méthode médicamenteuse, elle y est prise en charge de A à Z. Lorsqu'elle doit avoir une IVG instrumentale – soit parce qu'elle a dépassé le délai pour la méthode médicamenteuse, soit, plus rarement, parce qu'elle a réussi à obtenir l'IVG instrumentale à un terme inférieur à sept semaines de grossesse – il incombe à Laure, la sage-femme du centre d'IVG, et parfois à Valérie, la gynécologue médicale, de contacter le bloc de chirurgie pour en connaître les disponibilités ainsi que le ou la gynécologue qui réalisera l'aspiration. Il leur incombe également de prendre rendez-vous avec un-e anesthésiste, qui n'est généralement guère plus ravi-e que ses collègues gynécologues de participer à des IVG. Laure et Valérie anticipent la charge administrative, la négociation d'une place de bloc opératoire et l'irritation de collègues qui les dominent dans les hiérarchies hospitalières. Pour s'en prémunir, elles font tout pour dissuader les femmes qui le peuvent encore de recourir à la méthode instrumentale – sans jamais le leur interdire frontalement pour autant. La gynécologue médicale reconnaît un interventionnisme visant à limiter le travail organisationnel : « Quand elles ont le choix, on les pousse vers la médicamenteuse. C'est plus simple. » En matière de choix des méthodes, l'offre médicale *crée* donc sa propre demande plus qu'elle ne s'y adapte.

Pourtant, la loi donne explicitement aux femmes le droit de choisir leur méthode d'IVG lorsque le terme de la grossesse est inférieur à sept semaines. Comment, concrètement, le choix des avortantes est-il contraint ? Les professionnel·les de santé disposent d'un répertoire de pratiques du pouvoir médical qui permettent d'orienter les comportements des usagers et usagères en consultation (Perrin, 2025a) – répertoire que mobilisent Valérie et Laure pour « pousser » les femmes vers la méthode médicamenteuse. Lors des consultations que j'observe, Laure insiste systématiquement sur la dangerosité de l'aspiration. Elle évoque les « risques de l'anesthésie » et le « risque de lésion au niveau du col de l'utérus », qu'elle met en regard de la méthode médicamenteuse « plus simple », sûre, avec « moins de 1 % de chances d'échec », ce qui est en contradiction avec les données scientifiques sur le sujet⁽¹³⁾. Elle présente la procédure

(13) Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) a réalisé un important travail de synthèse bibliographique, qui montre que les IVG instrumentales sont en moyenne mieux vécues, entraînent moins d'hémorragie et présentent des taux d'échecs plus faibles. Ce travail bibliographique a été publié dans le *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* (Faucher, 2016). Le dossier-guide d'information sur l'IVG du ministère de la Santé et de la Prévention, que Laure distribue elle-même aux femmes souhaitant avorter, indique un taux d'échec de 5 % pour l'IVG médicamenteuse contre 0,3 % pour l'IVG instrumentale.

d'IVG instrumentale comme fastidieuse, met en avant les délais pour obtenir un rendez-vous d'anesthésie et une place au bloc et les exagère parfois. Elle prévient une avortante : « Il peut n'y avoir de rendez-vous que dans deux semaines. » Elle sait pourtant qu'il y a des places trois jours plus tard – un créneau de bloc opératoire est disponible pour les IVG tous les mercredis matin. Elle ajoute que « le médicament, on peut le faire dès demain », achevant de convaincre son interlocutrice. Par ailleurs, Laure et Valérie refusent absolument de programmer des IVG instrumentales avant le milieu de la quatrième semaine de grossesse en raison du risque d'échec de la méthode plus important à de petits termes⁽¹⁴⁾.

Je n'ai été témoin que de deux situations où les professionnelles du centre d'IVG ont accordé la méthode instrumentale à une femme qui la souhaitait à un terme inférieur à sept semaines. La première était une femme avec un handicap physique et des antécédents d'opérations gynécologiques contre-indiquant la méthode médicamenteuse. Je retranscris ci-dessous le déroulement du second cas. Madame A. est une femme blanche de 22 ans, assistante de vie scolaire en école primaire, sans enfant. Elle consulte à quatre semaines de grossesse pour réaliser sa première IVG. Elle est d'abord reçue par Valérie. En fin de consultation, lorsque la gynécologue aborde les méthodes d'IVG, Madame A. demande ce qui est le moins douloureux.

Valérie : C'est l'IVG chirurgicale.

Madame A. : Alors je veux bien ça, si c'est pas trop contraignant pour vous.

Valérie : Bah... C'est pas facile, mais on y arrive toujours. C'est surtout que ça va être loin pour vous. Vous savez, les médicaments on vous donne des antidouleurs. Bon, vous verrez ça avec la sage-femme.

Madame A. retourne en salle d'attente, Laure entre et Valérie lui raconte la consultation :

Valérie : Elle est même pas à [quatre semaines]. Par contre, elle préfère chirurgicale. Mais elle dit que si c'est pas trop compliqué pour nous, elle est mignonne.

Laure reçoit Madame A. dans son bureau, lui explique le déroulement de l'IVG médicamenteuse, puis discute des dates où elle pourrait prendre les médicaments et faire l'expulsion, précisant que c'est possible de le faire dès cette semaine. Elle ajoute :

Laure : Par aspiration ce sera pas cette semaine. Peut-être la semaine prochaine...

Madame A. : C'est ce qui fait le moins mal, hein ?

Laure : Euh...

(14) Si le taux d'échec de la méthode instrumentale est effectivement plus élevé en début de grossesse, il reste pourtant plus faible que celui de la méthode médicamenteuse quel que soit le terme. Cette pratique relativement répandue, qui consiste à reporter l'IVG instrumentale après le milieu de la quatrième semaine, est en réalité héritée de l'époque où les IVG étaient pratiquées sans échographie et où le risque de « passer à côté de la grossesse » lors d'une aspiration était plus important.

Madame A. : J'ai eu des retours sur l'IVG médicamenteuse.

Laure (*sur un léger ton de reproche*) : Vous êtes allée sur les sites ! Vous avez des règles douloureuses ?

Madame A. : Oui.

Laure : Bah ça vous changera rien⁽¹⁵⁾ ! Et puis on vous donne des antidouleurs. Après, moi je vous accompagnerai dans la méthode que vous choisirez.

Madame A. : Médicamenteux c'est plus simple ? (*Laure acquiesce*) Bon... *Elles discutent d'un moment où elle pourra être accompagnée pour la prise du second médicament et l'expulsion du fœtus. Il est difficile de trouver un créneau qui convienne avec l'emploi du temps de Madame A. On fait alors entrer le partenaire (ambulancier), qui était en salle d'attente, pour qu'il donne ses disponibilités, Madame A. devant être accompagnée au moment de l'expulsion à son domicile. Il s'étonne :*

Partenaire : Je croyais que tu voulais le faire sous anesthésie ?

Madame A. : Bah c'est chiant pour eux pour trouver un rendez-vous.

Laure : Oh c'est moi qui trouve le rendez-vous, hein.

Partenaire : Mais si ça fait moins mal...

Madame A. (*à Laure*) : Oui mais si c'est chiant pour vous.

Laure : Surtout on vous donne des antidouleurs. La bouillotte chaude ça marche très bien ! (*Elle explique l'utilisation des médicaments antalgiques : Ibuprofène et Lamaline en suppositoire.*) Mais bon je vous oblige pas à faire cette méthode, hein.

À nouveau, il et elles discutent des dates possibles pour l'IVG médicamenteuse. Madame A. est embêtée parce qu'au seul moment où son partenaire est disponible pour être avec elle au moment de l'expulsion, elle a une importante action bénévole qu'elle organise et à laquelle elle souhaite participer.

Madame A. : Tant pis je vais annuler... Ah, fait chier, ça m'embête de leur dire au dernier moment !

Laure : Ah, bah vous avez un problème de santé, hein ! Bon, ce que je vous propose, on part sur médicamenteux, et si vous changez d'avis je vous programme en chirurgical.

Partenaire : Mais... Tu préfères pas en anesthésie ?

Madame A. : Si c'est en chirurgical, je loupe combien de jours d'école ?

Laure : Vous seriez hospitalisée mercredi.

Madame A. : Ce serait parfait, c'est mon jour de repos ! Moi ça me rassure plus de faire celle à l'hôpital.

Partenaire : Au moins t'es suivie, s'il y a un problème. C'est le mieux, non ? Après c'est ton choix.

Laure : Vous pouvez aussi être hospitalisée avec le médicament.

(15) Les études sur la douleur ressentie lors de l'IVG médicamenteuse montrent pourtant une corrélation positive entre douleurs des règles et douleur de l'IVG (Jamil, 2013).

Madame A. : Non mais je vais faire le médicament si c'est plus simple...

Laure : Bon vous allez faire un tour et vous revenez dans deux heures pour me dire ce que vous voulez faire. Le bloc c'est les mercredis, et on ne sait pas s'il y a de la place. C'est très contraignant qu'il n'y ait pas d'autre moment possible. *Madame A. sort. Laure appelle le service de gynécologie et demande s'il y a de la place au bloc mercredi de la semaine suivante (dans neuf jours), ce qui est le cas. Elle se tourne alors vers moi : J'ai pas précipité pour qu'elle passe ce mercredi parce que je me serais fait tuer par les anesthésistes, et surtout pour qu'elle ait le temps de poser les choses. Tu as vu comme elle était indécise ? C'est une petite grossesse donc on peut attendre. Madame A. revient à l'heure prévue. Elle demande sans hésiter l'IVG instrumentale. Lorsqu'elle revient une semaine après prendre le médicament préparant le col de l'utérus à la pratique de l'IVG instrumentale (deux jours avant l'intervention), Laure lui demande une dernière fois : On change pas d'avis sur la méthode⁽¹⁶⁾ ?*

Formellement, Madame A. dispose du choix de la méthode à l'exception de l'anesthésie locale qui n'est pas proposée. Dans les faits, la sage-femme tente de la convaincre d'opter pour la méthode médicamenteuse, malgré une préférence clairement exprimée et répétée pour l'anesthésie. Au cours d'une consultation particulièrement longue, suivie d'un temps d'attente de deux heures, elle nie le fait que l'IVG sous anesthésie générale est moins douloureuse que l'IVG médicamenteuse, au point de faire rivaliser les propriétés analgésiques d'une bouillotte avec celles de l'anesthésie. Alors qu'un créneau de bloc est libre deux jours plus tard, elle repousse l'intervention à la semaine suivante – elle aurait dû, sinon, se contredire, puisqu'elle affirmait la méthode indisponible. L'intervention du partenaire de Madame A. s'est avérée déterminante. Peut-être son métier d'ambulancier le dote-t-il d'une plus grande assurance face à des professionnel·les de santé, comme Laure. S'immisçant dans le « colloque singulier », il rappelle la volonté et l'intérêt de Madame A. Les autres usagères du centre, qui préféreraient avorter sous anesthésie générale mais se retrouvent plus isolées que Madame A. face au pouvoir médical, n'accèdent pas à l'IVG dans les conditions de leur choix.

En résumé, les femmes du Buissonnois peuvent consulter les quelques professionnelles pratiquant les IVG en libéral – obligatoirement par méthode médicamenteuse et jusqu'à sept semaines de grossesse – ou avorter dans les quatre maternités qui réalisent respectivement 40, 90, 160 et 300 (pour la maternité des Bruyères) IVG par an avec des taux d'IVG médicamenteuses de 100 %, 80 %, 93 % et 84 %. Obtenir une IVG instrumentale avant sept semaines est, à quelques exceptions près, impossible. De plus, le Buissonnois est l'un des douze départements français où il est impossible d'obtenir une IVG instrumentale sous anesthésie locale – plutôt que générale – quel que soit le terme (Chaput *et al.*, 2022). Les gynécologues de la maternité des Bruyères interrogés à ce sujet n'ont jamais vu pratiquer l'IVG sous anesthésie locale, n'ont pas appris

(16) Notes de terrain, mai 2022.

à le faire et n'en voient pas l'intérêt pour les femmes. Cette méthode est surtout pratiquée dans les centres dotés de médecins spécialisé·es dans l'IVG, qui pratiquent l'IVG instrumentale dans les locaux du centre d'IVG (plutôt que dans le bloc opératoire du service de gynécologie) et qui en transmettent la technique aux nouvelles et nouveaux arrivant·es. Les médecins spécialistes de l'IVG rencontré·es (hors du Buissonnois, donc) considèrent souvent l'anesthésie locale comme la meilleure méthode d'IVG, moins contraignante que l'anesthésie générale et plus efficace que l'IVG médicamenteuse.

Pour comprendre le processus de production des inégalités territoriales d'accès à l'IVG, il faut donc voir l'asymétrie de la relation de soin et la situation de dépendance institutionnalisée à l'égard des professionnel·les de santé – puisque la loi conditionne l'accès à l'avortement au recours à un·e médecin ou une sage-femme. Cette situation de dépendance permet aux professionnel·les de contrôler les modalités d'accès à l'IVG, parfois de les restreindre ou de les compliquer.

IV. La surmédicalisation de l'IVG aggrave les inégalités territoriales

Les inégalités en matière d'IVG ne se limitent pas à la possibilité ou non d'y accéder et au choix de la méthode. Ce sont aussi, à méthode donnée, les parcours de soins qui varient. Peu à peu débarrassée de la plupart des contraintes posées dans la loi initiale, la loi actuelle ne définit le périmètre de la prise en charge de l'IVG que de manière assez lâche. Pour l'appliquer, les médecins doivent l'interpréter dans des dispositifs concrets, des normes de pratiques. À l'échelle des services et des cabinets, ils et elles fixent ainsi le nombre, l'espace, la durée et le contenu des consultations, les protocoles médicamenteux suivis, les examens réalisés, les instruments médicaux utilisés pour calculer le terme des grossesses. Ces dispositifs varient significativement selon les habitudes et les préférences des médecins, ainsi que selon les contraintes logistiques avec lesquelles ils et elles doivent composer. En fonction du centre où elles se rendent et du ou de la médecin qu'elles consultent, les femmes pourront ainsi avorter plus ou moins rapidement et en se pliant à différentes contraintes.

Dans une analyse sur les inégalités territoriales, il est intéressant de prendre en compte deux modalités du parcours d'IVG. La première est le nombre de consultations que les femmes doivent réaliser pour obtenir l'avortement. Depuis la suppression de la semaine d'attente en 2016, plus rien n'empêche légalement de réaliser l'IVG à la suite de la première consultation, quelle que soit la méthode utilisée, et les femmes n'ont plus à ingérer le médicament dans le centre ou le cabinet médical depuis février 2022 (soit trois mois avant le début de mon enquête dans le Buissonnois). Seule une minorité des médecins se saisit de ces possibilités pour simplifier le parcours d'IVG des femmes qui souhaitent avorter rapidement. Dans un seul des trois centres où j'ai observé les prises en charge d'IVG, les femmes pouvaient obtenir le médicament abortif le jour de leur

première consultation médicale et étaient autorisées à l'emporter pour l'ingérer ultérieurement⁽¹⁷⁾. Dans les maternités du Buissonnois, les femmes doivent obligatoirement revenir une deuxième, voire, selon les cas, une troisième fois, pour réaliser l'avortement (consultations auxquelles s'ajoute une visite de contrôle quinze jours après l'IVG, à laquelle très peu de femmes se rendent). Lors des consultations observées dans le centre des Bruyères, elles sont nombreuses à demander s'il est possible de prendre le médicament immédiatement. Laure, la sage-femme, et Valérie, la gynécologue, refusent⁽¹⁸⁾. Entre deux consultations, la première m'explique : « Je cède pas. Généralement elles arrivent à la consultation suivante avec une liste de questions et je regrette pas d'avoir dit non. » La multiplication des consultations dans le parcours d'IVG, pratique très commune, accroît la charge du « travail abortif » (Mathieu et Thizy, 2023, p. 49), c'est-à-dire les tâches coûteuses en temps, en énergie et en argent que doivent fournir les femmes pour éviter la procréation. À chaque fois, elles doivent s'organiser pour y consacrer une demi-journée et, pour celles qui cachent l'IVG à leurs proches (Thizy, 2021), justifier leurs absences auprès de leur famille, leur partenaire, leur école, leur employeur ou employeuse. Le nombre de consultations à réaliser multiplie d'autant les importantes distances à parcourir dans les territoires peu dotés en professionnel·les et lieux de prise en charge de l'IVG, comme le Buissonnois.

La seconde modalité du parcours d'IVG à considérer pour étudier les inégalités territoriales est le nombre d'actes médicaux auxquels les femmes doivent se soumettre pour obtenir l'IVG. Dans les quatre maternités du Buissonnois, les prises en charge d'IVG sont particulièrement médicalisées. Dans la première maternité, qui ne réalise que des IVG avant sept semaines de grossesse, toutes les femmes doivent réaliser une consultation d'anesthésie et un bilan préopératoire, bien que l'hôpital ne propose que des IVG médicamenteuses pour lesquelles ces actes n'ont pas d'utilité. Dans la deuxième maternité, toutes les femmes qui avortent par méthode médicamenteuse et vivent à plus de 10 km de l'hôpital sont obligatoirement hospitalisées – quand ce n'est officiellement recommandé que pour les femmes vivant à plus d'une heure de route d'un centre. Dans la troisième maternité, l'hospitalisation est imposée pour toute IVG médicamenteuse entre cinq et sept semaines de grossesse. Dans le centre d'IVG des Bruyères, enfin, toutes les femmes reçoivent un examen gynécologique complet (palpation des seins, toucher vaginal, frottis), indépendamment de leur âge et du suivi gynécologique qu'elles peuvent avoir par ailleurs.

Si la réalisation d'actes médicaux non requis par la loi ni recommandés par les autorités de santé n'est pas propre aux centres d'IVG situés dans les « déserts médicaux », elle y prend une ampleur particulière. L'enjeu, pour les

(17) La pratique de l'IVG instrumentale le jour de la première consultation est très rare. Je n'ai rencontré que deux médecins, particulièrement engagées pour l'accès à l'avortement, qui acceptent de le faire.

(18) Sauf face à une avortante par ailleurs médecin, à laquelle Laure propose d'elle-même de fournir immédiatement le médicament.

petits hôpitaux, n'est pas la rentabilité, mais le maintien d'un volume d'activité minimal attestant de leur utilité. Une médecin généraliste qui réalise une vacation hebdomadaire d'IVG dans un centre hospitalier d'une ville de 13 000 habitants d'un autre département rural raconte qu'elle y est « attendue comme le Messie. Parce que ça va faire de l'activité⁽¹⁹⁾ ». Dans le Buissonnois, le cinquième hôpital du département a fermé quelques années avant l'enquête. Au moment de la recherche, une maternité est menacée de fermeture, deux autres de fusion. Quand j'interroge une sage-femme de l'un de ces deux hôpitaux sur l'hospitalisation systématique des femmes qui demandent l'IVG médicamenteuse, elle répond : « Pour l'hôpital c'est un geste de plus. » Cette même logique conduit les administrations hospitalières à freiner le développement de l'activité d'IVG en ville. Toutes les professionnelles libérales enquêtées dans le département – ainsi que dans d'autres zones rurales que le Buissonnois – rapportent des retards importants dans la signature de leur convention (obligatoire pour pratiquer l'IVG en cabinet). « L'hôpital a besoin de toute l'activité gynéco du territoire. [...] S'ils pouvaient garder toutes les IVG médicamenteuses ils le feraient », confie Anne (39 ans). Elle est l'une des généralistes dont la convention n'a été signée qu'au bout de trois ans⁽²⁰⁾. Deux logiques contraires coexistent dans les hôpitaux du Buissonnois : celle des administrations hospitalières favorables à la prise en charge des IVG et celles des gynécologues réticent-es à les pratiquer. La conséquence en est l'imposition de parcours surmédicalisés d'IVG médicamenteuses, alors même que cette méthode est souvent choisie par les femmes pour la plus grande flexibilité et l'autonomie (relative) qu'elle permet.

Ainsi, par la multiplication des consultations et la médicalisation excessive, les pratiques professionnelles aggravent les inégalités territoriales d'accès à l'IVG bien au-delà d'un effet mécanique de l'évolution de la densité médicale. Elles limitent l'autonomie procréative des femmes, c'est-à-dire leur possibilité d'avorter simplement et en décidant des modalités de leur IVG.

Conclusion

Cette enquête éclaire sous un jour nouveau les difficultés d'accès à l'IVG dans les « déserts médicaux ». Si l'histoire du département et l'organisation précise de l'offre de soins décrites sont propres au Buissonnois⁽²¹⁾, celui-ci présente les caractéristiques des zones le moins densément peuplées, qui ont été identifiées par les travaux de démographie : rareté des professionnel·les en libéral (principalement des sages-femmes) ; établissements menacés de fermeture ou de restructuration ; difficultés d'accès à l'IVG instrumentale, à l'anesthésie

(19) Entretien du 5 juin 2022.

(20) Entretien du 13 mai 2022.

(21) Avec, pour rappel, des modifications visant à assurer l'anonymat des enquêtés-es.

locale et aux IVG entre douze et quatorze semaines de grossesse ; taux d'IVG médicamenteuse bien supérieur à la moyenne nationale ; distances importantes à parcourir. L'analyse a abouti à quatre résultats principaux dont la portée dépasse le seul cas du Buissonnois. Le premier est que les difficultés d'accès à l'IVG en milieu rural résultent moins de la « désertification médicale » que du manque spécifique de médecins *volontaires* pour pratiquer les avortements. Les réticences face à la pratique de l'IVG, ancrées dans l'histoire de la profession, dans des socialisations professionnelles, religieuses ou politiques, transforment une pénurie relative en restriction drastique des lieux où il est possible d'avorter. Si l'expression « clause de conscience » témoigne d'une tentative d'ennobler le rejet de la pratique des avortements en l'inscrivant dans la lignée du refus pacifiste de porter les armes, il s'agit bien d'une forme de refus de soins (Fiala et Arthur, 2014) qui a des conséquences délétères pour les femmes qui souhaitent avorter. Le deuxième résultat est que les pratiques des médecins et des sages-femmes qui prennent en charge les IVG contribuent à la production ou à l'aggravation des inégalités territoriales d'accès à l'IVG. Ils et elles façonnent les parcours d'IVG selon leurs habitudes, leurs préférences et selon certains enjeux logistiques que peut recouvrir l'activité médicale – par exemple, accroître le nombre d'actes réalisés – au détriment de l'autonomie décisionnelle des femmes. Pour comprendre les inégalités territoriales, il ne suffit donc pas de considérer la « clause de conscience » et les médecins qui refusent de pratiquer les IVG, il faut également considérer les pratiques ordinaires des médecins qui acceptent de les pratiquer. Le troisième résultat, qui en découle, concerne la forme que prennent les inégalités territoriales d'accès à l'IVG : en milieu rural, les femmes doivent parcourir de plus grandes distances pour avorter ; avorter au-delà de sept semaines de grossesse (et *a fortiori* au-delà de dix et de douze) est souvent une gageure ; dans certains « déserts médicaux », le choix de la méthode d'IVG, pourtant théoriquement garanti par la loi, est quasi inexistant ; les parcours d'IVG tendent à être surmédicalisés, ce qui rend l'accès plus contraignant. Quatrièmement, en France aujourd'hui, contrairement à une idée reçue, les enjeux financiers n'expliquent que marginalement les limitations de l'offre d'IVG.

Ces résultats empiriques confirment l'intérêt d'une approche sociologique des inégalités territoriales de santé, qui considère l'offre de soins d'un territoire comme un ensemble de pratiques situées, portées par des professionnel·les aux dispositions différenciées plutôt que comme une ressource homogène et substituable, dont les variations seraient avant tout quantitatives. Or, les dispositions des médecins ne peuvent avoir de conséquence sur les soins prodigués que parce qu'ils et elles ont les moyens de contrôler effectivement les modalités de la prise en charge. Cette recherche montre ainsi l'importance d'analyser les inégalités de santé – y compris territoriales – au prisme des rapports de pouvoir qui structurent la relation de soin. Il s'agit non seulement de l'intersection des rapports de pouvoir classiquement étudiés (à commencer par le genre, la classe, la race et l'âge) (Carde, 2020, 2021 ; Gelly *et al.*, 2021), mais aussi de leur

interaction avec le rapport de domination spécifique à la relation médicale (Perrin, 2026). La structure du territoire détermine en partie les conditions d'exercice du pouvoir médical (et, partant, les modalités d'accès aux soins) puisque le manque de professionnel·les (ou de professionnel·les *pratiquant l'IVG*) accentue la dépendance des patient·es à l'égard du ou de la médecin ou sage-femme consultée.

Ces résultats ouvrent des perspectives pour les politiques publiques d'aménagement sanitaire du territoire. Plutôt que de se limiter à l'augmentation du nombre de professionnel·les ou de structures, il apparaît prioritaire de créer des postes spécifiquement dédiés à l'IVG, occupés par des praticien·nes volontaires et formé·es. La simplification des parcours – comme la possibilité d'avorter dès la première consultation pour les femmes qui le souhaitent et la limitation de la surmédicalisation – constitue une voie d'amélioration efficace et peu coûteuse de l'accès à l'IVG. Sa mise en œuvre se heurte cependant aux limites du système de régulation médicale, largement fondé sur l'autonomie professionnelle (Freidson, 1970), ce qui rend difficile un contrôle extérieur des pratiques (Hassenteufel, 1999).

RÉFÉRENCES

- ARNAL C., BEAUMEL C., ÉTIENNE L. et LE TYRANT M. 2022. La lutte contre le tabagisme des jeunes : des associations de prévention aux prises d'un pilotage national cadrant. *Sociologies pratiques*, 45(2), 63-73. <https://doi.org/10.3917/sopr.045.0063>
- AULAGNIER M., OBADIA Y., PARAPONARIS A., SALIBA-SERRE B., VENTELOU B. *et al.* 2007, L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. Drees, *Études et résultats*, 610.
- BATTISTEL M.-N. et MUSCHOTTI C. 2020. *Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG)* (document n° 3343). Assemblée nationale.
- BLOY G. et RIGAL L. 2023. Des gradients sociaux dans la dispensation des soins, et après ? Usages cliniques, dilemmes éthiques et réflexivité sociologique. *Revue française d'éthique appliquée*, 14(1), 63-77. <https://doi.org/10.3917/rfeap.014.0063>
- BOLTANSKI L. 1971. Les usages sociaux du corps. *Annales Histoire, Sciences sociales*, 26(1), 205-233. <https://doi.org/10.3406/ahess.1971.422470>
- BOUSQUET D. et LAURANT F. 2013. *Rapport relatif à l'accès à l'IVG. Volet 2 : Accès à l'IVG dans les territoires* (document n° 2013-1104-SAN-009). Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sites/hce/files/files-spip/pdf/rapport_ivg_volet2_v10-2.pdf
- BRETIN H. et KOTOBI L. 2016. Inégalités contraceptives au pays de la pilule. *Agone*, 58, 123-134. <https://doi.org/10.3917/agone.058.0123>
- BRETON D., BARBIERI M., D'ALBIS H. et MAZUY M. 2017. L'évolution démographique récente de la France : De forts contrastes départementaux. *Population*, 72(4), 583-651. <https://doi.org/10.3917/popu.1704.0583>
- BRACQ C., BARIL É. et MAZUY M. 2025. Avorter en centres urbains, en petites villes, en ruralité : Une offre et une accessibilité différenciées. *Population*, 80(3-4), 397-415. <https://doi.org/10.3917/popu.2503.0397>
- CARDE E. 2020. Inégalités sociales de santé et rapports de pouvoir : Covid-19 au Québec. *Santé Publique*, 32(5), 461-471. <https://doi.org/10.3917/spub.205.0461>
- CARDE E. 2021. Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité. *Sciences sociales et santé*, 39(1), 5-30. <https://doi.org/10.1684/sss.2021.0189>
- CHAPUT J., BARIL É. et MAZUY M. 2024. L'avortement 50 ans après la loi Veil : Un recours et des méthodes qui varient sur le territoire. *Population et sociétés*, 627. <https://doi.org/10.3917/popsoc.627.0001>
- CHAPUT J., BRACQ C. et MAZUY M. 2022 (13 juillet). Inégalités territoriales d'accès à l'IVG : Qu'en est-il en France ? AOC.
- CHEVILLARD G., LUCAS-GABRIELLI V. et MOUSQUES J. 2018. « Déserts médicaux » en France : État des lieux et perspectives de recherches. *L'Espace géographique*, 47(4), 362-380. <https://doi.org/10.3917/eg.474.0362>
- DARMON M. 2021. *Réparer les cerveaux : Sociologie des pertes et des récupérations post-AVC*. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.darmo.2021.01>

- DARZÉ O. I. S. P. et BARROSO J. U. 2018. Prevalence, attitudes, and factors motivating conscientious objection toward reproductive health among medical students. *Revista brasileira de ginecologia e obstetricia*, 40(10), 599-605. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1673367>
- FAINZANG S. 2006. *La relation médecins-malades : Information et mensonge*. Puf. <https://doi.org/10.3917/puf.fainz.2006.01>
- FAUCHER P. 2016. Complications de l'interruption volontaire de grossesse. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 45(10), 1458-1603. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.09.016>
- FERRAND-PICARD M. 1982. Médicalisation et contrôle social de l'avortement : Derrière la loi, les enjeux. *Revue française de sociologie*, 23(3), 383-396. <https://doi.org/10.2307/3320986>
- FIALA C. et ARTHUR J. 2014. "Dishonourable disobedience" – Why refusal to treat in reproductive healthcare is not conscientious objection. *Woman – Psychosomatic Gynaecology and Obstetrics*, 1, 12-23. <https://doi.org/10.1016/j.woman.2014.03.001>
- FREIDSON E. 1970. *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. Dodd, Mead & Co.
- GAILLOT. A. 2020 (30 septembre). *Rapport sur la proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement* (3292) [rapport n° 3383]. Assemblée nationale.
- GARCIA S. 2005. Expertise scientifique et capital militant : Le rôle des médecins dans la lutte pour la légalisation de l'avortement. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 158, 96-115. <https://doi.org/10.3917/arss.158.0096>
- GELLY M., MARIETTE A. et PITTI L. 2021. Santé critique : Inégalités sociales et rapports de domination dans le champ de la santé. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 236-237, 4-19. <https://doi.org/10.3917/arss.236.0004>
- GELLY M. et PITTI L. 2016. Une médecine de classe ? Inégalités sociales, système de santé et pratiques de soins. *Agone*, 58, 7-18. <https://doi.org/10.3917/agone.058.0007>
- HASSENTEUFEL P. 1999 (avril). Vers le déclin du « pouvoir médical » ? Un éclairage européen : France, Allemagne, Grande-Bretagne. *Pouvoirs*, 89, 51-64.
- HASSENTEUFEL P., SCHWEYER F.-X., GERLINGER T. et REITER R. 2020. Les « déserts médicaux » comme leviers de la réorganisation des soins primaires, une comparaison entre la France et l'Allemagne. *Revue française des affaires sociales*, 1, 33-56. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0033>
- HORELLOU-LAFARGE C. 1982. Une mutation dans les dispositifs du contrôle social : le cas de l'avortement. *Revue française de sociologie*, 23(3), 397-416. <https://doi.org/10.2307/3320987>
- HUGHES E. C. 1971. *The Sociological eye: Selected papers*. Aldine, Atherton.
- JAMIL J. 2013. *Douleur de l'IVG sous AL : Évaluation et facteurs prédictifs* [thèse de doctorat, Paris, université Paris Diderot].
- MATHIEU M. et THIZY L. 2023. *Sociologie de l'avortement*. La Découverte.
- PAILLET A. 2021. Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 236-237, 20-39. <https://doi.org/10.3917/arss.236.0020>
- PAVARD B., ROCHEFORT F. et ZANCARINI-FOURNEL M. 2012. *Les lois Veil : Contraception 1974, IVG 1975*. Armand Colin.
- PERRIN R. 2023. L'ethnographie comme travail émotionnel : Une enquête de terrain sur l'avortement. *Genèses*, 132(3), 97-115.
- PERRIN R. 2025a. Avorter à l'heure du médecin : Contribution à une sociologie du pouvoir médical. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 257(2), 40-59. <https://doi.org/10.3917/arss.257.0040>.

- PERRIN R. 2025b. La fabrique du sale boulot : pourquoi les médecins n'aiment pas pratiquer des avortements. *Revue française de sociologie*, 66(1), 91-118. <https://doi.org/10.3917/rfs.661.0091>
- PERRIN R. 2026. On medical domination. *The British Journal of Sociology*, 77(2), 189-200. <https://doi.org/10.1111/1468-4446.70057>
- PITTI L. 2021. Le renouveau d'une utopie ? Lutter contre les inégalités sociales de santé en médecine générale : Les métamorphoses de la médecine sociale dans les quartiers populaires en France, des années 1970 à aujourd'hui. *Revue française des affaires sociales*, 3, 305-317. <https://doi.org/10.3917/rfas.213.0305>
- PRUD'HOMME D. 2016. Du « soin global » au traitement discriminatoire : La prise en charge de patientes identifiées comme roms dans un service de gynéco-obstétrique parisien. *Terrains et travaux*, 29(2), 85-104. <https://doi.org/10.3917/tt.029.0085>
- RICAN S., SALEM G., VAILLANT Z. et JOUGLA E. 2010. *Dynamiques sanitaires des villes françaises*. La Documentation française.
- RUAUT L. 2017. *Le spéculum, la canule et le miroir : Les MLAC et mobilisations de santé des femmes, entre appropriation féministe et propriété médicale de l'avortement (France, 1972-1984)* [thèse de doctorat, Lille, université de Lille].
- SCHWEYER F.-X., VEZINAT N. et NOÛS C. 2022. Penser la santé autrement : Le défi de l'intégration sociale. *Sociologies pratiques*, 45(2), 1-7. <https://doi.org/10.3917/sopr.045.0001>
- STRICKLAND S. L. 2012. Conscientious objection in medical students: a questionnaire survey. *Journal of Medical Ethics*, 38(1), 22-25. <https://doi.org/10.1136/jme.2011.042770>
- THIZY L. 2021. Esquiver le stigmate lié à l'avortement : le « travail d'invisibilisation » comme renforcement du travail procréatif. *Enfances, familles, générations*, 38, 166-188.
- VAILLANT Z., BARDES J. et RICAN S. 2021. De la discrimination positive à la discrimination territoriale : Les quartiers en politique de la ville, inégaux face à la santé. *Cahiers de la LCD*. 12, 67-91. <https://doi.org/10.3917/clcd.012.0067>
- VILAIN A. 2022 (septembre). Interruptions volontaires de grossesse : La baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021. Drees, *Études et résultats*, 1241. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/er1241_1.pdf
- VILAIN A., FRESSON J. et LAUDEN C. 2024 (septembre). La hausse des IVG réalisées hors établissement de santé se poursuit en 2023. Drees, *Études et résultats*, 1311. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-09/ER1311.pdf>

Abstract**Raphaël Perrin • ABORTION IN FRANCE'S 'MEDICAL DESERTS': HOW HEALTHCARE PROFESSIONALS ARE CONTRIBUTING TO THE PRODUCTION OF TERRITORIAL INEQUALITIES**

Barriers to abortion access in rural areas of France are attracting increasing political and scientific attention. While official statistics have been used to document variations in utilization rates, travel distances, and abortion methods used, attesting to the existence and magnitude of territorial inequalities, the mechanisms by which these inequalities are produced remain under-researched and are often attributed solely to technical factors (the closure of maternity hospitals, a shortage of physicians, and the supposed poor profitability of abortion services). Based on an ethnographic study combining interviews with all the professionals involved in abortion care within a rural department of France and observation within hospital-based abortion clinics, this article demonstrates the active role played by physicians in the generation of so-called 'medical deserts'. It explores the social trajectories of those physicians who refuse to carry out abortions, as well as the practices of others who do perform them but who contribute to these inequalities by limiting choice of method, requiring multiple consultations, and over-medicalizing abortion care pathways. This research invites us to view territorial inequalities in health through the prism of medical domination, highlighting how local constraints increase physicians' power to control and restrict access to care.

Keywords

territorial inequalities in health, abortion, medical desert, medical domination, gender, professional practices, medical profession

