



HAL
open science

L'implication des hommes face à l'interruption volontaire de grossesse

Caroline Tougeron

► **To cite this version:**

Caroline Tougeron. L'implication des hommes face à l'interruption volontaire de grossesse. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03141879

HAL Id: dumas-03141879

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03141879>

Submitted on 15 Feb 2021

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.

L'implication des hommes face à l'interruption volontaire de grossesse

Caroline Tougeron

► **To cite this version:**

Caroline Tougeron. L'implication des hommes face à l'interruption volontaire de grossesse. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03141879

HAL Id: dumas-03141879

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03141879>

Submitted on 15 Feb 2021

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.

Ecole de Sages-femmes
Université de Caen Normandie

**L'implication des hommes face à
l'interruption volontaire de grossesse**

TOUGERON Caroline

Née le 04 Novembre 1996

Sous la direction de Madame HERTZOG Irène-Lucile

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Année universitaire 2019/2020



CAEN · CAMPUS 5

BIBLIOTHÈQUE
UNIVERSITAIRE

SANTÉ

CHUCaen

ECOLE DE SAGES-FEMMES

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation de contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

Adresse
Téléphone
Courriel
Internet

Bibliothèque universitaire Santé
Pôle des formations et de recherche en santé - 2, rue des Rochambelles - CS 14032 - 14032 CAEN CEDEX 5
02.31.56.82.06
bibliotheque.sante@unicaen.fr
sed.unicaen.fr/

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je remercie Madame Hertzog Irène-Lucile, directrice de ce mémoire, pour son accompagnement, ses conseils précieux et ses encouragements tout au long de ce travail.

Je tiens aussi à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes pour leur écoute et leur bienveillance. Et tout particulièrement les sages-femmes enseignantes qui ont participé à l'élaboration de ce mémoire, Madame Potier-Yonnet Caroline, pour ses relectures et ses remarques pertinentes, ainsi que Madame Levallois Laura, pour avoir répondu à mes questions concernant les statistiques.

Merci aux hommes ayant accepté de répondre à l'enquête.

Merci également aux Docteurs Gras, Robine et Bansard, mais aussi Monsieur Morvan, pour avoir laissé à notre disposition leur salle d'attente. Et à toutes les personnes ayant aidé à la distribution des questionnaires.

Pour leur amitié de longue date et leur soutien je remercie Adèle et Océane.

A Alexandra, merci pour son intérêt pour le sujet, sa relecture et son amitié.

Pour ces quatre années passées à l'école ensemble, merci à Solène et Alice.

Enfin, à mes parents, mon frère et ma sœur, merci pour tout.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I. L'Histoire de l'avortement en France	1
1) Avant les années 1960 : la répression de l'avortement	1
2) De 1960 à 1974 : les luttes pour l'avortement	2
3) De 1975 à aujourd'hui : les reconfigurations du droit à l'avortement.....	2
4) L'IVG en France aujourd'hui	4
II. Les normes procréatives et contraceptives en France aujourd'hui	5
1) Les normes procréatives.....	5
2) Les normes contraceptives	6
3) La stigmatisation des femmes ayant avorté	7
III. La (non) implication des hommes dans la gestion des fertilités	8
1) La contraception.....	8
2) L'IVG.....	10
MATERIELS & METHODE	13
I. Problématique	13
II. Objectifs	13
III. Outils	14
1) Type d'étude et population cible	14
2) Durée de l'étude.....	14
IV. Outils statistiques, recueil et exploitation des données	15
V. Accord préalable à la mise en place de l'étude	15

RESULTATS	16
I. Nombre de questionnaires récoltés.....	16
II. Profils des participants.....	16
1) Situations professionnelles	16
2) Derniers diplômes obtenus.....	17
III. Les hommes ayant été confrontés à l'IVG.....	18
1) Caractéristiques des répondants.....	18
2) L'implication	18
a) Formes d'implication.....	18
b) Degré d'implication	20
3) Comparaison de l'implication en fonction de l'accompagnement.....	20
4) Comparaison de l'implication en fonction de la durée de vie commune....	20
5) Comparaison de l'implication en fonction de l'âge	21
6) Comparaison de l'implication en fonction de l'accord avec la décision.....	21
7) Comparaison de l'implication en fonction du ressenti face à l'IVG	22
8) Comparaison de l'accompagnement en fonction de la demande de la conjointe.....	22
IV. Les hommes n'ayant pas été confrontés à l'IVG	22
1) Formes d'implication potentielle.....	23
2) Score d'implication potentielle.....	23
V. Les hommes et la contraception.....	24
1) Généralités.....	24
2) Comparaison de l'accompagnement en consultation contraception.....	24
ANALYSE & DISCUSSION	25
I. Forces et limites de l'étude.....	25
1) Forces	25
2) Limites.....	26
II. Les hommes ayant été confrontés à l'IVG.....	27

1) Caractéristiques de la population.....	27
a) Durée de vie commune	27
b) L'âge	27
c) Accord avec la décision d'IVG.....	28
d) Ressenti face à l'IVG	28
2) L'implication	28
a) Générale.....	28
b) Les hommes n'ayant pas accompagné leur conjointe en consultation ..	29
c) Quelques facteurs ayant potentiellement une influence sur l'implication.....	30
d) Rôle de la conjointe dans l'accompagnement	31
III. Les hommes n'ayant pas été confrontés à l'IVG	32
IV. Les hommes et la contraception	33
CONCLUSION.....	35
BIBLIOGRAPHIE	36
ANNEXE 1	39
ANNEXE 2	42
ANNEXE 3	44

GLOSSAIRE

AMP : Assistance Médicale à la Procréation

ARDECOM : Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine

ANCIC : L'Association Nationale des Centres d'Interruption volontaire de grossesse et de Contraception

CIVG : Centre d'Interruption Volontaire de Grossesse

CMU : Couverture Maladie Universelle

CSA : Conseil Supérieur de l'Audiovisuel

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DREES : Direction de la Recherche et des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

GEU : Grossesse Extra-Utérine

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familiale

MLAC : Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception

MLF : Mouvement de Libération des Femmes

INTRODUCTION

I. L'Histoire de l'avortement en France

1) Avant les années 1960 : la répression de l'avortement

Depuis la création du Code Civil en 1810, l'avortement est condamné par l'article 317. La prison est la peine encourue par quiconque provoque l'interruption de la grossesse d'une femme avec ou sans son consentement. Cependant, cet acte était couramment pratiqué, les plus riches faisaient appel en toute illégalité à des sages-femmes ou des médecins et les plus pauvres s'en remettaient aux matrones, ce qui pouvait avoir de lourdes conséquences ⁽¹⁾.

Lors de la Première Guerre Mondiale, pour compenser les pertes humaines qu'inflige le conflit, l'Etat français déploie une politique clairement nataliste. Ainsi, en 1920 la loi se durcit et réprime la complicité et la provocation à l'avortement, tout comme la propagande anticonceptionnelle. Les préservatifs sont tout de même laissés en vente libre.

En 1942, durant la Seconde Guerre Mondiale, le régime de Vichy assimile l'avortement à un « crime contre la sûreté de l'Etat » et les avorteuses encourent la peine de mort. C'est comme cela que fut guillotinée en 1943 Marie-Louise Giraud, « faiseuse d'ange ». Lors de la Libération, la peine de mort pour avortement est abolie ⁽²⁾.

C'est 1955 que le mouvement de la Maternité Heureuse est créé. Il a pour objectif de promouvoir l'harmonie familiale par l'épanouissement sexuel des femmes en revendiquant le droit de contrôler les naissances pour chaque couple, chaque femme. Dans un contexte où la contraception et l'avortement sont interdits, les militantes et militants veulent introduire les moyens contraceptifs en France afin d'éviter les conséquences désastreuses des avortements clandestins. En 1960, ce mouvement deviendra le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPPF) ^(3,4,5).

2) De 1960 à 1974 : les luttes pour l'avortement

En 1966, le MFPPF crée des centres un peu partout en France, ces derniers sont alors très fréquentés. De plus, le Conseil de l'Ordre laisse la liberté aux médecins de parler de contraception à leurs patientes. L'Institut National d'Etudes Démographique a estimé que cette année-là, 250 000 avortements clandestins avaient eu lieu dont un pour mille ayant entraîné le décès de la femme ⁽⁶⁾.

En 1967, la loi Neuwirth est adoptée, elle autorise les adultes à acheter des contraceptifs mais ces derniers ne sont pas remboursés. De ce fait la contraception moderne ne concerne donc qu'une minorité de femmes en 1970 (classes moyennes et supérieures). Cependant, la publicité et l'information sur la contraception restent interdites, tout comme l'avortement ⁽¹⁾.

En 1971, 343 femmes célèbres déclarent publiquement avoir eu recours à l'avortement, c'est le « manifeste des 343 salopes ». Il en découle une augmentation des actes militants ^(1,7).

En 1972 se déroule le procès de Bobigny à l'encontre d'une mineure qui a avorté. Le Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception (MLAC), le Mouvement de Libération des Femmes (MLF) ainsi que le mouvement Choisir font acquitter la jeune femme de 17 ans et sa mère qui l'avait aidée ⁽⁷⁾.

En 1973, 331 médecins déclarent dans *le Nouvel Observateur* pratiquer des avortements. Ils demandent un accès à l'éducation sexuelle et à la contraception remboursée par la sécurité sociale y compris pour les mineures, ainsi que le droit à l'avortement libre dont la décision doit appartenir aux femmes ^(1,7).

3) De 1975 à aujourd'hui : les reconfigurations du droit à l'avortement

En 1974, face à la pression de la société civile, Simone Veil, alors Ministre de la santé, propose une loi ayant pour objectif de réduire les conséquences des avortements clandestins, réduire le nombre d'avortements et faire cesser les pratiques illégales. En 1975 devant une Assemblée Nationale majoritairement masculine, la loi est adoptée pour quatre ans. Cette loi accorde le droit à l'IVG uniquement pour les femmes « en situation de détresse ». Les mineures célibataires doivent avoir le consentement écrit de l'un de

leurs parents. Les étrangères sans papier ne peuvent pas y accéder. Le remboursement de l'acte n'est pas prévu. De plus, cette loi prévoit trois consultations obligatoires : deux médicales avec une semaine de délai de réflexion entre celles-ci et un entretien psycho-social. Cette loi est donc restrictive et ne correspond pas aux demandes des militantes et militants qui défendent un avortement libre et gratuit. De plus, peu de moyens sont donnés pour y avoir accès, et peu d'hôpitaux le proposent. Finalement en 1979, la loi Pelletier reconduit définitivement la loi Veil.

En 1982, la loi Roudy permet le remboursement de l'IVG par la Sécurité sociale à 80% et à 100% pour les titulaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et les mineures. Elle met aussi en place les Centre d'IVG (CIVG).

En 1988, la pilule abortive RU 486 permettant d'avorter jusqu'au terme de cinq semaines de grossesse est mise sur le marché. Elle est autorisée en milieu hospitalier.

En 1993, la loi Neiertz crée un délit d'entrave à l'IVG qui est passible de deux ans de prison et 2 000 à 30 000 francs d'amende. Elle permet de lutter contre les attaques de CIVG par des commandos anti-IVG. Elle supprime aussi la pénalisation de l'auto avortement ⁽⁸⁾.

En 2001, la loi Aubry met en place de nouvelles avancées sur l'IVG. Le délai légal d'avortement passe de dix à douze semaines de grossesse. Les peines pour « entrave à la pratique de l'IVG » sont alourdies. Les femmes étrangères peuvent avorter en France. L'entretien psycho-social n'est plus obligatoire pour les femmes majeures et le délai de réflexion d'une semaine peut passer à 48 heures en cas d'urgence. Les mineures ont la possibilité de garder le secret vis-à-vis de leurs parents, il faut cependant qu'elles soient accompagnées par un adulte de leur choix et l'entretien psycho-social est toujours obligatoire pour elles. L'IVG médicamenteuse est autorisée dans le cadre de la médecine de ville jusqu'à sept semaines d'aménorrhée.

En mars 2013, la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Marisol Touraine rend l'IVG gratuite pour toutes les femmes, quelle que soit la méthode. De plus, les tarifs des IVG sont revalorisés afin de renforcer cette activité dans les établissements et d'éviter qu'elle ne soit délaissée par les professionnels.

En 2014, une loi pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes est promulguée. Elle supprime la notion de détresse des conditions de recours à l'IVG, étant le délit d'entrave à l'IVG et rend plus accessible l'information sur l'avortement ⁽⁸⁾.

En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé portée par Marisol Touraine supprime le délai minimal de réflexion d'une semaine, permet aux sages-femmes de pratiquer les IVG médicamenteuses, aux centres de santé de pratiquer des IVG instrumentales et généralise le tiers payant, les frais de l'IVG ne sont donc plus à avancer ⁽⁸⁾.

En 2017, le délit d'entrave à l'IVG est étendu à deux ans de prison et 30 000 euros d'amende pour les militants anti-IVG et les sites de désinformations.

4) L'IVG en France aujourd'hui

La Direction de la Recherche et des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a dénombré 224 300 IVG pour l'année 2018 en France, ce qui correspond à un taux de 15 femmes de 15 à 49 ans pour 1 000 en métropole. Les femmes âgées de 20 à 29 ans sont les plus concernées, les moins de 27 ans représentent la moitié des avortements. Chez les moins de 20 ans, on note une légère diminution. De plus, le nombre de première IVG par femme était de 0,33 en 2011, ce qui signifie qu'une femme sur trois y aura recours au moins une fois dans sa vie ⁽⁹⁾. Les femmes et *a fortiori* les hommes ayant été confrontés à un avortement ne sont donc pas à la marge. La responsabilité d'une grossesse n'est d'ailleurs pas seulement féminine : derrière chaque femme bénéficiant d'une IVG il y a un homme qui a contribué à la création de l'embryon ^(10,11).

En dépit d'une contraception qui semble plus libre et accessible à tous, ces chiffres restent plutôt stables depuis les années 2000. Cela s'explique en partie par l'évolution des normes procréatives.

II. Les normes procréatives et contraceptives en France aujourd'hui

1) Les normes procréatives

Une des raisons de la stabilisation du nombre d'avortements est que les grossesses non désirées ne surviennent pas dans les mêmes conditions qu'auparavant. L'arrivée d'un enfant doit aujourd'hui être programmée dans un contexte socio-économique et affectif stable, dans le but de lui offrir une bonne qualité de vie. C'est ce qu'on appelle les normes procréatives et pour cela plusieurs critères doivent être réunis ^(12,13).

D'abord une stabilité professionnelle, c'est pourquoi le nombre d'IVG est le plus élevé chez les moins de 25 ans. L'émancipation des femmes fait qu'elles font des études supérieures et ont donc une vie professionnelle plus tardivement. De plus, les femmes ayant recours à une IVG sont deux fois plus souvent au chômage que l'ensemble de la population des femmes de 15 à 49 ans, les bénéficiaires de la CMU sont aussi plus présentes, ce qui montre que le niveau socio-économique joue un rôle dans le fait d'accueillir ou non un enfant ⁽¹⁴⁾.

Ensuite, il faut une stabilité affective. Elle est souvent absente chez les jeunes, c'est aussi ce pourquoi le nombre d'IVG est plus élevé chez eux. Ils préfèrent profiter de leur liberté à deux avant de devenir parents, surtout chez les classes supérieures et moyennes. Aussi, les couples se séparent plus qu'avant. L'arrivée d'un enfant doit être un projet décidé ensemble ^(15,16).

Un autre critère est le nombre d'enfant, qui se situe entre deux et trois. Seulement 5% des femmes ayant un enfant ne souhaitent pas avoir une nouvelle grossesse. Certes les normes procréatives révèlent que l'idéal est aujourd'hui d'avoir au moins deux enfants, mais en avoir plus de trois n'est pas toujours bien vu. De plus, l'écart entre deux grossesses doit être au minimum de plus d'un an et au mieux de deux à trois ans ⁽¹⁷⁾.

On peut ajouter que les normes procréatives imposent aux femmes d'avoir un enfant. En effet, contrairement aux hommes, les femmes qui ne souhaitent pas d'enfant sont marginalisées, petit à petit mise à l'écart des groupes de parents, de mères. De plus, elles renvoient toujours à l'image de la femme non accomplie, différente des autres, ayant un problème psychologique puisque, pour la majorité des gens, une femme doit forcément

avoir à un moment le désir d'enfanter. Concernant les couples en parcours d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP), la pression repose encore sur les épaules des femmes, car pour se donner toutes les chances d'obtenir cette grossesse tant attendue, ce sont elles qui doivent mettre tout en œuvre pour que cela fonctionne : respecter le protocole à la lettre, perdre du poids, ne pas fumer... Les visites annuelles chez le gynécologue rappellent d'ailleurs cette injonction qu'être une femme rime avec maternité ⁽¹⁸⁾.

On a pu voir que les normes procréatives non seulement enjoignent les femmes à avoir des enfants mais aussi à devoir planifier les grossesses afin de choisir, grâce à une gestion maîtrisée de leur contraception, le « bon moment » pour devenir mères.

2) Les normes contraceptives

D'abord, on observe qu'en fonction de l'âge des patientes, différents moyens de contraception sont prescrits. Une utilisation du préservatif et de la pilule importante au début de la vie sexuelle. Puis, le dispositif intra utérin pour les femmes ayant eu le nombre d'enfant désiré par le couple ^(19,20).

Ensuite, depuis l'arrivée de la pilule contraceptive, la norme veut que la responsabilité de la contraception repose quasiment exclusivement sur les femmes, ce qui n'était pas le cas auparavant étant donné que les moyens contraceptifs étaient le retrait, l'abstinence périodique et le préservatif, méthodes qui demandaient au partenaire de participer. Par exemple pour le préservatif pourtant considéré comme un objet masculin, les femmes sont aujourd'hui plus prévoyantes concernant son achat et endossent la responsabilité de le mettre ou non ⁽²¹⁾. Il est de même pour les méthodes récentes. Ceci est la résultante de plusieurs faits. D'abord, la représentation des prescripteurs en France qui considèrent que la contraception doit être assumée par les femmes car les conséquences d'une grossesse sont plus lourdes pour elles que pour les hommes. De plus, parce que les contraceptions masculines sur le marché ne sont pas très bien vues ou méconnues. Le préservatif n'est pas ce qu'il y a de plus efficace et il n'est remboursé que depuis peu, pour la vasectomie, elle a longtemps été considérée comme mutilante. Les méthodes contraceptives hormonale et thermique masculine, promues notamment par l'Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine (ARDECOM), sont quant à elles inconnues de manière générale. La première consiste en

l'injection d'enantate de testostérone une fois par semaine. La seconde a pour objectif d'augmenter la température des testicules grâce à la chaleur corporelle à l'aide d'un sous vêtement qui va les remonter vers le pelvis ⁽²²⁾. Sans oublier que les questions contraceptives sont en générale abordées chez les gynécologues et sages-femmes, leur spécialité n'ayant pas d'homologues pour les hommes. Il y a donc une asymétrie dans la surveillance de la procréation et la fertilité entre les sexes ce qui renforce le fait que le poids de la contraception repose essentiellement sur les femmes et très peu sur les hommes ⁽²³⁾. D'autant plus que peu d'entre eux accompagnent leurs conjointes chez ces praticiens.

Ces normes contraceptives enjoignent aux femmes la connaissance et la maîtrise de leur fertilité afin de choisir le « bon moment » pour être mère. Ce qui a pour conséquence la stigmatisation des femmes voulant bénéficier d'une IVG.

3) La stigmatisation des femmes ayant avorté

Marie Mathieu et Lucile Ruault, deux sociologues contemporaines s'intéressant à l'IVG montrent qu'en général les femmes ayant bénéficié d'une ou plusieurs IVG culpabilisent du fait de ne pas avoir réussi à gérer leur sexualité et leur fécondité. La société voit l'avortement comme un échec, une erreur à ne pas reproduire et renvoie aux avortantes l'image de femmes irresponsables. Ce sentiment est d'autant plus présent lorsque les femmes ont effectué des avortements itératifs avec un intervalle court, elles sont vues comme des récidivistes, mot d'habitude utilisé pour qualifier les hors la loi. De plus, l'idée que l'IVG rendrait stérile et serait dans toutes les situations un choc psychique circule encore ce qui renforce sa négativité. Par ailleurs, cet acte est réputé comme peu rémunérateur et disqualifiant aux yeux du personnel médical. La clause conscience qui n'existe que pour l'IVG souligne de surcroît que l'avortement est perçu comme un acte médical à part ^(10,11).

Concernant les lieux d'accès à l'IVG, ils rappellent l'injonction à devenir mère pour être une femme accomplie. Notamment par leur champ lexical centré sur l'enfantement, le devoir de former une famille, comme par exemple « planification conjugale et familiale » ou « pôle femme enfant ». Mais aussi par le fait qu'il n'est pas rare de trouver le service d'orthogénie sur le même étage que l'un des services de la maternité, les femmes

désirant une IVG croisant donc les futurs parents. Cette proximité peut déranger les avortantes car il existe une hiérarchisation entre une IVG et un accouchement, avorter étant moins bien vu que mettre au monde. De plus, dans les salles d'attentes des cabinets libéraux, on trouve entre autres des magazines qui glorifient l'amour maternel. On peut y voir des femmes, et uniquement des femmes, qui sont belles et responsables, cela montre à celles ayant choisi l'IVG qu'elles transgressent l'image de la femme parfaite. Ce qui peut être violent et contradictoire car d'un côté il y a la norme de la maternité qui les pousserait à ne pas avorter et de l'autre il y a la norme procréative, donc un contexte social perçu comme inapproprié pour la naissance d'un enfant. Finalement quoi qu'elles fassent elles seront mal vues ⁽¹¹⁾.

La norme contraceptive qui pèse sur les femmes est donc au cœur de cette stigmatisation. Or un enfant se fait à deux. Qu'en est-il de l'implication des hommes dans la contraception et l'IVG.

III. La (non) implication des hommes dans la gestion des fertilités

1) La contraception

En 2004, l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe veut inciter à ne pas considérer que les conséquences de la vie sexuelle doivent seulement être portées par les femmes mais aussi par les hommes. Pour responsabiliser les hommes à ce sujet l'Assemblée Parlementaire appelle les gouvernements des Etats membres à mettre en place des programmes de sensibilisation des hommes sur leur responsabilité dans leurs comportements sexuels, à soutenir les femmes dans la contraception et la nécessité d'une bonne communication entre les partenaires. Les parlementaires veulent aussi que les recherches sur la contraception masculine se développent car très peu de moyens sont donnés comme si « masculinité » et « contraception » n'étaient pas compatibles ⁽²⁵⁾.

En effet, dans son enquête sur la représentation et les pratiques en matière de contraception masculine, le sociologue Cyril Desjeux montre qu'il existe des freins

économiques et culturels avec des laboratoires pharmaceutiques qui ne souhaitent pas investir sous prétexte d'un coût élevé par rapport à une demande qui serait faible. De plus il relève que dans notre société, il n'est pas dans les mœurs de confier la responsabilité de la contraception aux hommes, et ce pour plusieurs raisons. Premièrement, certaines femmes doutent de la capacité des hommes à s'occuper de la contraception car ils ne sont pas directement concernés par les risques de la grossesse. Deuxièmement, les hommes ont des craintes quant à l'impact que pourrait avoir la contraception sur leur capacité érectile, éjaculatoire et reproductive, ils ont peur de la remise en cause de leur virilité, que cela les féminise. Ce n'est pas dans les mentalités de notre société de modifier les fonctions de l'appareil reproducteur masculin contrairement au féminin ⁽²⁶⁾.

Cependant, en 2012 l'institut d'étude et de marketing du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (CSA) a fait un sondage sur les français et la contraception. 988 hommes et femmes âgés de plus de 18 ans ont répondu à la question « Si une pilule masculine existait seriez-vous prêt à la prendre ? ». Dans la même proportion à 61%, les hommes se disent prêts et les femmes accepteraient de laisser la responsabilité de la contraception à leur partenaire ⁽²⁷⁾.

Cette même enquête du CSA montre qu'en grande majorité les hommes se sentent concernés par la contraception. Seulement 7% pensent que c'est une affaire de femmes, 90% considèrent que cela intéresse autant les hommes que les femmes et les 3% restant estiment que ce sont les hommes qui en sont responsables ⁽²⁷⁾. Hortense Viel, dans son mémoire pour l'obtention du diplôme de sage-femme en 2016, retrouve bien le fait que les hommes se sentent concernés par la maîtrise de la fécondité et ont le désir de soutenir leur partenaire. Pour autant, peu d'entre eux ont une réelle volonté de partager la responsabilité de la contraception et s'investissent au quotidien. Il peut sembler difficile de s'impliquer dans la contraception pour les hommes étant donné que la société considère que c'est aux femmes qu'il en revient la responsabilité. Il existe malgré tout quelques moyens comme participer financièrement au coût, rappeler à sa conjointe la prise du comprimé, le changement de patch, d'anneau, de DIU ou d'implant, vérifier la présence d'une contraception avant un rapport, en discuter avec sa partenaire, participer au choix de la méthode, se renseigner sur les différents contraceptifs et leurs fonctionnements, se rendre ensemble aux rendez-vous médicaux abordant ce sujet ⁽²⁸⁾.

Concernant la connaissance des hommes dans la contraception il y a peu d'étude sur le sujet. On trouve la thèse de docteur en médecine générale de Delphine Cadiergues en 2015 portant sur « La connaissance des hommes sur la contraception : étude quantitative auprès d'hommes de 15-55 ans. », elle inclut 258 hommes. Dans l'ensemble les hommes déclarent bien connaître la pilule contraceptive et d'urgence, le préservatif et le Dispositif Intra-Utérin (DIU). De plus, ils estiment connaître le moyen de contraception qu'ils utilisent, eux ou leur partenaire. Cependant, leurs connaissances pratiques sur les méthodes de contraception y compris la contraception d'urgence restent limitées par des fausses croyances. Il ressort aussi que le niveau de connaissance s'améliore avec l'âge, un niveau d'étude élevé, une bonne situation professionnelle, le fait d'avoir eu des enfants, de ne pas désirer d'enfant et d'avoir été confronté à une grossesse non prévue ⁽²⁹⁾.

On remarque donc que dans l'ensemble les hommes s'impliquent peu dans la contraception. Qu'en est-il de leur positionnement en cas de survenue d'une grossesse non désirée ?

2) L'IVG

L'Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception (ANCIC) a établi une enquête qualitative et quantitative sur les hommes et l'IVG en 2010. Il en est ressorti que seulement 20% des femmes sont accompagnées par leur partenaire lors d'une demande d'IVG. Pourtant, 90% des femmes informent leur partenaire de la situation, ce qui montre une volonté de les impliquer et parmi les femmes s'étant présentées seules, quatre sur cinq auraient aimé que leur partenaire vienne ⁽³⁰⁾.

On constate donc que peu d'hommes participent aux consultations d'accès à l'IVG avec leur partenaire. Néanmoins une étude, faite par des sociologues et des gynécologues, a été publiée en janvier 2019 dans le *Journal of Adolescent health* sur les bénéfices de l'avortement dans la vie future des jeunes hommes confrontés à une grossesse. Elle a suivi depuis les années 1990, 600 adolescents ayant été confrontés à une grossesse avant l'âge de 20 ans. Deux groupes ont été formés, le premier pour qui la grossesse a été menée à terme et le second pour qui il y a eu un recours à l'IVG. Parmi le premier groupe, 6% ont décroché un diplôme après le lycée, 32% ont suivi des études supérieures, et 26% vivent sous le seuil de pauvreté. Ces chiffres qui passent respectivement à 22%, 59% et 9% dans

le cas des hommes n'étant pas devenus pères. De plus, ces derniers gagnent en moyenne 39 000\$ par an, contre 33 000\$ par an pour ceux qui ont vu naître un enfant. Ceci montre bien que l'IVG n'a pas seulement un impact dans la vie des femmes mais aussi dans celle des hommes ⁽³¹⁾.

Dans les enquêtes de l'ANCIC en 2010 et celle de Geneviève Cresson en 2006 sur les hommes et l'IVG, on observe différentes raisons pour lesquelles les hommes n'accompagnent pas leur partenaire : la non-disponibilité, ne pas être au courant de l'intervention, la non-envie de venir et le souhait de la conjointe qu'il ne vienne pas ^(30,32).

Cependant, Emilie Dinam qui a fait sa thèse d'exercice de médecine générale sur l'implication des hommes concernés par une IVG dans la contraception et l'avortement souligne que ce n'est pas forcément parce que les hommes sont absents qu'ils ne s'impliquent pas ⁽³³⁾.

L'ANCIC a aussi permis d'établir quatre profils parmi des hommes présents avec différents degrés d'implication : l'accompagnateur, il est souvent présent le jour de l'intervention mais pas lors des entretiens préalables, il minimise les conséquences que peut avoir l'acte sur lui, il considère juste que c'est son devoir de venir car il a une part de responsabilité ; le gestionnaire, il prend les rendez-vous et y vient mais il met ses sentiments de côté pour reconforter sa conjointe ; l'investi, il est toujours auprès de sa partenaire et n'hésite pas à exprimer ses émotions, il assume sa souffrance ; et celui qui vient pour contrôler la décision de l'IVG, voire l'imposer ⁽³⁰⁾.

D'après l'étude d'Elinore Lapadu-Hargues pour sa thèse d'exercice en médecine générale sur le ressenti et le positionnement des hommes lors d'une IVG, les hommes disent avoir eu un rôle de soutien et d'accompagnement, ils se souciaient plus de leur femme que de leur propre ressenti. En effet, la société leur impose d'être fort et courageux et donc de ne pas exprimer leur sentiment surtout face à une femme qu'ils considèrent dans une situation de vulnérabilité plus importante qu'eux. Pourtant, pour la grande majorité des hommes interrogés, l'IVG est une expérience difficile. On retrouve un sentiment de culpabilité et d'impuissance vis-à-vis de leur compagne et/ou de l'embryon. Une appréhension et de l'inquiétude sur les conséquences que pourrait avoir l'avortement transparaissent également. Ils n'ont quasiment pas parlé de leurs sentiments à leurs proches sans doute pour ne pas casser cette image de l'homme fort. Quand ils parlent,

c'est en général à une figure féminine proche (mère, amie...) : les hommes ne se confient que très peu entre eux ⁽³⁴⁾.

Dans la majorité des cas, le personnel soignant a une bonne perception des hommes venant en consultation IVG et est bienveillant avec eux. Cependant l'étude de Genièvre Cesson met le doigt sur quelques obstacles à la bonne prise en considération du conjoint : la consultation médicale est un colloque singulier donc quand l'homme est présent il est vu comme un tiers qui est soit délaissé, soit quelqu'un posant un problème en rompant le duo patiente-médecin ; l'IVG étant une urgence relative du fait du délai limité pour y avoir recours, il est difficile de s'intéresser au contexte relationnel du couple ; et un souci de respect de la décision des femmes, les hommes n'étant pas prioritaires ⁽³²⁾.

L'étude d'Elinore Lapadu-Hagues révèle que les hommes ont dans l'ensemble un bon vécu de l'accueil et de la prise en charge du centre d'IVG. Ils ont estimé qu'il était satisfaisant et qu'ils avaient été bien intégrés à la prise en charge et bien informés. Quelques-uns auraient aimé être plus écoutés et aidés sur ce qu'ils ressentaient mais la majorité trouvait normal que l'attention soit portée sur leur conjointe. Les praticiens notent des difficultés notamment organisationnelles pour prendre en charge le conjoint des femmes qui demandent une IVG ⁽³⁴⁾.

A l'heure où l'on prône l'égalité entre les hommes et les femmes, il est bon de se demander quelle était l'implication des hommes face à l'IVG, sachant que, dans la majorité des cas, les femmes souhaitent leur soutien. Cependant, seulement 20% des hommes accompagnent leur partenaire dans leur parcours d'accès à l'IVG. Actuellement, peu d'études existent sur le positionnement des hommes face à l'avortement.

La société ne les considère pas comme principaux responsables d'une grossesse non désirée voire les déresponsabilise. Pour autant est-ce que les hommes ne se sentent pas concernés ? Qu'est-ce qui influe sur leur implication face à cet événement ? Et quelle serait la position de ceux qui n'ont jamais été confrontés à cette situation si cela leur arrivait ? Afin de répondre à ces interrogations, nous avons mené une étude quantitative par questionnaires proposés à un échantillon de la population générale masculine.

MATERIELS & METHODE

I. Problématique

Quelle est l'implication des hommes face à l'IVG ?

II. Objectifs

Les objectifs de l'étude sont :

- Déterminer l'implication des hommes face à l'IVG de leur partenaire et ce qui peut l'influencer : la durée de vie commune, l'âge, le ressenti de l'événement et le fait d'être d'accord avec la décision de sa conjointe,
- Voir comment les hommes n'ayant jamais été confrontés à l'IVG pensent s'impliquer si la situation se présentait,
- Déterminer s'il y a une différence entre les hommes ayant été confronté à l'IVG et les autres dans le fait de venir en consultation contraception avec leur compagne.

Les hypothèses qui découlent de ces objectifs sont :

- Hypothèse 1 : les hommes s'impliquent faiblement face à l'IVG de leur conjointe,
- Hypothèse 2 : la durée de vie commune, l'âge, le ressenti de l'événement et le fait d'être d'accord avec la décision de sa compagne influence le degré d'implication des hommes face à l'IVG,
- Hypothèse 3 : les hommes n'ayant jamais été confrontés à l'IVG pensent avoir une bonne implication si la situation survenait,
- Hypothèse 4 : les hommes ayant été confrontés à l'IVG sont davantage à avoir accompagnés leur femme en consultation contraception que ceux qui ne l'ont pas été.

III. Outils

1) Type d'étude et population cible

Nous avons choisi de réaliser une enquête quantitative multicentrique par questionnaires anonymes (cf ANNEXE 1). Il est à destination de tous les hommes majeurs francophones. Ce questionnaire comprend trois parties : une première qui est commune, une seconde destinée aux hommes ayant été confrontés à l'IVG et une troisième pour ceux n'ayant pas été confrontés à l'IVG. Les première et deuxième parties sont rétrospectives, la dernière est prospective.

Les différents lieux de collecte sont :

- Le CPEF de Caen
- L'entreprise Les Maitres Laitiers à Sottevast
- La centrale nucléaire de Flamanville
- La chorale Gaviota à Cherbourg

Dans ces lieux, les questionnaires papiers ont été distribués et récupérés par des personnes travaillant dans ces endroits. Pour plus de confidentialité ils étaient donnés avec une enveloppe afin qu'aucune réponse ne soit visible par la personne qui les recueillait.

De plus, les médecins généralistes du pôle santé des Pieux, les Docteurs Gras, Bansard et Robine ainsi que monsieur Morvan, podologue à Flamanville ont accepté de mettre à disposition leurs salles d'attentes où des questionnaires, une fiche explicative et une urne ont été déposés en libre-service.

2) Durée de l'étude

L'étude a débuté fin août 2019 et s'est terminée fin novembre 2019, elle a donc durée 3 mois.

IV. Outils statistiques, recueil et exploitation des données

Les données ont été recueillies dans un tableur Excel.

Les tests statistiques ont été réalisés avec JASP et BiostaTVG. Les tests suivants ont été effectués :

- Le test de χ^2 pour comparer les données d'une variable qualitative avec une autre variable qualitative, si les effectifs le permettaient,
- Le test de Fisher a été utilisé lorsque les effectifs ne permettaient pas l'utilisation du χ^2 .

Deux scores ont été créés car aucun n'existait sur l'implication. Le premier pour déterminer l'implication des hommes ayant été confrontés à l'IVG et le second pour voir l'implication que pensent avoir les hommes n'ayant pas été confrontés à la situation. Plus les hommes répondaient positivement à une question montrant une forme d'implication plus ils avaient de points (cf ANNEXE 2).

Le score sur l'implication des hommes ayant été confrontés à l'IVG est sur 7 points, l'implication est faible de 0 à 3 points, moyenne de 4 à 5 et bonne de 6 à 7.

Le score d'implication potentielle des hommes n'ayant pas été confrontés à l'IVG est sur 6 points. L'implication est potentiellement faible de 0 à 2 points, moyenne de 3 à 4 et faible de 5 à 6.

V. Accord préalable à la mise en place de l'étude

L'étude a reçu un avis favorable du Comité Local d'Ethique de la Recherche en Santé du CHU de Caen le 10 juillet 2019 (cf ANNEXE 3).

RESULTATS

I. Nombre de questionnaires récoltés

Nous avons réussi à récolter 140 questionnaires : 115 concernant des hommes non confrontés à l'IVG, 23 concernant des hommes confrontés à l'avortement et 2 questionnaires non exploitables concernant pour l'un une Grossesse Extra-Utérine (GEU) et pour l'autre une Interruption Médicale de Grossesse (IMG). Au total nous avons pu exploiter 138 questionnaires.

Tableau I : Nombre de questionnaires exploitables récupérés dans les différents lieux

LIEU	CONFRONTE	NON CONFRONTE	TOTAL
CPEF Caen	3	4	7
Centrale Flamanville	2	12	14
Chorale Gaviota	7	14	21
Maitres Laitiers	1	22	23
Salles d'attente	10	63	73
TOTAL	23	115	138

Le pourcentage d'hommes confrontés à l'IVG est de 17% contre 83% de non confrontés.

II. Profils des participants

1) Situations professionnelles

Tableau II : Situations professionnelles

PROFESSION	CONFRONTE (n=23)	NON CONFRONTE (n = 115)	TOTAL (n = 138)
Agriculteur	0 (0%)	2 (2%)	2 (1%)
Artisan, commerçant	0 (0%)	2 (2%)	2 (1%)
Profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin	1 (4%)	20 (17%)	21 (15%)
Profession intermédiaire, cadre moyen	2 (9%)	16 (14%)	18 (13%)
Employé	3 (13%)	24 (21%)	27 (20%)
Ouvrier	5 (22%)	19 (17%)	24 (17%)
Retraité	9 (39%)	18 (16%)	27 (20%)
Etudiant	1 (4%)	5 (4%)	6 (4%)
Sans emploi	0 (0%)	3 (3%)	3 (2%)
Autre	2 (9%)	6 (5%)	8 (6%)

2) Derniers diplômes obtenus

Tableau III : Derniers diplômes obtenus

DIPLOME	CONFRONTE (n = 23)	NON CONFRONTE (n = 115)	TOTAL (n = 138)
Pas de diplôme	2 (9%)	3 (3%)	5 (4%)
Brevet, certificat	0 (0%)	6 (5%)	6 (4%)
CAP	4 (17%)	17 (15%)	21 (15%)
Baccalauréat professionnel	4 (17%)	13 (11%)	17 (12%)
Baccalauréat technique	1 (4%)	4 (3%)	4 (3%)
Baccalauréat général	1 (4%)	2 (2%)	3 (2%)
BAC +2	7 (30%)	28 (24%)	35 (25%)
Licence	2 (9%)	19 (17%)	21 (15%)
Master	2 (1%)	19 (17%)	22 (16%)
Doctorat	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Autre	0 (0%)	3 (3%)	3 (2%)
Non renseigné	0 (0%)	1(1%)	1 (1%)

III. Les hommes ayant été confrontés à l'IVG

1) Caractéristiques des répondants

Tableau IV : Caractéristiques des répondants ayant été confrontés à l'IVG

Durée de vie commune au moment de l'IVG n = 23	Célibataire	1 (4%)
	En couple < 1 an	2 (9%)
	En couple 2-3 ans	7 (30%)
	En couple > 3 ans	13 (57%)
Age au moment de l'IVG n = 23	< 18 ans	1 (4%)
	18 - 25 ans	9 (39%)
	26 - 35 ans	5 (22%)
	36 - 45 ans	6 (26%)
	46 - 55 ans	2 (9%)
	> 55 ans	0 (0%)
Accord avec la décision d'IVG n = 23	Complètement	17 (74%)
	Plutôt d'accord	4 (18%)
	Plutôt désaccord	1 (4%)
	Pas d'accord	1 (4%)
Ressenti douloureux face à l'IVG n = 23	Beaucoup	4 (17%)
	Plutôt	8 (35%)
	Un peu	9 (39%)
	Pas du tout	2 (9%)

2) L'implication

a) Formes d'implication

Sur les 23 hommes ayant répondu qu'ils avaient déjà été confrontés à l'IVG, 7 soit 30% n'ont pas accompagné leur conjointe lors d'un rendez-vous pour accéder à l'IVG. Les 16 autres l'ont fait, soit 70%.

Dans les raisons pour lesquelles les hommes n'ont pas accompagné leur partenaire on trouve :

- 1 qui avait peur,
- 1 qui était au travail,
- 2 qui gardaient les enfants,
- 1 qui ne se sentait pas concerné par la situation,
- 2 qui ont été mis au courant *a posteriori* de l'IVG.

Tableau V : Les formes d'implication

Connaissance de la cause de la grossesse non désirée n = 23	Pas de contraception	10 (43%)
	Mauvaise utilisation de la contraception	3 (13%)
	Mauvais fonctionnement de la contraception	6 (26%)
	Moment d'un changement de contraception	1 (4%)
	Ne sait pas	3 (13%)
Recherche d'informations sur l'IVG n = 23	Oui	12 (52%)
	Non	11 (48%)
Aide à la prise de rendez-vous n = 23	Oui	18 (78%)
	Non	5 (22%)
Connaissance du type de méthode d'IVG n = 23	Médicamenteuse	8 (35%)
	Chirurgicale	13 (57%)
	Ne sait pas	2 (9%)
Connaissance des horaires des rendez-vous IVG n = 23	Tous	17 (74%)
	Presque tous	3 (13%)
	Aucun	3 (13%)

b) Degré d'implication

Tableau VI : Degré d'implication des hommes ayant été confrontés à l'IVG

Faible	Moyenne	Bonne
4 (18%)	6 (26%)	13 (57%)

n = 23

3) Comparaison de l'implication en fonction de l'accompagnement

Tableau VII : Degré d'implication des hommes n'ayant pas accompagné leur conjointe

Accompagnement n = 23	Implication		
	Faible	Moyenne	Bonne
Non	4 (18%)	2 (9%)	1 (4%)
Oui	0 (0%)	4 (18%)	12 (52%)

Le test de Fisher retrouve une p-value à 0,001 (<0,01), ce qui montre une différence significative. Ceux qui accompagnent leur conjointe en consultation pour l'IVG s'impliquent davantage. La p-value entre une faible et une bonne implication est significative (0,002). Celle entre une faible et une moyenne implication et celle entre une moyenne et une bonne implication ne le sont pas.

4) Comparaison de l'implication en fonction de la durée de vie commune

Tableau VIII : L'implication en fonction de la durée de vie commune

Durée de vie commune n = 23	Implication		
	Faible	Moyenne	Bonne
Célibataire	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)
Couple < 1 an	0 (0%)	1 (4%)	1 (4%)
Couple 2 - 3 ans	1 (4%)	2 (9%)	4 (17%)
Couple > 3 ans	3 (13%)	3 (13%)	7 (30%)

Le test de Fisher retrouve une p-value à 1, il n'y a donc pas de différence significative entre les groupes. On ne peut pas conclure que la durée de vie commune a une influence sur le degré d'implication.

5) Comparaison de l'implication en fonction de l'âge

Tableau IX : L'implication en fonction de l'âge

Age n = 23	Implication		
	Faible	Moyenne	Bonne
Moins de 18 ans	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)
18 – 25 ans	2 (9%)	3 (13%)	4 (17%)
26 – 35 ans	0 (0%)	2 (9%)	3 (13%)
36 – 45 ans	2 (9%)	0 (0%)	4 (17%)
46 – 55 ans	0 (0%)	1 (4%)	1 (4%)

Le test de Fisher retrouve une p-value à 0,680, il n'y a donc pas de différence significative entre les groupes. On ne peut pas conclure que l'âge a une influence sur le degré d'implication.

6) Comparaison de l'implication en fonction de l'accord avec la décision

Tableau X : L'implication en fonction de l'accord avec la décision

Accord n = 23	Implication		
	Faible	Moyenne	Bonne
Pas d'accord	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)
Plutôt désaccord	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)
Plutôt d'accord	1 (4%)	1 (4%)	2 (9%)
Complètement	2 (9%)	4 (17%)	11 (48%)

Le test de Fisher retrouve une p-value à 0,230, il n'y a donc pas de différence significative entre les groupes. On ne peut pas conclure que le fait d'être d'accord avec la décision de sa conjointe a une influence sur le degré d'implication.

7) Comparaison de l'implication en fonction du ressenti face à l'IVG

Tableau XI : L'implication en fonction du degré d'affect

Événement douloureux n = 23	Implication		
	Faible	Moyenne	Bonne
Pas du tout	0 (0%)	1 (4%)	1 (4%)
Un peu	0 (0%)	2 (9%)	7 (30%)
Plutôt	3 (13%)	2 (9%)	3 (13%)
Beaucoup	1 (4%)	1 (4%)	2 (9%)

Le test de Fisher retrouve une p-value 0,413, à il n'y a donc pas de différence significative entre les groupes. On ne peut pas conclure que le ressenti n'a une influence sur le degré d'implication.

8) Comparaison de l'accompagnement en fonction de la demande de la conjointe

Tableau XII : L'accompagnement en fonction de la demande de la conjointe

Demande de la conjointe n = 23	Accompagnement	
	Non	Oui
Non	6 (67%)	3 (33%)
Oui	1 (7%)	13 (92%)

Le test de Fisher retrouve une p-value à 0,005 (<0,01), ce qui montre une différence significative entre les deux groupes. Quand les conjointes demandent explicitement à leurs conjoints de les accompagner en consultation, ils le font davantage.

IV. Les hommes n'ayant pas été confrontés à l'IVG

Tous les hommes n'ayant pas été confrontés à l'IVG répondent qu'ils se sentiraient concernés par la situation.

1) Formes d'implication potentielle

Sur les 115 hommes ayant répondu qu'ils n'avaient pas été confrontés à l'IVG, 103 soit 90% pensent accompagner leur conjointe lors d'un rendez-vous pour accéder à l'IVG peu importe les choses déjà prévues. 6 soit 5% déclarent qu'ils le feraient sauf s'ils ont quelque chose de programmé. Les 6 personnes restantes, soit 5% aussi, ont exprimé ne pas vouloir venir.

Les raisons pour lesquelles les hommes ne veulent pas accompagner leur partenaire si la situation se présentait sont :

- Pour 3 la peur de ne pas être à leur place,
- Pour 1 il ne se sent pas concernée par l'IVG,
- Pour 2 ils disent être contre l'IVG.

Tableau XIII : Les formes d'implication potentielle

Recherche d'informations sur l'IVG n= 115	Oui	102 (89%)
	Non	13 (11%)
Aide à la prise de rendez-vous n = 115	Oui	110 (95%)
	Non	5 (5%)
Intérêt pour la méthode utilisée n = 115	Oui	98 (85%)
	Non	17 (15%)

2) Score d'implication potentielle

Tableau XIV : Degré d'implication potentielle des hommes n'ayant pas été confrontés à l'IVG

Faible	Moyenne	Bonne
2 (2%)	11 (10%)	102 (89%)

n = 115

V. Les hommes et la contraception

1) Généralités

Seulement trois hommes ont répondu ne pas se sentir concernés par la contraception et ce pour la même raison, pour eux c'est une « affaire de femme ». Ce qui fait que 98% des interrogés se considèrent concernés contre 2% qui pensent qu'ils ne le sont pas.

Tous les hommes disent savoir quelle contraception utilise leur partenaire.

Concernant l'accompagnement de leur conjointe à une consultation portant sur la contraception, ils sont 40% à avoir été présents au moins une fois, les 60% restant ne sont jamais venus.

2) Comparaison de l'accompagnement en consultation contraception

Voici la comparaison entre les hommes ayant été confrontés à l'IVG et ceux qui ne l'ont pas été par rapport au fait d'avoir déjà accompagné leur conjointe à une consultation pour la contraception :

Tableau XV : Accompagnement en consultation pour la contraception en fonction du fait d'avoir été confronté ou non à l'IVG

Confrontation à l'IVG n = 138	Accompagnement consultation	
	Jamais	Déjà
Non confrontés	75 (65%)	40 (35%)
Confrontés	8 (35%)	15 (65%)

Le test de Chi² retrouve une p-value à 0,006 (<0,01), ce qui montre une différence significative entre les deux groupes. Les hommes ayant été confrontés à l'IVG sont davantage à avoir accompagné leur conjointe en consultation pour une contraception que ceux qui ne l'ont pas été.

ANALYSE & DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

1) Forces

Pour commencer, peu de travaux ont été effectués sur ce thème que ce soit en médecine ou en sciences sociales. Ce travail s'inscrit donc, de manière novatrice, dans un champ de recherche à investiguer : les hommes et la santé procréative.

En effet, comme le montre Cécile Thomé, sociologue, il est rare d'associer les hommes à un sujet abordant les questions de fécondité. Pour autant, cette thématique est d'actualité tant sont posées aujourd'hui de plus en plus de questions concernant la répartition genrée des tâches et l'égalité entre les hommes et les femmes, y compris dans ce que l'on peut nommer le « travail procréatif », notion étudiée par Marie Mathieu et Lucile Ruault en 2017 ⁽³⁵⁾. Intégrer les hommes dans la gestion des fertilités est important pour envisager la perspective d'un partage de la responsabilité contraceptive et procréative qui est, jusqu'à présent, quasi exclusivement endossée par les femmes.

Ensuite, accéder à notre terrain a supposé de surmonter un véritable obstacle : comment, alors qu'ils sont si peu impliqués dans les études sur la fertilité des couples, trouver des enquêtés susceptibles de répondre à notre questionnaire ? Comme le montre Geneviève Cresson dans son étude sur les hommes et l'IVG en 2006, en effet elle a eu beaucoup de mal à avoir des entretiens avec des hommes confrontés à l'avortement, et même quand ceux-ci répondaient positivement à sa demande d'entretiens beaucoup ne venaient finalement pas au rendez-vous ⁽³²⁾. C'est pourquoi nous avons fait le choix de multiplier les lieux d'enquête, ce qui s'est avéré fructueux puisque nous avons obtenu 138 questionnaires exploitables.

Enfin, nous avons pris le parti d'interroger la population générale des hommes afin d'essayer d'avoir des répondants ayant été potentiellement confrontés à une IVG sans être nécessairement venu en consultation avec leur conjointe, et d'élargir avec le point de vue

des hommes n'ayant pas été confrontés à une IVG, ce qui est une première car cet angle n'a à ce jour encore jamais été exploré.

2) Limites

D'abord, nous avons choisi d'effectuer une enquête quantitative et non qualitative ce qui aurait pu permettre d'approcher avec plus de nuance la question de la (non)-implication des hommes dans la gestion de la fertilité, ainsi que leurs représentations de la contraception. Le recrutement des enquêtés aurait été toutefois plus délicat : trouver des hommes acceptant le principe de l'entretien, et obtenir un échantillon suffisamment conséquent d'hommes ayant déjà été confrontés à l'IVG aurait sans doute pris plus de temps que ce qui nous était imparti. C'est ce que décrit Geneviève Cresson dans son étude en 2006, qui a eu énormément de mal à obtenir des entretiens avec des hommes ayant été confronté à l'IVG et qui a pu interroger que des hommes ayant accompagné leur conjointe donc s'étant impliqués ⁽³²⁾.

Par ailleurs, nous pouvons souligner un biais de sélection inhérent à notre étude. Sur les 23 hommes ayant déjà été confrontés à l'IVG qui ont répondu, 70% déclarent avoir accompagné leur conjointe en consultation contre 30% qui ne l'ont pas fait. Or dans l'étude faite par l'ANCIC en 2010 les résultats sont plus de l'ordre de 20% d'accompagnants et de 80% absents ⁽³⁰⁾. Le pourcentage d'hommes étant venu en consultation avec leur conjointe que nous avons obtenu n'est donc pas représentatif, la plupart des hommes ayant répondu à notre questionnaire l'ont sûrement fait car ils se sentaient concernés par la situation.

Comme limite de l'étude nous avons aussi, la faible taille de notre échantillon d'hommes ayant été confrontés à l'IVG ce qui était prévisible au vu de la difficulté d'interroger les hommes sur ce sujet ⁽³²⁾.

De plus, le fait d'avoir laissé une urne avec des questionnaires dans les salles d'attente ne permettait de contrôler qui a répondu et si, en outre, le questionnaire a été rempli une seule fois par personne.

Concernant la partie sur les hommes ayant été confrontés à une IVG il est possible que des effets de reconstruction *a posteriori* aient influencé les réponses. Les hommes ont

peut-être majoré leur implication au vu de la tendance actuelle à valoriser l'égalité dans la répartition des tâches domestiques, parentales et procréatives. Ce biais peut aussi expliquer qu'en grande majorité les hommes n'ayant pas été confrontés à l'IVG aient répondu à qu'ils pensaient avoir une bonne implication.

II. Les hommes ayant été confrontés à l'IVG

1) Caractéristiques de la population

a) Durée de vie commune

Dans notre étude, 57% des répondants étaient en couple avec leur partenaire depuis plus de trois ans au moment de l'IVG, 30% depuis deux – trois ans, 9% depuis moins d'un an et un était célibataire. La thèse d'Emilie Dinam en 2014, sur l'implication des hommes concernés par une interruption volontaire de grossesse dans la contraception et l'avortement, retrouve elle aussi une majorité d'hommes en couple depuis plus de trois ans ⁽³³⁾. Dans l'étude de l'ANCIC, la durée de la relation avec la partenaire était de plus de deux ans pour quatre hommes sur dix ⁽³⁰⁾. Cette différence entre l'étude de l'ANCIC et celle d'Emilie Dinam et peut-être dû au nombre de réponses obtenues, 149 pour l'ANCIC contre 22 pour Emilie Dinam et 23 pour nous. Le mode de distribution étant sensiblement le même pour les études de l'ANCIC et d'Emilie Dinam.

b) L'âge

Concernant l'âge des répondants au moment de l'IVG nous trouvons que les plus confrontés sont les 18 – 25 ans (39%), puis les 36 – 45 ans (26%), ensuite les 26 – 35 ans (22%), les 46 – 55 ans (9%) et enfin les moins de 18 ans (4%). Quand nous regardons l'étude de la DREES en 2018 nous retrouvons que c'est aussi sur cette tranche d'âge, 18 – 25 ans que les femmes sont les plus confrontées ⁽⁹⁾. Il est vrai que cette période de la vie est plus propice au choix d'IVG en cas de grossesse non désirée car les normes procréatives, décrites par Nathalie Bajos et Michèle Ferrand, imposent une vie socio-économique et affective stable pour accueillir un enfant ⁽¹⁷⁾. Or, les femmes sont souvent à cet âge peu stabilisées professionnellement et affectivement, rarement indépendantes

économiquement et parfois étudiantes. Leur partenaire est d'ailleurs souvent dans une situation proche ce qui peut conforter les couples dans le choix d'une IVG, ce qui explique l'homogénéité des âges entre hommes et femmes pour les plus confrontés à l'IVG.

c) Accord avec la décision d'IVG

Les hommes que nous avons interrogés sont neuf sur dix (92%) à être complètement ou plutôt d'accord avec le choix de faire une IVG lors de la survenue de la grossesse non désirée, décision qui appartient légalement aux femmes. Il en est de même dans l'étude de l'ANCIC ⁽³⁰⁾.

d) Ressenti face à l'IVG

Seulement un homme sur dix dit ne pas avoir du tout ressenti cet événement comme une expérience douloureuse. Pour 39% cela l'a été un peu, pour 35% plutôt douloureux et pour 17% beaucoup. Donc dans notre étude l'IVG serait une expérience douloureuse pour neuf hommes sur dix à des degrés divers, dans celle de l'ANCIC elle le serait pour quatre hommes sur cinq ⁽³⁰⁾. D'après la thèse de médecine de Elinore Lapradu-Hargues, pour la grande majorité des hommes qu'elle a interrogée, l'IVG est une expérience douloureuse ce qui est sous-estimé car ils s'expriment peu sur ce sujet. Les sentiments évoqués sont la culpabilité et l'impuissance vis-à-vis de leur compagne et/ou de l'embryon. De l'incompréhension due au caractère inattendu de la grossesse, de la rancœur pour un d'entre eux qui souhaitait garder la grossesse. Elle retrouve aussi de l'appréhension et de l'inquiétude sur les conséquences que pourrait avoir l'avortement ⁽³⁴⁾.

2) L'implication

a) Générale

Notre enquête retrouve que les hommes ayant été confrontés à l'IVG ont une bonne implication dans 57% des cas, une moyenne pour 26% et faible dans 17% des cas. Notre

première hypothèse qui est que les hommes s'impliquent faiblement face à l'IVG de leur conjointe, n'est donc pas validée. Toutefois nous savons qu'il y a ici un biais inévitable de sélection car la plupart des hommes ayant participé à notre étude ont accepté de répondre du fait même qu'ils se sentaient concernés par la situation.

Le fait d'avoir accompagné sa partenaire en consultation pour une IVG est en général le reflet d'une bonne implication. Il existe une différence significative entre l'implication des hommes ayant accompagné leur conjointe en consultation et ceux ne l'ayant pas fait, ceux qui sont venus s'impliqueraient davantage. Dans notre étude 70% des hommes ont répondu avoir accompagné leur partenaire lors d'une consultation d'accès à l'IVG, 30% ne l'ont pas fait. Ces résultats ne coïncident pas avec ceux de l'ANCIC qui retrouve un taux de 20% de femmes ayant été accompagnées par leur partenaire contre 80% s'étant présentées seules ⁽³⁰⁾. Donc *a priori* les hommes s'impliquent faiblement dans l'IVG de leur partenaire, d'où notre première hypothèse. Cela souligne notre biais de sélection qui est que la majorité des répondants ont participé à l'étude parce qu'il se sentent concernés et se sont donc impliqués.

b) Les hommes n'ayant pas accompagné leur conjointe en consultation

Concernant l'implication des hommes n'ayant pas accompagné leur conjointe nous avons trouvé une bonne implication dans 14% des cas, moyenne dans 29% et faible dans 57%. Nous savons que le fait de venir en consultation avec sa conjointe est le reflet d'une bonne l'implication ⁽²⁴⁾.

De plus, quand nous regardons les raisons pour lesquelles les hommes ne sont pas venus, nous trouvons la peur pour l'un, le travail pour un autre et la garde des enfants pour deux. Cela peut être considéré comme une forme de fuite face à la peur ou de malaise ressenti face à la situation, ne se sentant pas à leur place les hommes trouvent une parade pour ne pas accompagner leur conjointe, pour ne pas s'impliquer. Cependant, ces résultats sont difficiles à analyser car il faudrait des données qualitatives, mais la parole des hommes n'ayant pas accompagné leur conjointe n'a jamais pu être recueillie. Un autre ne se sentait pas concerné par l'événement, ce qui renvoie au fait que dans la société la gestion de la fertilité est attribuée aux femmes ⁽²⁴⁾. Enfin, les deux derniers ont été informés *a posteriori* de l'IVG. Dans l'enquête de l'ANCIC, une femme sur cinq ne souhaitait

pas impliquer leur partenaire dans l'IVG ⁽³⁰⁾. Les raisons pour lesquelles ils n'ont pas été mis au courant peuvent être le fait que la relation était débutante, une mauvaise ambiance dans le couple, la peur de la femme vis-à-vis de la réaction de son conjoint face à la grossesse non désiré et sa réaction quant aux choix d'IVG...

c) Quelques facteurs ayant potentiellement une influence sur l'implication

Notre deuxième hypothèse est la suivante : la durée de vie commune, l'âge, le fait d'être d'accord avec la décision de sa conjointe ainsi que le ressenti face à l'événement a une influence sur le degré d'implication des hommes. L'hypothèse n'est validée pour aucun des quatre critères.

Concernant la durée de vie commune, nous savons que d'après une étude de la DREES en 2007, 45% de femmes ayant eu recours à l'IVG déclaraient vivre en couple alors que 59% des femmes de 15 à 49 ans étaient en couple dans la population générale selon une enquête de l'INSEE ⁽⁹⁾. Une situation maritale instable est plus propice à une décision d'IVG en cas de grossesse non désirée, ce qui peut expliquer que les hommes s'impliquent peu, dans ce cas, l'IVG car la relation de couple est ici altérée. De plus, selon une enquête de Nathalie Bajos en 2004, en cas de grossesse non désirée les femmes informent leur partenaire dans 97% lorsque la relation est stable et dans 83% des cas quand le couple est instable ou en cours de rupture. Les hommes ayant donc une moins bonne relation avec leur conjointe ont plus de risque de ne pas être au courant de l'IVG et donc de ne pas pouvoir s'impliquer. Si nous avons posé la question de la durée de vie commune au moment de l'IVG, celle-ci n'est pas nécessairement le reflet de la stabilité et de la non-conflictualité du couple. Il aurait peut-être été plus judicieux de poser directement la question de la stabilité dans le couple, ou des relations de confiance, au moment de l'IVG.

Pour l'âge, nous n'avons pas trouvé beaucoup d'information dans les études effectuées sur le sujet. Cependant, nous pouvons imaginer que les plus jeunes sont moins souvent en couple stable et ainsi ont comme mentionné dans le précédent paragraphe plus de risque de ne pas être au courant de la grossesse et de l'IVG et donc de ne pas pouvoir s'impliquer.

Dans la grande majorité des cas les hommes sont d'accord avec la décision d'IVG : dans notre étude et celle de l'ANCIC, ils le sont pour neuf hommes sur dix. De plus,

l'enquête de l'ANCIC relève aussi que les hommes sont significativement plus d'accord quand la décision est prise à deux ⁽³⁰⁾. Nous voyons bien que le fait d'être d'accord avec la décision d'IVG n'a sans doute pas d'influence sur l'implication car dans la majorité des cas les hommes sont d'accord mais peu viennent en consultation ce qui montre que peu le sont ^(24,30). Cependant, il est probable que ce soit le principal critère qui fasse que les hommes en désaccord avec la décision d'IVG ne s'impliquent pas.

Enfin, l'IVG est présentée comme une expérience douloureuse dans la majorité des cas. Soit, nous pouvons penser que plus l'événement est douloureux plus ils ont besoin d'en parler et de venir en consultation avec leur conjointe afin de rencontrer le personnel médical ce qui pourrait éventuellement les aider à surmonter la situation. D'ailleurs d'après l'étude de l'ANCIC, les hommes ayant accompagné leur femme ont pour 40% exprimés la volonté d'être davantage accompagné ou écouté par le personnel ⁽³⁰⁾. Mais nous savons qu'il est difficile pour les équipes de mettre en place ces consultations par manque de moyens et de temps. Soit, au contraire étant donné que les hommes ont du mal à s'exprimer ce sujet aussi intime, ils peuvent appréhender de pousser la porte des consultations de peur de devoir exposer leur ressenti et/ou d'être confronté à l'IVG en lui-même. Le ressenti douloureux pourrait donc être un facteur d'implication pour certains mais pas pour tous. Il n'a pas été noté de différence significative entre le ressenti douloureux et la profession, le dernier diplôme obtenu, la durée de vie commune, l'âge, le fait d'être d'accord avec la décision d'IVG et d'avoir accompagné ou non sa conjointe.

Nous pensons qu'un échantillon plus grand aurait peut-être pu nous permettre de valider notre hypothèse, sur l'incidence de l'âge, la durée de vie commune, l'accord avec la décision et le ressenti douloureux sur l'implication des hommes face à l'IVG.

d) Rôle de la conjointe dans l'accompagnement

Nos résultats montrent que quand les femmes demandent explicitement à leur conjoint de venir en consultation cela favoriserait leur venue. Aucune étude sur le sujet n'a posé cette question donc nous ne pouvons pas comparer ce résultat. Cependant, l'une des interprétations que nous envisageons est qu'étant donné que les hommes ne sont pas les principaux responsables de la gestion de la fertilité du couple aux yeux de la société, ils ne sont donc pas à l'aise, appréhendent de ne pas se sentir à leur place et ont besoin de

l'aval de leur conjointe. Ces sentiments peuvent d'ailleurs être renforcés par ce qu'ont décrit Cécile Ventola et Geneviève Cresson : certains professionnels de santé travaillant aux IVG considèrent les hommes comme des acteurs secondaires et/ou étant une potentielle menace à l'autonomie des femmes, c'est pourquoi peu de place leur est faite ^(24,32). Aussi, nous savons qu'en général dans un couple, les femmes sont les gestionnaires des tâches qui lui sont socialement attribuées : entretien de la maison, organisation du planning, notamment des rendez-vous médicaux...⁽³⁶⁾ Certes, dans l'objectif d'une égalité hommes/femmes, les hommes pourraient s'impliquer davantage dans l'accomplissement de ces tâches mais c'est encore le plus souvent aux femmes d'en assumer la charge mentale tant ils peinent à en prendre l'initiative. C'est peut-être ce qui se passe concernant leur venue en consultation IVG, ils attendent la demande explicite de leur conjointe pour l'accompagner sans en prendre l'initiative. Pourtant, d'après l'ANCIC, parmi les femmes se présentant seules, quatre sur cinq souhaiteraient que leur partenaire soit à leur côtés ⁽³⁰⁾.

III. Les hommes n'ayant pas été confrontés à l'IVG

Notre troisième hypothèse porte sur l'implication potentielle des hommes n'ayant pas été confrontés à l'IVG si cet événement survenait. Nous pensons qu'ils imaginent avoir une bonne implication. Cette hypothèse est validée car nous trouvons que l'implication pourrait être bonne dans 89% des cas, moyenne 10% dans et faible pour 2%. Dans la grande majorité des cas les hommes pensent qu'ils seraient bien impliqués face à l'IVG. Or, nous savons qu'en réalité peu le sont ^(24,30). Ces réponses positives quant à leur implication sont sans doute dues à ce que nous appelons un effet de déclaration, c'est-à-dire qu'ils mettent en avant ce qu'ils pensent être légitime de faire : le discours socialement attendu ne correspond pas nécessairement à ce qui serait fait une fois confrontés à la situation. Cependant, cela montre qu'il y a peut-être une perspective de changement social. En effet, avant les années 70, il n'était pas du tout dans les mentalités et même inconcevable qu'un homme soit présent à l'accouchement de sa femme, sous prétexte qu'ils étaient incompetents et perturbateurs. Toutefois, l'exclusion des pères de la salle de naissance résultait avant tout du désir des médecins de ne pas être surveillés par les maris. Maintenant, au contraire, la présence du père de l'enfant à naître durant

l'accouchement est un attendu social, une norme. Ce changement social est d'ailleurs retracé par Andrée Rivard dans son livre : *De la naissance et des pères* en 2016 ⁽³⁷⁾. Nos résultats laissent donc augurer que ces effets de déclarations se traduiront, dans le futur, par une réelle implication des hommes dans l'ensemble des tâches procréatives.

Seulement six hommes (5%) disent qu'ils pensent qu'ils n'accompagneraient pas leur partenaire lors d'une consultation pour une IVG. Pour trois d'entre eux la raison est qu'ils auraient peur de ne pas être à leur place et un autre qui ne se sent pas concerné. Les hommes n'ayant pas l'habitude de gérer leur fécondité, ils ne se sentent pas toujours à l'aise quant au fait de venir dans un lieu représentant ce domaine ^(24, 32). Les deux autres hommes disent quant à eux être contre l'IVG.

IV. Les hommes et la contraception

Pour commencer, les hommes se disent dans notre enquête à 98% être concernés par la contraception. L'institut d'étude marketing CSA en 2012 pour Terrafémina a montré que 90% des hommes pensent que la contraception concerne autant les hommes que les femmes ⁽²⁷⁾. Cependant, seul 40% des hommes interrogés dans notre étude répondent avoir accompagné leur partenaire au moins une fois dans une consultation à visée contraceptive.

Voilà qui coïncide avec ce qu'ont pu observer Cécile Thomé, Cécile Ventola, Cyril Desjeux et Hortense Viel : si les hommes se disent concernés par la contraception, ils s'impliquent que très peu dans la gestion de celle-ci (participation financière, aide à la prise, accompagnement en consultation, adoption d'une méthode masculine...). De plus, même si la majorité des hommes se disent favorables à une nouvelle contraception masculine, les autres craignent la remise en cause de leur masculinité (impuissance, stérilité) et certaines féministes doutent de leur capacité à gérer la contraception. Pourtant les hommes peuvent avoir plusieurs raisons de vouloir une contraception ou de s'en préoccuper davantage, par exemple, un souci d'égalité entre les hommes et les femmes, pour avoir un relais face à la contraception féminine qui n'est pas fiable à 100% ou pour ne pas qu'on leur « fasse un enfant dans le dos »... ^(21, 24, 26, 28)

Enfin, nous en venons à notre quatrième hypothèse, qui est que les hommes ayant été confrontés à une IVG ont davantage accompagné leur conjointe en consultation pour la contraception que ceux n'ayant jamais été confrontés à la situation. Cette hypothèse est validée, en effet, 65% des hommes ayant été confrontés à l'IVG ont accompagné au moins une fois leur conjointe à un rendez-vous pour la contraception contre 35% des hommes n'ayant pas été confrontés. Cependant, notre questionnaire ne permet pas de savoir si les hommes ont accompagné leur conjointe pour une consultation contraception avant ou après l'IVG. Nous ne pouvons donc pas dire si l'IVG a eu une influence sur leur implication dans la contraception. Le biais de sélection présent pour les hommes ayant été confrontés à l'IVG joue peut-être sur le résultat de cette comparaison. En effet, comme les répondants font dans l'ensemble partie du peu d'hommes s'étant impliqué dans l'IVG, nous pouvons imaginer qu'ils s'intéressent aussi davantage à leur contraception que les autres hommes ayant été confrontés à l'IVG. Pour l'ANCIC, le fait d'avoir été confronté à l'IVG ne semble pas modifier l'implication des hommes dans la contraception, même si 63% des hommes pensent que cette expérience va avoir des conséquences sur leur rapport celle-ci ⁽³⁰⁾. Dans sa thèse de médecine, Delphine Cadiergues en 2015 relève que chez les hommes avoir été confrontés à une grossesse non prévue est un facteur de meilleure connaissance globale en matière de contraception. ⁽²⁹⁾.

CONCLUSION

Notre étude est partie du constat que peu d'hommes accompagnent leur conjointe pour une demande d'IVG en cas de grossesse non désirée. En effet, même si ceux-ci se sentent en grande majorité concernés par la situation peu s'impliquent réellement, alors que la plupart des femmes sont demandeuses de leur soutien. Les causes de cette non implication face à l'avortement sont en grande partie dues au fait que dans la société actuelle, les hommes ne sont pas tenus responsables de la gestion de la fertilité. Ce qui peut entraîner chez eux une appréhension à venir en consultation avec leur conjointe, voire une déresponsabilisation. Cependant, il y a une possible perspective de changement social. Effectivement, les effets de déclarations des hommes n'ayant pas été confrontés à une IVG laissent augurer que dans le futur les hommes auront potentiellement une réelle implication dans l'ensemble des tâches procréatives. De plus, une majorité d'hommes serait partante pour prendre une nouvelle contraception masculine, même si certains avouent craindre de devenir impuissants ou stériles et que certaines femmes pensent que les hommes ne sont pas capables de gérer la contraception.

Devant cette difficulté qu'ont les hommes à s'engager face à l'IVG, nous pourrions nous demander quoi faire pour qu'ils s'impliquent davantage. Comme piste de solution nous pouvons proposer de leur faire plus de place en consultation, de mieux les écouter quand ils le demandent, même si ce n'est pas toujours facile au vu du temps et des moyens donnés aux soignants, d'essayer de changer les représentations de la société vis-à-vis de la responsabilité procréative quasiment exclusivement endossée par les femmes (en intégrant par exemple les hommes dans les flyers, les magazines concernant ce sujet), mais aussi et surtout, en développant la recherche sur la contraception masculine.

BIBLIOGRAPHIE

1. Collectif IVP. Avorter, Histoires des luttes et des conditions d'avortement des années 1960 à aujourd'hui. Grenoble : Tahin Party ; 2008
2. Cahen F. Capuano C. La poursuite de la répression anti-avortement après Vichy. Vingtième Siècle. Revue d'histoire. 2011 ; 3 (n°111) : 119-131
3. Garcia S. Mère sous influence. De la cause des femmes à la cause des enfants. Paris, La Découverte, collection Textes à l'appui/Genre et sexualités : 200. 384 p
4. Pavard B. Rochefort F. Zancarni-Fourel M. Les Lois Veil. Les évènements fondateurs. Contraception 1974, IVG 1975, Paris, Armand Colin : 2012. 220 p
5. Pavard B. Si je veux, quand je veux. Contraception et avortement dans la société française, 1956-1979. Rennes, Presses universitaires de Rennes : 2012. 358 p
6. Bulletin Mensuel d'Informations Démographiques, Economiques. Le nombre des avortements provoqués. Population et sociétés n°69. Mai 1974
7. B. Pavard. Genre et militantisme dans le Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception. Pratique des avortements (1973-1979). Clio, Histoire, femmes et sociétés n°29. 2009
8. IVG : droit garanti par la loi [en ligne]. Ministère des Solidarité et de la Santé, 2017 [consulté le 26 août 2019]. Disponible sur <https://ivg.gouv.fr/ivg-un-droit-garanti-par-la-loi.html>
9. Vilain A. 224 300 interruption volontaire de grossesse en 2018. DREES, Etudes et Résultats, 1125 ; septembre 2019. 7p
10. Mathieu M. Derrière l'avortement, les cadres sociaux de l'autonomie des femmes. Refus de maternité, sexualités et vies des femmes sous contrôle. Une comparaison France-Québec [thèse de doctorat]. France et Canada : université du Québec à Montréal et université de Viennnes ; 2016
11. Mathieu M. Ruault L. Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale : la classe des femmes sous surveillance. Politix. 2014 ; 3 (n°107) : 33-59
12. Bajos N. Moreau C. and all. Pourquoi le nombre d'avortement n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ? Population et sociétés. 2004 ; n°407

13. Mazuy M. Toulemon L. Baril E. Le nombre d'IVG est stable, mais moins de femmes y ont recours. *Population-F*. 2014 ; 69 (n°3) : 365-398
14. Vilain A. Les femmes ayant recours à l'IVG : diversité des profils des femmes et des modalités de prise en charge. *Revue française des affaires sociales*. 2011 ; n°1 : 116-147
15. Régnier-Loilier A. Avoir des enfants en France, Désirs et réalités. Paris, Les cahiers de l'INED : 2007. 267p
16. Mazuy M. Avoir un enfant : être prêts ensemble ? *Revue des Sciences sociales*. 2009 ; n°41 : 30-41
17. Bajos N. Ferrand M. L'interruption volontaire de grossesse et la recomposition de la norme procréative. *Sociétés contemporaines*. 2006 ; 1 (n° 61) : 91-117
18. Debest C. Hertzog IL. « Désir d'enfant – devoir d'enfant » : Le prix de la procréation. *Recherches sociologiques et anthropologiques*. 2017 ; 2 (n°48) : 29-51
19. Bajos N. Bohet A. Le Guen M. Moreau C. et l'équipe Fécond, « La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? », *Population et Sociétés*, n° 492, 2012
20. Bajos N. Rouzaud-Cornabas M. Panjo H. Bohet A. Moreau C et l'équipe de l'enquête *Fecond*. La crise de la pilule en France : vers un nouveau modèle contraceptif ? *Population et sociétés*. 2014 ; n°511
21. Thomé C. D'un objet d'hommes à une responsabilité de femmes. *Sociétés contemporaines*. 2016 ; 4 (n°104) : 67-94
22. ARDECOM. La contraception masculine, ça existe ! [Consulté le 15/10/19]. Disponible sur : <http://www.contraceptionmasculine.fr/>
23. Ruault L. La force de l'âge du sexe faible, gynécologie médicale et construction d'une vie féminine. *Nouvelles questions féministes*. 2015 ; 34 : 35-50
24. Ventola C. Le genre de la contraception : représentations et pratiques des prescripteurs en France et en Angleterre. *Cahiers du genre*. 2016 ; 1(n°60) : 101-122
25. Assemblée Parlementaire de l'Europe. Résolution 1394. La responsabilité des hommes, et particulièrement des jeunes hommes, en matière de santé génésique. 2004. Disponible sur : <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-ViewPDF.asp?FileID=17252&lang=fr>
26. Desjeux C. Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine. *Autrepart*. 2009 ; 4 (n°52) : 49-63

27. Sondage de l'Institut CSA pour Terrafemina. Les français et la contraception. 2012. Disponible sur : <https://www.cs&a.eu/multimedia/data/sondages/data2012/opi20120920-les-francais-et-lacontraception.pdf>
28. Viel H. L'implication des hommes dans la contraception [mémoire d'exercice]. France, Caen : université de Caen ; 2016
29. Cadiergues D. La connaissance des hommes sur la contraception : étude quantitative auprès d'hommes de 15-55ans. Thèse d'exercice : Médecine : Paris 7 ; 2015
30. ANCIC. Enquête sur le rapport de l'homme à l'IVG, Rapport de l'enquête quantitative et qualitative. 2010
31. Bethany G. Everett and al. Male Abortion Beneficiaries : Exploring the Long-Term Educational and Economic Associations of Abortion Among Men Who Report Teen Pregnancy. *Journal of Adolescent Health*. 2019 ; 1-7
32. Cresson G. Les hommes et l'IVG. *Sociétés contemporaines*. 2006 ; 1 (n°61) : 65-89
33. Dinam E. Implication des hommes concernés par une interruption volontaire de grossesse dans la contraception et l'avortement [thèse d'exercice]. France, Nantes : université de Nantes ; 2014
34. Lapadu-Hargues E. Etude du ressenti et du positionnement des hommes lors d'une Interruption Volontaire de Grossesse [thèse d'exercice]. France, Rennes : université de Rennes 1 ; 2016
35. Mathieu M. Ruault L. Le travail procréatif. Contrôle de la fécondité, engendrement et parentalité. *Recherches sociologiques et anthropologiques*. 2017 : 2-48
36. Cresson G. La production familiale des soins et de santé. La prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle. *Recherches familiales*. 2006 ; 1(n°3) : 6-15
37. Rivard A. De la naissance et des pères, les éditions du Remue-ménage : 2016. 192p

ANNEXE 1

Enquête : L'implication des hommes face à l'IVG

Bonjour, je suis étudiante sage-femme, en 5^{ème} année. Dans le cadre de mes études je dois établir un mémoire que j'ai choisi de faire sur l'implication des hommes face à l'interruption volontaire de grossesse (IVG).

Pour les hommes ayant déjà été confronté à une IVG, je voudrais voir quelle était leur implication dans le parcours d'accès à l'avortement.

Pour ceux qui n'ont pas été confronté à cette situation, j'aimerais savoir le positionnement qu'ils pourraient avoir si une grossesse non désirée survenait.

Ce questionnaire anonyme prend moins de 5 minutes.

Acceptez-vous d'y répondre ? oui non

ETAT CIVIL

1) Quelle est votre situation professionnelle ?

- Agriculteur
- Artisan, commerçant
- Profession libérale, cadre supérieur, ingénieur, professeur, médecin
- Profession intermédiaire, cadre moyen
- Employé
- Ouvrier
- Retraité
- Etudiant
- Sans emploi
- Autre :

2) Quel est votre diplôme le plus élevé ?

- Pas de diplôme
- Brevet, certificat d'étude
- CAP
- Baccalauréat professionnel
- Baccalauréat technique
- Baccalauréat général
- BAC +2
- Licence
- Master
- Doctorat
- Autre :

VOTRE RAPPORT A LA CONTRACEPTION

3) Vous sentez vous concerné par la contraception ?

- Oui
- Non, pourquoi ?
 - Vous pensez que c'est une affaire de femme
 - Vous trouvez que c'est une contrainte
 - Autre :

4) Etes-vous au courant de la contraception de votre couple ou si vous êtes célibataire êtes-vous en général au courant de la contraception que prenaient vos partenaires ?

- Oui Non

5) Avez-vous déjà accompagné votre partenaire lors d'une consultation pour une contraception ?

- Oui Non

- 15) Savez-vous quel type d'IVG a été pratiquée ?
 Médicamenteux Chirurgical Ne sais pas
- 16) Saviez-vous à quel moment votre partenaire allait à ces rendez-vous pour une IVG ?
 Oui pour tous Presque tous Aucun
- 17) Cet événement a-t-il été douloureux ?
 Beaucoup Plutôt Un peu Pas du tout

La suite du questionnaire ne vous concerne plus, merci d'avoir participé. Si vous-voulez les résultats de cette étude, vous pouvez me joindre par mail : hommesivg@gmail.com à partir de mai 2020.

Si vous étiez confronté à une IVG de votre conjointe :

- 18) Vous sentirez vous concerné par la situation ?
 Oui Non
- 19) Chercheriez-vous des informations sur l'IVG (livres, internet, professionnels de santé...) ?
 Oui Non
- 20) Aideriez-vous votre conjointe à prendre les rendez-vous pour accéder à une IVG ?
 Oui Non
- 21) Si votre partenaire souhaite que vous l'accompagniez lors de rendez-vous et/ou le jour de l'intervention, le feriez-vous ?
 Oui, peu importe les choses déjà prévues
 Oui, sauf si j'ai déjà quelque chose de prévu (travail, enfants à garder, autre rendez-vous prévu...)
 Non, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)
 Peur de ne pas être à ma place
 Vous ne vous sentez pas concerné par l'IVG
 Contre l'IVG
 Autre :
- 22) Pensez-vous vous intéresser à la méthode d'IVG utilisé (médicamenteuse/chirurgicale) ?
 Oui
 Non

Le questionnaire est terminé, merci d'avoir participé. Si vous-voulez les résultats de cette étude, vous pouvez me joindre par mail : à partir de mai 2020

ANNEXE 2

Score d'implication des hommes ayant été confrontés à l'IVG

QUESTIONS	PROPOSITIONS	POINTS
Q9 : Quel est la cause de la grossesse non désirée ?	Pas de contraception	1
	Contraception mal utilisée	
	Contraception qui n'a pas fonctionné	
	Moment changement contraception	
	Ne sait pas	0
Q10 : Avez-vous cherché des informations sur L'IVG ?	Oui	1
	Non	0
Q11 : Avez-vous aidé votre conjointe pour la prise des RDV ?	Oui	1
	Non	0
Q14 : Avez-vous accompagné votre conjointe lors d'un RDV ?	Oui	1
	Non	0
Q15 : Savez-vous quelle méthode a été utilisée ?	Médicamenteuse	1
	Chirurgicale	
	Ne sait pas	0
Q16 : Saviez-vous à quelle moment votre conjointe allait à ses rendez-vous ?	Tous	2
	Presque tous	1
	Aucun	0
TOTAL		7

De 7 à 6 : bonne implication

De 5 à 4 : moyenne implication

De 3 à 0 : faible implication

Score d'implication potentielle des hommes n'ayant pas été confrontés à l'IVG

QUESTIONS	PROPOSITIONS	POINTS
Q18 : Vous sentiriez-vous concerné par la situation ?	Oui	1
	Non	0
Q19 : Chercheriez-vous des informations sur L'IVG ?	Oui	1
	Non	0
Q20 : Aideriez-vous votre conjointe pour la prise des RDV ?	Oui	1
	Non	0
Q21: Accompagneriez-vous votre conjointe lors d'un RDV ?	Oui, peu-importe les choses déjà prévues	2
	Oui, sauf si quelque chose est déjà prévu	1
	Non	0
Q22 : Penseriez-vous vous intéresser à la méthode d'IVG utilisée ?	Oui	1
	Non	0
TOTAL		6

De 6 à 5 : potentielle bonne implication

De 4 à 3 : potentielle moyenne implication

De 2 à 0 : potentielle faible implication

ANNEXE 3



C.L.E.R.S

Comité Local d'Ethique de la Recherche en Santé



CHU de CAEN Normandie – Université de CAEN Normandie

Caen, le 10 Juillet 2019

Objet : Avis favorable

Adresse pour toute
correspondance :

clers@unicaen.fr

Président :

Pr Grégoire MOUTEL

Vice-Président :

Pr Achille AOUBA

Membres

Nathalie Brielle
Aurore Catherine
Claude Françoise
Véronique Gauthier
François Girault
Guillaume Grandazzi
Sonia Guillouet
Xavier Humbert
Rémy Morello
Philippe Ravasse
Fanny Rogue
Bertille Suzat

Cher collègue,

Vous trouverez ci-dessous l'avis favorable du CLERS favorable suite à votre demande.

Réponse du questionnaire	
ID de la réponse	673
Date de soumission	2019-06-08 13:56:52
Avis du CLERS	FAVORABLE
Demandeur [Nom]	Tougeron
Demandeur [Prénom]	Caroline
Demandeur [e-mail]	
Titre de l'étude	L'implication des hommes face à l'IVG

Cordialement

Le Président du CLERS

Rappels : Nous vous rappelons que votre traitement de données doit être en conformité avec le Règlement Européen du 27 avril 2016 (UE-2016/679) relatif à la protection des données des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel. Les participants doivent avoir été informé et pouvoir s'opposer à l'utilisation de leurs données de santé pour ce travail de recherche.

En aucun cas vous n'êtes autorisé à sortir du CHU des données médicales nominatives, que ce soit par mail, via un circuit non sécurisé ou par transfert sur une clé USB. Le traitement et l'utilisation de ces données engagent votre responsabilité.

RESUME

Problématique : Quelle est l'implication des hommes face à l'IVG ?

Objectifs : Déterminer quelle est le degré d'implication des hommes face à l'IVG, ce qui pourrait l'influencer et appréhender quelle serait l'implication des hommes n'ayant jamais été confrontés à l'IVG.

Méthode : Etude quantitative à l'aide d'un questionnaire, auprès de 23 hommes ayant été confrontés à l'IVG et 115 n'ayant pas été confrontés à la situation.

Résultats : Les hommes ont déclaré avoir une bonne implication à 57%. La durée de vie commune, l'âge, l'accord avec la décision ainsi que le ressenti douloureux ne sont pas revenus comme des facteurs influençant le degré d'implication. Les hommes n'ayant pas été confronté à l'IVG ont répondu à 89% qu'ils pensaient avoir une bonne implication si l'événement survenait.

Conclusion : Nous savons que les hommes s'impliquent peu face à l'IVG. Or, la majorité des répondants ont dit qu'ils avaient eu ou qu'ils auraient une bonne implication. Ces effets de déclarations laissent augurer que dans le futur les hommes seront susceptibles de s'engager de manière plus active dans l'ensemble des tâches procréatives.

Titre : L'implication des hommes face à l'IVG.

Mots-clefs : Interruption Volontaire de Grossesse – hommes - implication

ABSTRACT

Issue : What is the implication of men facing abortion ?

Objectives : To determine the degree of implication of men concerning abortion, which could influence it and to apprehend what would be the implication of men who have never been confronted with abortion.

Method : Quantitative study using a questionnaire, among 23 men who were confronted with abortion and 115 who were not confronted with the situation.

Results : Men reported having a good involvement at 57%. Common life, age, agreement with the decision and the painful feeling did not return as factors influencing the degree of involvement. Men who had not experienced abortion responded 89% that they thought they had a good implication if the event occurred.

Conclusion : We know that men have very little involvement with abortion. However, the majority of respondents said they had or would have a good involvement. These declarative effects augur well that in the future men will really engage in all reproductive tasks.

Title : Men's involvement in abortion.

Key-words : abortion - men - implication