



HAL
open science

Étude du ressenti et du positionnement des hommes lors d'une interruption volontaire de grossesse : enquête qualitative au centre d'IVG du CHU de Rennes entre mars 2015 et avril 2016

Élinore Lapadu-Hargues

► **To cite this version:**

Élinore Lapadu-Hargues. Étude du ressenti et du positionnement des hommes lors d'une interruption volontaire de grossesse : enquête qualitative au centre d'IVG du CHU de Rennes entre mars 2015 et avril 2016. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01755517

HAL Id: dumas-01755517

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01755517v1>

Submitted on 6 Jun 2018

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.

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Spécialité Médecine générale

présentée par

Elinore Lapadu-Hargues

Née le 09 juin 1986

**Étude du ressenti et
du positionnement
des hommes lors
d'une Interruption
Volontaire de
Grossesse.**

**Enquête qualitative au
Centre d'IVG du CHU de
Rennes entre mars 2015
et avril 2016.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 4 novembre 2016**

devant le jury composé de :

Pr Vincent LAVOUE

PU-PH en Gynécologie obstétrique et médicale,
CHU de Rennes / *Président du jury*

Pr Françoise TATTEVIN

P-Associée à l'université de Rennes
Médecine générale,
DMG de Rennes / *Assesseur*

Dr Ronan GARLANTEZEC

MCU-PH en Santé publique et épidémiologie,
CHU de Rennes / *Assesseur*

Dr Emmanuel ALLORY

MC-Associé à l'université de Rennes
Médecin générale,
DMG de Rennes / *Assesseur*

Dr Olivier BERNARD

Docteur en Médecine générale
Directeur de thèse

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques Professeur des Universités en surnombre	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISSOT Pierre Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités Emérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques Professeur des Universités associé, à mi-temps	Pédopsychiatrie; addictologie

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénérologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoît	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités Emérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé	Médecine générale
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick Professeur des Universités en surnombre	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain Professeur des Universités en surnombre	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MENER Eric (Professeur associé des universités de MG)	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
MORTEMOUSQUE Bruno	Ophtalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
MYHIE Didier (Professeur associé des universités de MG)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE Karim	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé des universités de MG)	Médecine générale
THIBAULT Ronan	Nutrition
THIBAULT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie

PROFESSEURS UNIVERSITAIRES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
ALLORY Emmanuel (MC associé - MG)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénérologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELINE Julien	Cancérologie; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAUT	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Nom Prénom	Sous-section de CNU
MARTINS Pédro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric (MC associé - MG)	Médecine générale
RIOU Françoise	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SAULEAU Paul	Physiologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence (Lorne)	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
ZIELINSKI Agata	

Remerciements :

Je remercie le Pr Vincent Lavoué pour la présidence de ce jury. Merci de m'avoir ouvert les portes du service d'orthogénie de Rennes pour la réalisation de ce travail et de m'avoir orientée vers le Dr Olivier Bernard pour le diriger.

Je remercie le Pr Françoise Tattevin, le Dr Ronan Garlantezec et le Dr Emmanuel Allory pour leur présence dans ce jury.

Merci à Oliver Bernard d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ta disponibilité, tes relectures, tes commentaires et tes conseils avisés. Ce fut un honneur de travailler à tes côtés, sur un sujet dont tu es un militant de la première heure et un expert. Ce fut également un vrai plaisir de faire ta connaissance !

Merci à Brigitte Blouet, douce infirmière, sans qui cette thèse n'aurait pas pu voir le jour, merci pour ton aide immense, ton accueil enthousiaste de ce projet et l'intérêt que tu y as porté. Tu dois manquer au Centre, c'est certain ! Merci également à Annie pour son aide tout aussi généreuse.

À mes parents, ma famille, mes amis...

À mes parents pour tout leur amour et leur bienveillance, mission accomplie !

À Maman, merci d'avoir répondu au téléphone en pleine nuit... la veille du concours de première année... merci d'être venue dormir dans mon lit la veille du deuxième concours de première année ! Merci d'être présente et si compréhensive dans les moments importants de ma vie! Merci, aussi et surtout, d'avoir fait de moi une femme indépendante...

À Papa, pour tout ce que tu m'as appris et pour m'avoir montré un modèle des relations hommes-femmes si égalitaire !

À mon petit frère Jérôme, merci pour ta gentillesse, ta générosité et ta bienveillance à l'égard de ta petite sœur. Pardon pour toutes ces années d'oppression gnark gnark ! Je suis tellement fière de toi et de ta réussite dans un métier qui te va si bien !

À mes cousines adorées, Ivana et Cécile.

À Ivana, merci pour tous ces moments de purs fous rires, pour tous ces beaux voyages, pour cette immense complicité : shumë bukur ... qu'allons nous faire maintenant ? « La même chose que chaque nuit Minus. Tenter de conquérir le monde ! »

À Cécile, ma grande cousine, merci de m'avoir précédée, inspirée sûrement, mise en garde aussi... Vous êtes toutes les deux comme mes sœurs !

À toute la famille Strato, Papi, tonton Jean, tata Cathy, tata Claire, Laurette et Alain, mes cousins adorés, Solène, tous les petits cousins, vous êtes tous géniaux !!! vivement Noël !

Spéciale dédicace à tata Claire pour sa précieuse correction !

À Mami, à Gabrielle...

Aux Lapadu', à ma grand-mère.

À Tata Nicole et Tonton Pierre. Merci à vous deux, pour ce que vous avez su créer, ça n'a pas de prix ! Merci pour toutes ces années d'amour et merci d'avoir fait vivre nos rêves d'enfants ! Tata, merci pour ton aide dans ma lutte acharnée avec le « bled » et l'histoire de France... Tonton, mon petit tonton d'amour... À Céline, merci d'avoir partagé ta maman...

À ma petite « famille de lait » : Marie, Simon, Sarah, Philippe, Clémence et Jean, Sébastien, je vous adore, quelles belles années passées ensemble, ne nous perdons pas de vue ! Merci à La Marie pour sa grande patience tous les matins avant de prendre la route du Lycée... à tous ces moments passés ensemble, à nos foulées papotées autour de la prairie...tu es comme ma sœur ! À Adri, à Siméon.

À ma Lolo !

À ma belle famille Strub-Zirn dans laquelle je me sens si bien ! À mes beaux-parents Marie-Claire et Freddy, merci pour votre sincère affection. A Hélène, Jean et leurs petites familles. À la vallée de la Bruche, à la grande côte, aux knacks, à la météor, aux kougelhops ! A Mémère... Ô péta !

À Natacha, à ces veillées bien méritées que j'ai tant adorées... à tes feutres, tes crayons de couleurs et tes jolies fiches, ou comment rendre ce trop plein d'information relativement digeste ! Sans toi, je ne sais pas si j'y serai si bien arrivée ! À Mano bien sûr !

À Etienne, Louie et Joseph.

À Myriam et Lucie pour tous ces moments de pure folie ! À nos premiers voyages, à nos fous rires, nos premières années de fac, à nos longues soirées, berlinoises entre autres ;) à cette amitié si forte qui nous lie toutes les trois et qui est si importante à mes yeux... à nos chamailleries aussi ;) Et bien sûr, à nos bambins, qu'ils grandissent ensemble !

À Béné, pour ta sagesse et le plaisir de nos précieux moments passés ensemble. À Nico, Clarence et Coco !

À Mathilde Samama, merci de m'avoir prise sous ton aile quand j'ai débarqué à Rennes ! À notre amitié, à tous les moments où tu étais présente pour moi, à l'écoute, à nos longues discussions envinées... À nos voyages, à notre cohabitation d'antan ! Et surtout, merci pour ton grain de folie, n'en change rien !

À Hélène, ma Lène, Kermorgant... mon gros jambon, merci merci merci d'avoir été mon pilier lors de cette dernière ligne droite, à tous ces moments passés au fond de l'amphi le soir, tard... quelle idée ! Et bien sûr, merci pour tous ces beaux voyages et ces moments inoubliables, petite clarinette des Balkans ! Ton petit cornichon qui t'aime !

Aux amis de mes amies qui sont mes amis, Thomas, Martin, Benjamin, Zoul, je suis fan, vous avez ma bénédiction !

À nos potes de gadoue, Cyril et Julie ! À notre futur voisinage ! Spéciale dédicace à Cyril pour nos débats passionnants où tu as si souvent tort... mais je te pardonne !

À Mathilde Boursier (À la révolution ! À la ZAD ! À ta thèse ;) !) Katarina dite Katouch' et Marianne, mes copines généralistes Rennaises ! À quand un lieu de soins ensemble ?

À Lisette, Adrian et Emilio, la famille ! À Clara, pour ta constance et ton amitié, À Élise pour tes folles histoires, À Emma qui a choisi la santé pour tous et la recherche ! À Diane et Dorian ! À Kévin, mon vieux copain, à Priscillia, à Luc, à Sam... à tous ceux qui m'ont été proches...

À mes collègues du planning, avec qui j'aime tant travailler et qui m'ouvrent de nouveaux horizons. À Julien Cousança, sacrée « tête de linotte » !
Aux médecins généralistes qui m'ont beaucoup appris, à Philippe Lerat, à Jean-François Ricono.

Merci à tous ceux qui ont pris le temps de relire et corriger ma thèse (Cécile, Ivana, Pierrot, Mathilde B., Lisette, Glenn). Je ne vous ai pas choisis par hasard ! Vos conseils étaient tous précieux ! À Katarina pour le sommaire ! À Lucie et Emma pour le support de présentation ! À Bob pour les statistiques du planning !

À mon beau Pierrot, au bonheur de vivre à tes côtés, à tout ce que tu m'apportes... à ce chemin, parfois escarpé, dans lequel nous avançons au coude-à-coude. À notre complicité, nos fous rires, nos tendresses, nos montagnes, à Tom Waits... À nos discussions passionnées, à nos têtes de mules ! À nos larmes séchées...

Au présent, à tout ce que cette vie à deux nous réserve encore de belles surprises, à nos projets, grands et petits... !

Merci pour ton aide et ton encouragement dans ce travail...

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	6
MATÉRIEL ET MÉTHODE	8
RÉSULTATS	10
I. Présentation de l'échantillon.....	10
II. Analyse thématique.....	10
A. Les hommes au sein du couple dans le processus de l'IVG.....	10
1. L'IVG : une expérience vécue à deux.....	10
2. Influence des hommes dans le processus décisionnel.....	10
La construction d'une décision partagée.....	10
L'importance du dialogue dans le couple.....	11
La peur de trop influencer l'autre.....	11
Le respect du choix de la femme.....	11
3. Les éléments du processus décisionnel ou la "justification" de l'IVG.....	11
La grossesse non voulue ou l'absence de projet parental.....	11
Les projets personnels et professionnels et le "planning" familial.....	12
Les conditions d'accueil d'un enfant.....	12
Une compagne perçue comme trop vulnérable face à cette grossesse	13
4. La place des hommes pendant l'IVG.....	13
Implication logistique des hommes.....	13
Rôle d'accompagnement et de soutien.....	14
Rôle social des hommes: l'homme fort, une image sociale véhiculée.....	14
L'analyse par les hommes du ressenti des femmes.....	14
Les marques de la domination masculine dans le discours des hommes.....	15
5. Conséquences de l'IVG sur le couple.....	16
Conséquences sur la relation	16
Conséquences sur la sexualité du couple.....	16
B. Le vécu intime des hommes.....	17
1. Les sentiments exprimés.....	17
La souffrance de certains hommes.....	17
Culpabilité et impuissance.....	17
Incompréhension, injustice, rancœur et amertume.....	18
Appréhension, inquiétude, anxiété.....	18
Soulagement et responsabilité.....	19
L'ambivalence: donnée inhérente à la grossesse et à l'IVG.....	19
2. Un sentiment de dépossession de la maîtrise de la fécondité.....	19
3. Les dimensions éthique et culturelle dans l'IVG et les représentations qui y sont liées	20
Les croyances à l'égard de l'IVG.....	20
L'embryon et ses représentations.....	20
L'évolution des représentations.....	21
4. La "circulation de la parole" des hommes sur l'IVG.....	21
C. Vécu de l'accueil et de la prise en charge des hommes dans le Centre d'IVG.....	22
1. Vécu de l'accueil dans le Centre d'IVG.....	22
Un lieu de femmes.....	22
L'accueil par le personnel du Centre.....	22
2. Des hommes en demande d'information.....	23
3. Des hommes en demande de plus d'attention et d'écoute.....	23
4. L'entretien pour cette thèse vécu comme un espace de parole.....	24

DISCUSSION.....	25
I. Les points forts et limites de cette étude.....	25
II. Ce que notre étude montre et les données de la littérature.....	27
A. L'implication des hommes dans l'IVG et leur influence sur le processus décisionnel.....	27
B. Les motifs d'IVG évoqués par les hommes.....	28
C. Les sentiments exprimés par les hommes.....	29
D. Le silence des hommes.....	30
E. Le sentiment de dépossession de la fécondité.....	31
F. Accueil des hommes au Centre par les professionnels.....	32
CONCLUSION.....	34
BIBLIOGRAPHIE.....	35
TABLEAU 1	37
ANNEXES	38-42

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANCIC : Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception
 CHU : Centre Hospitalier Universitaire
 CIVG : Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse
 IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

INTRODUCTION :

La domination masculine est définie par Françoise Héritier comme "la volonté des hommes de s'approprier la fécondité des femmes". Elle nécessite que soit admise par tous "la valence différentielle des sexes" autorisant le contrôle des femmes par les hommes. L'anthropologue fait l'hypothèse que cette appropriation de la fécondité des femmes trouve ses origines à l'aube de l'humanité. Plus tard, Platon puis son disciple Aristote affirmeront que c'est dans la semence masculine que l'on trouve les qualités qui font l'humain et que c'est le sperme de l'homme, contenant le *pneuma*, qui permet le transfert de la vie dans le corps de la femme (1, 2).

En France, pendant la première moitié du XX^e siècle, les pouvoirs politiques, médicaux et religieux, majoritairement incarnés par des hommes dans une société occidentale patriarcale, sont unis contre la maîtrise de la fécondité par les femmes (3). L'État, sous l'influence de mouvements nationalistes pro-natalistes et des conséquences de la Première Guerre mondiale, inscrit en 1920 la contraception, l'interruption volontaire de grossesse (IVG), ainsi que la publicité ou propagande qui en est faite, dans le Code pénal. Plus tard, en 1942, le régime de Vichy fait de l'avortement un "crime contre la sûreté de l'État" et les "avorteuses" sont alors passibles de la peine capitale (4).

Entre la fin du XIX^e et le milieu du XX^e, le paternalisme s'estompe peu à peu jusqu'à la loi du 4 juin 1970 sur le partage de l'autorité parentale (5). Dans les années soixante-dix, les luttes féministes pour l'accès à la contraception et le droit à l'IVG, initiées par des femmes, s'intensifient (3). Celles-ci revendiquent la maîtrise de leur fécondité : le droit de disposer de leurs corps et de dissocier la sexualité et le plaisir sexuel de la maternité. Le 8 mars 1956, les statuts de l'association "Maternité heureuse" ¹ sont déposés. Présidée par Dr Lagroua Weill-Hallié, elle est née de la mobilisation de femmes, révoltées par les conséquences dramatiques des avortements clandestins. Elle devient en 1960 le Mouvement français pour le planning familial. En 1967, la loi Neuwirth légalise la vente de contraceptifs pour les femmes majeures, mais il faudra attendre 1972 pour voir publiés les décrets d'application. Le 17 janvier 1975, la loi Veil dépénalise l'interruption volontaire de grossesse, reconnaissant aux femmes le droit de décider ou non de la poursuite de leur grossesse, et confiant aux femmes seules cette décision (cf annexe 1). Le 4 juillet 2001, l'IVG quitte le Code pénal pour être inscrite dans le Code de santé publique et l'autorisation parentale n'est plus requise pour les mineures. La notion de détresse est supprimée en août 2014 et le délai de réflexion de sept jours l'est en janvier 2016.

L'accès à la contraception et le droit à l'IVG constituent une conquête sociale. Ils mettent un terme aux conséquences dramatiques des avortements clandestins et offrent aux femmes une plus grande liberté en leur permettant de se réapproprier leurs corps. Les femmes peuvent s'épanouir dans leur sexualité sans que pèse sur elles le risque de grossesse non désirée. La maternité n'est plus subie mais volontaire.

La contraception a été pour F. Héritier le levier ayant permis aux femmes de s'extraire du poids de la domination masculine (2, 6). La contraception et l'IVG auraient permis de définir un nouvel équilibre des rapports de force entre les hommes et les femmes.

¹ Sous couvert d'assurer l'équilibre psychologique du couple et de promouvoir la santé des femmes, cette association pratique une propagande totalement interdite : revendiquer pour chaque couple, et chaque femme, le droit de contrôler les naissances.

La place des hommes dans la maîtrise de la procréation a été bouleversée : le contrôle de la fécondité des femmes ne leur appartient plus (7). Alors que les nouveaux modèles familiaux accordent aujourd'hui aux hommes une part plus grande dans le partage des tâches notamment parentales (8), les femmes restent souvent les seules à se saisir de la responsabilité de la contraception. Les hommes sont qualifiés d'irresponsables en la matière (9). De plus, ils sont quasi absents du dispositif légal ¹ de l'IVG (10). La loi protège les femmes en leur reconnaissant le droit à disposer de leur corps, et à prendre seules la décision finale de l'avortement. "Un mari ou un conjoint ne peut ni s'opposer à une IVG ni l'imposer à la femme enceinte contre son gré (7)." Cette autonomie des femmes a son revers puisqu'elle désresponsabilise l'homme et le désinvestit du domaine procréatif. Ainsi, pour Michel Bozon, sociologue, la contraception est aussi un moyen de réassignation des femmes à la fonction reproductive puisqu'elles seules sont désormais responsables de la contraception (11). "Le rôle féminin dans la reproduction est exacerbé au point de ne pas mentionner le rôle masculin concernant l'usage pratique et quotidien de la contraception, alors que quand il s'agit de la procréation du point de vue génétique ou cellulaire, ce rôle est minoré." (12)

Sans que le droit des femmes de choisir seules de pratiquer ou non une IVG ne soit remis en cause, nous souhaitons nous interroger sur la place qu'occupent les hommes dans le processus de l'interruption volontaire de grossesse et sur leur vécu de l'avortement. Quels sentiments rencontrent-ils ? Quelle place les hommes choisissent-ils d'occuper dans le dispositif de l'IVG ? Quelle place leur est faite ? Comment perçoivent-ils l'accueil qui leur est fait dans les Centres d'IVG en tant que partenaires mais aussi géniteurs ? Expriment-ils un besoin d'écoute ou de prise en charge psycho-affective ?

L'IVG est une issue envisageable et aujourd'hui légale lors de la survenue d'une grossesse non programmée. De nombreux travaux ont étudié le vécu de la femme au cours de l'IVG et dans ses suites et ont souligné l'ambivalence inhérente à ce parcours. Très peu en revanche, notamment en France, ont étudié le vécu du conjoint ce qui peut paraître symptomatique de la minoration du rôle du masculin dans le domaine du contrôle des naissances (13).

Dans ce contexte, notre étude a pour but d'approfondir les connaissances sur le vécu des hommes confrontés à une interruption volontaire de grossesse, par le recueil du témoignage de ceux ayant accompagné leur partenaire dans ce parcours.

1 Il est une fois fait allusion au conjoint sous le vocable "couple" dans l'article L2212 du Code de santé publique se référant à l'interruption volontaire de grossesse pratiquée avant la douzième semaine de grossesse (cf annexe 4) "*Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.*"

MATÉRIEL ET MÉTHODE :

Le choix de la méthode

Nous avons choisi de réaliser une enquête qualitative par entretiens individuels pour questionner le vécu des hommes. Nous avons choisi un recrutement prospectif permettant le recueil de témoignages en lien avec l'histoire présente des individus interrogés. L'étude du vécu ne se prêtait pas à une enquête quantitative par questionnaire. Le caractère personnel et intime des propos recueillis ne permettait pas d'envisager une enquête par focus groupes.

Recrutement

Les hommes de notre étude ont été recrutés par les infirmières du Centre d'orthogénie du CHU de Rennes à l'hôpital sud (cf annexe 2). La plupart des hommes ont été recrutés lors du premier entretien avec celles-ci. Les critères d'inclusion étaient : être le géniteur théorique de la grossesse et que l'IVG ait effectivement lieu. La participation des hommes à l'étude leur était proposée en présence de leur conjointe, permettant à celle-ci d'en être informée et de s'y opposer éventuellement.

Les hommes étaient ensuite contactés par l'enquêtrice dans les jours qui suivaient l'IVG.

Après trois appels n'ayant pas donné suite à un rendez-vous (impossibilité répétée de trouver une date et un horaire qui conviennent, absence de réponse au téléphone d'emblée ou lors des relances, numéros non attribués), nous avons considéré que les hommes refusaient en réalité de témoigner et l'entretien ne pouvait avoir lieu. Un message téléphonique (SMS) était envoyé aux hommes la veille de l'entretien afin de leur rappeler le rendez-vous et de leur faire confirmer leur présence.

Conception de la grille d'entretien

La grille d'entretien (cf annexe 3) a été conçue à l'aide d'ouvrages dédiés à la réalisation d'enquêtes qualitatives (14, 15). Les questions ont été choisies de façon à ce que soient abordés les thèmes que nous souhaitions étudier (sentiments éprouvés, vécu de l'accueil, place de l'homme dans le dispositif de l'IVG, etc.).

Les entretiens

Nous avons choisi de réaliser des entretiens dans les jours ou semaines suivant l'IVG afin de recueillir le vécu précoce. Les entretiens étaient, après information et consentement de la personne interrogée, enregistrés à l'aide de deux appareils puis retranscrits au fur et à mesure dans les jours qui suivaient chaque entretien. Les onomatopées n'ont pas toutes été conservées dans le travail final pour un meilleur confort et une plus grande fluidité dans la lecture.

L'analyse thématique

L'analyse des entretiens a été effectuée selon une méthode thématique. Celle-ci consiste à mettre en avant une "cohérence thématique inter-entretiens" (14): sélectionner des thèmes (définis par une grille d'analyse élaborée empiriquement), repérer leurs variations au sein du corpus et chercher des éléments pouvant expliquer cette variation. Il s'agit d'une méthode d'analyse transversale des entretiens.

Notre étude n'a pas été soumise à l'autorisation d'un comité d'éthique, ne s'agissant pas d'une étude d'intervention.

RÉSULTATS :

I. Présentation de l'échantillon

Le recrutement au CIVG du CHU de Rennes a permis de recueillir 30 coordonnées téléphoniques. Parmi ces 30 contacts, il a été finalement possible de fixer un rendez-vous pour un entretien avec seize hommes. Un homme a expliqué que le couple avait finalement renoncé à recourir à une IVG. Deux hommes ne se sont pas présentés au centre le jour du rendez-vous. Un autre a annulé son rendez-vous la veille et n'a pas été recontacté.

Au total, nous avons pu interviewer **13 hommes**. Les entretiens se sont déroulés d'avril 2015 à mars 2016. Ils ont duré en moyenne 45 minutes (de 20 à 55 minutes). Les caractéristiques des hommes interrogés sont rassemblées dans le **tableau 1**.

La plupart des hommes rencontrés étaient engagés dans une relation de couple. Un couple s'était séparé peu avant l'IVG. Un homme se définissait comme célibataire.

Les hommes interrogés appartenaient à des catégories socio-professionnelles variées. Ils étaient presque tous de nationalité française et nés en France. Un seul était né au Maroc.

II. Analyse thématique

Nous avons choisi de concentrer notre travail sur trois thématiques principales : le positionnement de l'homme au sein du couple dans le processus de l'IVG, le vécu intime de l'IVG par l'homme, et enfin, le vécu de son accueil par le personnel soignant.

A. Les hommes au sein du couple dans le processus de l'IVG

1. L'IVG : une expérience vécue à deux

Tous les hommes que nous avons rencontrés se sont sentis concernés par l'IVG de leur partenaire. Aborder cette question revenait à les interroger sur un événement du couple auquel ils avaient participé et dans lequel ils avaient souhaité occuper une certaine place que nous développerons plus loin.

"J'estime que ce qui s'est passé n'est pas l'histoire de mon épouse, c'est notre histoire." (E5)

2. Influence des hommes dans le processus décisionnel

La construction d'une décision partagée

Les hommes que nous avons interrogés ont presque tous affirmé que la décision d'avorter avait été prise en

commun avec leur partenaire, après discussion et accord.

*" C'est elle plutôt qui a évoqué cette possibilité, on en a discuté et puis le choix s'est fait d'un commun accord ; de toute façon, c'est ni plus elle ni plus moi, c'est vraiment tous les deux, on en est arrivés à cette solution, voilà."
(E13)*

Un seul homme a exprimé un désaccord entre la décision prise par la femme d'avorter et son désir à lui qui était de garder la grossesse. Il a néanmoins respecté et accompagné le choix de sa compagne. Un homme a semblé avoir fortement influencé la décision dans le sens de l'avortement malgré l'opposition initiale de sa compagne.

" Elle était contre [l'IVG], tout simplement ." (E7)

L'importance du dialogue dans le couple

Nombreux sont les hommes à avoir affirmé l'importance d'un dialogue au sein du couple dans la construction de la décision.

" La communication naturellement s'est amplifiée sur ce sujet-là entre nous en contrôlant à chaque étape qu'on était vraiment tous les deux d'accord." (E3)

La peur de trop influencer l'autre

Deux hommes ont confié avoir eu peur de trop influencer la décision de leur compagne. Ils étaient inquiets de voir leurs conjointes faire un choix "par amour" allant à l'encontre de leurs désirs et en craignaient les conséquences psychologiques mais aussi les répercussions éventuelles sur le couple.

*" Jusqu'au bout je l'ai quand même interrogée régulièrement, savoir si elle était sûre, (...) je voulais absolument pas qu'elle le fasse pour moi (...) est-ce qu'après coup elle allait pas regretter, est-ce qu'elle m'en voudrait pas ?"
(E13)*

Le respect du choix de la femme

Pour la grande majorité des hommes interviewés, le choix final de leur compagne aurait, quel qu'il fût, été respecté et accepté, reconnaissant le droit des femmes de disposer de leurs corps.

" Si elle avait dit je le garde, j'allais pas faire « ah non non non », (...) t'avorte, moi je suis pas d'accord, voilà. (...) parce que c'est son corps (...) si c'était dans mon corps je dirais que c'est à moi de décider ... c'est la personne qui porte qui décide quoi. Voilà. " (E9)

3. Les éléments du processus décisionnel ou la "justification" ¹ de l'IVG (16)

La grossesse non voulue ou l'absence de projet parental

Pour la majorité des hommes interrogés, le projet parental ou le fait de vouloir et programmer l'arrivée d'un

¹ Luc Boltanski utilise le terme de "justification" de l'avortement pour rappeler le caractère tabou de l'IVG et la nécessité pour les personnes concernées de légitimer un tel choix, notamment après que l'avortement a été pénalisé puis dépenalisé. (p.214)

enfant est un préalable indispensable à l'acquiescement donné à une grossesse. Ils ont presque tous évoqué le fait que "l'enfant" n'ait pas été "désiré" comme motif majeur d'avortement.

" J'avais pas envie d'un enfant «pas voulu» enfin sans qu'il y ait eu le processus de le vouloir et de réfléchir (...) j'envisageais pas d'avoir un enfant alors qu'il y avait une contraception et que c'est le hasard." (E2)

Les hommes interrogés ont insisté sur l'importance d'un projet parental et ne souhaitaient pas une grossesse survenue accidentellement. La maîtrise de la fécondité, pour laquelle les femmes se sont battues et qu'elles ont revendiquée comme un droit, est revendiquée également par les hommes.

Le projet parental du couple est à distinguer du désir de paternité de l'homme. Ainsi, beaucoup des hommes de notre étude ont pu exprimer un désir de paternité, présent, futur ou incertain, source d'ambivalence face à cette grossesse non prévue, que la contingence faisait survenir au mauvais moment. Pour certains, la grossesse a révélé ou renforcé leur désir de paternité.

Les projets personnels et professionnels et le "planning" familial

Le projet parental s'il existe s'inscrit dans un projet personnel et professionnel, puis de couple, et enfin familial. Ainsi, l'autre grand motif de recours à l'IVG est l'incompatibilité subjective de la grossesse avec les projets en cours. Le projet parental peut exister mais se voir reporté à plus tard.

" On envisage d'en avoir mais ... là c'est un accident. (...) Dans l'ordre de nos projets ... un enfant devait arriver un peu après." (E8)

L'avortement est parfois motivé par la difficulté à envisager l'arrivée d'un nouvel enfant dans la structure familiale en place, du fait de son impact possible sur les enfants déjà existants et de la réorganisation familiale que cela impliquerait, notamment en cas de famille recomposée. La priorité est donnée aux êtres existants.

" Ça fait à peine un an et demi qu'on est ensemble, (...) une famille recomposée c'est pas facile, un enfant de chaque côté (...) c'était pour moi trop prématuré (...) occupons-nous de ceux qui sont déjà présents, dans la maison, dans le foyer, l'équilibre de la famille, avant l'arrivée d'un autre bébé." (E7)

Un homme a souligné que le couple avait déjà atteint l'objectif numérique qu'il s'était fixé de deux enfants. Un autre a exprimé que le couple n'avait pas de projet d'enfant.

Les conditions d'accueil d'un enfant

Une autre motivation retrouvée dans les entretiens est de vouloir le bien de l'enfant à naître. Ainsi, l'avortement est la solution raisonnable, préférable à l'accueil d'un enfant dans de mauvaises conditions (16, 17).

Un homme a fait référence à son âge, suggérant qu'ils étaient désormais trop âgés lui et son épouse pour apporter le même bonheur à cet enfant que celui qu'ils ont pu apporter à leurs enfants étant plus jeunes.

La stabilité du couple, le sentiment de sécurité des hommes dans leur couple a été un autre facteur

déterminant l'accueil d'un enfant. La perception par les hommes d'une trop grande fragilité du couple les a incités à choisir l'avortement, que ce soit dans le cadre d'un couple trop récent, menacé ou rencontrant une période difficile.

Trois des hommes interviewés ont exprimé une incompatibilité entre leur situation financière et l'arrivée d'un enfant. Les moyens matériels étaient néanmoins dans chacune de ces situations une cause secondaire qui s'ajoutait à d'autres plus subjectives, ayant trait à la perception de la situation du couple ou aux autres projets en cours.

" C'était vraiment pas le moment, on vit une période un peu compliquée, elle même est au chômage depuis trois ans, on vit sur un seul salaire depuis un an et demi... ça a créé beaucoup de tension on va dire chez nous." (E6)

Une compagne perçue comme trop vulnérable face à cette grossesse

Parmi les hommes interrogés, certains se sont inquiétés de la capacité physique ou psychologique de leur compagne à mener à bien une grossesse. Ainsi, ces hommes estiment la "qualité" de la génitrice au même titre qu'il arrive que les femmes dans leurs discours évaluent la capacité du géniteur à être un bon père et mettent dans certains cas en avant la "défaillance masculine"¹ comme justification de l'avortement (16).

" En plus elle est fragile... elle fait pas mal d'aller-retour chez un médecin... elle est jeune, elle est étudiante et... matériellement, psychologiquement et la santé, ça tenait pas." (E9)

Un homme a témoigné de sa peur qu'il puisse arriver quelque chose de grave à son épouse s'ils gardaient la grossesse.

" La vraie appréhension que j'avais quand même c'était qu'il arrive quelque chose à mon épouse, ça c'est sûr. Le fait que la grossesse se passe pas bien, le fait que ... voilà euh, 44 ans ... 45 ans, y a quand même un certain nombre de facteurs de risques." (E5)

4. La place des hommes pendant l'IVG

Implication logistique des hommes

La plupart des hommes interrogés ont dit avoir participé à la prise de contacts et d'informations auprès des professionnels de santé ou du Planning familial. Ainsi, il n'est pas apparu au cours des entretiens que les hommes se soient déchargés de la responsabilité d'organiser l'IVG pour la laisser aux femmes. Certains ont même sous-entendu avoir pris part au choix de la méthode (médicamenteuse versus chirurgicale). Tous les hommes présents aux premiers entretiens (sauf un qui n'a pas pu se libérer pour des raisons professionnelles) étaient également présents le jour de l'IVG.

" On s'est renseignés ensemble sur toutes les démarches à faire (...) on a contacté le planning familial, au planning on a rencontré un médecin qui nous a dit comment faire, du coup on s'est déplacés ensemble au Centre IVG à l'hôpital sud et puis on a discuté après de la méthode utilisée." (E3)

1 Luc Boltanski

Rôle d'accompagnement et de soutien

Les hommes interrogés ont accordé une grande importance à leur rôle d'accompagnant et au soutien qu'ils ont pu apporter à leur compagne lors de l'IVG. Beaucoup ont indiqué que ce rôle leur a permis de compenser leur sentiment d'impuissance face à ce que la femme "endure" sur le plan physique et psychologique.

" Moi en tant qu'homme, je subis pas tout ce qu'elle subit au niveau physique donc tout ce que je peux faire moi c'est l'accompagner et être là à tout moment, lui dire euh... bah voilà, si jamais il y a le moindre problème, la moindre question je suis là." (E3)

" Je sais que ma présence était utile, et j'en étais ravi ... que ma présence ait une importance déjà, pour elle, et que pour moi aussi ... ça me rassure, je me dis putain, j'ai pu faire quelque chose en fait." (E9)

Certains des hommes interrogés ont semblé ne pas avoir trouvé satisfaction dans ce rôle de soutien. Ce statut d'accompagnant (non concerné) les aurait privés de l'expression de leur propre ressenti.

" Ça la sécurise que je sois dans la salle d'attente, ça la sécurise au moment où elle va se faire avorter et où on lui pose son stérilet de savoir que je vais revenir dans la chambre, euh, et qu'elle pourra me demander de lui beurrer des tartines et de mettre de la confiture dessus en lui servant un café au lait, euh... voilà ça la sécurise de savoir que je vais être présent pour la conduire chez moi ensuite et que je vais pouvoir veiller sur elle le temps que les effets de l'avortement cessent (...)" (E12, ton las, ironique)

Ainsi, cet homme a exprimé un certain agacement d'avoir eu le sentiment de n'être là que pour "sécuriser" son ex-compagne. À la question - *quelle était votre place à ce moment ?* - il a répondu :

" Celle que j'ai pu trouver euh... bah ma place c'était quoi, c'était de rester aux côtés de J. hein, très clairement... et puis d'essayer de gérer au mieux les événements, sans non plus me mettre martel en tête quoi. Essayer de pas trop réfléchir c'était surtout ma place. Voilà, très clairement. Réfléchir au minimum, et puis essayer d'être positif euh... (...) La culture du père n'est pour moi pas totalement intégrée... la culture du père potentiel." (E12)

Rôle social des hommes : l'homme fort, une image sociale véhiculée

Cette place d'accompagnant résulte en partie d'une socialisation des rôles de chacun des deux sexes. Il est culturellement demandé à l'homme d'être fort, solide, brave et courageux. Un homme ça "ne pleure pas". Les hommes sont victimes de cette construction sociale de leur image (7, 18). Certains des hommes interrogés ont exprimé la nécessité qu'ils ont eu de mettre un voile sur leurs propres émotions et sentiments pour tenir le coup "pour deux", pour "rester fort" et soutenir leur compagne.

" L'homme doit rester fort et pas montrer spécialement ses sentiments face à des situations comme celle-ci, il doit plus être là en position de soutien justement, plus qu'autre chose et si vraiment à un moment il a besoin de partager, oui qu'il aille voir le psychologue mais que personne le sache quoi." (E1)

L'analyse par les hommes du ressenti des femmes

L'atteinte au corps des femmes

Les hommes interrogés ont quasiment tous insisté sur le fait que ce qui s'était déroulé n'avait pas été inscrit

dans leur corps, et que de ce fait, ils étaient "moins à plaindre", moins atteints que leur compagne par l'IVG. Ainsi, la plupart des hommes s'inquiétaient surtout de ce que leur compagne allait devoir subir, d'où la nécessité de prendre soin d'elle et de moins s'attarder sur eux-mêmes. La douleur que leur compagne a pu exprimer ou bien qu'ils ont imaginé qu'elle avait ressentie les a profondément atteints, elle est la source d'une culpabilité et d'une souffrance dont nous reparlerons.

" C'est encore plus dur pour elle que pour moi, c'est elle qui a subi l'intervention, c'est elle qui l'a vécue en ressentant les choses en sentant ce bébé aspiré (...) elle l'a vécu comme quelque chose d'abominable et euh... comme de la charcuterie quoi, voilà, on lui charcutait son corps, on lui enlevait la vie d'une manière brutale, bestiale, ça c'est ce qu'elle a vécu, ça je suis sûr !" (E5)

La faute des hormones

En plus du fait que cela touche au corps de l'autre, l'idée qu'un bouleversement hormonal impacte le comportement féminin renforce les représentations de vulnérabilité de la femme par rapport à l'homme.

" La psychologie de la femme n'est pas la même que celle d'un homme (...) c'est son corps ! Elle, elle ressent ! Nous ça reste très... cérébral, la décision elle est prise parce que nous de toute façon physiquement ça change rien pour nous et psychologiquement pour moi ça n'a rien changé. (...) une femme est plus sensible, euh... y a les hormones, bon après moi je connais pas, c'est ce qu'on entend dire (...) c'est ce qu'on imagine nous en tant qu'homme..." (E7)

L'homme, lui, serait donc juste "cérébral", il vivrait uniquement la situation sur le plan intellectuel... le fait de ne pas être soumis aux bouleversements physiques de la grossesse le rendrait moins sensible à ses émotions.

Le vécu psychologique des femmes

La majorité des hommes interrogés ont spontanément rapporté le vécu psychologique de leur compagne et ont semblé y avoir été très attentifs. Certains ont interprété le vécu parfois douloureux de leur conjointe comme étant en partie lié à - et justifié par - l'idée d'un instinct maternel et l'existence d'interactions précoces entre la mère et l'enfant qu'eux ne pourraient comprendre.

" Elle est plus touchée par le fait que la grossesse, c'est quand même la femme qui porte l'enfant et qu'il y a une certaine relation entre la femme et l'enfant durant la grossesse et même qu'elle soit qu'à ses début quoi. Je pense qu'il y a une certaine osmose qui se crée ou ce genre de chose que l'homme ne peut malheureusement pas comprendre et ne comprendra jamais." (E4)

Ces représentations sociales (d'homme fort et de femme rendue vulnérable par l'état de grossesse) placent les hommes dans une obligation de prendre soin.

Les marques de la domination masculine dans le discours des hommes

Les hommes ont parfois adopté un discours empreint d'un paternalisme intériorisé résultant des représentations sociales des rapports entre les sexes. Ainsi que nous venons de le souligner, les hommes devraient soutenir et accompagner les femmes qui seraient quant à elles perçues comme plus fragiles et sujettes aux variations physiques et hormonales influant leurs comportements et leur psychisme. Si

seulement deux hommes avaient une position manifestement dominante dans le couple, le discours de l'ensemble des hommes interrogés, bien que bienveillant, était très souvent empreint de cette tendance paternaliste.

"Mon rôle à moi ? La ramener sur terre. Elle était contre, tout simplement, pour elle ça se fait pas." (E7)

"[L'homme doit] prendre plus de recul parce que la femme qui est enceinte n'en a pas quoi. Elle est dedans, c'est en elle et elle gère pas grand-chose vu tous les flux d'hormones et du coup elle peut dire plus de conneries que d'habitude." (E9)

5. Conséquences de l'IVG sur le couple

Conséquences sur la relation

La majorité des hommes interrogés n'a pas exprimé d'inquiétudes sur d'éventuelles conséquences de l'IVG sur leur couple. Un homme, marié depuis plusieurs années et extrêmement affecté par l'IVG, a confié son inquiétude sur les conséquences potentielles du "traumatisme" qu'ils venaient de vivre.

"C'est un traumatisme dans la vie de couple (...) Parce que ça on l'a vécu tous les deux. Là, cette semaine-là on a pas fait de câlins hein, on se touchait plus, parce que ça nous a traumatisés tous les deux (...) Moi ça m'a fait peur pour ma vie de couple." (E5)

Un couple était en train de se séparer avant d'apprendre la grossesse, l'IVG est apparue comme l'élément qui a confirmé cette décision. Un homme a considéré que le couple avait été très fragilisé par l'événement, l'avenir de la relation était incertain lors de l'entretien.

"Ça nous a beaucoup éloignés. (...) c'est trop dur. Y a quelque chose qui s'est brisé... J'ai l'impression d'avoir tout gâché." (E10)

À l'inverse, pour d'autres, l'IVG a été un événement qui les a rapprochés de leur compagne.

Conséquences sur la sexualité du couple

Pour la majorité des hommes interrogés, l'IVG n'a pas eu de conséquences sur leur sexualité. Cependant, nous avons eu des difficultés à recueillir des commentaires sur cette question relevant, plus encore que l'IVG, du domaine de l'intime, et les allusions à la sexualité ont été très évasives. Lorsque les hommes ont évoqué une difficulté, ils ont estimé que celle-ci se situait plutôt du côté de leur partenaire : une appréhension des premiers rapports pénétrants suivant l'IVG leur paraissait compréhensible. Un homme a évoqué le dégoût initial que lui avait inspiré le sexe de sa compagne dans les suites immédiates de l'IVG.

"Cet acte-là il perturbe... dans la libido et dans la manière dont tu envisages le corps de ta femme... Ça fait du sexe de ta femme un endroit où tu veux plus... t'as une vraie appréhension... un certain dégoût... de ce que peut être le sexe d'une femme." (E5)

B. Le vécu intime des hommes

1. Les sentiments exprimés

Les entretiens que nous avons menés nous permettent de faire ce constat : pour presque tous les hommes interrogés (11/13) l'IVG a été une expérience difficile et parfois douloureuse.

La souffrance de certains hommes

Notre étude a mis en avant l'existence pour certains conjoints d'une réelle souffrance, jusqu'alors sous évaluée par le silence massif des hommes sur le sujet. Les mots utilisés pour décrire les sentiments éprouvés ont été : la tristesse, la peine, la blessure ou la plaie, la douleur, le traumatisme, la violence, la difficulté, l'épreuve, le regret, la perte. La souffrance était tantôt liée à la perte de la grossesse ou à la décision que représentait le choix d'avorter d'un point de vue éthique, tantôt liée à la douleur que l'IVG a pu causer à leur compagne. Cette souffrance a été exprimée par plus d'un homme sur trois.

"C'est quelque chose... qui a été un peu dur à vivre pour moi... Je me dis que je regrette, que j'aurais voulu le garder." (E1)

"Sur le moment j'ai été présent, je me suis focalisé surtout sur l'état de J. C'était vraiment ma priorité et j'ai eu un gros phénomène de décompensation en fait, quasiment une dizaine de jours après et très fort ; voilà format un peu baby blues en fait, fin quelque chose de cet ordre-là. Ce qui me permet de dire qu'en fait un avortement c'est pas une étape lambda quoi. C'est pas un vaccin contre la grippe... je sais pas c'est... (...) sur le plan humain, j'ai pas trouvé la clé... pour moi y a eu une phase de deuil à faire." (E12)

Culpabilité et impuissance

La culpabilité était un sentiment dominant dans notre étude. Si les hommes interrogés n'ont pas tous été affectés par la perte de la grossesse ou de la paternité potentielle, ils ont la plupart exprimé un sentiment de culpabilité (elle-même source de souffrance) à l'égard de leur partenaire. Cette culpabilité était liée à un sentiment d'impuissance inhérent à leur condition d'homme ne subissant pas physiquement la grossesse et n'ayant pas à souffrir dans leur corps de l'IVG. Ces sentiments, culpabilité et impuissance, ont été exprimés par près d'un homme sur deux.

"En fait ce qui est pas facile c'est de voir quelqu'un endurer quelque chose et de absolument pas pouvoir partager la douleur quoi. (...) on peut rien y faire et on culpabilise... d'autant plus que j'ai participé à 50 % de ce qui s'est fait quoi, donc c'est pas... C'est pas évident de décider quelque chose tout en sachant qu'on va pas en subir les conséquences physiques quoi, donc ouais je pense qu'il y a beaucoup de culpabilité." (E3)

Un homme a exprimé une culpabilité morale vis à vis de l'embryon.

"Aujourd'hui je considère que la vie elle commence au tout début. Et je regrette d'avoir dû détruire ce qu'on avait créé... Je suis tellement désolé." (E10)

La culpabilité a pu aussi être liée à un sentiment d'irresponsabilité et d'inconséquence du fait de l'absence de contraception.

"Pour nous en fait, l'IVG c'est, on s'en voulait hein, parce qu'on a tout en main pour ne pas... aussi bien socialement que financièrement que tout, on avait tout en main pour avoir une contraception." (E11)

Incompréhension, injustice, rancœur et amertume

Des hommes ont exprimé des sentiments mêlant incompréhension, injustice, rancœur, amertume face à la situation à laquelle ils étaient confrontés. L'incompréhension est liée au caractère inattendu de la grossesse dans un contexte où les hommes ne sont que rarement investis dans la contraception. Les sentiments d'injustice ou d'amertume répondent à la mauvaise contingence de la survenue d'une grossesse non désirée. Ces sentiments mettent en lumière le conflit moral de ces hommes qui reconnaissent la valeur positive de ce à quoi ils vont pourtant choisir de mettre un terme.

"De l'amertume parce qu'en fait la rupture était déjà quasiment engagée pour moi donc ça arrivait au pire moment (...) je sais que j'étais marqué par la question du timing... je me suis interrogé sur le cynisme du moment ou l'ironie du sort en fait (...) j'ai été traversé par plein de sentiments... l'incompréhension également parce que J. m'avait dit qu'elle était sortie du cycle et donc entre guillemets pas fécondable, je déteste le terme, j'en suis désolé mais... donc une grosse interrogation." (E12)

Un seul des participants de l'étude, qui souhaitait garder la grossesse, a exprimé une certaine rancœur contenue à l'égard de sa compagne pour avoir choisi d'avorter.

"J'essaye de faire en sorte que la pilule passe pour pas lui en tenir rigueur, pour ne pas lui en vouloir par la suite. Parce que malgré tout je lui en ai voulu un petit peu, je lui en ai voulu un petit peu..." (E1)

Appréhension, inquiétude, anxiété

Fréquemment, une appréhension, une anxiété, précédant l'acte de l'IVG a pu être exprimée. Les mots inquiétude et angoisse ont été utilisés. L'appréhension concernait avant tout l'acte chirurgical et ses conséquences tant physiques que psychologiques sur la partenaire, mais également l'avenir du couple au décours de l'IVG.

"L'appréhension de ce qui allait se passer, de l'opération de, est-ce que tout allait bien se passer, puis qu'est-ce qui allait se passer après malgré tout, comment est-ce qu'elle allait le vivre, comment est-ce qu'on allait le vivre, est-ce qu'après coup elle allait pas regretter, est-ce qu'elle m'en voudrait pas, est-ce qu'elle s'en voudrait pas elle même, voilà..." (E13)

Des hommes ont fait part de leur crainte concernant l'impact de l'IVG sur la fertilité ultérieure de leur conjointe (donc du couple). Cette inquiétude reflète leur peur "d'abîmer" le corps des femmes que les hommes partagent avec elles (19). Luc Boltanski décrit la crainte que soulève "la mise en doute du caractère systématiquement remplaçable de l'embryon actuel "(16). L'IVG serait permise par la possibilité théorique d'une nouvelle grossesse future. Cette possibilité n'est toutefois jamais une certitude, ce qui n'est pas sans générer une certaine incertitude et ce d'autant plus que la femme est âgée.

"Peut-être que dans un an ou deux ans on voudra avoir des enfants et qu'on pourra plus en avoir, dans ce cas oui, je pense qu'on pourrait entre guillemets s'en mordre un petit peu les doigts." (E4)

Soulagement et responsabilité

Sont aussi ressortis des entretiens des sentiments positifs. Le plus souvent, c'est le soulagement qui est évoqué : soulagement que ce soit terminé, soulagement d'avoir réussi à faire un choix et à l'assumer, soulagement également, le cas échéant, que ce n'ait pas été si pénible physiquement pour leur compagne. Des hommes ont confié leur fierté et leur sentiment de responsabilité ou de maturité d'avoir su faire un choix qu'ils considèrent raisonnable. Ils jugent également important d'avoir su être présents pour leur compagne et d'avoir ainsi pu partager au mieux avec elle cette épreuve. D'autres sentiments positifs tels que le calme, la confiance, la réassurance, la liberté, le partage ont été cités.

"Je suis quand même fier de moi parce que j'ai fait preuve entre guillemets de maturité." (E1)

"Soulagé que ce se soit bien passé." (E8)

L'ambivalence: donnée inhérente à la grossesse et à l'IVG

L'ambivalence éprouvée face à toute grossesse, a fortiori face à une grossesse non prévue, est une réalité décrite chez les femmes. On la retrouve dans le discours des hommes que nous avons interviewés. Nous pouvons nous interroger, comme pour les femmes, sur le rôle qu'une ambivalence face au désir de paternité pourrait jouer dans l'investissement de certains hommes dans la contraception et donc dans la survenue d'une grossesse.

"Est-ce que ce choix était le bon choix, on en est toujours pas sûrs, moi j'en suis pas certain (...) le matin de l'IVG, on s'est dit qu'il fallait qu'on se donne un peu de temps pour savoir si finalement on voulait un quatrième (...) Moi, j'envisage de faire une vasectomie (...) et bien aujourd'hui cette décision on va prendre le temps..." (E5)

Le désir de grossesse n'est jamais univoque, mais l'ambivalence est particulièrement marquée lorsque l'avortement est le mode de résolution d'un conflit entre un désir d'enfantement théorique et une parentalité précipitée par la contingence, survenant dans des conditions jugées défavorables ou incompatible avec les projets actuels.

2. Un sentiment de dépossession de la maîtrise de la fécondité

Ainsi que nous l'évoquons en introduction de ce travail, le milieu du XX^e siècle et les luttes féministes des années soixante-dix ont opéré un tournant dans l'appartenance de la maîtrise de la fécondité. Autrefois, officiellement sous le contrôle et la volonté des hommes, la procréation et sa maîtrise sont aujourd'hui considérées comme le domaine des femmes. Des hommes ont exprimé un sentiment de dépossession de la maîtrise de la fécondité : il renforce leur idée d'impuissance face à la grossesse non prévue.

"Moi ce qui m'a fait personnellement le plus peur entre guillemets (...) c'était le ... le fait que la décision finale réelle elle vient pas de moi, ... c'était pas dans mon... droit de dire « tu vas avorter », ... j'avais l'impression d'être pris au piège... côté enfantement, contraception, etc., j'ai le sentiment de pas maîtriser le truc." (E2)

"La dernière idée, c'est celle qui est restée le plus longtemps et qui m'avait déjà accompagnée lors du premier avortement c'est cette forme d'incapacité crasse dont est parqué l'homme dans tous les processus

d'accompagnement à l'avortement où dans cette annonce du « je suis enceinte », ... j'ai eu l'impression que tout m'échappait." (E12)

3. Les dimensions éthique et culturelle dans l'IVG et les représentations qui y sont liées

Les croyances à l'égard de l'IVG

La grande majorité des hommes interrogés considère l'IVG comme une avancée, un droit, dans notre société, de se soustraire à une grossesse non désirée. L'avortement n'a pas rencontré (ou presque pas) dans notre enquête d'opposition catégorique de principe.

"Mes représentations sont plutôt bonnes voire très très bonnes, je fais partie d'une famille extrêmement ouverte, laïque et républicaine, et depuis que je suis tout même en fait la question est arrivée. (...) j'ai pu retrouver que c'était encore une fois un vecteur de progrès, d'émancipation, d'autonomie, d'indépendance." (E12)

La religion était le plus souvent absente des discours. Lorsqu'elle était présente, elle n'avait pas constitué un frein à la décision de l'avortement. Un homme a cependant évoqué la crainte d'une punition sans plus l'expliquer... Un autre, d'origine marocaine, a fait référence à la religion musulmane pour dire qu'il avait été élevé avec l'idée que l'IVG était un crime mais qu'avec le temps et la confrontation à une autre culture et d'autres croyances il s'était forgé un tout autre avis.

"Ça a pas duré longtemps hein mais euh...on y pense à un moment quoi on se dit bon, euh... c'est un peu, on se fait des idées, mais je vais être puni, de plus en avoir quoi." (E8)

"Avant j'étais au Maroc, (...) né dans une famille musulmane (...) ça se fait pas c'est un crime (...) mon idée actuelle c'est ça : chacun son corps, chacun en fait ce qui veut quoi, tant qu'il assume sa décision après quoi. Voilà." (E9)

Un homme a été profondément marqué et affecté par la dimension éthique du choix qu'il venait de faire, "arrêter la vie", il a dit ne pas être parvenu encore à se le pardonner. Cette phrase "arrêter la vie" a été à plusieurs reprises formulée par les hommes au cours des entretiens.

L'embryon et ses représentations (16, 18)

Au-delà de la définition scientifique, biologique, ce qui fait qu'un embryon acquiert le statut de future personne relève avant tout de considérations philosophiques ou religieuses. Dans notre étude, le statut du "produit de conception" et le vocabulaire utilisé pour parler de lui sont variables d'un discours à l'autre, d'une histoire à l'autre, en fonction probablement des croyances, mais surtout des affects en jeu.

La majorité des hommes interrogés n'a pas exprimé d'affect à l'égard de l'embryon et a été attachée à rappeler qu'avant un certain stade, on ne peut lui attribuer le statut d'enfant. La taille de l'embryon sur l'échographie venait conforter cette idée.

"Moi, ça m'a jamais posé de problème de conscience... avant trois mois, c'est pas un enfant ... Quand vous faites une écho, même si ça fait deux centimètres en fait vous voyez un cœur qui bat quand même, alors c'est vrai que vous vous dites, ouais, c'est quand même un être vivant, même si moi je considère que c'est pas un enfant ..." (E6)

Pour d'autres, lorsque la décision a été contrainte ou difficile, le discours était teinté d'affects à l'égard de cette "vie" qui aurait pu devenir un enfant.

"Quand on a eu cette relation sexuelle, on l'a fait en connaissance de cause, on savait ce qu'on risquait.. et je me suis dit, et je me dis encore qu'on lançait tout un processus alors bien que tout soit... que cet embryon fasse que quelques millimètres ou je ne sais quoi, euh... bah il était déjà en train de se développer, enfin c'est peut être bête à dire mais... je m'étais attaché déjà." (E1)

"Pour nous, on a arrêté la vie." (E5)

L'évolution des représentations

Nous avons interrogé les hommes sur une éventuelle évolution de la représentation qu'ils avaient de l'IVG à travers leur récente expérience. Un homme a expliqué que son expérience lui avait permis de comprendre la difficulté que pouvait représenter un tel choix dans la vie d'un couple.

"Y a une différence entre ce qu'on croit que c'est et ce que c'est ... maintenant je saurai davantage voir pour une famille ce que ça peut représenter que d'aller vers ça (...) Le jour où ça t'arrive, c'est plus une boutade, c'est une vraie épreuve."(E5)

Un homme a souligné que le vécu de l'IVG pouvait être influencé, comme pour une femme, par l'âge auquel cet événement survenait dans la vie d'un homme, questionnant l'existence d'une "horloge biologique masculine".

"À l'âge de 21 balais (...) ça me paraissait évident de pas garder de même à cette époque-là de ma vie, et j'avais pas non plus les mêmes représentations de la paternité, aujourd'hui, j'ai 37 ans, ça commence à faire, c'est pas la même chose, je vais pas vous parler d'horloge biologique mais euh j'ai fini par m'interroger là dessus, est-ce qu'on peut pas définir une horloge biologique paternelle, enfin masculine." (E12)

Un autre a quant à lui été marqué par le caractère universel de l'IVG, du fait qu'elle pouvait toucher n'importe qui, au-delà des préjugés que la société et les médias véhiculent.

"L'IVG pour moi c'était plus chez des jeunes, des gens pas très éduqués et en fait... ça peut arriver à n'importe qui... Notre vision sur l'IVG et les grossesses non désirées je pense va changer forcément." (E11)

4. La "circulation de la parole" des hommes sur l'IVG

Nous avons questionné les hommes de notre étude sur le besoin qu'ils ont eu d'échanger avec leur entourage au sujet de leur expérience de l'avortement. La moitié des hommes interrogés n'a pas jugé utile d'en parler, et n'a eu d'échange qu'avec leur compagne. Pour beaucoup, l'IVG est un événement de vie trop intime pour être communiqué à un tiers du couple. Il semble que, probablement influencés par les représentations de l'image masculine que leur dicte la société, les hommes sont peu enclins à échanger sur le domaine de l'intime. Pourtant, ces mêmes hommes comprenaient que leur compagne ait elle eu besoin d'échanger à ce sujet.

"Non non, j'en ai pas parlé... parce que je pense que c'est quelque chose d'assez personnel... ma compagne y a aucun problème, que elle décide d'en parler à sa famille ou à qui elle le souhaite moi j'y vois aucune opposition bien au contraire, je pense que si elle a besoin d'en parler, de s'exprimer ou d'en parler à un tiers y a aucun

problème mais c'est vrai que moi je, voilà, je me sens pas le besoin d'en parler et d'évoquer ça avec ou ma famille ou des amis ou..." (E13)

La peur du jugement d'autrui ou la peur de décevoir l'entourage sont d'autres raisons pour lesquelles l'IVG est passée sous silence par les hommes comme par les femmes :

"C'est quelque chose qui ne concernait que nous (...) on sait pas trop comment les gens peuvent réagir quoi ... On préférera plutôt annoncer euh, le jour où on sera comment dire, où on attendra vraiment un enfant." (E8)

Au contraire des exemples ci-dessus, quelques hommes ont, quant à eux, exprimé le besoin de se confier à leur entourage pour soulager une certaine souffrance, inquiétude ou stress.

"J'ai appelé une seule personne c'est ma mère... Rires... du haut de mes 23 ans j'ai appelé ma mère alors que je lui dis toujours de me lâcher (...) à aucun moment elle n'a pris parti et c'est d'ailleurs ce que j'ai énormément apprécié."(E1)

C. Vécu de l'accueil et de la prise en charge au Centre d'IVG

1. Vécu de l'accueil dans le Centre d'IVG

Un lieu de femmes

Fréquemment, les hommes ont tenu à souligner l'impression d'étrangeté qu'ils ont ressentie en patientant dans la salle d'attente du Centre : un sentiment d'intrusion dans un univers "réservé" aux femmes.

"Au début ça m'a choqué, y avait pas de garçons (...) on était vus bizarrement (...) y a des dames [des patientes] qui étaient surprises par la présence masculine je crois, dans ce genre d'endroit." (E9)

"J'ai eu un sentiment très intrusif : je rentre dans le planning familial, je me retrouve à côté de femmes... intrusif pour intrus et pour cet aspect de pénétration de l'intimité, quelque chose qui me regarde pas en tant que mec, j'ai pas directement ma place." (E12)

Il est intéressant de relever la formule utilisée par cet homme de "pénétration de l'intimité" pour caractériser le sentiment de "violation" d'un lieu où l'homme n'aurait pas sa place.

L'accueil par le personnel du Centre

La majorité des hommes étaient plutôt satisfaits de l'accueil qui leur avait été fait au Centre d'IVG et se sont sentis suffisamment associés à la prise en charge.

"Les femmes que j'ai rencontrées ici, puisque je n'ai rencontré que des femmes, m'ont accueilli comme mon amie, ont délivré les informations à nous deux." (E10)

Un homme a exprimé avoir appréhendé cet accueil au Centre, avoir eu peur d'être mis à l'écart ou bien d'y être jugé coupable.

"J'avais un peu peur... je me disais, (...) j'espère qu'on va pas me regarder comme quelqu'un qui... voilà, (...) que ce soit un peu froid quoi, qu'on me mette un peu à part." (E8)

Trois hommes sur les treize interrogés (soit près d'un quart) ont été insatisfaits de l'accueil qui leur a été fait. Ils ont eu le sentiment que leur place dans le dispositif était secondaire, qu'elle n'avait pas été pensée.

"J'ai eu l'impression que ma place et mon rôle, enfin le rôle de l'homme accompagnant, il avait été assez peu abordé. A côté [au secrétariat], quand on rentre, y a qu'une chaise par exemple « je vous en prie, asseyez-vous », toi tu restes debout comme un con ! Enfin c'est un truc, c'est étonnant ! ... c'est quand même hallucinant, qu'on arrive et qu'il n'y ait qu'une chaise !" (E2)

"Il a fallu que je marque ma présence... c'était pas encore intégré aux mœurs." (E12)

Dans l'ensemble les hommes ont été plutôt satisfaits de l'accueil qui leur été fait au Centre mais certains ont néanmoins pu exprimer des manques et ont proposé quelques idées concrètes à mettre en place pour y remédier : mettre deux chaises au secrétariat, faire de la salle d'attente un lieu qui s'adresse aux femmes mais également à leurs conjoints éventuels, anticiper la présence des hommes en demandant aux femmes lors de la prise de rendez-vous si elles viendront accompagnées ou seules et mettre un deuxième verre sur le plateau dans la chambre.

2. Des hommes en demande d'information

Beaucoup des hommes que nous avons interrogés souhaitaient être mieux informés sur l'IVG et la contraception. Un homme a exprimé qu'il aurait aimé être mieux informé sur le déroulement de l'IVG afin d'être mieux préparé à l'accompagnement de sa compagne, du point de vue de la douleur notamment.

"Quand je l'ai vue se tordre de douleur et aussi euh... au moment où il y a eu, les larmes qui ont coulé... C'est vrai que d'avoir été un peu mieux préparé à ça aurait été agréable..."(E4)

Un autre a expliqué à quel point il avait été important pour lui qu'une infirmière, à un moment, prenne le temps de lui expliquer comment fonctionnait un stérilet, un moment d'attention particulière dont il lui était reconnaissant.

"J. avait acheté le stérilet (...) l'infirmière a bien vu que j'y comprenais rien et donc elle m'a dit: « est-ce que vous voulez que je vous explique comment ça se pose et à quoi ça sert ? »... j'ai eu un cours sur le stérilet en cuivre et hormonal en céramique et les effets que ça pouvait provoquer... ah d'accord ça fonctionne comme ça... "fin voilà c'était bouclé en trois minutes mais c'était super important pour moi." (E12)

3. Des hommes en demande de plus d'attention et d'écoute

Deux hommes ont exprimé un manque du côté de la place qui leur était faite mais surtout de l'attention qu'ils avaient reçue. Cet événement, ils ont eu le sentiment d'y être confrontés seuls et n'ont pas toujours trouvé auprès du personnel soignant l'écoute dont ils auraient eu besoin à ce moment.

"Une personne est venue, juste après l'intervention pour donner deux-trois indications à J.,(...) lui demander si elle avait des questions, des demandes, des peurs, des craintes à soulever et moi je suis resté là et à aucun moment je n'ai bénéficié d'un regard, d'un appui... Moi à aucun moment on m'a posé des questions et pourtant j'en avais plein... des vraies douleurs doublées de véritables interrogations et sans soutien particulier à ce moment-là." (E12)

Cet homme a proposé qu'un échange puisse avoir lieu quand la femme est au bloc opératoire et que l'homme se retrouve seul, dans une attente parfois anxieuse, ou encore à distance lors de la visite de contrôle. Un autre a également suggéré que l'homme soit discrètement informé de la possibilité d'un entretien à l'abri des regards de sa compagne, lorsque le masque peut tomber.

"Je pense que si un homme a beaucoup de fierté, euh... il dira pas oui devant sa copine. Moi le premier, je pense que je dirais pas oui (...) je pense que ce qui serait bien c'est de prendre les personnes à part et de leur proposer peut-être un soutien, pour les hommes qui le veulent un soutien psychologique..." (E1)

Plusieurs hommes ont ainsi souligné qu'un entretien seul ne leur avait jamais été ouvertement proposé.

"Ce qui nous a été proposé c'était toujours une discussion à deux... y a pas eu cette ouverture possible que cette discussion elle soit seul, que ça puisse concerner que l'un ou que l'autre ou les deux..." (E2)

La plupart des hommes interrogés sont cependant restés discrets sur leur ressenti et sur un éventuel besoin de se confier. Beaucoup ont d'ailleurs déclaré qu'ils avaient trouvé normal que l'attention soit plus dirigée vers leur compagne. Certains ont ajouté qu'ils avaient apprécié finalement qu'elle n'ait pas trop été tournée vers eux, pas pudeur probablement. Ils semblaient plutôt désireux de tourner la page le plus vite possible.

"Oui, oui.. oui, après euh... j'aurais pas aimé qu'on me pose trop de questions ou quoi que ce soit parce qu'on est vraiment venus là pour mettre fin à un processus, faire en sorte que tout se passe bien pour mon amie, et on est pas venus là pour moi quoi." (E1)

4. L'entretien pour cette thèse vécu comme un espace de parole

Bien que la moitié des hommes n'ait pas jugé utile de parler de l'IVG dans son entourage, le temps de l'entretien semble avoir été pour certains une opportunité de livrer leur vécu, un espace de parole qu'ils n'ont pas su trouver ailleurs ou qui ne leur a pas été offert. Trois hommes ont explicitement évoqué le caractère thérapeutique de l'entretien qui venait de se dérouler. Deux hommes ont employé le terme de psychothérapie.

"Cette rencontre aujourd'hui, je suis content de l'avoir planifiée... le fait de vous rencontrer ce matin et de pleurer aussi vite... ça me met en lumière que tout n'est pas traité... j'ai eu envie de livrer ce que j'ai vécu. C'est peut être toi ma psychothérapie locale ?" (E5)

DISCUSSION

Nous appuierons en grande partie notre discussion sur les travaux suivants :

- Deux publications sociologiques françaises sur les thème des hommes et de l'IVG: L'étude de l'Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception (ANCIC) publiée en 2011 intitulée "Enquête sur le rapport des hommes à l'IVG , rapport de l'enquête quantitative et qualitative." et un article de la sociologue Geneviève Cresson publié en 2006 dans la revue "Sociétés contemporaines" intitulé "Les hommes et l'IVG".
- Les travaux d'une équipe de sociologues suédoises principalement conduits par Anneli Kero et Ann Lalos, ayant beaucoup travaillé sur le thème des hommes et de l'avortement (quatre articles dont trois portant sur le même échantillon de départ).
- Quatre thèses de médecine générale françaises réalisées en 2003, 2014 (deux thèses couplées) et 2015 sur les hommes et l'IVG ou la contraception.
- Les travaux des sociologues Nathalie Bajos et Michèle Ferrand et notamment les résultats de l'enquête Giné¹, enquête qualitative de grande ampleur interrogeant 73 femmes confrontées à une grossesse non prévues (dont 53 ont choisi d'interrompre la grossesse).

I. Les points forts et limites de cette étude

Le point fort de cette étude est l'originalité du sujet traité. Peu d'études ont analysé le vécu des partenaires des femmes venant avorter (13). Avant les années 2000, le sujet n'avait pas été traité en France (7, 18). Le choix des entretiens individuels permet une exploration plus en profondeur des sentiments éprouvés et du vécu des hommes que celle permise par l'utilisation de questionnaires.

L'échantillon de cette étude est en revanche trop faible pour pouvoir généraliser les résultats. Après une année entière de recrutement, nous n'avons pu obtenir d'entretien qu'avec treize hommes sur les trente contacts téléphoniques de départ. L'ANCIC a mis en évidence que quatre femmes sur cinq se rendent seules dans les Centres d'IVG (7). Seuls 14 % (156 hommes) des géniteurs potentiels ont répondu au questionnaire de l'ANCIC sur une période de huit mois (7). Geneviève Cresson, sociologue, décrit la *mission impossible* qu'a été sa prise de contacts avec les hommes ayant vécu une IVG par les modalités classiques de recrutement, l'obligeant à se déplacer elle-même une fois par semaine dans les CIVG pour recruter les interviewés (18). Les hommes sont souvent les grands absents de ce parcours. Soit ils ne s'y impliquent pas, soit ils sont tenus à l'écart par leurs compagnes qui considèrent avant tout l'IVG comme une affaire de femme (20). Au-delà du constat que les femmes ne viennent que rarement accompagnées, nous faisons l'hypothèse de la responsabilité du tabou de l'IVG et d'une grande difficulté à obtenir le témoignage des hommes sur un sujet touchant à leur intimité.

Nous avons également rencontré des difficultés à faire participer à niveau égal les différents soignants sollicités pour le recrutement des hommes ce qui pourrait refléter un manque d'intérêt porté à la population masculine dans le domaine de l'IVG.

¹ Acronyme pour Grossesses Interrompues, Non prévues, Évitées.

Notre échantillon est affecté d'un biais de sélection inévitable du fait de la méthode de recrutement choisie. D'abord le recrutement s'est fait dans un seul Centre. Ensuite, les hommes interrogés dans notre étude ont tous accompagné leur compagne dans le parcours d'IVG (recrutement direct). Par rapport à la population générale, les hommes en empathie avec leur compagne sont sur-représentés dans notre échantillon.

Nous avons envisagé de proposer aux femmes qui venaient seules de communiquer notre travail à leur partenaire¹ (recrutement indirect), comme ce qui a été fait dans d'autres études, mais nous avons renoncé du fait de la charge de travail supplémentaire que cela représentait pour les infirmières. Les hommes qui se sentaient concernés mais n'ont pas pu ou n'ont pas souhaité être présents ou au contraire ceux dont la femme a préféré venir seule aux entretiens ou le jour de l'IVG n'ont pas été interrogés.

Bien entendu, les "vrais" absents, ceux qui ne se sentaient pas concernés, n'ont pas été interrogés.

Les hommes de notre étude ne sont pas représentatifs de la population générale des hommes concernés par l'IVG. Ils constituent un échantillon des hommes qui accompagnent les femmes dans les centres d'orthogénie. Il est par conséquent intéressant d'interroger les pratiques de soins à leur égard.

L'autre conséquence de la difficulté à constituer notre échantillon, outre sa taille, est sa faible variation : le profil des hommes ayant accepté de témoigner est marqué par un biais de recrutement. La plupart des hommes interrogés sont en couple stable avec la femme qu'ils accompagnent (ce qui explique leur plus grande implication). Presque la moitié des hommes a déjà des enfants. Ces résultats sont comparables avec ceux des autres études : les hommes qui témoignent de l'IVG sont majoritairement des hommes engagés dans une relation affective stable². Les hommes de notre échantillon ont également pour la plupart une situation socio-professionnelle relativement confortable : onze actifs dont huit salariés. Nous n'avons interrogé aucun étudiant et seul un homme interrogé était sans emploi. Ce constat est comparable à celui de l'étude quantitative suédoise menée par Kero A., Lalo A., Högberg U. et Jacobsson L. dans laquelle 70 % des 75 hommes ayant répondu au questionnaire considéraient leur situation financière comme correcte (21). Le profil socio-économique des hommes est le même dans l'étude de l'ANCIC (trois quarts d'actifs, un sur dix est étudiant ou chômeur). On peut envisager qu'il puisse exister une corrélation entre le niveau d'étude, le niveau socio-culturel et la relative assurance des hommes à témoigner de leur vécu malgré le tabou qui entoure l'IVG. Notre échantillon n'est pas non plus représentatif de la diversité culturelle des femmes en demande d'IVG. Notre étude ne peut donc prétendre refléter le vécu de l'ensemble des hommes confrontés à une situation d'IVG.

Il existe dans notre étude un biais d'enquêteur. L'enquêtrice était une jeune femme, médecin. Le statut de celle-ci a pu inciter les hommes à se confier tout comme cela a pu, au contraire, les en dissuader. Dans son étude, G. Cresson s'inquiète du caractère "monnaie d'échange" de ses entretiens qui ont été réalisés avant ou pendant les IVG ; elle craint que les hommes ne se soient sentis contraints de participer à l'étude pour garantir une meilleure prise en charge de leur demande d'IVG et de leur compagne. Nous avons fait le choix de n'interroger les hommes qu'après la réalisation effective de l'acte médical pour affirmer notre indépendance vis-à-vis de l'équipe soignante (ce qui par ailleurs a permis d'obtenir des renseignements sur

1 Si son existence était spontanément révélée par les discours des femmes choisissant de venir seules.

2 Dans les relations récentes ou passagères, les femmes peuvent ne pas avoir informé leur partenaire ou ne pas avoir souhaité leur présence. Les hommes sont également moins investis dans l'IVG.

leur vécu de l'IVG elle-même, sur l'accueil et sur les suites immédiates de l'IVG). L'enquêtrice s'est présentée aux interviewés d'une façon qui se voulait la plus neutre possible, en tenue civile, affirmant son caractère extérieur au CIVG. Néanmoins, les hommes pour la plupart la savaient médecin.

L'enquête est également affectée d'un biais d'analyse ou d'interprétation du matériau issu des entretiens : les entretiens ont été analysés et codés par l'enquêtrice seule, il n'y a pas eu de double codage.

Il existe probablement aussi des biais d'information lié au caractère intime du sujet et de mémorisation lié au caractère rétrospectif de l'étude. Par ailleurs, il s'agit d'une méthode d'observation indirecte déléguant à l'interviewé la description des pratiques de soin notamment concernant l'accueil.

La connaissance par une partie du personnel soignant de l'enquête en cours a pu, de façon positive, influencer son attitude à l'égard des hommes ; certains soignants ont d'ailleurs indiqué au cours de l'étude et à plusieurs reprises à l'enquêtrice que ce travail leur donnait une nouvelle perspective et les amenait à s'interroger sur leurs pratiques à l'égard des hommes.

II. Ce que notre étude montre et les données de la littérature

A. L'implication des hommes dans l'IVG et leur influence sur le processus décisionnel

Les hommes de notre étude ont montré une volonté d'être présents et impliqués au parcours d'IVG. Dans la thèse de D. Mauillon, 100 % des 56 hommes interrogés considèrent l'IVG comme une affaire de couple (5). Les hommes ont dit avoir participé à la prise de contact et d'information auprès des professionnels de l'IVG pour les démarches à entreprendre. Les statistiques nationales du numéro vert "Sexualité, Contraception, IVG" du Mouvement français pour le Planning familial montrent que les conjoints sont ceux qui appellent dans 11,6 % des cas de demande de renseignements concernant l'avortement¹.

L'équipe des chercheuses suédoises Anneli Kero et Ann Lalos a interrogé des hommes ayant accompagné leurs partenaires dans l'IVG médicamenteuse ambulatoire : les hommes ont apprécié d'avoir pu prendre part de façon active au processus d'avortement (22).

L'ANCIC dresse quatre portraits d'hommes : l'absent (qui n'a aucune interaction avec le personnel médical, cas le plus fréquent), l'accompagnateur (présent physiquement mais peu impliqué émotionnellement), le gestionnaire (en apparence détaché, il choisit d'endosser un rôle logistique, de support technique) et l'investi (à la différence du gestionnaire, il ne cherche pas à dissimuler ses émotions, il assume sa souffrance et l'exprime). Ces trois derniers portraits, s'ils n'ont pu être détaillés, ont effectivement été retrouvés dans nos entretiens, avec une forte représentation dans notre échantillon du profil "investi".

D'après la sociologue Nathalie Bajos, qui a beaucoup travaillé sur la question de l'IVG en interrogeant les femmes, "si la décision d'une femme de poursuivre ou non la grossesse ne se construit pas systématiquement en interaction avec le partenaire, elle est toujours (ou quasiment) prise en fonction de lui (10)." En d'autres termes, si la décision d'avorter revient légalement aux femmes, elle est en réalité

¹ Statistiques sur la période du 29/09/2015 au 31/08/2016

influencée par le choix et le positionnement de l'homme par rapport à la grossesse. Selon l'enquête Cocon² (Bajos *et al*, 2004), dans 90 % des cas d'avortement (97 % si la relation est déclarée stable), la femme a informé son partenaire (17). Les femmes s'orientant vers une IVG qui font le choix d'informer leur partenaire le font pour l'impliquer dans la décision ou le parcours d'IVG ou pour avoir connaissance de son positionnement par rapport à la grossesse et son éventuelle interruption. Dans le cas d'une grossesse au départ consentie par une femme mais rejetée par son partenaire, l'IVG peut être comprise comme l'issue "obligatoire" d'un projet qui ne peut être mené à bien sans l'implication des deux membres du couple, ce que N. Bajos nomme le "le primat du couple conjugal" (10, 16). L'issue de la grossesse est donc souvent influencée par le positionnement du partenaire informé de la grossesse.

La décision d'IVG est partagée par la grande majorité des hommes qui accompagnent les femmes dans les centres d'IVG. Dans tous nos entretiens, les hommes considèrent que la construction de la décision s'est faite à deux. Un homme, dont le souhait était de garder la grossesse, a confié avoir suivi le choix de sa partenaire. L'enquête de D. Mauillon retrouve que 94,4 % des hommes ont souhaité donner leur avis, 92,5 % l'ont fait et 90 % considèrent qu'il a été pris en compte par leur conjointe (5). Dans l'étude de l'ANCIC, 80 % des hommes interrogés considèrent que la décision a été prise en commun avec leur partenaire. Dans neuf cas sur dix, l'homme est d'accord avec la décision (7). Selon l'enquête Cocon, quand la relation affective est stable, les partenaires sont d'accord dans 79 % des cas pour interrompre la grossesse (17).

Dans nos entretiens, certains hommes ont confié avoir eu peur de trop influencer leur partenaire et donc de lui faire prendre une décision qui ne soit pas la sienne. Cette idée a été également relevée par A. Kero et A. Lalos dans une enquête prospective par entretiens réalisée sur un échantillon de 26 hommes où deux d'entre eux ont préféré ne pas informer leur compagne de leur souhait de mener à terme la grossesse (23). D'après les résultats de l'ANCIC, il n'est pas rare que des hommes accompagnent leur compagne sans partager leur décision (7).

B. Les motifs d'IVG évoqués par les hommes

Dans notre étude les motifs évoqués pour expliquer le choix de l'IVG sont par ordre de fréquence : la grossesse non voulue, puis les projets personnels ou professionnels qui imposent de planifier les naissances (ce que nous avons nommé le "planning familial" pour reprendre le terme anglo-saxon de la littérature) et enfin, les conditions d'accueil de l'enfant, regroupant les conditions matérielles, financières et affectives (stabilité du couple) et l'âge des parents.

Le premier motif d'avortement est l'absence de projet parental pré-établi ou le fait que la grossesse n'ait pas été voulue¹ et programmée. Pour Luc Boltanski, le projet parental est "la première étape du processus d'engendrement (...) il constitue l'instance supra-individuelle de pré-confirmation de l'enfant à naître." Il est de ce fait le "nouvel arrangement social" permettant la pratique de l'avortement (16). Ce résultat est comparable à celui que D. Mauillon met en avant dans sa thèse : la grossesse non voulue est un motif d'IVG évoqué par 77 % des hommes et en est la raison principale pour 36 % d'entre eux (5). D'après Nathalie Bajos, "avec l'avènement de la contraception, un couple ne doit pas avoir d'enfant qui ne soit pas totalement

2 Acronyme pour Cohorte contraception

1 Le terme de grossesse "non voulue" a été préféré au terme de grossesse "non désirée", le désir étant également une notion psychanalytique qui se réfère à l'inconscient.

désiré et il importe plus que jamais que les conditions les meilleures soient réunies. La grossesse ne s'improvise pas mais doit être anticipée(17)."

Le second motif mis en avant par les hommes de notre étude est *le "planning" familial* ou le fait de vouloir planifier les naissances en fonction des projets personnels et du couple. 30 % des hommes interrogés par l'équipe d'A. Kero et A. Lalos l'évoquent comme motif d'avortement (alors que 19 % évoquent l'insécurité de la relation et seulement 12 % des raisons socio-économiques) (21).

Le "planning" familial impose aussi d'avoir le bon nombre d'enfant, au bon âge et un espacement correct des naissances. Des hommes de notre étude ont confié avoir atteint le nombre d'enfants qu'ils s'étaient fixés avec leur compagne, ou encore, ont indiqué que le très jeune âge du dernier enfant avait participé à la décision. Un homme a choisi avec sa femme d'avorter parce qu'ils étaient trop âgés, de même que leurs enfants.

Les conditions d'accueil matérielles influencent la décision des hommes mais il s'agit souvent d'un motif secondaire. Les hommes accordent aussi une importance au contexte relationnel ou conjugal dans lequel survient la grossesse. Dans la littérature est fréquemment suggérée l'idée d'une plus grande dépendance affective des femmes par rapport aux hommes, les empêchant d'envisager la poursuite d'une grossesse hors du cadre conjugal (ou au contraire, les empêchant de mener à bien leur choix d'avorter) (10). D'après ce que nous avons pu entendre du discours des hommes, le "primat du couple conjugal" auquel fait référence N. Bajos n'est plus le seul apanage des femmes. A. Kero et A. Lalos écrivent que le raisonnement était, chez les hommes comme chez les femmes dominé par l'idée de vouloir avoir un enfant au sein d'une unité familiale "fonctionnelle" (24).

Tous ces motifs sont comparables à ceux de l'ANCIC qui retrouve dans son étude, par ordre de fréquence : l'absence de projet actuel de paternité, la situation financière (majoritairement chez les moins de 25 ans), l'absence de projet d'enfant du couple et la stabilité insuffisante du couple (7).

Ces différents paramètres correspondent à la "nouvelle norme procréative" mise en lumière par Nathalie Bajos : un enfant doit être mis au monde en étant désiré, programmé, à un âge donné, dans de bonnes conditions d'accueil matérielles et affectives, avec un espacement correct entre chaque naissance (17).

Ces motifs, résultant de la "nouvelle norme procréative", sont comparables à ceux évoqués par les femmes (10, 17).

C. Les sentiments exprimés par les hommes

Au-delà du fait de vouloir accompagner ou soutenir leur compagne, certains hommes ont souligné leur implication de fait et le sentiment d'être pleinement concernés et personnellement affectés par l'avortement. Ainsi, notre étude démontre avant tout que les hommes ne sortent pas indemnes de ce qu'ils ont vécu lorsqu'ils ont été confrontés à l'interruption volontaire d'une grossesse dont ils étaient les géniteurs... de même que leurs motifs, leurs sentiments et attitudes à l'égard de la grossesse rejoignent ceux des femmes (10, 21).

Certains hommes vont exprimer une réelle souffrance face à l'IVG. Ce sentiment a été exprimée par cinq hommes sur les treize de notre étude. La douleur est parfois directement liée à la perte de la grossesse ou de la paternité qui s'offrait à eux. Elle est également causée par la souffrance physique de leur partenaire qui

leur est difficilement supportable.

La culpabilité est un sentiment partagé par près de la moitié des hommes. Ils se sentent responsables et impuissants face au ressenti physique de leur compagne (7). La douleur et la culpabilité exprimées par les hommes de notre étude sont conformes aux résultats de l'enquête de L'ANCIC qui constate que l'IVG est un acte douloureux pour plus d'un homme sur trois. Dans une étude réalisée par P. Lambert en 2014, 57 % des hommes ressentent de la culpabilité et 40 % de la tristesse (25).

Certains vont exprimer de l'angoisse, de l'inquiétude dans les jours et heures qui précèdent l'avortement, craignant les conséquences physiques ou psychologiques sur leur compagne. À l'opposé, les sentiments de soulagement - que l'IVG se soit bien déroulée, que la douleur ressentie par leur compagne n'ait pas été si importante qu'ils le craignaient - et de responsabilité ont été exprimés par des hommes fiers d'avoir pu être présents auprès de leur compagne et d'avoir pu partager les conséquences d'un risque pris à deux.

Dans l'étude suédoise (21), les mots les plus fréquemment choisis par les hommes pour décrire leurs sentiments étaient anxiété, responsabilité, soulagement, culpabilité et chagrin. Près d'un tiers des hommes a choisi uniquement des mots indiquant des émotions douloureuses.

En 1979 dans une étude états-unienne de Shostak réalisée sur 50 hommes, 72 % ont déclaré être en désaccord avec la proposition "l'IVG est facile pour les hommes, ils n'en gardent pas de pensées dérangeantes ou persistantes", 40% ont rapporté des pensées à propos de "l'enfant qui aurait pu être¹." En 1978, Rothstein écrit même que la grossesse non planifiée et l'expérience de l'IVG pourraient avoir des répercussions sur le développement psychologique des garçons adolescents (13).

L'ambivalence est une notion fondamentale et inhérente à toute grossesse. Le discours des hommes de notre étude était fréquemment ambivalent mettant en lumière la difficulté des couples à prendre une telle décision et la diversité des affects et émotions qui peuvent être rencontrés. A. Kero et A. Lalos ont montré que plus de 57% des hommes ont choisi des mots exprimant des émotions à la fois positives et négatives (anxiété, regret, culpabilité, vide, soulagement et responsabilité) pour décrire leur ressenti face à l'avortement. Dans leur étude intitulée "*ambivalence : a logical response to legal abortion*" elles écrivent : "*Les sentiments tels que l'anxiété, la culpabilité... sont souvent qualifiés de négatifs dans les études sur l'avortement. (...) Les sentiments douloureux ne sont ni reconnus ni considérés comme l'expression d'aspects précieux ou pertinents de la situation d'avortement, mais courent le risque d'être considérés seulement comme quelque chose de problématique et menaçant.*" Ainsi, "*une IVG peut être vécue comme un soulagement et simultanément, une perte, couplés à du chagrin.*" Il est capital de comprendre, d'accepter et de permettre l'expression d'une certaine ambivalence, ne pas la considérer comme problématique mais l'accueillir comme une "réponse logique" dans le parcours de l'IVG pour accompagner au mieux les couples (24).

D. Le silence des hommes

Interrogés sur leurs propres affects, les hommes peinent à se confier. Ils disent avoir avant tout concentré leur attention sur leur compagne (22). La culpabilité, le sentiment d'impuissance face à la douleur de leur

¹ Il faut être attentif à replacer ces résultats dans le contexte des États-Unis où les mouvements "pro-life" sont très actifs.

compagne, ajoutés aux représentations sociales de l'image de l'homme fort les conduisent à adopter une posture discrète d'accompagnant et de soutien psychologique auprès de leur partenaire, parfois au détriment du traitement de leurs propres affects. Il tirent de ce rôle d'aidant le bénéfice secondaire d'avoir pu se sentir utiles pour assumer leur part de responsabilité. Cette image de "pilier" est la conséquence d'une socialisation des genres où l'homme occupe une position de force. Ce schéma participe de la domination masculine, exhortant les hommes à se montrer "protecteurs". Il maintient les femmes dans leur traditionnelle fragilité et interdit aux hommes la libre manifestation de leurs émotions. Le devoir de soutien des hommes envers leurs compagnes et la peur de les voir souffrir se retrouve dans la thèse du Dr Gilbert soutenue en 2015 (26). Dans son étude, P. Lambert montre que 96 % des hommes déclarent avoir accompagné leur partenaire principalement pour la soutenir (25).

Dans notre étude, la moitié des hommes interrogés n'a pas jugé "utile" de parler de l'IVG autour d'eux. Geneviève Cresson interroge les conditions de la circulation de la parole des hommes. Elle fait le constat de la rareté des écrits sur l'expérience masculine sur des sujets tels que la contraception ou l'IVG et fait le postulat que cette rareté est la conséquence d'un "silence social sur les événements de vie intime des hommes". G. Cresson dans son article écrit : "Le résultat, clair et massif, c'est qu'aucun homme interviewé n'envisage de parler librement, ouvertement, de cette IVG dans son cercle relationnel (18)." D'après l'ANCIC, les hommes sont isolés dans cet événement et un homme sur deux ne se confie à personne d'autre qu'à sa partenaire (7). Il semblerait, ainsi que ces auteurs en font le constat, que parler de l'intime ne soit pas "masculin". Pourtant, dans nos entretiens, force est de constater l'avidité avec laquelle certains se confient, faisant de cette rencontre un espace de parole neutre qu'ils n'ont pas su ou pas pu (et qu'ils auraient probablement souhaité) trouver plus tôt. Le mode d'expression des affects est un construit social. La réalité est que lorsque les bonnes conditions sont réunies, les hommes se confient, tout comme les femmes. Il est important d'être attentif au ressenti de chacun des deux partenaires dans l'IVG, et d'offrir aux hommes (aussi) attention et écoute s'ils en ressentent (sans toujours l'exprimer) le besoin.

Malgré tout, l'IVG reste aujourd'hui un acte accompli en silence pour tous, hommes et femmes. Elle est un acte tabou. L. Boltanski dans son étude sociologique de l'avortement dit ceci : "De cet acte, accompli avec les plus grandes garanties de discrétion, les personnes concernées ne parlent pas plus aujourd'hui que, lorsque dans un passé récent, il devait être fait de façon clandestine, et d'ailleurs peut-être moins encore, sa légalisation ayant eu pour effet de rendre inutiles l'entraide, la recherche de conseils et de soutien qui amenaient à confier son angoisse à d'autres... (16)." Il ajoute un peu plus loin que l'IVG (il parle en réalité du fœtus "tumoral") "doit laisser dans le monde le moins de traces possible, ne serait-ce que dans la mémoire des autres (...) de peur que plus tard [ne soit rappelée] la possibilité qu'aurait eue cet être qui n'a pas existé de figurer dans le monde", suggérant que le silence entourant l'IVG n'est pas seulement la marque d'un tabou, mais aussi la marque d'un choix parfois douloureux dont il est préféré ne pas laisser de trace.

E. Le sentiment de dépossession de la fécondité

La loi Veil qui régleme nte l'IVG a été adoptée dans un contexte de lutte pour les droits des femmes. Les

1 Celui qui n'est pas "confirmé" par la parole.

hommes sont exclus du dispositif légal de l'avortement : la décision de l'IVG revient aux femmes. G. Cresson dit: "Cette disqualification sociale des décisions ou souhaits des hommes peut être interprétée soit comme un *pouvoir exorbitant*² des femmes soit comme la contrepartie de l'inégale répartition des charges des enfants entre les hommes et les femmes (7, 18)."

Dans nos entretiens, des hommes ont évoqué ce sentiment d'avoir été dépossédés de la maîtrise de la fécondité à l'annonce de la grossesse. Surpris par cette grossesse qu'ils n'ont pas anticipée, ils se sont sentis l'un "pris au piège", l'autre "parqué" dans une "incapacité", bien conscients de l'inégalité du poids des volontés de chacun dans l'issue de la grossesse.

Il est bien évident que, s'agissant de son corps, c'est à la femme que doit revenir la décision de l'issue d'une grossesse non prévue. Néanmoins, nous pensons que, sans remettre ce droit fondamental en question, il est aussi important d'impliquer l'homme confronté à une grossesse non désirée ou à une IVG, à la fois pour lui permettre de verbaliser ses émotions (tristesse, colère...) mais aussi pour qu'il s'investisse davantage dans l'IVG et à l'avenir dans la contraception. À l'heure actuelle, la responsabilité de la contraception incombe quasi exclusivement aux femmes. En dehors du préservatif (que les professionnels reconnaissent rarement comme méthode de contraception fiable et suffisante) et de la vasectomie (très peu utilisée en France), la contraception masculine, notamment hormonale, n'est pas développée. Le budget de la recherche dans ce domaine est très faible (6%) (8).

L'ANCIC souligne que "travailler à la communication au sein du couple devrait permettre une meilleure prise en charge de la contraception (...) et permettre de lutter contre la violence conjugale dont toutes les études montrent que la grossesse est un facteur déclenchant ou aggravant."

F. Accueil des hommes au Centre par les professionnels

Concernant l'accueil qui leur a été fait au Centre, les hommes sont partagés. Pour la plupart, ils sont plutôt satisfaits de la prise en charge dans son ensemble et ne se sont pas sentis écartés. Certains en revanche, regrettent de ne pas avoir senti plus de considération et d'attention de la part de l'équipe soignante. Des propositions ont été faites sur le moment et la manière dont ils auraient aimé qu'un échange leur soit proposé. D'autres, sur la façon d'améliorer leur accueil en faisant du Centre un lieu qui ne soit pas présenté comme étant par essence féminin. L'infirmière en santé sexuelle Vicky Papworth (Portsmouth), dans un article paru en 2011 dans *Nursing Standard*, formule des propositions pour l'accueil, l'information et l'accompagnement des hommes confrontés à l'IVG par le personnel soignant infirmier travaillant dans les Centres d'orthogénie (27). Elle suggère qu'un accueil égal à celui des femmes leur soit fait et que des dépliants puissent être mis à leur disposition. Enfin, elle encourage les infirmières à discuter avec les hommes.

Les hommes que nous avons interrogés ont exprimé le souhait d'être informés sur le déroulement de l'IVG mais également sur les moyens de contraception. Une étude réalisée en 2014 sur 140 hommes de moins de 40 ans consultant en cabinet de médecine générale en région parisienne montre que les hommes ont une connaissance limitée des moyens de contraception et de l'IVG. Son auteure, Virginie D'Oliveira, incite à une plus grande implication des médecins généralistes dans l'information des hommes sur les sujets ayant trait à

2 Françoise Héritier

la vie sexuelle et reproductive (28) .

Dans son étude, l'ANCIC a interrogé quelques professionnels travaillant dans les centres d'IVG : ces derniers, les médecins comme les psychologues ou les conseillères, voient avant tout l'homme comme un risque, une menace qui pèse sur l'autonomie décisionnelle de la femme. L'homme peut également être une menace pour l'autorité médicale, sa présence modifiant le colloque singulier de la consultation. Par ailleurs, même s'ils jugent la présence de l'homme utile, ils n'ont pas de temps à lui consacrer, cette place n'étant pas prévue par les protocoles de soins. Dans cette étude, 37 % des hommes n'étaient pas satisfaits de l'accompagnement par le personnel du Centre et 40 % aimeraient avoir plus d'accompagnement ou d'écoute de la part d'au moins un professionnel de santé (conseillère ou psychologue puis médecin). Il serait intéressant qu'une étude qualitative interroge les professionnels sur leurs représentations des hommes et sur les obstacles à leur prise en charge.

CONCLUSION

Les hommes confrontés à la demande d'IVG de leur partenaire sont une fois sur cinq présents à leurs côtés dans les Centres d'orthogénie. Ces hommes se sentent concernés par l'IVG qu'ils considèrent comme une décision du couple. Notre enquête met en lumière qu'un certain nombre ressentent une souffrance et une culpabilité passées sous silence.

La législation offre la possibilité d'un accompagnement psychologique et social pour les femmes. Il serait également utile d'être attentif aux besoins d'écoute et d'attention des hommes. Il est important qu'une éventuelle douleur - liée à la perte d'une paternité potentielle ou à la culpabilité ressentie face à la souffrance physique de leur compagne - puisse trouver un lieu pour s'exprimer.

Maintenir les hommes à l'écart du déroulement d'une IVG contribue à renforcer l'assignation des femmes seules à la gestion procréative. La conférence internationale du Caire sur la population et le développement qui s'est tenue en 1994 incitait à une plus grande implication de l'homme dans la planification familiale : pour "promouvoir l'égalité entre les sexes (...) notamment au sein de la famille (...) [il faut] encourager les hommes à faire preuve du sens des responsabilités dans leur vie sexuelle et leur comportement procréateur et dans leur vie sociale et familiale, et leur donner les moyens de le faire." Notre travail fait d'ailleurs écho aux nombreux travaux sur le rapport des hommes à la contraception qui incitent à une meilleure répartition de la responsabilité contraceptive (29, 30, 31, 32).

Les hommes sont, comme les femmes, victimes de la socialisation de leur image et des rôles de leur sexe, socialisation qui les incite à paraître forts, courageux, attentifs et pudiques quant à leurs affects. Cette injonction sociale à être et à paraître leur offre peu la possibilité, lors d'une IVG, d'être attentifs à leur propre vécu et de l'exprimer. Les professionnels de santé ont eux aussi une responsabilité en participant à véhiculer un système de représentation dans lequel les hommes sont encore perçus comme au mieux utiles à l'accompagnement de leur compagne. L'influence de notre observation sur le questionnement par les soignants du Centre d'IVG de Rennes de leur propre attitude à l'égard des hommes a été un premier impact positif de cette étude.

Une meilleure compréhension du vécu des hommes confrontés à l'IVG est essentielle pour mieux les intégrer au parcours d'IVG de leur partenaire, lorsqu'elle choisit de venir accompagnée. Le praticien ne doit cependant pas perdre de vue le respect premier du corps et du choix des femmes. Il doit garder à l'esprit les tensions et jeu de force qui peuvent exister au sein d'un couple. Offrir une écoute empathique aux hommes, être attentif à ce que leurs émotions reflètent en terme de besoins est néanmoins essentiel. Il peut être utile en fonction des situations de proposer un entretien psychologique individuel ou conjugal.

Diffuser auprès des professionnels concernés les résultats de cette étude pourrait permettre d'améliorer l'accueil des hommes dans les différents Centres d'IVG, d'encourager l'expression de leurs émotions mais également de mieux les informer sur le déroulement de l'IVG et sur la contraception. Les résultats de cette enquête peuvent également être utiles aux médecins généralistes prenant en charge des couples en demande d'IVG et les inciter à être plus attentifs aux conjoints en amont et en aval de l'IVG.

La diffusion de la plaquette rédigée par l'ANCIC à l'attention des hommes peut être un support à cette démarche, tant dans les hôpitaux que dans les centres de planification ou les cabinets de médecins généralistes (cf annexe 4).

NOM et Prénom : Lapadu-Hargues Elinore

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

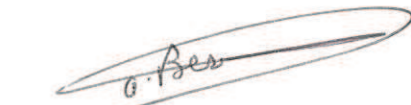
(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :

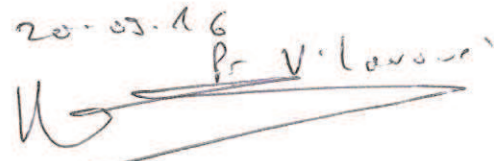
Étude du ressenti et du positionnement des hommes lors d'une Interruption Volontaire de Grossesse

Enquête Qualitative réalisée au Centre d'IVG du CHU de Rennes entre mars 2015 et avril 2016

Rennes, le 19.09.2016


Le Directeur de thèse

Rennes, le 20.09.16


Le Président de jury

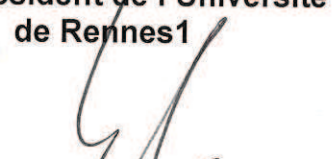
Vu et permis d'imprimer

Rennes, le

27 SEP. 2016

UNIVERSITÉ DE
RENNES 1

Le Président de l'Université
de Rennes 1


Président et par délégation
le Vice-Président
D. ALIS

BIBLIOGRAPHIE

1. Héritier F., Perrot M., Agacinski S., Bacharan N. *La plus belle histoire des femmes*. du Seuil. 2011. 331 p. (Points).
2. Héritier F., Baulieu E-E., Léridon H. *Contraception, contrainte ou liberté*. Odile Jacob; 1999.
3. Collectif IVP. *Avorter, Histoires des luttes et des conditions d'avortement des années 1960 à aujourd'hui*. Grenoble: Tahin Party; 2008.
4. Nisand I., Araujo-Attali L., Schillinger-Decker A-L. *L'IVG*. Presses Universitaires de France; 2012. (Que sais-je ?).
5. Mauillon D. La place de l'homme dans l'IVG: à propos d'hommes concernés par une grossesse non prévue [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2003.
6. Héritier F. *Masculin/Féminin II, Dissoudre la hiérarchie*. 2012 éd. Odile Jacob; 2002. (essais).
7. ANCIC. Enquête sur le rapport des hommes à l'IVG, Rapport de l'enquête quantitative et qualitative. 2010.
8. Dinam E. Implication des hommes concernés par une IVG dans la contraception et l'avortement [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2014.
9. Spencer B. La femme sans sexualité et l'homme irresponsable. *Actes Rech En Sci Soc*. 1999;128(1):29-33.
10. Bajos N., Ferrand M., Equipe Giné. *De la contraception à l'avortement, Sociologie des grossesses non prévues*. INSERM; 2002. (Questions en Santé Publique).
11. Bozon M. *Sociologie de la sexualité*. 3^e éd. Armand Colin; 2013. (128).
12. Stratonovitch C. Genre et médecine. *Chimères*. 15 nov 2012;(69):135-47.
13. Coyle CT. Men and Abortion: A Review of Empirical Reports Concerning the Impact of Abortion on Men. ResearchGate [Internet]. 1 janv 2007 [cité 17 juill 2016]; Disponible sur: <https://www.researchgate.net/publication/26453706>
14. Blanchet A., Gotman A. *L'Enquête et ses Méthodes, L'Entretien*. 2^e éd. Armand Colin; 2013. (128).
15. Kaufmann J-C. *L'Entretien Compréhensif*. Armand Colin; 2004. (128).
16. Boltanski L. *La Condition Foetale, Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Gallimard; 2004. (nrf essais).
17. Bajos N., Ferrand M. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés Contemp*. 1 mars 2006;61(1):91-117.
18. Cresson G. Les hommes et l'IVG,. *Sociétés Contemp*. 1 mars 2006;61(1):65-89.

19. Holmberg LI., R.n VW. The process of decision-making on abortion: a grounded theory study of young men in Sweden. *J Adolesc Health*. 1 mars 2000;26(3):230-4.
20. Desille S. IVG médicamenteuse, à l'hôpital ou à domicile: paroles de femmes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2008.
21. Kero A., Lalos A., Högberg U., Jacobsson L. The male partner involved in legal abortion. *Hum Reprod*. 10 janv 1999;14(10):2669-75.
22. Kero A., Lalos A., Wulff M. Home abortion – experiences of male involvement. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 1 août 2010;15(4):264-70.
23. Kero A., Lalos A. Reactions and reflections in men, 4 and 12 months post-abortion. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. juin 2004;25(2):135-43.
24. Kero A., Lalos A. Ambivalence - a logical response to legal abortion: A prospective study among women and men. *J Psychosom Obstet Gynecol*. janv 2000;21(2):81-91.
25. Lambert P. La place de l'homme dans l'interruption volontaire de grossesse: enquête auprès des hommes accompagnant leur partenaire dans le service d'orthogénie du centre hospitalier d'Armentières [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
26. Gilbert A. Ressenti des hommes dont la compagne a eu recours à une interruption volontaire de grossesse [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2015.
27. Papworth V. Abortion services: the need to include men in care provision. *Nurs Stand*. 8 juin 2011;25(40):35-7.
28. D'Oliveira V. La connaissance des hommes sur les techniques d'interruption volontaire de grossesse et la législation française [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2014.
29. Giami A., Spencer B. « Genres et Santé » Les objets techniques de la sexualité et l'organisation des rapports de genre dans l'activité sexuelle : contraceptifs oraux, préservatifs et traitement des troubles sexuels. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 1 sept 2004;52(4):377-87.
30. Kalampalikis N., Buschini F. La contraception masculine médicalisée : enjeux psychosociaux et craintes imaginaires. *Nouv Rev Psychosociologie*. 20 nov 2007;(4):89-104.
31. Bajos N., Ferrand M. La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine. *Sci Soc Santé*. 2004;22(3):117-42.
32. ARDECOM. Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine [Internet]. [cité 30 août 2016]. Disponible sur: <http://www.contraceptionmasculine.fr/>

Tableau 1 : Présentation de l'échantillon

<i>Caractéristiques</i>	<i>Hommes (n=13)</i>
<i>Âge</i>	23 - 46
Médian	37
Moyen	35
<i>Statut Civil</i>	
Marié	3
Pacsé	2
Concubinage	5
En couple mais sans cohabitation	1
Célibataire	2
<i>Durée de la relation</i>	
< 6 mois	3
≥ 6 mois < 2 ans	2
≥ 2ans	8
<i>Enfants</i>	
Dans le couple (≥ 2)	3
Avec une précédente partenaire	3
<i>Situation professionnelle</i>	
Salarié	8
Profession libérale	1
Auto-entrepreneur	1
Intermittent du spectacle	1
Sans emploi	1
Travailleur intérimaire	1
Étudiant	0
<i>Avortement antérieur</i>	
1	2
≥ 2	1

LOIS

LOI n° 75-17 du 17 janvier 1975
relative à l'interruption volontaire de la grossesse (1).

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Le Conseil constitutionnel a déclaré conforme à la Constitution,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE I^{er}

Art. 1^{er}. — La loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi.

Art. 2. — Est suspendue pendant une période de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, l'application des dispositions des quatre premiers alinéas de l'article 317 du code pénal lorsque l'interruption volontaire de la grossesse est pratiquée avant la fin de la dixième semaine par un médecin dans un établissement d'hospitalisation public ou un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176 du code de la santé publique.

TITRE II

Art. 3. — Après le chapitre III du titre I^{er} du livre II du code de la santé publique, il est inséré un chapitre III bis intitulé « Interruption volontaire de la grossesse ».

Art. 4. — La section I du chapitre III bis du titre I^{er} du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigé :

SECTION I

*Interruption volontaire de la grossesse
pratiquée avant la fin de la dixième semaine.*

« Art. L. 162-1. — La femme enceinte que son état place dans une situation de détresse peut demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la dixième semaine de grossesse.

Loi n° 75-17 TRAVAUX PRÉPARATOIRES (1)

Assemblée nationale :

Projet de loi n° 1297 ;
Rapport de M. Berger, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 1334) ;
Discussion les 26, 27 et 28 novembre 1974 ;
Adoption le 28 novembre 1974.

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n° 114 (1974-1975) ;
Rapport de M. Jean Mézard, au nom de la commission des affaires sociales, n° 120 (1974-1975) ;
Discussion les 13 et 14 décembre 1974 ;
Adoption le 14 décembre 1974.

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat, n° 1408 ;
Rapport de M. Berger, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 1417) ;
Discussion et adoption le 19 décembre 1974.

Sénat :

Projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale, n° 166 (1974-1975) ;
Rapport de M. Mézard, au nom de la commission des affaires sociales, n° 167 (1974-1975) ;
Discussion et adoption le 19 décembre 1974.

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat, n° 1463 ;
Rapport de M. Berger, au nom de la commission mixte paritaire (n° 1467) ;
Discussion et adoption le 20 décembre 1974.

Sénat :

Rapport de M. Jean Mézard, au nom de la commission mixte paritaire, n° 171 (1974-1975) ;
Discussion et adoption le 20 décembre 1974.
Décision du Conseil constitutionnel en date du 15 janvier 1975, publiée au Journal officiel du 16 janvier 1975.

« Art. L. 162-2. — L'interruption volontaire d'une grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin.

« Elle ne peut avoir lieu que dans un établissement d'hospitalisation public ou dans un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176.

« Art. L. 162-3. — Le médecin sollicité par une femme en vue de l'interruption de sa grossesse doit, sous réserve de l'article L. 162-8 :

« 1° Informer celle-ci des risques médicaux qu'elle encourt pour elle-même et pour ses maternités futures ;

« 2° Remettre à l'intéressée un dossier-guide comportant :

« a) L'énumération des droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles, aux mères, célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que des possibilités offertes par l'adoption d'un enfant à naître ;

« b) La liste et les adresses des organismes visés à l'article L. 162-4.

« Un arrêté précisera dans quelles conditions les directions départementales d'action sanitaire et sociale assureront la réalisation des dossiers-guides destinés aux médecins.

« Art. L. 162-4. — Une femme s'estimant placée dans la situation visée à l'article L. 162-1 doit, après la démarche prévue à l'article L. 162-3, consulter un établissement d'information, de consultation ou de conseil familial, un centre de planification ou d'éducation familiale, un service social ou un autre organisme agréé qui devra lui délivrer une attestation de consultation.

« Cette consultation comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance et des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés, ainsi que les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes sociaux posés.

« Les personnels des organismes visés au premier alinéa sont soumis aux dispositions de l'article 378 du code pénal.

« Chaque fois que cela est possible, le couple participe à la consultation et à la décision à prendre.

« Art. L. 162-5. — Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 162-3 et L. 162-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite ; il ne peut accepter cette confirmation qu'après l'expiration d'un délai d'une semaine suivant la première demande de la femme.

« Art. L. 162-6. — En cas de confirmation, le médecin peut pratiquer lui-même l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au deuxième alinéa de l'article L. 162-2. S'il ne pratique pas lui-même l'intervention, il restitue à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin choisi par elle et lui délivre en outre un certificat attestant qu'il s'est conformé aux dispositions des articles L. 162-3 et L. 162-5.

« L'établissement dans lequel la femme demande son admission doit se faire remettre les attestations justifiant qu'elle a satisfait aux consultations prescrites aux articles L. 162-3 à L. 162-5.

« Art. L. 162-7. — Si la femme est mineure célibataire, le consentement de l'une des personnes qui exerce l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal est requis.

« Art. L. 162-8. — Un médecin n'est jamais tenu de donner suite à une demande d'interruption de grossesse ni de pratiquer celle-ci mais il doit informer, dès la première visite, l'intéressée de son refus.

« Sous la même réserve, aucune sage-femme, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical, quel qu'il soit, n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

« Un établissement d'hospitalisation privé peut refuser que des interruptions volontaires de grossesse soient pratiquées dans ses locaux.

« Toutefois, dans le cas où l'établissement a demandé à participer à l'exécution du service public hospitalier ou conclu un contrat de concession, en application de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, ce refus ne peut être opposé que si d'autres établissements sont en mesure de répondre aux besoins locaux.

« Art. L. 162-9. — Tout établissement dans lequel est pratiquée une interruption de grossesse doit assurer, après l'intervention, l'information de la femme en matière de régulation des naissances.

Annexe 2

Note d'information adressée par courriel aux infirmières du Centre d'IVG du CHU de Rennes :

Une note d'information sur le but de l'étude et le mode de déroulement des entretiens a été envoyée aux infirmières du Centre par courriel afin qu'elles puissent renseigner les partenaires des femmes venant avorter lors du recrutement. Lorsque les hommes acceptaient de participer à l'étude, les infirmières étaient chargées de recueillir leurs coordonnées téléphoniques afin que l'enquêtrice puisse par la suite les contacter pour fixer une date et un lieu de rencontre pour un entretien.

« Bonjour,

Voici le court texte que je vous ai écrit pour vous faciliter la compréhension de l'enquête et donc le recrutement des hommes au centre :

Il s'agit de leur expliquer que je suis une jeune médecin généraliste qui effectue un travail de thèse pour clôturer ses études.

Je m'intéresse à la question de l'IVG et à la place qui y est tenue par les hommes, à leur vécu.

Il y a très peu d'études sur la place de l'homme dans le cadre de l'IVG et c'est pourquoi nous aimerions en savoir un peu plus.

Je souhaite les rencontrer pour la réalisation d'un entretien qui peut durer 30 minutes à une heure en fonction des réponses qu'ils pourront m'apporter sur le sujet. Ça n'est pas un ensemble de questions pour lesquelles il s'agit de répondre par oui ou par non, mais une discussion autour de leur propre expérience de l'IVG; c'est pourquoi la rencontre peut être amenée à durer un petit peu longtemps. Il faut donc prévoir ce temps-là.

Les entretiens seront réalisés dans les jours ou semaines qui suivent l'IVG.

Le lieu et le jour de l'entretien seront préalablement définis ensemble, entre eux et moi, par téléphone.

Ça peut être au centre comme ça peut être ailleurs, dans un lieu neutre et calme, ou chez eux, la semaine, éventuellement en soirée, ou les week-end en fonction de leurs disponibilités et des miennes.

Les entretiens se feront de préférence sans leur partenaire / conjointe afin qu'ils soit plus libre de s'exprimer en leur nom sur l'IVG.

S'ils acceptent, j'aimerais qu'ils laissent un numéro de téléphone où les joindre ou bien une adresse email, ainsi qu'un prénom ou pseudo. (Leur nom de famille n'est pas nécessaire).

Dites leur que c'est moi qui me chargerai de les contacter à l'issue de l'IVG.

Vous pouvez néanmoins s'ils hésitent leur donner les miennes que je vous communique à nouveau ci-dessous.

Faites moi tous les retours que vous jugerez utiles sur les difficultés ou questions que vous rencontrerez !

Merci à toutes les trois pour votre aide !

Elinore »

La possibilité de recrutement a été élargie au Centre de Planification du Mouvement Français du Planning familial de Rennes à partir du mois d'octobre 2015 après avoir informé de l'étude une grande partie de l'équipe des salariés présente lors d'une réunion de rentrée. Aucun des hommes de notre étude n'a été recruté par ce biais.

Annexe 3

Grille d'entretien :

Une question d'ouverture proposait à l'homme interviewé de se présenter brièvement en donnant son âge, sa profession, la nature de la relation qui le liait à la femme ayant avorté, l'existence d'enfants issus de cette union ou d'une précédente, etc. Cette question simple avait une fonction « brise-glace » en début d'entretien.

La question qui suivait l'invitait à entamer le récit du parcours d'IVG des semaines précédentes. Les différentes questions étaient ensuite posées de façon à garder la cohérence spontanée du récit emprunté par l'interviewé. Les thèmes étaient ainsi abordés dans un ordre aléatoire afin de lui laisser la possibilité de dérouler sans interruption le fil de ses idées.

La dernière question (qui parfois relançait l'entretien) « de quoi auriez-vous eu besoin pendant toute cette période? » permettait à l'homme, s'il le souhaitait, d'aborder ce qui lui avait éventuellement manqué dans la prise en charge de l'équipe le concernant.

Bonjour,

Je fais une étude sur la place de l'homme dans le parcours d'IVG. J'aimerais que vous me parliez de ce que vous avez vécu lors de l'IVG de votre partenaire.

M'autorisez-vous à enregistrer pour mieux me souvenir de ce qui a été dit ensuite, en sachant que cet enregistrement reste strictement confidentiel et qu'en aucun cas votre nom n'apparaîtra dans mon écrit ?

Pourriez-vous me parler un peu de vous : quel âge avez-vous ? Quel travail faites-vous ? Depuis quand connaissez-vous votre amie? (Habitez-vous ensemble ?) Avez-vous des enfants ? Avec elle ? Est-ce la 1^{re} fois que vous vivez une IVG?

Comment avez-vous appris que votre partenaire était enceinte ?

Qu'avez-vous pensé à ce moment-là ? Quelle a été votre réaction ?

Utilisiez-vous une contraception avec votre partenaire ? Laquelle ?

Comment s'est prise la décision d'avorter ? Avez-vous participé à cette décision ?

Comment vous sentiez-vous à ce moment-là ?

Quelles ont été vos démarches pour avorter ?

Avez-vous participé aux démarches pour l'IVG : prise de renseignements, prise de rendez-vous ...?

Pouvez-vous me parler du déroulement des consultations d'IVG ? Quelle était votre place dans ces consultations?

Pour les consultations et entretiens, étiez-vous présent à tous ?

Était-ce votre souhait : d'être présent ?

Comment vous êtes-vous senti accueilli au centre d'IVG par le personnel soignant ?

Quels ont été leurs **mots** à votre égard ? Avez-vous eu le sentiment d'être considéré ?

Comment vous êtes-vous **sent** dans ces moments-là ?

Pourriez-vous me parler du déroulement de l'IVG elle-même et de votre place à ce moment-là ?

Quelles ont été vos **sentiments** pendant ces quelques jours / semaines ?

Quelle **place** pensez-vous avoir occupée ?

Représentations :

Comment imaginiez-vous l'IVG avant, à quoi vous attendiez-vous ? Que pensiez-vous de l'IVG? Cette IVG a-t-elle changé votre façon de voir les choses ?

Avez-vous ressenti le besoin de parler de cet IVG autour de vous et l'avez-vous fait ?

Comment envisagez-vous la suite ? Pensez-vous que cet événement aura des conséquences au sein de votre couple ? Lesquelles ?

Pensez-vous que cela aura des conséquences sur votre sexualité ?

Avez-vous réfléchi à une autre méthode de contraception ? Comment avez-vous décidé ?

Auriez-vous eu besoin de quelque chose? Avez-vous des remarques, suggestions ?

Aucune disposition légale n'existe pour l'homme qui peut ressentir un besoin d'information et d'écoute. Pourtant, l'IVG peut être l'occasion de rencontrer l'équipe soignante pour :

- Comprendre le processus** de l'IVG et le vécu spécifique de la femme afin de pouvoir mieux accompagner sa partenaire ;
- Dialoguer** sur les questions de santé (MS, de fonctionnement du corps féminin et masculin) ;
- Faire le point** sur les méthodes de contraception et sur son implication personnelle dans la maîtrise de la fécondité.

Des ami(e)s, le médecin traitant, un professionnel de l'accompagnement peuvent être aussi des interlocuteurs à qui parler de cette situation et l'homme en éprouve le besoin.

Si 220 000 IVG sont pratiquées en France tous les ans, 220 000 hommes sont concernés aussi...

N'hésitez pas à en parler !

Qu'en est-il de la loi, donc j'assume ma part. 30 ans.

Tout est étonnamment apprécié par un professionnel me disant : tout avec des questions ? 30 ans.



Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception

www.ancic.asso.fr

Cette plaquette a été réalisée par l'Association des centres d'interception de grossesse et de contraception dans le cadre d'une opération cofinancée par le Fonds social européen, et le Conseil régional d'Île-de-France et avec le soutien de Cermes3 (Service 1 800) et d'Alce Contraceptif Concept.



L'IVG: une histoire d'hommes aussi...



www.ancic.asso.fr



Légalisée en France depuis 1975, l'IVG est une liberté et un droit pour toutes les femmes :

40 % d'entre elles ont recours à l'IVG dans leur vie ;

Environ 220 000 IVG ont lieu tous les ans en France, à tout âge et dans tout milieu social¹.

Ce chiffre est stable depuis plus de 30 ans, alors que 80 % de la population féminine utilise une méthode de contraception².

Ces grossesses non prévues surviennent dans des circonstances très diverses et, dans 6 cas sur 10, sont suivies d'une décision d'avorter³.

L'IVG est un acquis social pour les femmes comme pour les hommes.

Quand elle m'a parlé d'être enceinte, moi j'étais aussi conscient du fait que je n'étais vraiment pas prêt à être père. Non, 33 ans.

Même si, en définitive, cette décision appartient à la femme et que l'IVG est une intervention sur son corps, cet évènement concerne également l'homme.

Pour un homme, l'IVG peut être l'occasion de :

- Découvrir sa fertilité** et celle de sa partenaire ;
- Se questionner** sur une paternité possible ;
- S'interroger** sur les relations avec sa partenaire et sur le couple ;
- Faire le point** sur la contraception.

Même si j'ai des difficultés à parler de mon intimité, j'en parlerai parce que c'est quelque chose que j'assume et je ne pense pas être le seul. 32 ans.

C'est le vécu en tant qu'homme de l'impossibilité de quelque chose que l'on décide en commun, et que plus que tout est vécu que par l'autre. Non, 35 ans.

Les études montrent que les hommes parlent rarement de l'IVG qui constitue, comme pour les femmes, un moment important et souvent difficile^{4,5}.

4) R. Dreyfus, Sociétés contemporaines, 2006, n° 51, p. 35-38
5) Guide réalisé par l'Institut français de la santé, Institut d'information scientifique de grossesse, et de planification en Île-de-France, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière (HPS)

La femme, qui a sensiblement les mêmes questionnements que l'homme, est directement confrontée au parcours compliqué de l'IVG :

- Recherche** de lieu de prise en charge ;
- Consultations** médicales et examens paracliniques ;
- Réalisation** de l'avortement proprement dit.

L'IVG peut être pratiquée :

- Par méthode médicamenteuse**, soit dans un établissement hospitalier, soit à domicile avec un suivi médical spécifique ;
- Par méthode chirurgicale**, sous anesthésie locale ou générale, avec une hospitalisation de quelques heures.

Une consultation de contrôle est nécessaire dans les semaines qui suivent l'IVG.

Il est prévu par la loi que la femme puisse être accompagnée sur le plan psychosocial par un professionnel habilité⁶.

6) Loi de 17 janvier 1975 et loi de 6 juillet 2001

