

ENQUETE SUR LE RAPPORT DES HOMMES à L'IVG

RAPPORT DE L'ENQUÊTE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE

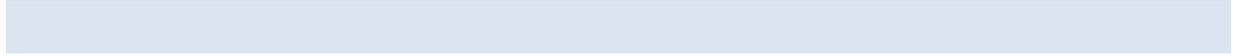
ANCIC – ANNÉE 2010-2011



<http://www.ancic.asso.fr/>



1. PRESENTATION DE L'ANCIC.....	4
2. ORIGINE DU PROJET	5
2.1. SITUATION DES FEMMES FACE AU MARCHE DU TRAVAIL	5
2.2. LA SITUATION DES FEMMES EN DEMANDE D'IVG FACE A L'EMPLOI	5
3. ORGANISATION DU PROJET	8
4. RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES	9
5. RETRO-PLANNING DU PROJET	12
6.1. METHODOLOGIE	15
ELABORATION DU QUESTIONNAIRE ET REALISATION DE L'ENQUETE QUANTITATIVE.....	15
6.2. ANALYSE DES DONNEES	16
6.3. RETOUR DES QUESTIONNAIRES	18
6.4. RESULTATS DE L'ENQUETE	18
6.4.2. Deuxième partie : Implication dans la contraception, réactions à l'IVG.....	22
6.4.3. Troisième partie du questionnaire : Réactions après l'IVG.....	31
6.5. DISCUSSION ET CONCLUSION.....	36
7. ETUDE QUALITATIVE	40
7.1.1. LA PRESENCE AMBIGUË DES HOMMES	47
7.1.2. LES FRONTIERES FLOUES DE LA CONSULTATION MEDICALE	52
7.2. LA PRISE DE DECISION DE FAIRE UNE IVG	53
7.2.1. La femme décide et l'homme est absent.....	53
7.2.2. L'homme ne souhaite pas une poursuite de la grossesse et incite la femme à avorter	54
7.2.3. La décision est le résultat d'une discussion	55
7.2.4. Le choix d'avorter se présente comme une évidence pour les deux partenaires.....	56
7.3. DEGRES D'IMPLICATION DE L'HOMME DANS LA DEMARCHE.....	58
7.3.1. L'absent	58
7.3.2. L'accompagnateur.....	59
7.3.3. Le gestionnaire	60
7.3.4. L'investi.....	62
7.4. CE QUE L'IVG FAIT A L'HOMME	63
7.4.1. Ce que l'IVG fait au couple... du point de vue masculin	63
7.4.2. De la défense de l'avortement au maintien de la contraception comme pratique féminine	65
7.4.3. Un acte presque toujours vécu dans le silence	67
8. DIFFUSION DES RESULTATS	70
 ANNEXE 2.....	 80
ANNEXE 4.....	85



Remerciements

Ce projet a pu être réalisé grâce à la participation active du personnel des centres d'orthogénie de Kremlin-Bicêtre, Corentin Celton/HEGP et des Bluets : qu'ils en soient ici remerciés chaleureusement.

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'une opération cofinancée par le Fonds social européen avec le soutien du Cermes3 (Inserm U 988), du Conseil Régional IDF et d'Alice Coopératif Concept.

1. PRESENTATION DE L'ANCIC

Association Nationale des Centres d'Interruption de grossesse et de Contraception (A.N.C.I.C) a été fondée en 1979 après la légalisation de l'avortement en France.

S'y rassemblent des professionnels travaillant dans les centres de Planification et d'Interruption de grossesse des secteurs Privés et Publics, soignants, psychologues, psychiatres sages-femmes ,médecins et toute personne participant à la défense des droits des femmes, à la réflexion et aux recherches théoriques et pratiques concernant la sexualité et la maîtrise de la procréation, l'éducation sanitaire particulièrement l'éducation sexuelle . Elle se fixe pour but :

- De défendre le droit à l'avortement et à la contraception.
- D'assurer la bonne application de ces droits et l'obtention des moyens nécessaires pour les exercer, dans les meilleures conditions de sécurité, médicales et morales :
 - -par le remboursement de l'interruption volontaire de grossesse et de la contraception.
 - -par l'intégration des centres de Planification dans les Centres d'interruption de grossesse, l'élargissement de leur activité à la détection précoce des maladies sexuellement transmissibles, à l'accueil des victimes d'agression sexuelle, à la prise en charge des stérilisations volontaires féminines et masculines.
 - -par le développement d'un secteur public largement accessible à toutes les femmes, promoteur de l'enseignement et de la recherche.
- De protéger le travail des personnels des Centres de Planification et d'Interruption Volontaire de grossesse, par l'obtention d'un statut leur garantissant reconnaissance et stabilité professionnelle.
- De promouvoir les techniques ambulatoires d'avortement volontaire

Malgré ces 30 années d'existence, l'ANCIC comme beaucoup d'association ne s'était pas véritablement interrogé sur l'impact économique des questions d'avortement et cette proposition du FSE en matière d'égalité entre les femmes et les hommes correspond à l'un des défis majeurs auquel se confronte l'ANCIC et les femmes qui sont accompagnées dans les centres d'orthogénie: choisir entre maternité et carrière.

2. ORIGINE DU PROJET

2.1. SITUATION DES FEMMES FACE AU MARCHÉ DU TRAVAIL

Depuis une trentaine d'années, sur le marché du travail, la situation des femmes a changé. On observe à la fois des avancées et des points de blocage. En matière de chômage et d'accès à l'activité et à l'emploi, l'écart entre les femmes et les hommes a considérablement diminué. Mais les points de blocage sont encore importants, les inégalités salariales demeurent élevées, le plafond de verre est toujours une réalité, la charge de la famille pèse encore prioritairement sur les femmes, handicapant leur carrière.

Le concept de l'égalité entre les sexes tient compte du fait que même si les femmes et les hommes sont égaux devant la loi-égalité de jure-la discrimination structurelle et systémique continue à perpétuer le traitement inégal et l'accès inégal aux chances selon le sexe d'un individu. Pour réaliser l'égalité réelle- égalité de facto-il faut prendre des mesures afin de corriger les déséquilibres historiques, éliminer la discrimination et l'exclusion, et faire en sorte que l'égalité et l'inclusion fassent partie intégrante du concept et de la mise en oeuvre des services, des soutiens, des allocations financières, des programmes, des politiques et des lois. L'égalité entre les sexes signifie en fin de compte que la société accorde la même valeur aux ressemblances et aux différences entre les femmes et les hommes, les filles et les garçons, et aux rôles divers qu'elles et qu'ils jouent.

2.2. LA SITUATION DES FEMMES EN DEMANDE D'IVG FACE A L'EMPLOI

On pourrait penser qu'au 21 ème siècle les femmes sont mieux protégées en ce qui concerne leur accès à l'emploi et les rapports avec les employeurs. Pourtant les praticiens de la contraception et de l'avortement, que nous sommes ,sont très souvent confrontés à des situations économiques qui interviennent dans le choix d'interrompre ou pas une grossesse :

- la femme n'a pas d'emploi et souhaite interrompre sa grossesse pour des raisons de détresse financière, elle même ou le couple ne pouvant assumer les frais liés à l'arrivée d'un enfant.
- la femme est en formation et mener à terme une grossesse compromet l'aboutissement de sa formation .
- la femme est en recherche d'emploi et n'ose mentir à un éventuel futur employeur sur sa situation de grossesse et sachant qu'une femme enceinte a peu de chances d'être embauchée, elle préfère avorter pour augmenter ses chances d'embauche.

- la femme a un emploi, mais est en situation « précaire » (CDD, employeur hostile à la situation de grossesse pour ses employées femmes) et décide d'avorter pour maintenir son emploi.
- la femme a un emploi mais envisage une promotion , l'accès à un poste plus gratifiant et décide d'avorter pour accéder à cette promotion qui sera compromise si elle annonce sa grossesse à son employeur .
- Les problèmes de garde des enfants restent complexe tant sur le plan financier que sur le plan des horaires et à ce jour, ils reposent encore le plus souvent sur la femme et sont souvent peu compatibles avec l'emploi ...

Dans notre pays, les femmes, malgré une opposition politique virulente, qui s'est largement exprimée dans les années soixante-dix, se sont vu reconnaître le droit à interrompre une grossesse qu'elles ne désiraient pas poursuivre. L'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), prévue par la loi de 1975, est un acte médical, placé sous le contrôle et la responsabilité des professionnels ; mais la grossesse est (sauf cas exceptionnels) une conséquence de la rencontre hétérosexuelle. Cette triple inscription dans des relations – politiques, professionnelles et sexuelles – qui sont largement des relations de pouvoir, fait de cet acte un événement où la vulnérabilité des femmes risque d'être exacerbée, aussi bien collectivement qu'individuellement. Les débats publics sur ces questions, s'ils se sont globalement apaisés, rappellent régulièrement qu'aucun droit n'est totalement à l'abri d'une remise en question. En particulier, ils nous rappellent que la remise en question du pouvoir ancien des hommes sur le contrôle de la fécondité des femmes, par la législation libéralisant la contraception médicalisée et le droit à l'avortement, est parfois présentée comme une menace sur les relations entre les sexes. Il est vrai que ce pouvoir des femmes est reconnu par la loi : c'est à la femme de décider si elle désire ou non interrompre sa grossesse, les médecins sont les garants de l'authenticité comme du respect de cette décision. Un mari ou un partenaire ne peuvent ni imposer une IVG, ni s'y opposer contre l'avis explicite de la femme enceinte. Bien sûr, ils peuvent lui donner leur avis, tenter de l'influencer, exercer des pressions, mais en droit, c'est bien la femme qui décide seule in fine. Cette disqualification sociale des décisions ou souhaits des hommes peut être interprétée soit comme un pouvoir exorbitant des femmes, soit comme la contrepartie de l'inégale répartition de la charge des enfants entre les hommes et les femmes. « Pouvoir exorbitant » ou « inégale répartition des charges », l'asymétrie des positions des hommes et des femmes sur ces questions apparaît fondamentale. Même si l'activité sexuelle peut être présentée comme une rencontre entre partenaires à priori égaux, ceux-ci ne le sont pas face aux risques qui découlent de la rencontre. Le fait que les femmes supportent directement les risques de la conception est souvent avancé pour justifier qu'elles soient les premières responsables de la contraception et de ses échecs éventuels, qui restent largement considérés comme

des affaires de femmes. Quoiqu'il en soit, la parole des hommes sur le devenir de la grossesse de leur partenaire n'est pas légalement nécessaire dans la décision d'effectuer une IVG. Est-ce pour cela que les recherches sur l'avortement, plutôt rares ces dernières années, ne se sont guère intéressées aux hommes, dont l'opinion n'est saisie qu'à travers ce qu'en disent les femmes ? Quand des hommes s'expriment sur l'IVG, c'est en qualité de praticiens de l'acte médical, de politiques ou de moralistes prenant part aux débats publics, ou d'experts de cette question psychologique et sociale – et très rarement en tant que partenaires sexuels des femmes recourant à l'IVG.

Traiter de l'expérience masculine face à l'IVG de leur partenaire implique de la replacer dans la trajectoire affective, sexuelle, parentale des hommes, de la rencontre et de l'usage possible de la contraception, à la procréation, à l'IVG ou à l'éventuel apprentissage et exercice des rôles parentaux et de l'inscrire dans une perspective plus large qui analyse les rapports hommes-femmes à l'intérieur de la société, notamment concernant les enjeux autour de la procréation. Travailler à une meilleure communication au sein du couple devrait permettre une meilleure prise en charge de la contraception et donc peut être éviter des grossesses non désirées, et permettre également de lutter contre la violence conjugale dont toutes les études démontrent que la grossesse est un facteur déclenchant ou aggravant. La question de l'IVG ne peut échapper à cette conviction, il est logique que la décision finale appartienne à la femme mais pour autant la parole et le ressenti des hommes ne doivent-ils pas être entendus ? Peut-on imaginer que ce silence (certains pourront dire, « *ça change pour une fois..* ») n'aura pas de conséquence dans la vie du couple, ou dans l'éducation qui sera donnée conjointement aux enfants qui suivront ? Permettre l'expression de cette parole devrait nous permettre de mieux cerner la problématique de l'IVG, les difficultés de la prise en charge de la contraception, d'améliorer la communication dans le couple .

Ce projet, en s'intéressant aux hommes à partir d'une problématique saisie essentiellement sous le regard féminin -le rapport personnel à l'interruption volontaire de grossesse d'une de leurs partenaires ou de leur partenaire-a suscité un intérêt important tant sur le plan scientifique que social. L'interruption volontaire de grossesse fait inévitablement écho aux pratiques de contraception et à la maîtrise de la fécondité. Or, nous savons que la contraception est encore largement placée sous la responsabilité de la femme, de sorte que les hommes sont parfois qualifiés d'irresponsables en ce domaine (Giami, Spencer, 2004). Autrement dit, ils seraient à la fois extérieurs à ces pratiques et ne s'y investiraient peu, voire pas du tout.

La sexualité constitue donc un autre élément central d'une étude comme celle que nous avons menée. Parler de sexualité, c'est évoquer des pratiques qui relèvent de l'intimité, de la sphère

privée comme l'est d'ailleurs la décision d'interrompre une grossesse. Or, nous savons que les hommes sont généralement moins enclins à parler de choses personnelles et que des différences très importantes ont été mises au jour concernant les pratiques sexuelles et la sexualité entre les hommes et les femmes (Bajos, Bozon, 2008 ; Guionnet, Neveu, 2009).

L'articulation de la position asymétrique entre les hommes et les femmes tant dans la contraception que dans le rapport à la sexualité et à l'intimité est nécessaire pour comprendre la situation des membres du couple, et singulièrement celle des hommes dans le cas de l'IVG, angle d'analyse choisi pour cette étude. La sexualité comme la contraception résultent de l'interaction entre l'individu et la société et les comportements observés, ou mis en scène, sont le produit d'une socialisation qu'il s'agit d'appréhender. Mais il nous a semblé nécessaire de mettre en perspective la place de l'homme au regard de la pratique concrète de l'interruption de grossesse en mobilisant le point de vue des professionnels de l'IVG.

3. ORGANISATION DU PROJET

Le projet consistant à créer un DISPOSITIF DE COMMUNICATION POUR LE RAPPROCHEMENT DES FEMMES ET DES HOMMES FACE A LA CONTRACEPTION ET L'AVORTEMENT proposé par l'ANCIC visait à réaliser :

Une enquête quantitative et une enquête qualitative auprès des hommes confrontés à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) de leur partenaire afin d'améliorer leur information et leur accueil dans les centres d'orthogénie, en créant des outils de communication et d'information afin d'améliorer les relations homme/femme face à l'IVG. Il est attendu à terme qu'une meilleure information de l'homme sur la contraception et l'IVG contribue à diminuer le recours à l'IVG en France.

Un comité de pilotage a été mis en place pour accompagner le projet tout au long de l'année. Ce comité est composé de cinq membres de l'ANCIC : Trois gynécologues pratiquant des IVG dans un centre d'orthogénie de la région parisienne depuis de nombreuses années (Dr Laurence Danjou, Dr Dominique Plateaux, Dr Christine Leballonier), et une sage femme ayant une grande expérience dans le domaine de l'orthogénie et la contraception (Chantal Birman) toutes les 4 sont membres du

conseil d'administration de l'ANCIC, un médecin généraliste pratiquant plus récemment des IVG dans un centre parisien et appartenant au Cermes3 (Inserm U988) en tant que directrice de recherche, Dr Laurence Esterle, un spécialiste en accompagnement de projet, François Bernard, de l'association Alice Coopératif concept, a contribué à soutenir le projet dans ces aspects stratégiques, communicationnels et économiques.

Après un travail de rédaction du projet et de recherche de financement, ce comité de pilotage s'est réuni une fois par mois pour mettre en place les protocoles, proposer une méthodologie et discuter des résultats.

La réalisation de l'enquête quantitative a été confiée au Dr Laurence Esterle au titre de son appartenance au Cermes3. Dominique Mahut, statisticien au Cermes3, a constitué la base de données et réalisé son exploitation.

L'enquête qualitative a été confiée à deux sociologues, Magdalena Jarvin et Nicolas Divert, recrutés par le comité de pilotage. Il était initialement prévu qu'un seul sociologue soit recruté mais la mise en place tardive du financement - et donc du recrutement - a conduit le comité de pilotage à en recruter deux afin que les entretiens puissent être réalisés avant la fin de l'année 2010.

- La secrétaire du conseil du bureau de l'ANCIC, à l'initiative du projet s'est chargée de la coordination, de l'organisation, du suivi du projet, des rapports avec la CRAJEP, du suivi administratif et comptable (en collaboration avec la comptable de l'ANCIC cabinet AUDIREX et Mme Patricia Randrianarisoa d'Alice Coopératif Concept) .
Le comité de pilotage s'est chargé de l'organisation de la première réunion d'information et de la préparation de la plaquette, avec l'aide des sociologues.

4. RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

Le projet a été préparé sur la base d'une recherche bibliographique extensive sur les hommes et l'IVG mais aussi sur l'accompagnement des femmes par leur partenaire sexuel au moment de l'IVG. La connaissance de la littérature produite sur le sujet et l'expérience des porteurs du projet en matière d'orthogénie a permis de concevoir le protocole d'enquête

Aborder l'IVG du point de vue du vécu subjectif des hommes apparaît comme une démarche novatrice. En effet, il existe très peu de travaux se proposant d'étudier cette question. Les études portant sur l'IVG ou sur la contraception concernent principalement les femmes et s'inscrivent dans une filiation « féministe » (Bajos, Ferrand, 2002). La légalisation de l'avortement entretient, en

France, des liens étroits avec la libéralisation de la contraception de sorte que la pilule, entendue exclusivement comme pilule féminine, ressort comme un élément important de la *révolution contraceptive* (Jaspard, 1997). On ne peut comprendre la focalisation sur les femmes sans faire un rapide détour par l'histoire et signaler ainsi les changements profonds que la libéralisation de la contraception puis, de l'avortement, ont introduit dans la vie des femmes, des hommes et plus généralement dans la vie des couples hétérosexuels. Par ces méthodes, on assiste, comme le souligne Maryse Jaspard, « à une séparation absolue entre sexualité et procréation, la barrière contraceptive étant réalisée indépendamment du rapport sexuel. Alors que les méthodes traditionnelles (retrait, préservatif) sont masculines, les méthodes modernes sont féminines, les hommes se trouvent ainsi dessaisis d'une forme de responsabilité qui leur incombait en grande partie. » (1997, p. 60). Ce sont donc les rapports entre les hommes et les femmes qui seraient ainsi bousculés eu égard aux pratiques antérieures dans lesquelles l'homme exerçait sa toute puissance-dominance et contrôlait le corps de la femme. Interroger le rapport des hommes à l'IVG, c'est porter le regard sur un acte duquel les hommes sont exclus du processus décisionnel par la loi. Pour comprendre, le rapport qu'entretiennent les hommes à l'IVG, nous avons privilégié dans ce projet, la démarche qualitative en complément du volet quantitatif réalisé par ailleurs. Aussi, nous avons recueilli des témoignages d'hommes à l'origine de grossesses ayant été interrompues, indépendamment des motivations de ces interruptions ou des implications personnelles effectives de chacun des partenaires.

Cette étude permet également d'étudier le rapport des hommes à la contraception. Corollaire de la focalisation des études sur la contraception féminine, peu de travaux s'intéressent à la contraception masculine médicalisée ou hormonale. Au-delà de la recherche menée par Nelly Oudshoorn portant sur l'histoire de la pilule masculine (2003), l'orientation privilégiée est celle des représentations sociales qui lui sont associées, tant du point de vue des hommes que des femmes (Jodelet, 1998 ; Kalampalikis, Buschini, 2007). Si la relation des hommes à la contraception est un thème peu investi par les sciences sociales, la recherche médicale ne s'en est également pas saisie. Cette relative marginalisation sur la scène scientifique nourrit l'image d'irresponsabilité associée aux hommes, d'autant plus que peu de moyens sont mis à leur disposition pour avoir une part active dans la contraception. Au-delà du préservatif, la méthode du retrait parfois énoncée semble peu fiable et la vasectomie demeure peu répandue et suscite des craintes relevant de l'imaginaire où émergent des préoccupations liées au maintien de la virilité masculine ou de la figure du géniteur, autant de dimensions qui obligent à prendre en compte le rapport entre contraception et sexualité.

BIBLIOGRAPHIE

- Donati P., Cèbe D. et Bajos N., Interrompre ou poursuivre la grossesse ? Construction de la décision. *In De la contraception à l'avortement : Sociologie des grossesses non prévues*, 2002, Bajos N. Ferrand M. (sous la dir.), ed. Inserm, Paris, pp. 115-162
- Bajos N., Bozon M. (dir.), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte.
- Bajos N., Ferrand M., 2002, *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, INSERM.
- Bajos N., Ferrand M. et Hassoun D., Au risque de l'échec : la contraception au quotidien. *In De la contraception à l'avortement : Sociologie des grossesses non prévues*, 2002, Bajos N. Ferrand M. (sous la dir.), ed. Inserm, Paris, pp.33-78
- Cresson G., 2006, « Les hommes et l'IVG. Expérience et confiance », *Sociétés Contemporaines*, n° 61, p. 65-89.
- Giami A., Spencer B., 2004, « 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 », *Revue Epidemiol Santé Publique*, n°52, p. 377-387.
- Guionnet C., Neveu E., 2009 (2004), *Féminins / masculins. Sociologie du genre*, Paris, Armand Colin
- Jaspard M., 1997, *La sexualité en France*, Paris, La Découverte.
- Jodelet D. (dir.), 1998, « Représentations et valeurs engagées dans la contraception masculine médicalisée », *Rapport de recherches LPSEHESS*
- Kalampalikis N., Buschini F., 2007, « La contraception masculine médicalisée : enjeux psychosociaux et craintes imaginaires », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 2, n° 4.
- Kero A., Lalos A., Högberg U. and Jacobsson L., 1999, The male partner involved in legal abortion, *Human reproduction*, 14, 2669-2675.
- Oudshoorn N., 2003, *The male pill : a biography of technology in the making*, Duke University Press.
- Vilain A., Les interruptions volontaires de grossesse en 2006. Drees, Etudes et Résultats, 659, septembre 2008.

Spencer B., 1999, « La femme sans sexualité et l'homme irresponsable », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 128, p. 29-33.

Warszawski J. et Bajos N., Activité sexuelle, contraception, maladies sexuellement transmissibles. *in* Baromètre santé 2000, INPES 2001, Volume 2. Résultats. Guibert P. , Baudier F., Gautier A. (sous la dir.) pp 209-231.

5. RETRO-PLANNING DU PROJET

- recherches bibliographiques (janvier 2010)
- conception du protocole d'enquête (janvier 2010)
- présentation du projet à l'ANCIC et à l'association des centres de régulation des naissances de l'Assistance Publique (APHP Ile de France - ACRNAP) (une réunion en janvier 2010 , une réunion en février 2010)
- sélection des centres participants à l'opération (février 2010)
- conception des documents destinés aux centres participants (février 2010)
- conception du questionnaire destiné aux hommes concernés par l'enquête (février 2010)
- présentation de l'étude et des documents aux centres participants (février –mars 2010)
- pré-test en février 2010
- diffusion et recueil des questionnaires de mars à fin août
- analyse des questionnaires (juin à novembre 2010)
- recrutement des deux sociologues (juin 2010)
- conception des entretiens individuels (septembre 2010)
- réalisation des entretiens par les sociologues (dix par sociologue) (septembre à novembre 2010)
- analyse des entretiens réalisés (novembre et décembre 2010)
- conception de la plaquette destinée à une large diffusion auprès des hommes dans les centres d'interruption de grossesse (novembre et décembre 2010)

-présentation des résultats du dispositif lors d'une réunion le 11 décembre 2010

-rédaction du bilan final de l'opération (décembre 2010)

6. ENQUETES QUANTITATIVES REALISEES PAR QUESTIONNAIRES

L'Ancic a souhaité mené une étude sur le ressenti et le positionnement des hommes dont la partenaire va avoir ou a eu une IVG, sur leur implication en matière de contraception et finalement sur leur prise en charge éventuelle par les professionnels de santé des centres d'orthogénie. En effet, si les dispositions légales prévoient que la femme puisse être accompagnée par un-e conseiller-ère ou un-e psychologue dans sa démarche, rien n'est prévu pour le partenaire. L'objectif direct de l'Ancic est donc de délivrer des outils aux professionnels de santé dans la prise en charge des hommes dont la partenaire a une IVG. L'objectif indirect est, qu'au travers de cette prise en charge, la femme soit davantage accompagnée et soutenue par son partenaire à tous les moments de l'IVG.

Analyse des résultats de l'enquête quantitative réalisée par questionnaires distribués dans trois centres d'orthogénie de la région parisienne : Kremlin Bicêtre, Corentin-Celton/Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP), et Les Bluets.

Il était prévu de réaliser l'enquête par questionnaires en sollicitant une dizaine de centres d'IVG d'Île-de-France. Le comité de pilotage a pris la décision de concentrer l'enquête sur trois centres, ceux de l'hôpital de Bicêtre, de Corentin Celton/Hôpital européen Georges Pompidou et des Bluets pour les raisons suivantes :

- La participation à l'enquête demandait une forte implication et motivation de l'ensemble du personnel des centres. Le projet a été présenté à l'Ancic et à l'association des centres de régulation des naissances de l'AP-HP (ACRNAP). Dans les deux cas, les candidats ont été rares à se signaler, notamment en raison des fortes contraintes de travail qui pèsent sur les centres actuellement.
- Il est apparu rapidement indispensable de bénéficier d'une personne recours disposant du temps nécessaire pour mobiliser le personnel dans chaque centre pilote .

veiller à la bonne application de la méthodologie et enfin recueillir les questionnaires.

Ainsi, les trois centres se caractérisent par la présence en leur sein d'au moins un membre du comité de pilotage.

Ce recentrage a permis en fait d'obtenir de bien meilleurs résultats que ceux initialement prévus : plus de 800 questionnaires ont été distribués entre février et octobre 2010 et plus de 150 retournés.

Globalement les résultats confirment les hypothèses de départ. Les hommes sont isolés face à cet événement, un sur deux ne se confiant à personne (hors sa partenaire sexuelle). Pourtant, l'événement est considéré comme douloureux par un homme sur trois. La demande est réelle pour une meilleure prise en charge par les professionnels de santé. L'enquête a permis aussi de savoir que quatre femmes sur cinq se rendent seules, sans leur partenaire, dans un centre d'IVG. Cette donnée témoigne du grand isolement des femmes à un moment difficile de leur vie.

L'enquête a permis de recueillir 156 questionnaires retournés par les partenaires d'un total de 1117 femmes qui se sont présentées pour une IVG entre février et octobre 2010 dans l'un des trois centres, ce qui correspond à environ 14 % de géniteurs potentiels.

Au total, 794 questionnaires ont été distribués soit directement à l'homme concerné présent dans le centre d'orthogénie, soit à sa partenaire qui a accepté de lui transmettre. Le taux de retour correspond donc à 19,65 % des questionnaires distribués. Autrement dit, ces répondants ne sont pas représentatifs de la population des hommes correspondants. L'échantillon est probablement constitué d'hommes qui se sentent concernés, d'une manière ou d'une autre, par l'IVG de leur compagne qui, de son côté, a accepté qu'ils se joignent à l'enquête. La discussion tient compte de ce biais pour essayer d'interpréter, dans la mesure du possible, les résultats obtenus.

Cependant, compte tenu des grandes difficultés rencontrées dans des études analogues et de la connaissance très limitée des hommes dont la partenaire a une IVG (2), l'étude garde tout son intérêt comme première approche pour appréhender le ressenti et les besoins de ces hommes.

La première partie de ce compte rendu présente la méthodologie utilisée et la deuxième partie les résultats concernant le taux de réponse. La troisième partie présente la totalité des résultats obtenus à partir des questionnaires reçus et exploitables. Enfin, la quatrième partie présente les conclusions.

6.1. METHODOLOGIE

Elaboration du questionnaire et réalisation de l'enquête quantitative

L'enquête quantitative a été réalisée au moyen d'un questionnaire qui comporte une trentaine de questions établies au vu de la littérature scientifique existante sur le sujet (1, 2) et en se basant sur l'expérience des membres du comité de pilotage. Le questionnaire (annexe 1) comprend trois parties : la première partie permet de caractériser l'homme sur le plan socioprofessionnel, sa situation familiale et sa situation par rapport à la partenaire ; la deuxième partie concerne sa situation par rapport à la contraception, et ses réactions à la grossesse concernée et à l'IVG ; la troisième partie est destinée aux hommes susceptibles de répondre au questionnaire après que l'IVG ait eu lieu et qui vise à explorer le ressenti et l'accompagnement effectif et souhaité par les centres d'orthogénie.

L'enquête s'est tenue dans trois centres de planification familiale de la région parisienne qui se sont portés volontaires: Kremlin-Bicêtre, Corentin Celton - comprenant l'unité de l'HEGP en ce qui concerne les IVG sous anesthésie générale - et Les Bluets. Tous pratiquent les trois types d'IVG - IVG médicamenteuses, IVG par anesthésie locale (AL), IVG par anesthésie générale (AG)-, bien que le centre de Corentin Celton/HEGP soit particulièrement impliqué dans les IVG sous AG.

Chaque centre a reçu une fiche d'information sur l'enquête et les conditions de sa mise en œuvre (annexe 2). Dans chacun de ces centres, le personnel a accepté de participer à l'enquête en la présentant aux patientes ou leurs partenaires, en incitant les hommes présents à y participer ou, en leur absence, les femmes à transmettre le questionnaire au géniteur potentiel. Le personnel soignant chargé de l'accueil des patientes et de leur prise en charge psychosociale (infirmières, conseillères, psychologues) s'est particulièrement impliqué, de même que les médecins concernés. L'enquête est présentée sur une fiche (annexe 3) affichée dans le centre et distribuée à l'occasion de la présentation orale de l'enquête. Cette fiche informe sur les modalités de réalisation de l'enquête, son intérêt, ses objectifs et les conditions de recueil des questionnaires dans le respect de l'anonymat. Il y est formellement indiqué que la participation ou non à l'enquête ne modifie pas la qualité de la prise en charge. L'accord des femmes à ce que leur partenaire participe à cette enquête a été systématiquement demandé.

Le retour des questionnaires a été organisé de deux manières : soit par dépôt dans une boîte spécialement prévue à cet effet dans le centre d'orthogénie, soit par envoi sous enveloppe pré

timbrée au centre qui les avait distribués. Les conditions de retour garantissent l'anonymat des répondeurs.

Dans les trois centres, une fiche a été remplie pour chaque femme se présentant pour une IVG (quelque soit la méthode) entre mars 2010 et fin août 2010. La fiche - présentée en annexe 4 - indique si la femme est accompagnée et si, le cas échéant, son partenaire a pris un questionnaire, ou bien si, non accompagnée, elle accepte de lui transmettre un questionnaire. Les cas de refus sont notés, ainsi que les cas où il n'était pas possible d'inclure la femme dans l'enquête (femmes ne parlant pas le français, ou que le partenaire a quitté, femmes au secret). Les mineures ont été exclues systématiquement de l'enquête. L'exploitation de ces fiches permet de calculer la population des femmes concernées, la part des femmes accompagnées par leur partenaire, la part des femmes refusant l'enquête ou n'étant pas concernées par l'enquête et finalement de calculer le nombre de questionnaires distribués et le taux de retour.

6.2. ANALYSE DES DONNEES

Les réponses aux questionnaires ont été entrées dans une base SAS et l'exploitation des données a été réalisée au Cermes3 sous Excel. Des tests statistiques (Chi2, test de Fisher pour les petits effectifs, T test...) ont été pratiqués pour établir si besoin des corrélations entre deux variables.

Analyse de la population des patientes, de la distribution des questionnaires et du taux de réponse

Au total, 1117 fiches ont été remplies dans les trois centres correspondant *grosso modo* au nombre de patientes majeures se présentant pour une IVG durant cette période.

L'analyse des fiches indique que :

- **110 patientes ont été exclues de l'enquête** (~10% du total) par le professionnel de santé soit parce qu'elles ne parlaient pas le français, soit pour des raisons d'ordre essentiellement déontologiques (respect du secret, séparation avec le géniteur, etc.). Le centre de Kremlin-Bicêtre représente la moitié des exclusions, suivi du centre de Coirentin Celton/HEGP (38%) puis des Bluets (12%), traduisant très probablement des différences dans l'origine sociale de la population des patientes.
- **Parmi les 1007 patientes incluses :**

- **200 (soit ~20%) étaient accompagnées de leurs partenaires** auxquels il a été proposé de participer à l'enquête si la patiente en était d'accord :
 - 15 (7,5%) patientes ont refusé que l'enquête soit proposée à leur partenaire ;
 - 171 (85,5 %) partenaires ont accepté de prendre le questionnaire ;
 - 14 (7%) partenaires l'ont refusé.
- **807 patientes (soit~80 %) n'étaient pas accompagnées de leur partenaire :**
 - 623 (~77 % d'entre elles) ont accepté de transmettre le questionnaire à leur partenaire ;
 - 184 (~23%) ont refusé de transmettre le questionnaire à leur partenaire .
- Au total, sur 1007 patientes, 198 (soit une patiente sur 5) ont refusé que leur partenaire participe à l'enquête.

Ainsi cette enquête apporte deux informations importantes quantitativement valides :

- D'une part sur la présence des partenaires auprès des femmes ayant une IVG : une sur cinq seulement est accompagnée de son partenaire à la consultation pré-IVG ;
- D'autre part, sur la nécessité de consulter la femme qui a une IVG sur la participation du géniteur à ce type d'enquête : une sur cinq a refusé de l'y impliquer.

6.3. RETOUR DES QUESTIONNAIRES

A la date du 31 août 2010, un total de 794 questionnaires a été distribué (soit directement auprès du partenaire, soit auprès de la patiente), ce qui correspond à 79 % des inclusions.

A la date du 30 novembre, 156 questionnaires ont été retournés, ce qui correspond à un taux de réponse de près de 20 %.

Un total de 151 questionnaires a pu être pris en considération dans l'analyse quantitative, cinq questionnaires ayant été exclus car reçus trop tard ou présentant des réponses incomplètes ou incohérentes. Le nombre N de réponses est indiqué pour chaque item dans les tableaux de résultats, certaines questions n'ayant pas donné lieu à une réponse de la part de tous les répondants.

Sur les 151 questionnaires, 111 avaient la 3^e partie complétée (soit 73,5%), ce qui ne pouvait être fait que si l'homme répondait après l'IVG.

La comparaison de variables sociologiques (âge, statut marital, statut de la relation avec la partenaire) ne montre pas de différences statistiquement significatives entre le groupe des hommes ayant répondu aux deux premières parties du questionnaire et le sous-groupe qui a répondu à la troisième partie.

Sur les 151 questionnaires :

- 59 (soit 39%) proviennent du centre d'orthogénie de Kremlin-Bicêtre
- 51 (soit 34 %) du centre de Corentin-Celton/HEGP
- 41 (soit 27%) du centre des Bluets

Il n'existe pas de différences significatives entre les trois centres en ce qui concerne l'âge des répondants, la durée des études, le type de relations avec la partenaire.

6.4. RESULTATS DE L'ENQUETE

6.4.1. Première partie du questionnaire : Caractéristiques socioprofessionnelles et nature des relations avec la partenaire concernée par l'IVG

Tableau 1 : Distribution des répondants selon l'âge

Tranche d'âge	% de répondants*
18 à 20 ans	6,6 %
21 à 24 ans	16,6 %
25 à 29 ans	29,8%
30 à 34 ans	17,9 %
35 à 39 ans	13,9 %
40 et + ans	15,2 %

*N= 151

La tranche la plus représentée est celle de 25 à 29 ans (près de 30%). La moyenne d'âge des répondants est de 31 ans et la médiane de 29 ans. Environ un répondant sur six a 40 ans ou plus.

Tableau 2 : Statut matrimonial des répondants

Statut matrimonial	% de répondants*
Célibataires	80,4 %
Mariés	10,8 %
Pacsés	5,4 %
Divorcés	3,4 %

*N= 148

La grande majorité des répondants est célibataire (8 sur 10). Un sur cinq est soit marié, soit pacsé.

Tableau 3 : Nombre d'enfants des répondants

Nombre d'enfants	% de répondants*
Aucun	69,5 %
1	9,3 %
2	15,9 %
3 et plus	5,3 %

*N= 151

Plus des deux tiers des répondants n'ont pas d'enfant (avec la partenaire concernée ou une autre femme). Lorsqu'ils sont pères, deux répondants sur trois a au moins deux enfants.

Tableau 4 : Situation professionnelle des répondants

Situation	% de répondants*
Salariés/actifs **	74,7 %
Sans emploi	10,7 %

Etudiants	11,3 %
Autres	3,3 %

*N= 150

** y compris activité libérale ou artistique

Les trois quarts des répondants sont professionnellement actifs au moment de l'enquête. La proportion d'étudiants ou de chômeurs est d'un sur dix.

Tableau 5 : Age de fin d'études des répondants

Age de fin études	% de répondants*
< ou = à 16 ans	16,5 %
17 à 20 ans	30,5 %
21 à 24 ans	37,1 %
>24 ans	15,9 %

*N= 151

La moyenne d'âge de fin d'études est 21 ans et 6 mois. Un répondant sur cinq a achevé ses études avant 16 ans et un sur cinq après 24 ans.

Tableau 6 : Durée de la relation avec la partenaire

Durée de la relation	% de répondants*
Moins de 6 mois	23,5%
6 mois à 2 ans	32,2 %
Plus de 2 ans	44,3 %

*N= 149

La relation avec la partenaire concernée par l'IVG dure depuis plus de deux ans pour quatre répondants sur dix.

Pour environ un quart des répondants, cette relation est récente (moins de six mois).

Tableau 7: Statut de la relation avec la partenaire concernée

Statut de la relation	% de répondants*
Pacsés/concubins	52,7 %
Mariés	10,1 %
Relation débutante	33,8 %
Relation passagère	3,4 %

*N= 148

Près de deux tiers des répondants sont engagés dans une relation établie avec la partenaire concernée : 10% sont mariés avec elle, un peu plus de la moitié sont en concubinage ou liés par un Pacs.

Pour un tiers des répondants, la relation est débutante. Elle est rarement passagère pour les hommes qui ont répondu à l'enquête (moins de 5%).

Tableau 8 : Nombre d'enfants en commun avec partenaire concernée

Nombre d'enfants avec la partenaire	% de répondants*
Aucun	78,8 %
1	9,3 %
2	10,6 %
3 et plus	1,3 %

*N= 151

Près de huit répondants sur dix n'ont pas d'enfant avec la partenaire concernée (soit un peu plus que ceux qui n'ont pas d'enfants en général : ~70%).

12% des hommes sans enfants avec la partenaire concernée en ont au moins un avec une autre femme.

Tableau 9 : Age du plus jeune enfant avec la partenaire concernée

Age du plus jeune enfant	% de répondants*
< ou = 1 an	23,3 %
1< ou = 2	23,3 %
2< ou = 3	10,0 %
3< ou = 5	16,7 %
>5	26,7%

*N= 30 ayant au moins un enfant avec la partenaire concernée

Quand il existe au moins un enfant avec la partenaire, le plus jeune (ou l'enfant unique) a 2 ans ou moins une fois sur deux. La moyenne d'âge du plus jeune enfant est de 4 ans.

6.4.2. Deuxième partie : Implication dans la contraception, réactions à l'IVG

Tableau 10 : Implication dans le choix de la méthode de contraception

Implication dans la contraception	% de répondants*
Tout à fait	59,6 %
Plutôt	21,2%
Pas vraiment	13,2 %
Pas du tout	3,3 %
NSP**	2,7 %

*N= 151

**NSP : Ne sait pas

Au total, 80 % des répondants se disent tout à fait ou plutôt impliqués dans le choix de la méthode de contraception, tandis qu'environ 17% ne le sont pas vraiment ou pas du tout.

Il n'existe pas de différences statistiquement significatives en relation avec le statut marital, le statut de paternité et l'âge moyen de fin d'études.

Par contre il existe une différence statistiquement significative dans l'implication dans la contraception selon l'âge des répondants : les moins de 30 ans sont plus impliqués (91 % le sont tout à fait ou plutôt) que ceux de 30 ans et plus (75%) ($p < 0,01$).

Tableau 11 : Les méthodes de contraception utilisées

Méthodes de contraception	% de répondants*
Aucune	17,0 %
Contraceptif oral	36,7 %
Préservatif	35,4 %
Retrait	19,7 %
Abstinence au moment de l'ovulation	14,3 %
DIU	3,4 %

* N= 147- Réponses non cumulatives.

Plus d'un répondant sur six (17%) indique ne pratiquer aucune méthode de contraception avec la partenaire concernée.

Le contraceptif oral et le préservatif sont les deux méthodes les plus mentionnées par les répondants (37% et 35% respectivement). Le retrait et l'abstinence au moment de l'ovulation sont pratiqués respectivement par 20% et 14% d'entre eux. Le DIU est très rarement mentionné.

Pour chacune des méthodes utilisées, il n'existe pas de différences statistiquement significatives entre les répondants qui se disent impliqués ou non dans le choix de la méthode de contraception.

Tableau 12 : Expériences antérieures d'IVG

Expérience antérieure d'IVG et nombre		% de répondants*
non	Total	70,9 %
oui	Total	29,1 %
	1 IVG	22,3 %
	Plus d'1 IVG	5,4 %
	Nombre non indiqué	1,3 %

*N= 148

Près de 30% des répondants ont eu une expérience antérieure d'IVG (pas obligatoirement avec la partenaire concernée). Environ 5% des répondants en ont eu plusieurs.

Indépendamment de l'âge, il n'existe pas de différences statistiquement significatives entre l'expérience antérieure d'IVG et l'implication dans la contraception ou la méthode contraceptive utilisée.

Tableau 13 : Réactions à l'annonce de la grossesse

Réactions à l'annonce de la grossesse	% de répondants*
Surprise	51,7 %
Inquiétude pour l'avenir	46,9 %
Peur	21,8 %
Joie	20,4 %
Panique	15,6 %
Fierté	10,9 %
Tristesse	10,2 %
Colère	6,8 %
Honte	6,1 %
Indifférence	4,1 %
Désespoir	3,4 %
Déception	3,4 %
Autres	10,9%

* N=147- Réponses non cumulatives

Un peu plus de la moitié des répondants indiquent avoir été surpris à l'annonce de la grossesse. La deuxième réaction la plus mentionnée (~47%) est l'inquiétude pour l'avenir. Pour ces deux réactions, il n'existe pas de différences significatives en fonction de l'âge, de l'existence d'au moins un enfant, et de l'implication dans le choix de la méthode contraceptive. Cependant, la réaction d'inquiétude est significativement davantage mentionnée par les personnes ayant une relation établie avec la partenaire (54%) que celles qui ont une relation débutante (36%) ($p < 0,05$).

Peur, panique, et tristesse sont des sentiments exprimés respectivement par environ 22%, 16%, et 10% des répondants. Joie et fierté sont mentionnées par environ 20% et 11% des répondants.

Honte (6%), indifférence (4%), désespoir (3%) et déception (3%) sont plus rarement mentionnés.

Tableau 14 : Prise de décision de l'IVG

Décision de l'IVG	% de répondants*
En commun	79,9%
Par la partenaire	13,4 %
Par le partenaire	6,7 %

*N= 149

Près de 80% des répondants indiquent que la décision d'IVG a été prise en commun avec la partenaire. Pour 13% des répondants, la décision a été prise unilatéralement par leur partenaire. Quand l'homme indique que la décision a été prise par la partenaire, il s'agit pour un peu plus de la moitié des cas de relations débutantes ou passagères.

Près de 7% des répondants (10 d'entre eux) indiquent avoir pris eux-mêmes cette décision. Il s'agit alors dans sept cas sur dix de relations débutantes ou passagères.

Tableau 15 : Position par rapport à cette IVG

Position vis-à-vis de l'IVG en cause	% de répondants*
Tout à fait d'accord	59,7 %

plutôt d'accord	29,5 %
Pas vraiment d'accord	3,4 %
Pas du tout d'accord	3,4 %
Ne savent pas	4,0 %

*N= 149

Dans neuf cas sur dix, l'homme est tout à fait ou plutôt d'accord avec la décision de l'IVG.

Quand la décision est indiquée avoir été prise par la partenaire, 60% des répondants sont tout à fait ou plutôt d'accord alors que c'est le cas de près de 95% des hommes lorsque la décision a été prise en commun. Ces pourcentages sont significativement différents ($p < 0,05$).

Tableau 16 : Principales raisons motivant l'IVG

Raisons motivant l'IVG	% de répondants*
Pas de projet actuel de paternité	40,3 %
Problèmes financiers	38,3 %
Pas de projet d'enfants dans le couple	37,6 %
Pas de stabilité suffisante du couple	35,6 %
Problème d'âge (trop jeune, trop âgé)	23,5 %
Statut d'étudiant	14,8 %
Présence d'un enfant en bas âge	12,7 %
Conflit avec les parents	8,7 %
Contexte de maladie	1,3 %
Autres	10,1 %
NSP	2,0 %
IVG non désirée	4,7 %

* N = 149 -Réponses non cumulatives

Les raisons les plus fréquemment évoquées pour prendre la décision d'une IVG sont l'absence de projet actuel de paternité (40% des répondants), suivie de près par les problèmes financiers ou l'absence de projet d'enfant dans le couple (38%) et la stabilité insuffisante du couple (36%). L'existence de problèmes financiers est significativement plus mentionnée par les moins de 25 ans (54%) que par les plus de 25 ans (33%) ($p < 0,05$).

Le problème d'âge est indiqué par près d'un quart des répondants, et le statut d'étudiant par le sixième d'entre eux. La présence d'un enfant en bas âge est évoquée par 13% des répondants (et essentiellement par ceux qui ont au moins un enfant) et un conflit avec les parents par près de 9% d'entre eux.

Tableau 17 : Réactions à la décision de l'IVG

Réactions	% de répondants*
Respect de la décision	73,8 %
Soulagement	25,5 %
Culpabilité	18,8 %
Tristesse	18,1 %
Anxiété	14,8 %
Problèmes religieux	10,1 %
Doute	8,7 %
Crainte	8,0 %
Injustice	6,7 %
Impuissance	5,4 %
Exclusion	4,0 %
Colère	1,3 %
Indifférence	1,3 %
Autres	5,4 %

*N= 149 – Réponses non cumulatives

Les trois quarts des répondants (74%) indiquent respecter la décision de l'IVG et un quart en être soulagés. Culpabilité, tristesse et anxiété sont mentionnées respectivement par 19%, 18 % et 15% d'entre eux.

Les problèmes religieux existent pour un répondant sur dix. L'indifférence est rare (moins de 2%).

Tableau 18 : Partage de l'information

Avec qui avez-vous parlé de l'IVG ?	% de répondants*
A personne	49,7 %
Un(e) ami(e)	35,6 %
Membre de la famille	24,8 %
Un(e) collègue du travail	8,0 %
Médecin traitant	3,4 %
Autre professionnel de santé	0,7 %
Représentant du culte	0,7 %
Autres	0,7 %

*N= 149 – Réponses non cumulatives

Un répondant sur deux n'a parlé de l'IVG à personne. Il n'existe pas de différences statistiquement significatives selon l'âge.

Quand ils en parlent, les répondants s'adressent plus fréquemment à un ou une ami(e) (36% des cas) qu'à un membre de la famille (25%).

Médecin traitant et autres professionnels de santé sont rarement mentionnés (3 % et moins de 1% respectivement), de même que le représentant du culte.

Tableau 19 : Intérêt pour le type d'IVG pratiquée

Se sentent concernés	% de répondants*
oui	74,7 %

non	25,3 %
-----	--------

*N= 146

Les trois quart des répondants se sentent concernés par le type d'IVG pratiquée - IVG médicamenteuse, chirurgicale sous anesthésie générale ou locale - et la quasi totalité d'entre eux est capable d'indiquer le type d'IVG qui a été pratiqué (voir tableau suivant).

Tableau 20 : Type d'IVG pratiquée

Type d'IVG	% de répondants*
Médicamenteuse à domicile	7,5 %
Médicamenteuse au centre	25,8 %
Chirurgicale sous AL	25,8 %
Chirurgicale sous AG	38,8%
NSP	2,0 %

*N= 147

L'IVG chirurgicale est la plus fréquemment citée (65%), six sur dix étant réalisées sous AG. L'IVG médicamenteuse représente un tiers des IVG mentionnées et elle a essentiellement lieu dans le centre d'orthogénie.

Tableau 21 : Présence au centre d'orthogénie à la consultation pré-IVG

Accompagnement au centre d'orthogénie	% de répondants*
Oui	55,6 %
Non	44,4 %

*N= 151

Plus de la moitié des répondants (~56%) indiquent avoir accompagné la partenaire à la consultation pré-IVG.

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre la présence à la consultation pré-IVG et le type de relation (stable ou débutante/passagère) avec la partenaire.

Tableau 22 : Raisons pour ne pas avoir accompagné la partenaire

Raison non accompagnement	% de répondants*
Ne le souhaitait pas	4,9 %
La partenaire ne le voulait pas	11,5 %
Ne le pouvait pas	63,9 %
Autres	19,7 %

**N= 61 n'ayant pas accompagné la partenaire à la consultation pré-IVG*

Parmi les hommes qui n'ont pas accompagné leur partenaire au centre d'orthogénie, près de deux tiers ne le pouvaient pas pour des raisons matérielles. Pour un peu plus d'un sur dix, la partenaire ne souhaitait pas leur présence, et très peu de répondants (5%) ne le souhaitaient pas eux-mêmes.

Tableau 23 : Présence à la consultation ou l'entretien

Entretien et/ou consultation	% de répondants*
Présent uniquement à la consultation avec médecin	13,8 %
Présent uniquement à entretien non médical	3,7 %
Présent à la consultation et à l'entretien	60,0 %
Ni à la consultation, ni à l'entretien	22,5 %

**N= 80 ayant accompagné la partenaire à la consultation pré-IVG*

Un peu plus de trois répondants sur quatre qui ont accompagné leur partenaire assistent soit à l'entretien (~4 %), soit à la consultation médicale (en totalité ou partiellement) (~14%) soit aux deux (60%).

A contrario, un sur cinq environ (22,5%) ne sont présents à aucun moment de la consultation ou entretien.

Aucune différence statistiquement différente n'a été observée entre les trois centres quant à la présence des hommes aux entretiens ou la consultation médicale ($p > 0,05$).

6.4.3. Troisième partie du questionnaire : Réactions après l'IVG

La troisième partie du questionnaire a été remplie par 111 partenaires, soit 73,5 % des répondants.

Tableau 24 : Présence au moment de l'IVG

Présence au moment de l'IVG	% de répondants*
Oui	67,0 %
Non	33,0 %

**N= 109*

Les deux tiers des répondants à la troisième partie du questionnaire étaient présents au moment de l'IVG. Dans environ neuf cas sur dix, l'IVG a eu lieu au centre d'orthogénie.

Tableau 25: Raisons de l'absence au moment de l'IVG

Raison de l'absence	% de répondants*
Ne le souhaitait pas	8,8 %
La partenaire ne le voulait pas	20,6 %
Ne le pouvait pas	52,9 %
Autres	17,7 %

*N= 34 n'étant pas présents au moment de l'IVG

Parmi les hommes qui n'étaient pas auprès de leur partenaire au moment de l'IVG, la moitié ne le pouvait pas pour des raisons matérielles (liées au travail, à la garde des enfants, à un voyage) et un cinquième car la partenaire ne le souhaitait pas. Un petit nombre d'entre eux n'est pas venu car ils ne le souhaitaient pas (~9%).

Tableau 26 : Accompagnement par le personnel du centre

Accompagnement par le centre	% de répondants*
Très satisfaisant	19,0 %
Plutôt satisfaisant	23,0 %
Peu satisfaisant	4,0 %
Pas du tout satisfaisant	33,0 %
Ne savent pas	21,0 %

*N= 100

42% des répondants trouvent que l'accompagnement du personnel du centre à leur égard a été très ou plutôt satisfaisant. Ce n'est pas le cas de 37% d'entre eux pour lesquels l'accompagnement a été peu ou pas du tout satisfaisant. Un sur cinq ne sait pas répondre à cette question.

Le degré de satisfaction est significativement lié à la présence à l'hôpital au moment de l'IVG ($p < 0,05$).

Tableau 27 : Accompagnement par le personnel du centre des répondants présents

Accompagnement par le centre	% de répondants*
Très ou plutôt satisfaisant	55,6 %
Peu ou pas du tout satisfaisant	28,6 %

Ne savent pas	15,8 %
---------------	--------

Ainsi, plus de la moitié (55%) des hommes présents à l'hôpital sont très ou plutôt satisfaits de l'accompagnement par le personnel du centre alors que ce n'est le cas que de 20% de ceux qui étaient absents. Il n'en demeure pas moins que près de 30% des répondants présents à l'hôpital se disent peu ou pas satisfaits de l'accompagnement et qu'un cinquième ne sait pas répondre à cette question.

Tableau 28 : Demande d'écoute ou d'accompagnement

Demande d'écoutes	% de répondants*
Par au moins un des professionnels proposés (médecin, conseillère, etc.)	40,0 %
Par personne	46,0 %
NSP	14,0 %
Total	100 %

*N= 100

Parmi les répondants, 40 % souhaiteraient avoir d'avantage d'accompagnement ou d'écoute de la part d'au moins une catégorie de professionnels du centre.

Près d'un sur cinq ne sait pas répondre à la question.

Tableau 29 : Personnel concerné par la demande d'écoutes

Demande d'écoutes	% de répondants*
Conseiller(ère), psychologue	26,7 %
Médecin	21,2 %
Sage femme, infirmière	11,6 %
Assistante sociale	9,1 %

*N= 40 -Réponses non cumulatives

La demande d'écoute se fait tout d'abord en direction des conseillers-ères et psychologues (pour ~27% des répondants à cette question), puis en direction des médecins (21% des répondants).

Les sages-femmes ou infirmières et les assistantes sociales sont moins citées (respectivement ~12 % et 9%).

Tableau 30 : La place dans le couple dans la démarche de l'IVG

Place dans le couple dans la démarche d'IVG	% de répondants*
Tout à fait	72,9 %
Insuffisamment	9,3 %
Pas du tout	10,3 %
NSP	7,5 %

*N= 107

Un peu plus de sept répondants sur dix estiment avoir eu tout à fait leur place dans le couple dans la démarche de l'IVG. Pour environ un sur cinq, cette place était insuffisante ou inexistante. Près de 8% ne savent pas répondre à cette question.

Tableau 31 : Regrets après l'IVG

Regrets après l'IVG	% de répondants*
Beaucoup	1,9 %
Plutôt	5,6 %
Un peu	28,0 %
Pas du tout	53,3 %
Ne savent pas	11,2 %

*N= 107

Au total, un peu plus d'un tiers (36%) expriment des regrets à des degrés divers alors que plus de la moitié (53%) n'en expriment pas du tout. 7,5% des répondants expriment beaucoup ou plutôt des regrets après l'IVG, moins de 2% en exprimant beaucoup. 28% d'entre eux indiquent en ressentir un peu.

Plus d'un répondant sur dix ne sait pas répondre à cette question.

Tableau 32 : Ressenti de l'expérience

Ressenti de l'expérience	% de répondants*
Expérience très douloureuse	7,5 %
Plutôt douloureuse	22,4 %
Expérience assez douloureuse	27,1 %
Expérience pas du tout douloureuse	22,4 %
NSP	20,6 %

*N= 107

Moins d'un quart des répondants (~22%) estiment que l'expérience d'IVG n'a pas été douloureuse du tout. 30% des répondants l'ont trouvée très et plutôt douloureuse et un peu moins de 30% assez douloureuse. Un répondant sur cinq ne sait pas répondre à cette question.

Tableau 33 : Conséquences de l'IVG sur le couple

Conséquences sur la relation avec la partenaire	% de répondants*
Positives	24,8 %
Négatives	15,6 %
Sans effet	20,2 %
NSP	39,4 %

*N= 109

Quatre répondants sur dix ne savent pas si l'IVG va modifier leur relation avec la partenaire concerné. Les conséquences positives ou l'absence d'effets correspondent respectivement à 25% et 20% des répondants. Un répondant sur six estime que l'IVG aura des effets négatifs sur son couple.

Tableau 34 : Conséquences sur le rapport à la contraception

Conséquences sur la contraception	% de répondants*
Oui	63,3 %
Non	28,4 %
NSP	8,3 %

*N= 109

Pour les deux tiers des répondants, cette IVG va modifier leur rapport à la contraception, ce qui ne sera pas le cas de 28% d'entre eux.

Tableau 35 : Conséquences par rapport à la paternité future

Conséquences sur la paternité future	% de répondants*
Oui	23,2 %
Non	64,8 %
NSP	12,0 %

*N= 108

Enfin, pour près d'un répondant sur quatre, cette IVG aura des conséquences sur leur paternité future, mais plus de 10% ne savent pas apprécier si elle en aura ou non.

6.5. DISCUSSION ET CONCLUSION

Ainsi que cela été mentionné dans l'introduction, la connaissance du vécu des hommes dont la partenaire a une IVG est très imparfaite. La rare étude publiée en France par G. Cresson (2) soulève les difficultés de sa réalisation. Alors que près de 220 000 femmes ont une IVG par an en France (3), G. Cresson souligne la grande difficulté pour identifier et recruter les partenaires sexuels impliqués dans une grossesse non souhaitée.

Les résultats de l'enquête quantitative menée par l'Ancic confirment ce résultat. Environ 800 questionnaires ont été distribués, soit directement aux hommes accompagnant leur partenaire, soit indirectement par la partenaire, et seulement 20% ont été remplis et retournés. La population des hommes qui ont répondu ne peut donc être représentative de la population générale concernée. De nombreux biais existent et il est probable que les répondants se caractérisent par un intérêt tout à fait particulier pour ce sujet, soit parce qu'ils souhaitent communiquer sur un vécu difficile, soit parce qu'ils se sentent concernés par cet acte médical subi par leur partenaire. Néanmoins, compte tenu du peu d'informations disponibles sur les hommes et l'IVG, l'exploitation des questionnaires apportent des informations utiles.

Les informations fournies par cette enquête portent tout d'abord sur les femmes en demande d'IVG. En effet, l'analyse systématique des conditions de distribution du questionnaire montre que seulement 20% des femmes se présentent accompagnées de leur partenaire au centre d'orthogénie. Une autre information intéressante est qu'une femme sur cinq refuse que son partenaire participe à l'enquête. Ces résultats témoignent de l'isolement des femmes ayant une IVG vis-à-vis de leur partenaire sexuel.

Les partenaires qui ont accepté de participer à l'enquête ont le profil suivant : ils sont jeunes (âge médian de 29 ans), dans la grande majorité (8 sur 10) célibataires, et sans enfant (7 sur 10). Les trois quarts sont professionnellement actifs et un sur dix est étudiant ou chômeur.

La relation avec leur partenaire est de durée variable : pour quatre sur dix, elle est de plus de 2 ans, pour trois sur dix de 6 mois à 2 ans et enfin pour un sur quatre de moins de 6 mois. Les deux tiers sont engagés dans une relation établie (Pacs, mariage, concubinage) et un tiers d'entre eux considère que cette relation est débutante. Enfin, huit sur dix n'ont pas d'enfant avec la partenaire concernée. S'ils ont un enfant commun, ce dernier a moins de 2 ans dans un cas sur deux.

Leur relation à la contraception varie de façon significative avec l'âge : environ 90% des moins de 30 ans disent s'impliquer dans la contraception mais seulement 75% des plus de 30 ans. L'explication est probable est qu'avec l'âge et la stabilité des relations, l'homme délègue davantage à sa partenaire le contrôle de la fécondité du couple. Une expérience antérieure d'IVG ne semble pas modifier l'implication des hommes dans la contraception du couple, malgré les intentions immédiates après l'IVG.

En matière de contraception, 17% des répondants indiquent n'utiliser aucune méthode, ce qui est bien au dessus du taux de 9 % observé dans la population générale des hommes potentiellement concernés par la contraception (4). Si le contraceptif oral et le préservatif sont les deux méthodes les plus citées - chacune par environ un tiers des répondants, deux méthodes réputées peu fiables en matière de contraception - le retrait et l'abstinence au moment de l'ovulation - sont utilisées par 20% et 14% des hommes respectivement. Le DIU est très rarement mentionné, probablement en raison de la fiabilité de cette méthode en matière de contraception.

L'annonce de la grossesse se manifeste avant tout par un sentiment de surprise (un peu plus de la moitié des hommes) et d'inquiétude pour l'avenir (47% des répondants). La peur fait jeu égal avec la joie (autour de 20%), et un sentiment de panique est ressenti chez un répondant sur six. L'indifférence est rare chez ces répondants (4%).

Pour huit répondants sur dix, la décision est prise en commun par le couple et dans plus de neuf cas sur dix l'homme se dit tout à fait ou plutôt d'accord avec la décision finale qui appartient légalement à la femme. Cependant, les modalités de la co-décision ne sont pas précisées alors que des travaux montrent combien ils peuvent varier depuis le « pseudo-accord » au consensus réel (5). Dans les 13% de cas où la femme a pris seule la décision d'IVG, un pourcentage significativement plus faible de répondants (60%) est d'accord avec la décision. Un très faible pourcentage de répondants déclare avoir pris seul la décision d'IVG (environ 7%). Il est difficile d'étendre ces résultats à la population générale des hommes concernés : le biais de sélection est important dans l'échantillon étudié puisque ce sont des hommes informés de la décision d'IVG qui ont obligatoirement répondu.

La principale raison qu'invoque l'homme pour motiver l'IVG est l'absence de projet actuel de paternité (40% d'entre eux). Les problèmes financiers et l'absence de stabilité du couple viennent ensuite pour respectivement 38 et 36% d'entre eux. Le statut d'étudiant est évoqué par un quart d'entre eux et la présence d'un enfant en bas âge pour 13%. Un conflit avec les parents est mentionné par 8% des répondants. Problèmes matériels, relations débutantes, ou encore incertaines, et finalement moment inopportun pour avoir un enfant apparaissent ainsi pour les hommes comme pour les femmes les raisons premières d'interruption d'une grossesse non désirée (5) et traduisent le désir d'accueillir un enfant dans les meilleures conditions possibles.

La décision d'IVG est respectée par les trois quarts des répondants, et un quart s'en disent soulagés. Cependant des sentiments négatifs, tels que tristesse ou anxiété, sont exprimés par 18% et 15% respectivement des répondants. Les questions religieuses posent problème pour un répondant sur dix. Après l'IVG, les ressentis sont mitigés : plus d'un homme sur deux n'exprime pas

de regrets du tout, et près de trois sur dix en expriment un peu. Très peu (moins de 2%) en exprime beaucoup. Cependant, près de 30% des répondants disent avoir trouvé l'expérience très ou plutôt douloureuse.

Autrement dit, la réaction à l'annonce de la grossesse et les sentiments exprimés au sujet de l'IVG sont complexes, simultanément positifs ou négatifs. Si la grande majorité des hommes confrontés à la situation respectent la décision qui, ultimement, appartient à la femme, l'expérience s'avère douloureuse, à des degrés divers, pour plus d'un homme sur deux.

En ce qui concerne la démarche d'IVG proprement dite, un répondant sur deux est présent auprès de sa partenaire au moment de la consultation pré-IVG alors que seulement 20% des femmes reçues dans les centres étaient accompagnées. Cette différence témoigne du biais de l'échantillon des répondants qui sont probablement plus impliqués dans la démarche de l'IVG que la population générale concernée. De plus, les deux tiers qui ne sont pas venus évoquent une impossibilité matérielle, liée au travail, à un déplacement, ou encore à la garde des enfants. Pour un peu plus d'un sur dix, la partenaire n'a pas souhaité la présence de son compagnon. Très peu (5%) indiquent n'avoir pas voulu être présents. Les deux tiers des répondants sont également présents aux côtés de leur partenaire au moment de l'IVG qui a lieu dans un des centres pour une très grande majorité des cas (90%). La moitié de ceux qui étaient absents invoquent là encore des raisons matérielles.

En ce qui concerne l'accueil des hommes dans les centres d'orthogénie, plus des trois quarts des hommes qui ont accompagné leur partenaire à la consultation pré-IVG assistent à la consultation médicale et/ou à l'entretien avec le-a conseiller-ère ou psychologue, 60% assistant au deux. Cependant, les conditions de leur accueil et l'attitude des professionnels de santé à leur égard n'a pas été exploré dans le volet de cette étude. G. Cresson (2) décrit ainsi en quoi l'homme peut être perçu comme une gêne par le médecin, même si on peut supposer que de grandes différences existent entre les centres et entre professionnels de santé. Les résultats préliminaires de l'enquête qualitative menée en parallèle confirment la difficulté des professionnels de santé à prendre le partenaire en considération. Il demeure aussi qu'un cinquième des hommes ne sont pas reçus au moment des consultations, pour des raisons actuellement inconnues.

D'après l'enquête, plus de la moitié des hommes présents dans le centre à un moment ou un autre indiquent avoir été accompagnés par le personnel de façon satisfaisante. Ce n'est pas le cas de 30% d'entre eux qui ne sont pas satisfaits et près de un sur cinq ne sait pas répondre à cette question.

Autrement dit, chez cette population d'hommes qui se montrent particulièrement concernés par l'IVG de leur partenaire qu'ils accompagnent dans sa démarche, seulement un sur deux est satisfait de l'accompagnement qu'il a reçu du centre. Ce pourcentage doit interroger les professionnels de santé des centres d'orthogénie sur leurs pratiques à l'égard des partenaires masculins des femmes qu'ils reçoivent. L'IVG de leur partenaire est un évènement qui est ressenti par plus de la moitié d'entre eux comme douloureux, mais cet évènement reste dans la sphère de l'intime. En témoignent indirectement le faible taux de retour des questionnaires et les pourcentages souvent élevés de non-réponses (« je ne sais pas ») aux questions sur le vécu et le ressenti. Enfin, la moitié des hommes indiquent n'avoir pas parlé à l'extérieur de cet évènement, ce qui traduit aussi leur isolement, contrairement aux femmes qui s'expriment davantage sur l'IVG (5). Ces résultats confirment ce qu'a montré G. Cresson sur la difficulté des hommes à se confier auprès de leurs amis ou de leur famille (2). Le volet qualitatif de l'enquête de l'Ancic devrait contribuer à comprendre les raisons de cet isolement.

Au total, ces résultats doivent interpeller les intervenants dans les centres d'orthogénie d'autant plus que quatre hommes sur dix sont en demande d'écoute de la part des professionnels de santé. Une meilleure prise en charge des partenaires masculins pourrait avoir des effets positifs sur l'accompagnement des femmes qui, dans huit cas sur dix, se présentent seules dans les centres d'orthogénie. Elle pourrait s'accompagner aussi d'une information des hommes sur la contraception et finalement contribuer à un meilleur partage des responsabilités en matière de contrôle de la fécondité au sein des couples (6).

L'équilibre est cependant subtil entre la prise en charge de la femme qui peut souhaiter laisser son partenaire sexuel en dehors de sa démarche d'IVG et celle de l'homme lorsqu'il est présent. Les professionnels de santé sont soucieux de protéger le droit de la femme à avorter et de respecter sa décision. Cependant, même si les femmes peuvent ne pas souhaiter impliquer leur partenaire sexuel, celui-ci devrait avoir la possibilité de recourir à une aide psychosociale en dehors de la présence de sa partenaire. Un tel dispositif reste à inventer.

7. ETUDE QUALITATIVE

Ainsi que cela a été indiqué plus haut, le comité de pilotage a finalement recruté deux sociologues pour réaliser l'étude qualitative. Compte tenu des contraintes de temps, chaque

sociologue a été chargé d'une série de sept entretiens avec les hommes confrontés à l'IVG. A l'instar de G. Cresson, les sociologues ont rencontré beaucoup de difficultés pour recruter ces hommes. Il est apparu très compliqué pour beaucoup d'hommes de parler de l'IVG comme d'une expérience personnelle, la plupart d'entre eux ayant gardé le silence sur ce sujet, y compris auprès de leur entourage.

Néanmoins, les entretiens semi-directifs menés par les deux sociologues auprès de 14 hommes ont donné lieu à des résultats importants tant sur le plan scientifique que social. Ces entretiens ont été complétés à la demande du comité de pilotage par des entretiens menés auprès de 6 professionnels de santé (un médecin et un(e) psychologue, infirmière ou conseillère par centre pilote). En effet, les résultats préliminaires des questionnaires indiquaient qu'il pouvait exister un déficit d'accueil et de prise en charge des hommes accompagnant leur partenaire dans un centre d'IVG. Il apparaissait alors important d'avoir un regard sur les pratiques des professionnels de santé.

Les résultats montrent qu'en effet, la place de l'homme dans l'IVG en tant qu'acte médical est objet de tensions, voire de rapports sociaux conflictuels, susceptibles d'avoir des répercussions sur la femme. .

Eu égard aux contraintes évoquées ci-dessus, nous avons rencontré 14 hommes dont l'une des partenaires a eu recours à, au moins, une interruption volontaire de grossesse, ces hommes étant les géniteurs de la grossesse interrompue. Nous avons eu beaucoup de difficultés pour rentrer en contact avec eux, confirmant les obstacles soulignés par Geneviève Cresson dans son étude portant sur le même sujet (2006). Outre nos réseaux personnels, l'appel à témoignages a circulé via le site Internet d'*Efigies*, association de jeunes chercheuses et chercheurs en Etudes féministes, Genre et Sexualités. Enfin, un homme a été rencontré suite à une consultation réalisée dans un centre d'orthogénie partenaire de l'étude. Les rares contacts fournis par les hommes interrogés n'ont pas fonctionné. Il est apparu très compliqué pour beaucoup d'hommes de parler de l'IVG comme expérience personnelle, la plupart d'entre eux avait gardé le silence sur ce sujet, y compris auprès de leur entourage.

Les entretiens semi-directifs ont été menés à partir de la même grille d'entretien où les thèmes suivants furent abordés : la trajectoire sexuelle de l'individu, la nature de la relation ayant occasionné l'IVG, l'annonce de l'IVG, la réaction de chacune des personnes du couple, le déroulement de l'IVG, l'implication personnelle d'ego et les conséquences de l'IVG sur sa vie de

couple, sa sexualité et son rapport à la contraception. Les entretiens, d'une durée d'une heure et trente minutes en moyenne, ont été intégralement retranscrits et traités de façon anonyme.

Le profil des hommes qui ont accepté de nous accorder du temps est marqué par le biais du recrutement. Ils sont quasiment tous urbains ou l'étaient au moment de l'IVG, ont régulièrement fait des études supérieures et travaillent actuellement. Un lycéen, un homme issu d'un quartier populaire francilien et un homme habitant une zone rurale font partie du corpus. La plupart des hommes rencontrés vivent actuellement en couple ou entretiennent une relation avec une partenaire régulière, et au moins un tiers d'entre eux a, au moins, un enfant. Parallèlement, nous avons interrogé six professionnels de l'IVG (médecins gynécologues, infirmières, conseillère conjugale et familiale, psychologues), 5 femmes et un homme. Ces derniers travaillent tous dans des centres d'orthogénie, ont une pratique militante plus ou moins active autour de l'IVG et connaissent l'ANCIC. Autrement dit, il existe là aussi un réel biais dans le recrutement, résultat du temps court imposé. Cependant, des divergences de point de vue apparaissent et soulignent la complexité du sujet étudié.

Le rapport s'articule autour de 4 axes centraux qui permettent de donner un nouvel éclairage aux données quantitatives produites à partir du questionnaire passé, ce dernier constituant la première phase du projet :

- Le premier consiste à souligner que la place de l'homme dans l'IVG comme acte médical est l'objet de tensions et donne à voir l'existence de rapports sociaux conflictuels. Dans cet axe, il s'agit de replacer dans une rapide perspective socio-historique la légalisation de l'avortement et de la mettre au regard de la figure masculine. Puis, il s'agira de montrer comment des professionnels de santé s'investissent dans cet acte qui n'est jamais considéré comme un acte médical ordinaire. Enfin, on interrogera la place possible de l'homme dans les centres d'orthogénie et dans les consultations médicales liées à la réalisation de l'IVG et nous soulignerons la permanence de représentations sociales très marquées.
- Le deuxième axe se centre sur la prise de décision de l'IVG. À partir des témoignages recueillis, quatre situations ressortent : la femme décide d'interrompre la grossesse, l'homme est décisionnaire, l'IVG est le produit d'un compromis entre les partenaires après discussion ou bien, l'IVG est une décision qui s'impose comme une évidence pour l'homme et pour la femme.
- Le troisième axe s'intéresse à la façon dont se comportent les hommes lors de l'IVG. Quatre attitudes principales apparaissent. Outre la figure de l'homme « absent », qui semble une

figure commune, des hommes sont présents. Parmi les présents, trois portraits réalisés à partir de leur comportement ressortent : le « gestionnaire » (l'homme prend en charge la réalisation de l'IVG, se renseigne et prend les choses en

- main) et l'« accompagnateur » (l'homme est présent aux côtés de sa partenaire mais pour mieux mettre à distance l'acte. Il est là car il se sent co-responsable) et l'« investi » (l'homme se sent responsable au même titre que sa partenaire mais vit l'IVG comme un moment difficile, de souffrance et il cherche à être présent pour mieux faire passer cet épisode).
- Enfin, le dernier axe s'intitule « ce que l'IVG fait à l'homme ». Ici, il s'agit d'analyser d'une part, les conséquences de l'IVG sur la vie de couple et sur la relation avec la partenaire qui a eu l'IVG et d'autre part, de saisir les effets de l'IVG sur la vie sexuelle de l'homme, son rapport à la contraception (féminine et masculine) et à l'IVG et sur son identité masculine. Ces dimensions ne pouvant être saisies qu'au regard des rapports sociaux de sexe et de la domination masculine.

L'interruption volontaire de grossesse fait inévitablement écho aux pratiques de contraception et à la maîtrise de la fécondité. Or, nous savons que la contraception est encore largement placée sous la responsabilité de la femme, de sorte que les hommes sont parfois qualifiés d'irresponsables en ce domaine (Giami, Spencer, 2004). Autrement dit, ils seraient à la fois extérieurs à ces pratiques et ne s'y investiraient peu, voire pas du tout.

Aborder l'IVG du point de vue du vécu subjectif des hommes apparaît comme une démarche novatrice. En effet, il existe très peu de travaux se proposant d'étudier cette question. Les études portant sur l'IVG ou sur la contraception concernent principalement les femmes et s'inscrivent dans une filiation « féministe » (Bajos, Ferrand, 2002). La légalisation de l'avortement entretient, en France, des liens étroits avec la libéralisation de la contraception de sorte que la pilule, entendue exclusivement comme pilule féminine, ressort comme un élément important de la *révolution contraceptive* (Jaspard, 1997). On ne peut comprendre la focalisation sur les femmes sans faire un rapide détour par l'histoire et signaler ainsi les changements profonds que la libéralisation de la contraception puis, de l'avortement, ont introduit dans la vie des femmes, des hommes et plus généralement dans la vie des couples hétérosexuels. Par ces méthodes, on assiste, comme le souligne Maryse Jaspard, « à une séparation absolue entre sexualité et procréation, la barrière contraceptive étant réalisée indépendamment du rapport sexuel. Alors que les méthodes traditionnelles (retrait, préservatif) sont masculines, les méthodes modernes sont féminines, les hommes se trouvent ainsi dessaisis d'une forme de responsabilité qui leur incombait en grande

partie. » (1997, p. 60). Ce sont donc les rapports entre les hommes et les femmes qui seraient ainsi bousculés eu égard aux pratiques antérieures dans lesquelles l'homme exerçait sa toute puissance domination et contrôlait le corps de la femme. Interroger le rapport des hommes à l'IVG, c'est ainsi porter le regard sur un acte duquel les hommes sont exclus du processus décisionnel par la loi. Pour comprendre, le rapport qu'entretiennent les hommes à l'IVG, nous avons privilégié dans cette étude, la démarche qualitative en complément du volet quantitatif réalisé par ailleurs. Aussi, nous avons recueilli des témoignages d'hommes à l'origine de grossesses ayant été interrompues, indépendamment des motivations de ces interruptions ou des implications personnelles effectives de chacun des partenaires.

Cette étude permet également d'étudier le rapport des hommes à la contraception. Corollaire de la focalisation des études sur la contraception féminine, peu de travaux s'intéressent à la contraception masculine médicalisée ou hormonale. Au-delà de la recherche menée par Nelly Oudshoorn portant sur l'histoire de la pilule masculine (2003), l'orientation privilégiée est celle des représentations sociales qui lui sont associées, tant du point de vue des hommes que des femmes (Jodelet, 1998 ; Kalampalikis, Buschini, 2007). Si la relation des hommes à la contraception est un thème peu investi par les sciences sociales, la recherche médicale ne s'en est également pas saisie. Cette relative marginalisation sur la scène scientifique nourrit l'image d'irresponsabilité associée aux hommes, d'autant plus que peu de moyens sont mis à leur disposition pour avoir une part active dans la contraception. Au-delà du préservatif, la méthode du retrait parfois énoncée semble peu fiable et la vasectomie demeure peu répandue et suscite des craintes relevant de l'imaginaire où émerge des préoccupations liées au maintien de la virilité masculine ou de la figure du géniteur, autant de dimensions qui obligent à prendre en compte le rapport entre contraception et sexualité.

La sexualité constitue donc un autre élément central d'une étude comme celle que nous avons menée. Parler de sexualité, c'est évoquer des pratiques qui relèvent de l'intimité, de la sphère privée comme l'est d'ailleurs la décision d'interrompre une grossesse. Or, nous savons que les hommes sont généralement moins enclins à parler de choses personnelles et que des différences très importantes ont été mises au jour concernant les pratiques sexuelles et la sexualité entre les hommes et les femmes (Bajos, Bozon, 2008 ; Guionnet, Neveu, 2009).

L'articulation de la position asymétrique entre les hommes et les femmes tant dans la contraception que dans le rapport à la sexualité et à l'intimité est nécessaire pour comprendre la situation des membres du couple, et singulièrement celle des hommes dans le cas de l'IVG, angle d'analyse choisi pour cette étude. La sexualité comme la contraception résultent de l'interaction

entre l'individu et la société et les comportements observés, ou mis en scène sont le produit d'une socialisation qu'il s'agit d'appréhender. Mais, il nous a semblé nécessaire de mettre en perspective la place de l'homme au regard de la pratique concrète de l'interruption de grossesse en mobilisant le point de vue des professionnels de l'IVG.

Eu égard aux contraintes évoquées ci-dessus, nous avons rencontré 14 hommes dont l'une des partenaires a eu recours à, au moins, une interruption volontaire de grossesse, ces hommes étant les géniteurs de la grossesse interrompue. Nous avons eu beaucoup de difficultés pour rentrer en contact avec eux, confirmant les obstacles soulignés par Geneviève Cresson dans son étude portant sur le même sujet (2006). Outre nos réseaux personnels, l'appel à témoignages a circulé via le site Internet d'*Efigies*, association de jeunes chercheuses et chercheurs en Etudes féministes, Genre et Sexualités. Enfin, un homme a été rencontré suite à une consultation réalisée dans un centre d'orthogénie partenaire de l'étude. Les rares contacts fournis par les hommes interrogés n'ont pas fonctionné. Il est apparu très compliqué pour beaucoup d'hommes de parler de l'IVG comme expérience personnelle, la plupart d'entre eux avait gardé le silence sur ce sujet, y compris auprès de leur entourage.

Les entretiens semi-directifs ont été menés à partir de la même grille d'entretien où les thèmes suivants furent abordés : la trajectoire sexuelle de l'individu, la nature de la relation ayant occasionné l'IVG, l'annonce de l'IVG, la réaction de chacune des personnes du couple, le déroulement de l'IVG, l'implication personnelle d'ego et les conséquences de l'IVG sur sa vie de couple, sa sexualité et son rapport à la contraception. Les entretiens, d'une durée d'une heure et trente minutes en moyenne, ont été intégralement retranscrits et traités de façon anonyme.

Le profil des hommes qui ont accepté de nous accorder du temps est marqué par le biais du recrutement. Ils sont quasiment tous urbains ou l'étaient au moment de l'IVG, ont régulièrement fait des études supérieures et travaillent actuellement. Un lycéen, un homme issu d'un quartier populaire francilien et un homme habitant une zone rurale font partie du corpus. La plupart des hommes rencontrés vivent actuellement en couple ou entretiennent une relation avec une partenaire régulière, et au moins un tiers d'entre eux a, au moins, un enfant. Parallèlement, nous avons interrogé six professionnels de l'IVG (médecins gynécologues, infirmières, conseillère conjugale et familiale, psychologues), 5 femmes et un homme. Ces derniers travaillent tous dans des centres d'orthogénie, ont une pratique militante plus ou moins active autour de l'IVG et connaissent l'ANCIC. Autrement dit, il existe là aussi un réel biais dans le recrutement, résultat du temps court

imposé. Cependant, des divergences de point de vue apparaissent et soulignent la complexité du sujet étudié.

Le rapport s'articule autour de 4 axes centraux qui permettent de donner un nouvel éclairage aux données quantitatives produites à partir du questionnaire passé, ce dernier constituant la première phase de l'étude :

- Le premier consiste à souligner que la place de l'homme dans l'IVG comme acte médical est l'objet de tensions et donne à voir l'existence de rapports sociaux conflictuels. Dans cet axe, il s'agit de replacer dans une rapide perspective socio-historique la légalisation de l'avortement et de la mettre au regard de la figure masculine. Puis, il s'agira de montrer comment des professionnels de santé s'investissent dans cet acte qui n'est jamais considéré comme un acte médical ordinaire. Enfin, on interrogera la place possible de l'homme dans les centres d'orthogénie et dans les consultations médicales liées à la réalisation de l'IVG et nous soulignerons la permanence de représentations sociales très marquées.
- Le deuxième axe se centre sur la prise de décision de l'IVG. À partir des témoignages recueillis, quatre situations ressortent : la femme décide d'interrompre la grossesse, l'homme est décisionnaire, l'IVG est le produit d'un compromis entre les partenaires après discussion ou bien, l'IVG est une décision qui s'impose comme une évidence pour l'homme et pour la femme.
- Le troisième axe s'intéresse à la façon dont se comporte les hommes lors de l'IVG. Quatre attitudes principales apparaissent. Outre la figure de l'homme « absent », qui semble une figure commune, des hommes sont présents. Parmi les présents, trois portraits réalisés à partir de leur comportement ressortent : le « gestionnaire » (l'homme prend en charge la réalisation de l'IVG, se renseigne et prend les choses en main) et l'« accompagnateur » (l'homme est présent aux côtés de sa partenaire mais pour mieux mettre à distance l'acte. Il est là car il se sent co-responsable) et l'« investi » (l'homme se sent responsable au même titre que sa partenaire mais vit l'IVG comme un moment difficile, de souffrance et il cherche à être présent pour mieux faire passer cet épisode).
- Enfin, le dernier axe s'intitule « ce que l'IVG fait à l'homme ». Ici, il s'agit d'analyser d'une part, les conséquences de l'IVG sur la vie de couple et sur la relation avec la partenaire qui a eu l'IVG et d'autre part, de saisir les effets de l'IVG sur la vie sexuelle de l'homme, son rapport à la contraception (féminine et masculine) et à l'IVG et sur son identité masculine.

Ces dimensions ne pouvant être saisies qu'au regard des rapports sociaux de sexe et de la domination masculine.

7.1.1. La présence ambiguë des hommes

La légalisation de la contraception puis de l'avortement entrent, pour ses partisans, dans le cadre de la revendication du droit à la femme de disposer de son corps et ainsi, de sortir de la domination masculine. Aussi, la figure masculine est régulièrement perçue comme une menace. Mais au-delà d'une opposition binaire entre les hommes et les femmes, les entretiens montrent que l'absence de réflexion concernant l'éventuelle place de l'homme dans l'IVG constitue l'un des éléments majeurs de leur marginalisation. La menace que constituent les hommes est protéiforme. Autrement dit, elle n'est pas réductible à un rapport social de sexe, mais fait écho également aux contraintes organisationnelles voire financières pesant sur le fonctionnement des centres étudiés.

Lorsque l'on évoque la place de l'homme dans l'IVG avec les professionnels de la santé, ces derniers ont souvent commencé par décrire les hommes comme des représentants d'un risque : celui d'influencer les femmes dans le choix d'interrompre une grossesse, l'homme étant toujours perçu comme celui qui imposerait sa décision à la femme sous la menace.

Sans contester l'existence de ces situations où la domination masculine s'exprime à son paroxysme, certains hommes souhaitant toujours contrôler le corps des femmes, les entretiens réalisés montrent que parfois, les hommes acceptent la décision de leur partenaire d'interrompre la grossesse dont ils sont à l'origine, sans partager pleinement ce choix. Ne nous trompons pas, nous savons qu'en l'état actuel de la division du travail domestique et salarié, l'éducation des enfants incombe plus souvent à la femme qu'à l'homme, de sorte que les conséquences d'un enfant sont beaucoup plus nombreuses pour les femmes que pour les hommes. Les travaux portant sur le rôle des enfants – et du mariage – dans la différenciation des carrières professionnelles masculines et féminines sont particulièrement éclairants sur ce point.

Aussi, même si les hommes sont peu nombreux à accompagner leur partenaire pour une IVG, c'est cette figure menaçante qui apparaît en premier dans les discours et qui rend les professionnels de santé méfiants vis-à-vis de la présence masculine :

« Moi, il y a un truc qui me revient, mais ce n'est pas forcément une limite, mais il y a un truc qui est arrivé ici, une violence... C'est-à-dire, ce n'était pas directement le géniteur, si on peut employer ce mot-là, mais le frère. C'est une jeune fille maghrébine qui voulait garder la grossesse et il y avait eu toute une pression familiale mais surtout du frère qui avait conduit sa sœur ici. Et le temps qu'il se gare, elle avait eu le temps de nous dire qu'elle voulait garder

la grossesse, qu'elle avait peur. (...) Elle était majeure, enceinte d'un Français... » (Marie, psychologue)

Cette figure de l'homme menaçant ressort avec d'autant plus de force que l'IVG est toujours perçue comme étant un acte concernant principalement, voire exclusivement la femme. Dans ces conditions, que vient faire un homme ?

« Celles qui viennent en consultation... Celles qui sont enceintes d'une grossesse soit disant non désirée et qui viennent pour une IVG, pour moi, la grossesse, ça veut dire quelque chose. C'est un symptôme de quelque chose, ça a une signification dans le parcours personnel de cette femme. Alors, personnel, ça peut être sa maturation, son passage d'adolescence à l'âge adulte, de statut de femme au statut de mère, ses relations avec sa mère, son copain, son père et tout ça. Bref, quelle est la signification de la grossesse dans le parcours de cette femme ? » (Marie, psychologue)

Une telle interprétation psychologique recherche des explications uniquement du côté de la femme même si, en arrière plan, la figure masculine peut apparaître, mais rarement sous les traits du géniteur, partie prenante dans cet acte.

Les centres de planification familiale et les centres d'orthogénie doivent malgré tout faire face à ce qui semble être une présence accrue des hommes, même si celle-ci demeure marginale. Lorsque l'on évoque les hommes qui se déplacent, tous les professionnels rencontrés ont commencé par dire que *« certains sont très imposants »* comme le remarque Fabienne (conseillère conjugale et familiale), alors même qu'elle indique que l'homme type est *« celui qui accompagne parce qu'il pense que c'est important d'être là. Il n'y a heureusement pas que des crises dans les couples »*. Les médecins réagissent de la même façon, mobilisant en premier la figure menaçante contre la femme :

« S'ils veulent venir à deux, ils viennent à deux [à la consultation] et je trouve que ça se passe assez bien. Ce n'était pas tout à fait le cas il y a quelques années, c'était plus agressif. Maintenant c'est bien rare que l'accompagnateur ait un comportement discutable, ou c'est peut-être moi qui me suis amélioré... (rires) » (Alain, endocrinologue)

Cette figure est principalement celle du passé, ce qui ne signifie pas qu'elle a totalement disparu. Néanmoins, elle semble s'atténuer dès lors qu'est objectivée cette présence masculine. On assiste, avec le questionnement de l'homme dans l'IVG, questionnement encore marginal mais suscité par cette étude, à une interrogation sur une posture professionnelle et parfois militante tendant à isoler la femme du couple et à marginaliser l'homme. L'homme n'est plus uniquement

présent de façon abstraite dans les conversations, mais sa présence physique bouleverse les cadres de l'IVG et de l'accueil des femmes. D'ailleurs, dans quelques entretiens, la présence des hommes est interprétée de façon bienveillante :

« Moi, je trouve que l'attitude des hommes est mignonne quand ils sont là... Ils ont une attitude assez mignonne. Ils sont soit contrits, soit ils participent beaucoup, à l'interrogatoire, à essayer de repérer les dates. Ils sont participants parce que des fois, pour repérer les dates, je leur demande quand ils n'ont pas mis de préservatif et ils sont participants... Ils sont sympas en général... » (Claire, gynécologue)

Mais, au fur et à mesure des entretiens, la présence des hommes constitue avant tout une contrainte par rapport à l'organisation des services et à la maîtrise du temps à consacrer aux individus. L'homme est invité aux consultations et à accompagner sa partenaire, y compris dans l'intimité du rendez-vous médical :

« Les trois quarts du temps, c'est quand même nous qui proposons. La dernière fois que ça m'est arrivé, j'ai vu la femme, ensuite, j'ai vu le couple, et quand ils sont sortis, la femme est partie et lui m'a dit 'je voudrais vous voir, est-ce que je peux vous voir quelques minutes ?'. Il m'a fait part de sa satisfaction de ce qui s'était dit en couple et sur ce qui s'était dit individuellement. Il était là aussi pour une demande pour lui... (De quoi, de compréhension, d'assurance, d'information ?) C'est difficile de dire, je ne l'ai vu qu'un quart d'heure. C'était, je pense, de compréhension parce qu'en couple, il lui était arrivé de dire des choses... Je ne me souviens plus trop bien de l'histoire. Ce n'était pas pour elle en tout cas, c'était pour lui, ce n'était pas pour la soutenir mieux, c'était vraiment pour lui... » (Véronique, psychologue)

Le temps restreint de la consultation, conséquence des cadences de plus en plus élevées demandées aux professionnels de santé dans les centres d'orthogénie, se fait certes au détriment d'une prise en charge de la femme, si cette dernière nécessite une attention particulière ou si elle est en demande d'être écoutée. Mais cela participe également à marginaliser les hommes qui se présentent.

Les effets pervers des contraintes organisationnelles et managériales pèsent sur l'accueil des patientes et, éventuellement, des patients. Le temps est de plus en plus compté et, à ce titre, l'homme est perçu comme une source de perte de temps, notamment pour des médecins qui doivent enchaîner les rendez-vous et effectuer l'interrogatoire médical et les examens de la patiente en moins de vingt minutes. Au final, si beaucoup de personnels soulignent que la présence des

hommes peut être positive, ils n'ont pas de temps à leur accorder ou un temps trop restreint pour qu'il puisse occuper une place qui n'est pas prévue par le protocole de soin.

Aussi, face à ces contraintes, l'homme peut être invisible. Le personnel sait que peu d'hommes se déplacent, mais cela reste de l'ordre de la généralité :

« J'en sais fichtre rien de la proportion de femmes qui viennent accompagnées... Je dirais un tiers, 40%. J'ai demandé quand j'ai su qu'il y avait votre enquête. Mais sinon, elles sont dans la salle d'attente, je les appelle et je vois ensuite comment ça se présente. (...) Dans l'ensemble je laisse entrer et s'ils veulent venir à deux, ils viennent à deux. » (Alain, endocrinologue)

Puis, poursuivant l'entretien, ce médecin souligne qu'il préfère toutefois que la relation soit une relation à deux avec sa patiente : *« Dans la salle d'attente, ils sont très bien (rires). J'ai des mauvais souvenirs de malaise des accompagnateurs, y compris dans le cas d'IVG où à un moment il faut s'occuper de l'homme qui est en train de tourner de l'œil ou qui n'est pas d'une grande aide. »*

Des hommes rencontrés et présents aux côtés de leur partenaire lors des consultations médicales confirment les propos des professionnels, lorsque les premiers reconnaissent ne pas pouvoir accorder trop de temps aux couples :

« Dans le discours du médecin, je n'existe pas. Je suis présent, mais je n'existe pas. Il a fallu que je lui rappelle que j'étais présent et que j'étais aussi responsable, qu'au minimum, il aurait pu me dire que j'aurais pu mettre un préservatif. Non, je n'existe pas, on ne me pose aucune question, je ne prends pas part à la discussion entre elle et lui. Le médecin n'est pas particulièrement content que je sois là. (...) J'aurais voulu que le planning familial fonctionne correctement, qu'on soit orienté et que des solutions soient données. Pas que ce soit un parcours du combattant... La place de l'homme dans l'accompagnement et la prise en charge de l'avortement de sa compagne est néante. Vraiment néante. » (Victor, 35 ans, débute une relation, doctorant en histoire)

Il s'avère que la présence masculine perturbe la relation à deux, celle traditionnellement établie entre le médecin, et plus généralement le professionnel de santé, et la patiente. L'autorité médicale est moins assurée et la relation de domination en faveur du corps médical se trouve potentiellement remise en cause :

« Quand j'ai eu mon diplôme, le couple me faisait peur parce qu'on n'est plus dans une relation à deux, on est dans une relation à trois. Et pour moi, ça me semblait un peu compliqué. Dans la pratique, on fait des erreurs, évidemment, des fois on laisse parler plus l'un et plus l'autre, puis on se rend compte 'j'ai pas rebondi, c'est dommage', mais on apprend... Moi, c'est ce qui me paraissait le plus compliqué, c'est le couple. Mais c'est ce qui me semble le plus enrichissant, pour eux et pour nous aussi... » (Fabienne, conseillère conjugale et familiale)

La représentation de la place accompagnant leur partenaire pour une IVG évolue cependant. Les hommes se déplacent peu et lorsqu'ils le font, paraissent plutôt bienveillants. Si des conflits existent toujours et que leur présence paraît toujours aussi problématique, c'est pour d'autres raisons. Dans les centres d'orthogénie et de planification familiale, la figure de l'homme menaçant pour la femme a été remplacée par celle de l'homme perturbateur d'un emploi du temps très serré. Les logiques de rentabilité font surgir de nouvelles difficultés pour les personnels de santé et des injonctions paradoxales : comment effectuer correctement les actes médicaux et respecter les protocoles dans des temps limités tout en assurant au mieux la prise en charge humaine d'un acte médical encore largement stigmatisé tant pour les patientes, les patients que pour les professionnels de santé. C'est une situation *a priori* surprenante. Les médecins sont militants mais évoquent rarement leur pratique professionnelle dans l'avortement auprès de leur entourage. Sans forcément être cachée, cette activité n'est pas spontanément énoncée. Aussi, dans leur pratique professionnelle, on assiste parfois à une focalisation des personnels de santé sur l'intimité des femmes, renforçant encore davantage un entre soi féminin.

7.1.2. Les frontières floues de la consultation médicale

En France, l'avortement n'est pas considéré comme une méthode contraceptive et son recours doit être exceptionnel. Cette prise en charge spécifique confirme que cet acte possède un statut à part dans le système de santé. L'association de l'IVG à la contraception et à la sexualité fait que cet acte n'est jamais considéré comme un geste médical isolé pour les femmes. Aussi, pour la grande majorité des personnels de santé, les rendez-vous médicaux liés à l'IVG doivent être l'occasion pour la femme de faire le point sur sa contraception, voire sa sexualité et son rapport aux hommes :

« Certaines de mes collègues gynécologues femmes interrogent un peu plus, je suis à peu près sûr de voir à la façon dont sont remplis les dossiers. Par exemple, un détail, je ne demande pratiquement jamais à mes patientes depuis quand elles ont ces partenaires, ou si elles en ont plusieurs. Enfin bref, et je vois que dans certains dossiers, ça apparaît de façon assez régulière. Je remplis tout, mais le dossier ne... Pff... Les questions du dossier ne parlent pas de la conjugalité. » (Alain, endocrinologue)

Ce médecin souligne que des questions dépassant le cadre strict de l'interrogatoire médical sont posées par ses collègues femmes. Lui-même, en revanche, se situe exclusivement dans une posture technique et n'intervient pas dans des sujets qui, selon lui, ne sont pas de son ressort. On voit, d'après ces propos, une conception nettement différente entre des médecins hommes et des médecins femmes. Sans pouvoir généraliser, on peut toutefois s'interroger si ces comportements ne portent pas la trace, chez les femmes, de la figure menaçante masculine évoquée.

Ce qui apparaît de façon régulière, c'est le traitement différencié des patientes et de leur partenaire dès lors que sont abordées les conséquences de l'IVG. La médicalisation de la contraception, avec, en France, le recours très important à la pilule féminine et le faible usage du préservatif masculin ou de la stérilisation masculine ou féminine, focalise l'attention sur la femme ; d'autant plus que, nous l'avons dit, l'IVG est toujours l'occasion pour les personnels de santé d'aborder le rapport à la contraception. Il est toutefois intéressant d'interroger les éventuelles répercussions d'un avortement sur les hommes, vécu en qualité de partenaires / géniteurs impliqués dans l'expérience de leur partenaire. La première fois, être confronté au concret de l'IVG est, pour les hommes, comme pour les femmes, une situation nouvelle et inédite comme le relève Vincent : *« J'avais un avis toujours favorable à cette procédure... Mais en tant que position philosophique et non position pratique. »*

7.2. La prise de décision de faire une IVG

Comment la situation est-elle vécue par les hommes ? Leur expérience de l'IVG commence au moment où leur partenaire annonce qu'elle est enceinte – si tant est qu'elle l'en informe. Quatre configurations de prise de décision d'avorter se dégagent du corpus.

7.2.1. La femme décide et l'homme est absent

L'homme est informé d'une décision déjà relativement arrêtée. La partenaire de Christian par exemple, avait d'abord effleuré le sujet puis vite compris qu'il était totalement étranger à l'idée de poursuivre la grossesse. Lorsqu'elle l'abordera enfin frontalement, ce sera pour lui annoncer sa décision, un RV était déjà pris chez un médecin et la date fixée. Ce faisant elle lui laisse peu, voire aucune place, ni dans ce qui aurait pu être une décision de couple, ni pour l'inscrire dans la démarche à venir :

« Tout était arrivé en un seul bloc, c'est-à-dire qu'elle n'a pas partagé les étapes de la découverte... C'était lors d'un appel téléphonique, elle m'annonce, dans mon souvenir, 'voilà je suis enceinte'. J'avais été complètement terrifié d'abord parce que j'avais 18 ans, ensuite parce qu'elle avait déjà une gamine et pour terminer elle était en couple. J'étais pétrifié, terrifié. (...) Elle m'a rappelé quelques jours après en me disant 'j'ai pris...' et à ce moment-là il y a un blanc, '... j'ai pris la pilule abortive et donc voilà, je suis malade machin'. Il fallait qu'elle me le dise je crois. » (Christian, 42 ans, père de deux enfants de mères différentes, vit seul, architecte).

Suite à cet événement, le couple arrive « naturellement » à un terme et après un dernier appel, le contact est définitivement rompu. Il n'en parlera à personne, ni à son entourage proche, ni à ses futures partenaires. Fred a expérimenté sa première IVG de façon similaire, même s'il en a pris connaissance des années après. Il n'a pas vécu l'annonce et la décision en temps réel, il a simplement été informé d'un événement passé. Aucune occasion pour lui donc de se poser des questions, de prendre conscience de la situation ou d'avoir de remords :

« La fille avec qui c'est arrivé la première fois, je l'ai su que bien après malheureusement. On était gamins, premier rapport, imaginez le choc ! C'est ce qui est arrivé à ma mère avec moi par ailleurs, je suis issu de ce type d'expérience. Et puis c'est vrai que... Je peux vous le dire franchement, aucun remords. Juste la fantaisie d'imaginer qu'à 37 ans, âge auquel j'ai eu mon premier enfant, j'aurais pu avoir un camarade de 20 ans à côté de moi qui aurait été

mon fils. Ça c'est un truc, forcément, j'y ai pensé. Sinon, aucun remords, mais on n'a pas trop discuté. » (Fred, 40 ans, deux enfants, marié, a vécu cinq IVG, cuisinier)

Sur le moment, ces expériences ont relevé du non-événement. Avec le recul, Christian réalise à quel point il avait manqué d'outils pour affronter la situation, ce qui ne l'empêchera pas, vingt ans plus tard, de mal vivre une nouvelle confrontation à une grossesse non voulue. Mais cette fois, il aura plus conscience de ce qui lui arrive. Nous verrons qu'il en sera de même pour Fred. L'exclusion de la prise de décision et plus tard de la démarche d'IVG, ne les aura donc ni affecté sur le moment, ni permis de se préparer pour le futur, mais cet avortement rejaillira dans un effet de cumul lorsqu'ils seront confrontés personnellement de nouveau à l'IVG.

7.2.2. L'homme ne souhaite pas une poursuite de la grossesse et incite la femme à avorter

Suite à des relations sexuelles passagères, la partenaire de David lui annonce qu'il va « être papa ». Elle souhaite poursuivre la grossesse, mais pour lui il n'en est pas question ; il a l'impression qu'elle cherche à régler des problèmes personnels à travers cet enfant, une démarche qu'il ne soutient pas. Le désir de paternité est présent en lui, « mais pas avec elle ». Même s'il a du mal à l'explicitier, il parvient toutefois à lui signifier qu'elle doit avorter :

« Elle n'osait pas le dire ouvertement, qu'elle voulait garder l'enfant, et moi je contournais lâchement la question. On discute et on arrive à la conclusion qu'il faut faire une IVG, enfin c'est surtout parce que moi je le voulais. » (David, 40 ans, en couple, attend son premier enfant, artiste).

L'homme ne peut que fortement inciter sa partenaire à avorter si lui ne souhaite pas une poursuite de la grossesse. L'inégalité des partenaires face à la prise de décision, ainsi que la sensation d'être dépendant du choix de la femme, peut chez l'homme susciter une frustration qui à son tour peut prendre une expression violente. C'était le cas de Christian lorsque 20 ans plus tard, il a été confronté à une deuxième grossesse non désirée, mais que sa partenaire a souhaité poursuivre. Il a en effet eu l'impression de perdre le contrôle de lui-même :

« Quand ils sont dans cette situation-là, les mecs sont sans recours, ils en deviennent violents, enfin moi j'en devenais complètement con et violent par mon attitude, parce que j'étais sans recours... Ce qui est complètement malhonnête puisque je l'avais fait, je l'avais voulu, mais

j'assumais pas. Donc en étant sans recours j'en, t'en deviens con. » (Christian, 42 ans, père de deux enfants de mères différentes, vit seul, architecte)

7.2.3. La décision est le résultat d'une discussion

Pour des raisons d'âge, d'études ou professionnelles, la femme ne souhaite pas poursuivre la grossesse. L'homme était prêt à l'assumer, soit parce qu'il a un désir de paternité exprimé, soit parce qu'une IVG va contre ses principes (éducation, morale, religion). Mais la décision finale revient à la femme, et dans la mesure où il l'aime et la respecte, l'homme accepte son choix.

Noam, par exemple, a d'abord eu une réaction de refus et de colère lorsque son amie lui annonce qu'elle ne veut pas poursuivre sa grossesse. Issu d'une famille chrétienne et nombreuse, l'IVG allait contre ses principes :

« Ca ne m'a pas touché énormément en fait, je ne vais pas te mentir, c'est pas un truc qui m'a... Sur le coup, j'étais fâché. J'étais fâché car pour L. c'était clair et net, on pouvait pas le garder, elle m'a demandé mon avis, je lui ai dit que moi, s'il fallait choisir, je le garderais, il n'est pas question de faire un avortement. Elle m'a demandé mes raisons, mais c'est vrai que je n'avais pas réellement de raisons. C'était juste des raisons d'éthique en fait, par rapport au fait que je suis croyant, que l'IVG n'est pas quelque chose qui se fait en tant que croyant. (...) Sur le coup quand elle m'en a parlé j'étais fâché, mais j'étais aussi conscient du fait que je sois trop jeune, que je n'avais rien, aucun bagage, que j'étais vraiment pas prêt, que j'étais vraiment à l'âge bête. » (Noam, 26 ans, père d'un enfant de 4 ans, séparé, coursier)

Mais après avoir échangé avec des personnes extérieures à son milieu socioculturel habituel, il est arrivé à la conclusion qu'une IVG vaut parfois mieux qu'un enfant accueilli dans de « mauvaises conditions » :

« Des fois je les vois dans la rue (référence à une connaissance avec son enfant), et je le vois, il est crade quoi, elle s'en occupe pas. Même quand il était petit, c'est nous qui lui disions 'ton bébé, il a fait caca, change-lui sa couche', et elle restait là pendant une heure, et de sa couche elle s'en occupait pas. Et je me dis vraiment, une personne comme elle, effectivement, elle aurait mieux fait de pratiquer l'IVG. Je ne sais pas si j'ai le droit de dire ça, parce qu'une vie ça n'a pas de prix. » (Noam, 26 ans, père d'un enfant de 4 ans, séparé, coursier)

Sa première affirmation, selon laquelle cette IVG l'a finalement peu touché, prend alors une nouvelle dimension. Face à une partenaire inébranlable, il a dû aller contre ses convictions originelles et finir par accepter sa décision. La référence à un contre-exemple dans son quartier l'aide à légitimer ce changement de posture. Cet exemple illustre le caractère malléable des opinions affichées et des partis pris *a priori*, mais témoigne également d'une possible stratégie de déculpabilisation.

En pointant le marché du travail et l'injustice qui y est faite aux femmes, Fred, quant à lui, fait porter la responsabilité de la décision d'avorter à un élément extérieur au couple. C'est la gestion de la carrière des femmes qui les a « forcé » à ne pas poursuivre deux grossesses imprévues, pourtant conçues dans une « *union d'amour* ». Mais derrière cet argument objectivant, nous devinons un reproche formulé à l'égard de sa femme :

« (...) D'où cette colère, cette injustice. Elle m'a dit 'si j'assume un troisième enfant, ma carrière, c'est foutu !'. Elle est dans une niche très particulière, il faut se tenir à la pointe de ce qui se fait, donc forcément, ça jouait. Je l'entends bien mais pour moi, c'était dérisoire parce que du travail, il y en a partout... J'ai du mal à intégrer ce genre de raisonnement. » (Fred, 40 ans, deux enfants, marié, a vécu cinq IVG, cuisinier)

Ces exemples montrent combien il peut être difficile pour l'homme d'exprimer son désir. Bien conscient que c'est la femme qui devra porter l'enfant, en assurer la charge puis éventuellement mettre sa carrière entre parenthèses, un homme qui a été socialisé à l'égalité des sexes devra parfois ravalier son souhait de paternité pour ne pas être socialement stigmatisé, accusé d'être un mâle dominateur ne respectant pas les aspirations professionnelles de sa compagne.

7.2.4. Le choix d'avorter se présente comme une évidence pour les deux partenaires

Qu'ils forment un couple établi, ou qu'il s'agisse d'une relation passagère, l'homme et la femme réagissent de la même manière face à la grossesse imprévue. Ils décident d'un commun accord de procéder à une IVG. Chez certains hommes, le désir de paternité peut apparaître à cette occasion, mais pas forcément avec la partenaire concernée. Pour certains couples cet incident fait naître, ou renforce, le projet de fonder une famille plus tard. En attendant, il leur semble évident que ce n'est pas « *le bon moment* » et il n'y a donc pas de temps à perdre pour organiser l'intervention. Le couple est solidaire, tout commence très simplement :

« C'était très, très simple... Sa mère, comme ma mère, avaient vécu l'IVG par elles-mêmes à 18 ans, il n'y avait pas de questions à se poser. Il n'y avait pas à se poser la question de le garder ou pas, du bien ou du mal... (A aucun moment ?) Pas de questions du tout. C'était clair qu'on n'en voulait pas et qu'on voulait s'en débarrasser de la meilleure manière possible. » (Amaury, 29 ans, marié, sans enfants, producteur de cinéma)

Pour Karl la décision se présente également comme une évidence, dans un premier temps. L'IVG est approchée avec sérénité, appréhendée comme un acte presque banal : *« On est allé ensemble à l'hôpital, au rendez-vous pour la prise de cachet. On y est allé... Je ne dis pas qu'on y est allé comme si on allait au cinéma, mais presque. »* Mais l'intervention se passe mal, l'oeuf n'est pas entièrement expulsé ce qui conduit à des complications médicales. La situation deviendra par la suite le révélateur d'un malaise au sein du couple. En l'évoquant aujourd'hui, Karl a la sensation que la décision s'était peut-être prise trop rapidement car le geste s'est avéré moins anodin qu'ils ne l'avaient imaginé :

« Il faut savoir que tous les deux on était pas mal impliqué dans des associations, dans les mouvements féministes, ce qui... Maintenant, je considère que c'est une erreur, mais ça nous avait permis d'aborder très facilement la question de l'avortement, et de nous dire 'on a fait un mauvais calcul, on ne le prend pas à la légère mais il n'y a pas mort d'homme'... On en a discuté un peu, je crois que tout est allé un peu vite. » (Karl, 34 ans, en couple, une IVG, gérant d'un magasin d'alimentation biologique)

Pour certains hommes la décision d'avorter est restée un acte « simple », peu impliquant et qui a « naturellement » mis un terme à la relation. Pour d'autres en revanche, elle s'est révélée « grave ». Ce sont alors les effets secondaires non prévus qui leur ont fait prendre conscience de la complexité de la situation, de ce que l'intervention sur le corps de la femme pouvait avoir comme répercussions sur le couple. Cette absence de conscience, de compréhension *a priori*, a souvent été formulée en termes de « manque d'informations ». Même s'ils avaient préalablement pu échanger sur ce sujet avec des proches (le plus souvent la mère ou le meilleur ami), certains hommes ont exprimé la nudité et le désarmement éprouvés face à la réalité de l'IVG.

7.3. Degrés d'implication de l'homme dans la démarche

La décision est prise, il faut maintenant agir. Le degré d'implication de l'homme dans la démarche est variable, allant de l'absence à un investissement fort, en passant par une posture d'accompagnant. Quatre profils-types se dégagent.

7.3.1. L'absent

Le cas de figure le plus courant, est une femme venant seule au RV de pré-entretien ainsi que le jour J. L'homme est absent parce qu'il n'a pas souhaité venir, parce qu'il n'a pas pu se libérer, parce qu'il n'était pas informé de l'intervention. Ces hommes n'auront de fait aucune interaction avec le personnel médical. Certains déclarent s'être sentis totalement détachés de l'intervention, ne s'étant posé aucune question sur le vécu de la femme ou sur les suites possibles de l'acte, ni pour elle ni pour lui. Dans le cas des couples adolescents, il arrive qu'un membre de la famille prenne le relais, ce qui participe à la mise à l'écart du jeune homme qui déjà ne comprenait pas trop ce qui lui arrivait :

« A. était mon premier amour, ça a duré presque deux ans et j'ai pas du tout accompagné le truc. C'est ses parents qui ont pris le relais. Elle prenait la pilule, c'était un manque de bol mais là, c'est arrivé... Je ne peux pas dire que cela m'a affecté franchement. J'étais trop jeune, trop dans la vie pour pouvoir imaginer avoir un enfant. » (Fred, 40 ans, deux enfants, marié, a vécu cinq IVG, cuisinier)

Ces hommes ont *a priori* gardé le silence sur l'IVG de leur partenaire, soit par incompréhension, par incapacité à se l'approprier ou à se sentir concerné, soit par gêne ou par « honte » à parler d'un événement relevant de « l'intime ». Ce qui ne signifie pas que l'événement n'ait laissé aucune trace. Le simple fait de s'être porté volontaire pour répondre à nos questions témoigne d'une survivance de l'événement, plus ou moins simple ou douloureux, enfoui ou encore présent dans leurs esprits, voire ravivé récemment par une nouvelle IVG, ou la naissance d'un enfant.

7.3.2. L'accompagnateur

Par principe, éducation ou sentiment de solidarité, ces hommes souhaitent être physiquement présents le jour de l'intervention, mais viennent plus rarement à l'entretien préliminaire. C'est le moins qu'ils puissent faire pour « assumer leur part de responsabilité », c'est « le devoir du petit ami » pour reprendre les propos Fabrice (35 ans, vit en couple, père d'un enfant de 8 mois, webdesigner).

Lorsque la décision de l'IVG lui avait paru évidente, l'accompagnateur vient sans remords ni questionnements ou souffrance exprimée. Comme le formule Grégoire, « *C'était logique que je sois là. J'ai fait une connerie, on était deux à faire une connerie, donc j'assume ma part. Et puis il y avait l'investissement pour cette fille, pour laquelle j'avais des sentiments, je souhaitais l'accompagner* ». Pour autant, il ne cherchera aucune information au préalable, ni à échanger sur le sujet avec son entourage, ce qu'il regrette avec le recul :

« À ce moment-là, je ne parlais pas assez, j'ai dû en parler à une ou deux personnes mais je n'ai pas eu de discussion très... J'ai dû en parler comme ça, sur un mode assez peu investi. J'ai fait un peu comme si ça allait de soi, comme si c'était une intervention ordinaire, un petit problème de santé ». (Grégoire, 35 ans, débute une relation, une IVG, enseignant)

Le jour même il est présent physiquement, mais peu impliqué émotionnellement. Il vit la situation comme étant désagréable, mais sans réussir à mettre le doigt dessus : « *Je me souviens de quelque chose de très administratif. Chambre, machin, docteur.* »

L'absence d'émotions identifiées peut aussi résulter d'une incompréhension, d'un sentiment d'étrangeté face à la situation dans son ensemble. C'était le cas d'Amaury, adolescent au moment des faits et peu familier de l'univers hospitalier :

« Comment je me sentais ? Heu... Pas très touché, je crois. D'abord parce que... Je connais très mal le monde hospitalier, les cliniques et les interventions, je ne me suis jamais fait opérer, je ne suis jamais resté plus de 2 heures dans un hôpital, donc je ne sais pas trop ce que c'est. Et il me semblait que c'était un truc tellement bénin, enfin pas risqué. » (Amaury, 29 ans, marié, sans enfant, producteur de cinéma)

Dans le cas de Noam, la posture de simple accompagnant se comprend à la lumière des interactions avec sa partenaire lors de la prise de décision. D'abord en désaccord, il avait fini par se faire une raison et mettre ses principes de côté. Une fois affectivement détaché devant l'intervention elle-même, il s'est donné comme fonction d'assurer l'équilibre des énergies au sein du couple :

« Après que cet orage-là est passé, c'était... Je m'en fichais un peu en fait. Après c'était plus L. qui était dépitée et du coup, on fait toujours une sorte de balance. C'est-à-dire que quand une personne est très mal, on se porte un peu mieux que cette personne-là parce qu'on est obligé de la soutenir, pour rester équilibré. Donc c'est ce que j'ai fait. Je l'ai accompagné, on a fait les démarches ensemble. Après l'IVG elle était pas bien, alors j'étais là pour la soutenir, pour

lui dire que voilà, ce n'était pas manqué, qu'on en aurait un, que ce n'est pas à cause de ça qu'on va s'arrêter là. » (Noam, 26 ans, père d'un enfant de 4 ans, séparé, coursier)

Avoir la possibilité d'échanger avec un membre du corps médical s'est ici avéré bénéfique pour David. Les discussions au moment de la prise de décision n'ayant pas permis aux partenaires de s'exprimer en toute franchise, la présence d'un psychologue dans le service a fluidifié leurs rapports. La discussion à trois sera en effet l'occasion pour lui d'exprimer sa « *conception de la relation parent / enfant* », et pour elle de « *réaliser quelque chose* », d'« *accepter* » l'intervention imminente. L'IVG a signé l'arrêt définitif de leur relation, et pour David, cette clarification ultime lui a permis de poursuivre sa vie sereinement après cet événement. Quelques mois plus tard il sera de nouveau confronté à une grossesse imprévue, qu'il gèrera cette fois plus ouvertement que la fois précédente.

7.3.3. Le gestionnaire

Également détaché en apparence, le gestionnaire ne se contente pas d'accompagner sa partenaire, mais choisit d'endosser un rôle logistique, de support technique. C'est éventuellement lui qui prend les RV pour sa partenaire, il l'accompagne en pré-entretien si elle le lui autorise, il est présent le jour J. Affecté par un choix qu'il n'aurait pas forcément pris s'il était seul décisionnaire, il a décidé de mettre ses sentiments momentanément de côté. Ne pouvant rien faire pour physiquement soulager sa partenaire, il se donne pour mission de paraître fort et solide, une épaule réconfortante. Derrière son mur protecteur, il vit l'expérience à distance, « *comme un visiteur* », les émotions sont contrôlées et ne remontent pas à la surface tant que l'intervention n'est pas terminée. Le temps de la réflexion est terminé et il se concentre sur sa partenaire, ses ressentis physiques et psychologiques, ce que cette dernière interprète parfois d'une tout autre manière :

« C'était étrange, mais ça je l'ai appris après. Elle m'en voulait de... Elle me pensait froid. Les soucis techniques et l'efficacité dont je voulais faire preuve, la réponse que je devais apporter, elle me les a reprochés. Je ne suis pas quelqu'un qui exprime ses sentiments naturellement, je vais d'abord être pragmatique et après être sentimental. Je pense qu'elle aurait préféré que je sois sentimental et inefficace. » (Victor, 35 ans, débute une relation, doctorant en histoire)

Victor avait en effet endossé un ancien costume professionnel d'animateur social. Une fois la décision d'avorter prise, il s'est plongé sur Internet à la recherche d'informations pratiques (site du Planning Familial) et techniques (méthodes d'IVG) pour ensuite présenter un plan d'action à sa

partenaire. Puis il a appelé un centre d'orthogénie, où son interlocutrice lui a rapidement demandé pourquoi ce n'est pas Madame qui appelle :

*« Sur le moment ça m'a semblé naturel et sain qu'elle le demande, 'pourquoi vous ne faites pas la démarche tous les deux ?', 'pourquoi elle n'est pas là à côté de vous ?'. Ca me semblait sain qu'elle pose la question pour protéger la femme. Après, ça m'a laissé penser qu'il ne devait pas y avoir beaucoup d'investissement de la part des garçons dans ces histoires... »
(Victor, 35 ans, débute une relation, doctorant en histoire)*

L'implication d'un homme dans la démarche n'étant pas la norme, ceux qui le font bénéficient *a priori* d'un accueil positif par les personnels soignants. Le dernier commentaire de Victor laisse à penser qu'il ait pu éprouver une satisfaction, son attitude lui ayant permis de recevoir un retour positif sur la posture adoptée. Il en est de même pour Ghislain dont la présence le jour de l'intervention semblait rassurer les membres du personnel, *« ils devaient se dire qu'elle était moins seule, qu'elle n'était pas dans la détresse totale »*. Même s'il avait choisi ce rôle de support technique, et même s'il n'avait pas de questions immédiates, Ghislain aurait cependant apprécié un signe de la part du personnel le reconnaissant en tant qu'individu concerné par l'avortement, plutôt que de l'enfermer dans son seul statut de 'partenaire de' :

« Je peux même dire que j'aurais énormément apprécié qu'un homme ou une femme me dise 'ça va ?', 'vous avez des questions ?', 'vous êtes bien dans vos baskets ?'. J'aurais apprécié d'être considéré en tant que tel. Parce que la femme est prise en main, mais... (Tu aurais aussi voulu l'être en tant qu'homme ?) Oui, en tant que père potentiel de l'enfant. » (Ghislain, 39 ans, vit seul, père de jumeaux, voyageur écrivain)

7.3.4. L'investi

L'objectif de l'investi est de rester au plus près de sa partenaire et lui offrir du réconfort ; mais à la différence du gestionnaire, il ne cherchera pas à dissimuler ses émotions. Il assume sa souffrance et l'exprime.

La décision d'avorter peut être douloureuse pour l'homme pour différentes raisons. D'une part, parce qu'il peut avoir envie d'être père ou parce qu'il enfreint un principe profondément ancré en lui. Ici, la souffrance est liée à l'idée d'un enfant qui n'existera pas :

« La veille on a fait un bon diner, elle s'est verni les ongles et on est allé au restau. C'était douloureux quand même. On s'est fait cette sortie pour se détendre... Parce qu'on culpabilisait. On s'aimait beaucoup et même si d'un point de vue rationnel on ne pouvait pas le garder, parce qu'on était étudiant, parce qu'on ne savait pas ce qu'on allait faire de nos vies, parce que c'était trop tôt, et ben on culpabilisait quand même. » (Fabrice, 35 ans, vit en couple, père d'un enfant de 8 mois, webdesigner)

Mais la souffrance peut également trouver son origine au sein du couple, notamment lorsque l'homme ne peut qu'observer la douleur engendrée par l'intervention, sans pouvoir agir dessus ni la partager avec sa partenaire :

« D'abord il lui a fait une leçon de morale, et puis il l'a complètement charcutée. Ils l'ont laissée là, ensanglantée, pendant 2h, avant qu'une infirmière vienne la nettoyer et la monter dans la chambre. (...) On a mis un an à s'en remettre, ma copine était incapable d'en parler. Mais au final ça nous a rapproché. » (JP, 42 ans, vit en couple, séparé de la mère de ses deux enfants, fonctionnaire dans l'éducation nationale)

Karl décrit cette sensation d'être à l'écart en termes d'« impuissance ». L'inégale répartition de la douleur physique et l'impossibilité de l'équilibrer peut devenir une réelle source de souffrance pour l'homme. La frustration et la révolte qui en découlent peuvent alors prendre la forme d'une culpabilité, sorte de violence retournée contre lui-même :

« Je me suis senti assez impuissant... C'est culpabilisant malgré tout. Non pas par l'IVG en soi, mais que ce choix-là c'était à ma compagne de le vivre. Ca a été renforcé parce qu'il y a eu des complications, une partie n'a pas été expulsé et il y a eu infection après avec hospitalisation. (...) Moi, ce n'était pas vraiment l'IVG qui me faisait peur ou qui me faisait culpabiliser, mais le fait que ce soit ma compagne qui subisse le côté intervention chirurgicale et le vécu physique. (...) C'est vraiment le vécu en tant qu'homme de l'impuissance de quelque chose que l'on décide en commun, et qui physiquement est vécu que par l'autre personne. » (Karl, 34 ans, en couple, une IVG, gérant d'un magasin d'alimentation biologique)

7.4. Ce que l'IVG fait à l'homme

Il n'existe pas une façon unique, pour les hommes, de vivre l'interruption volontaire de grossesse de leur partenaire. Nous l'avons vu, l'accueil des hommes n'est pas pensé dans le protocole de réalisation, la femme étant placée au centre des interactions avec le personnel médical.

Au-delà du questionnement concernant la motivation de la femme, l'interrogatoire médical est centré sur cette dernière et son rapport à la contraception.

7.4.1. Ce que l'IVG fait au couple... du point de vue masculin

Les hommes confrontés à l'IVG pendant leur jeunesse, principalement avant l'âge de 20 ans, c'est-à-dire au début de leur vie sexuelle et sentimentale, et n'ayant pas connu un nouvel avortement dans leur biographie sexuelle, n'évoquent pas de conséquence particulière sur leur propre sexualité ou rapport au couple et à la contraception. Ces hommes se sont peu investis dans l'IVG de leur partenaire, ou n'étaient pas seuls avec elle, de sorte qu'ils ont mis de la distance avec l'avortement. L'intervention apparaît alors être davantage une situation concernant la fille qu'un moment du couple.

Mais, pour les plus âgés, lorsque l'IVG se produit dans le cadre d'une relation de couple, peu d'hommes disent que l'arrêt de la grossesse n'a eu aucune conséquence sur la vie de couple, leur propre sexualité ou leur rapport à la contraception.

L'avortement est la manifestation concrète que ces hommes peuvent devenir pères, mais certains ne sont prêts à assumer un enfant. Cette maternité interrompue, même si elle n'est pas remise en cause avec le temps, laisse des marques. Ainsi, Fabrice, a été confronté à l'avortement de sa compagne alors qu'il avait 19 ans. À 35 ans, il est père d'un enfant de 8 mois, mais souligne la responsabilité que représente, pour lui, le fait de devenir père :

« C'était douloureux quand même, cette histoire, mais après... [...] J'étais trop jeune, ça ne faisait qu'un an qu'on était ensemble. Là, j'ai mis 5 ans pour avoir un enfant avec ma femme actuellement. Il y a eu beaucoup de réflexion, on n'était plus innocent. C'est vrai que maintenant, on est encore plus réfléchi à l'idée d'avoir un enfant, alors qu'à l'époque, on fonctionnait beaucoup à l'impulsion. » (Fabrice, 35 ans, vit en couple, père d'un enfant de 8 mois, webdesigner)

On voit là l'influence de la norme procréative qui s'impose aux couples et à laquelle adhèrent, malgré eux, certains hommes. Une grossesse ne doit pas s'improviser. En filigrane ressort la notion de responsabilité régulièrement mobilisée, tant pour justifier l'investissement auprès de sa partenaire confrontée à l'IVG, que pour se projeter avec un enfant. L'avortement est vécu comme une manifestation de cette responsabilité et, dans ce cas, même si quelques hommes étaient peu enclins à adhérer *a priori* à cette pratique, notamment pour des questions d'éducation religieuse,

l'IVG s'est imposée à eux. La notion de responsabilité est régulièrement mobilisée pour rendre compte du changement occasionné par la décision de l'IVG.

Pour les couples, l'IVG marque durablement les rapports entre les partenaires. Il y a souvent un « avant » et un « après » l'avortement. La situation extrême est l'IVG occasionnant directement la rupture du couple.

Plus régulièrement, lorsque les partenaires restent ensemble, l'IVG est perçue comme une épreuve importante pour le couple à partir de laquelle l'engagement dans la relation est testé. Comme le dit Grégoire, « *Ma copine m'aimait encore. L'expérience nous a prouvé notre force mutuellement.* », et comme Amaury confirme :

« Nous, on est resté ensemble. Ça été un peu dur les deux mois qui ont suivi. Je ne sais pas si c'était hormonal ou... Elle était pas bien. Elle n'avait plus envie de sexe... Je pense que c'était des réactions normales... Mais... On est resté ensemble encore un an ou deux. » (Amaury, 29 ans, marié, sans enfants, producteur de cinéma)

Les conséquences sur la libido et la vie sexuelle du couple ressortent très souvent en entretien :

« Elle avait un cauchemar mais c'était vraiment... C'était devenu... Vraiment problématique parce que... Je ne pouvais plus imaginer faire l'amour sans préservatif. » (Victor, 35 ans, débute une relation, doctorant en histoire)

« J'aurais voulu que ça n'arrive pas mais... A partir du moment où j'ai pleuré, j'ai pleuré dans les bras de mon meilleur pote, j'ai expulsé quelque chose et ça allait tout de suite mieux après. J'ai pas ressenti [pour la première IVG de ma femme] ce que j'ai ressenti là dernièrement. Là, ma femme ne le sait pas mais dans ma tête, je ne veux plus d'enfant. Moi, je lui ai dit 'la vasectomie, je vais avoir 41 ans, je ne veux plus d'enfant' et elle me dit 'oui, mais toi...' Elle, dans trois ans, elle aura 33 ans, moi, j'en aurais 44, je suis très lucide quoi ! J'ai envie quand mon gamin aura 20 ans de pouvoir lui tenir tête. À 55 ans, le gamin... Le désir d'enfants, ça y est, il est mort. Il est mort avec le dernier avortement ! (...) C'est-à-dire que là, c'est préservatif et même avec préservatif, j'arrive à me retirer des fois... » (Fred, 40 ans, deux enfants, marié, a vécu cinq IVG, cuisinier)

Fred indique son désir de se faire réaliser une vasectomie. Cette solution radicale est justifiée, selon lui, par ses nombreuses expériences d'IVG antérieures et par sa difficulté à se projeter

père au-delà de 40 ans. Mais, il faut également voir une manifestation de sa rancœur face à une décision qu'il ne partage pas : la dernière IVG de sa femme. Lui aurait voulu garder l'enfant et l'évocation de la vasectomie est à entendre comme une menace à l'encontre de sa femme, le moyen pour lui de faire porter sur cette dernière la responsabilité de la situation, voire de se venger. Ce n'est pas tant la vasectomie qui produit cette impression que les termes utilisés et la dynamique de l'entretien.

La crainte de revivre l'expérience de l'IVG est présente, durant un laps de temps plus ou moins. Les deux partenaires savent que les IVG multiples sont mal vues, et l'image socialement négative associée aux personnes ayant recours à l'avortement s'y ajoute pour faire émerger la peur de revivre la même situation.

7.4.2. De la défense de l'avortement au maintien de la contraception comme pratique féminine

Les hommes rencontrés et qui ont accompagné leur partenaire pendant l'IVG se sont investis pour prendre leur « *part de responsabilité* ». Nous avons vu que cet engagement peut prendre différentes formes. Certains de ces hommes ont éprouvé des difficultés face à la douleur ressentie par leur partenaire ; ils se sont sentis coresponsables, voire responsables, mais ne pouvaient prendre une part active dans cette douleur physique demeurée exclusivement féminine :

« J'ai pas du tout changé de discours, mais c'est vraiment le vécu en tant qu'homme de l'impuissance, de quelque chose que l'on décide en commun et qui physiquement est vécu que par... Qui est physiquement vécu par l'autre personne. » (Karl, 34 ans, en couple, une IVG, gérant d'un magasin d'alimentation biologique)

Si les hommes de cette étude se disent tous vouloir défendre la pratique de l'IVG et sont prêts à s'investir dans le maintien d'un accès aisé à cet acte médical, peu envisagent cependant d'endosser un rôle actif dans la contraception. Pour eux, la contraception, via la pilule qui constitue la méthode contraceptive la plus régulièrement énoncée par les hommes, relève exclusivement de la femme. Comment expliquer ce qui peut apparaître comme un paradoxe : des hommes mobilisés pour l'avortement, sa défense, qui accompagnent souvent leur partenaire, mais qui n'imaginent pas pouvoir s'investir concrètement sur le terrain de la contraception :

« Je pars du principe qu'effectivement, c'est la fille qui est responsable de ses choix en matière de contraception, c'est un sujet dans les histoires sérieuses que j'ai eue, ou même dans les petites histoires que j'ai pu avoir entre temps... C'est un sujet qu'on aborde nécessairement, mais moi, je me plie à ce que la fille adopte ». (Fabrice, 35 ans, vit en couple, père d'un enfant de 8 mois, webdesigner)

Fabrice ne souhaite pas endosser la moindre implication en matière de contraception et, ce faisant, il rejette la responsabilité sur les épaules exclusives de sa partenaire. Il la met dans une position où elle doit assumer seule le risque de grossesse. Or, par son propos, il exprime parfaitement cette situation mais se place dans une position de vulnérabilité. En affirmant *« je me plie à ce que la fille adopte »*, il se présente comme subissant ce qui est présenté comme étant le choix de la fille alors que cette dernière n'a pas le choix puisque lui ne le fait.

De même, Fred refuse l'idée de prendre une pilule contraceptive identique à celle proposée aux femmes. Les contraintes de la posologie lui semblent incompatibles avec son mode de vie, sans toutefois se poser la question du vécu de ces contraintes par sa femme. C'est peut être également pour cela qu'il propose l'une des seules méthodes contraceptives « radicales » proposées aux hommes avec la stérilisation, la vasectomie :

« Prendre une pilule tous les jours, je n'ai pas la tête à ça. Déjà, les médicaments, quand je suis malade, j'oublie une fois sur deux. Par contre, prendre un médicament une fois par mois, sans aucun problème. Sans aucun problème, c'est un truc que je pourrais faire, je suis très ouvert là-dessus. » (Fred, 40 ans, deux enfants, marié, a vécu cinq IVG, cuisinier)

Aussi, la défense de l'avortement que beaucoup d'hommes ont exprimé peut être interprété également comme la possibilité, pour eux, de se maintenir dans une position extérieure face à la contraception, c'est-à-dire de rester toujours en marge d'une pratique qui demeure identifiée comme féminine. Ces hommes savent que, le cas échéant, il existe des moyens pour interrompre une grossesse non désirée et non prévue. Pour eux, s'investir dans l'IVG permet de revendiquer une place active aux côtés de leur partenaire quand bien même ils laissent souvent exclusivement le soin à cette dernière de s'en protéger.

Cette distance manifestée par les hommes vis-à-vis de la contraception doit être mise au regard d'une difficulté plus générale, pour eux, d'aborder des situations personnelles, intimes et en relation avec la sexualité. Par leur socialisation, ils se sentent contraints à rester dans l'obscurité et

agir dans le silence le cas échéant. Accéder à une visibilité les exposerait à signifier leur faiblesse ou leur vulnérabilité.

7.4.3. Un acte presque toujours vécu dans le silence

Accepter de nous accorder du temps dans le cadre d'un entretien a été l'occasion pour les hommes rencontrés d'évoquer un moment de leur vie intime qu'ils avaient quasiment tout le temps gardé pour eux, ou qu'ils avaient partagé avec seulement une ou deux personnes. Autrement dit, le silence ressort comme une règle d'autant plus forte que la contraception et la légalisation de l'IVG sont le résultat de la lutte de femmes et ce sont ces dernières qui possèdent le pouvoir, au final, de décider.

Les enquêtes sociologiques soulignent régulièrement que les hommes parlent peu de leurs affects. Le domaine de l'intime reste profondément identifié comme relevant du féminin et en parler est interprété comme une faille dans cette asymétrie masculin / féminin, organisatrice des rapports sociaux de sexe :

« Personne ne l'a su. Mes copains en dehors du lycée l'ont su quelques-uns mais sinon, au lycée, personne. Même mes copains très, très proches, ça, ils ne l'ont pas su. (...) Il n'y avait pas lieu d'en parler. (...) Le tabou... C'est déjà que les mecs, on parle moins de choses profondes. Profondes... si, mais pas internes... On est des mecs. C'est très rare les mecs avec qui je parle de trucs privés. » (Amaury, 29 ans, marié, sans enfants, producteur de cinéma)

Les propos d'Amaury, confronté à l'IVG à l'âge de 19 ans et désormais âgé de 29 ans, indiquent bien cette frontière de l'intime que l'on ne franchit pas entre hommes. Il parle de choses « internes » pour évoquer les situations personnelles. Sans le vouloir, son expression signifie bien que les moments de la sexualité réelle, non celle des phantasmes entre copains, et des difficultés de la vie sont enfouis. Ce que confirme Grégoire :

« Les filles elles en parlent, alors que les garçons... C'est pas notre sujet de conversation favori, ça ne l'est pas... Mais, je te dirais pour essayer de parler honnêtement... Je te dirais, si je suis amené à en parler même si j'ai des difficultés à parler de l'intimité, j'en parlerai parce que c'est quelque chose que j'assume et je ne pense pas être le seul, je ne pense pas être exceptionnel. » (Grégoire, 35 ans, débute une relation, une IVG, enseignant)

Les propos de Gaël montrent la difficulté de beaucoup d'hommes rencontrés qui se sont investis dans l'IVG, mais qui n'ont pas pu en parler beaucoup autour d'eux alors qu'ils indiquent tous que cet épisode de leur vie sexuelle n'a pas été anodin. Ils assument, mais n'en parlent pas. Il préfère d'ailleurs échanger avec des filles que des garçons, ces derniers étant pensés comme non réceptifs à ce genre de dialogue. On voit sa qualité d'homme potentiellement critiquée par ce propos. Endossant son rôle masculin, Victor indique qu'il n'a pas de problèmes pour en parler mais... qu'il n'en a pas parlé autour de lui : *« J'en parle librement en fait... Je lui ai toujours dit que j'en parlerais librement si les gens me poseraient des questions. »* Lui encore, n'en parlerait pas spontanément, et souhaite plutôt attendre les questions. Il n'est alors pas étonnant que ces hommes rencontrés n'aient pas consulté un professionnel du soutien psychologique. Ce type de démarche semble, à leurs yeux, aller à l'encontre de la virilité qu'ils se doivent d'afficher plus ou moins visiblement sur la scène publique. Néanmoins, certains reconnaissent, avec du recul, qu'un soutien psychologique leur aurait été profitable, mais qu'ils n'y ont pas pensé. Fred trouve ici un subterfuge pour reconnaître l'intérêt de l'accompagnement psychologique : *« Moi, j'ai l'impression d'être assez solide mais je pense surtout aux autres... »*. Et Kenneth synthétise parfaitement ce poids de la socialisation masculine : *« Je n'ai pas le réflexe de parler et encore moins d'aller voir un professionnel, mais quelque chose s'est modifié avec le temps. Le vécu a joué... Je n'ai pas... Du fait de mon éducation, je ne suis pas à l'aise avec la parole. »*.

Avant de conclure, il nous faut aborder un dernier point relatif à la manière dont on parle du déroulement de l'IVG, c'est-à-dire de l'acte en lui-même. Une confusion s'est faite parfois entendre en entretien au sujet du statut de l'embryon et du fœtus. Pour beaucoup d'hommes, l'IVG de leur partenaire n'a pas été un acte anodin, même s'ils ont endossé le rôle de simple accompagnant. Parfois, l'utilisation d'un vocable peu stabilisé témoigne d'un rapport difficile à l'IVG. Les termes « enfant » ou « petit » sont utilisés pour évoquer le fœtus. Cette personnalisation, s'accompagnant d'une matérialisation par l'échographie et le bruit d'un cœur qui bat, accroît le sentiment de malaise ressenti :

« J'ai eu vraiment beaucoup de mal et c'est vraiment pas du tout passé d'avoir à entendre le cœur du fœtus. Sur le moment, ce fœtus était mon enfant et ça, ça m'a fait beaucoup de mal, je lui en ai voulu... » (Victor, 35 ans, débute une relation, doctorant en histoire)

« Pour la première fois, j'ai pleuré. (...) Je lui ai dit 'tu te rends compte, c'est l'enfant de l'amour', ça m'a vraiment accablé... Pour moi, c'était pas si évident que ça de le faire passer,

ce deuxième enfant... Vous voyez, j'en parle comme d'un enfant alors que... » (Fred, 40 ans, deux enfants, marié, a vécu cinq IVG, cuisinier)

Dès lors, au silence s'ajoute une sorte de culpabilité face à une situation que les hommes n'arrivent pas très bien à décrire avec précision dans son déroulement : que se passe-t-il ? En filigrane, les hommes évoquent tous des considérations d'ordre moral et / ou éthique associées à l'avortement même si, comme nous l'avons vu, ils ne remettent pas en cause l'existence de l'IVG. L'idée d'avoir mis fin à une vie ressort de nombreux entretiens. D'ailleurs, il s'agit bien d'une grossesse et l'IVG peut être l'occasion pour eux de découvrir leur fertilité. Or, ces termes renvoient à l'humain et provoquent toujours un certain malaise. Une des psychologues utilise l'image du crime pour rendre compte de la distance prise par certaines femmes qui ne se présentent pas au rendez-vous post-IVG. Il semble que cette même image fait écho à ce que vivent un certain nombre d'hommes :

« Ben, il y a des gens qui disent qu'on ne revient pas sur les lieux du crime. C'est ce qu'on dit classiquement, quand on réfléchit un petit peu... Pas quand on a réfléchi mais quand on commence à traiter le sujet, c'est ce qui ressort... Est-ce ce qu'on revient sur les lieux du crime, sur ce qu'on a abandonné ? » (Véronique, psychologue)

On voit là toute la spécificité de la pratique de l'IVG, qui demeure un acte médical peu banal par les implications morales qu'il génère. La rationalisation du recours à l'IVG, notamment par la contrainte de la norme procréative s'imposant aux femmes et aux hommes, ne permet pas toujours de dépasser un sentiment de culpabilité plus ou moins profond lié, chez certains individus, à l'identification à un être humain. Il apparaît donc nécessaire de diffuser des informations claires, précises et sans ambiguïté sur cette question : comment nommer l'acte de l'IVG et quels mots utiliser pour désigner les différentes étapes de l'avortement ?

8. DIFFUSION DES RESULTATS

Une plaquette destinée aux hommes a été réalisée sur la base des résultats de l'étude. Cette plaquette vise à répondre à la demande des hommes en matière d'information sur le déroulement de l'IVG, à les aider à sortir d'un isolement éventuel, et à les sensibiliser sur leur rôle en matière de contraception.

-
-
-

ANNEXE 1**Questionnaire destiné aux partenaires des femmes ayant une IVG**

Merci de cocher la case correspondante à votre réponse. Si vous le désirez, vous pouvez apporter des commentaires libres en fin de questionnaire.

1. Vos caractéristiques socioprofessionnelles

1.1 Votre âge :ans

1.2 Statut:

Célibataire, Marié, Pacsé, Divorcé, Veuf

1.3 Nombre d'enfants :

1.4 Situation :

Étudiant, Salarié, Sans emploi, Autre (précisez)

1.5 Profession (le cas échéant) :

1.6 A quel âge avez-vous terminé vos études ?ans

2. Votre situation par rapport à votre partenaire concernée par l'IVG

2.1 Durée de la relation avec la partenaire concernée par l'IVG:

Moins d'un mois, de 1 à 6 mois, de 6 mois à 2 ans, plus de 2 ans

2.2. Statut de la relation avec la partenaire concernée par l'IVG :

Marié, PACS, Concubinage ou cohabitation,
 Relation débutante, Relation passagère

2.3. Nombre d'enfants en commun avec la partenaire concernée par l'IVG :et âge des enfants le cas échéant :

3. Votre situation par rapport à la contraception

3.1. D'une manière générale, vous sentez-vous impliqué dans le choix de la méthode de contraception avec votre (vos) partenaire(s) ?

Tout à fait, Plutôt, Pas vraiment, Pas du tout, Je ne sais pas

3.2. Quelle méthode de contraception votre partenaire concernée par cette IVG et vous-même utilisez habituellement ?

Aucune méthode de contraception, Abstinence au moment de l'ovulation (calcul des dates de fécondité), Retrait, Préservatif masculin, Contraceptif oral (pilule), DIU (stérilet), Autres (décrivez)....., Je ne sais pas

4. Avez-vous vécu des expériences antérieures d'IVG ?

Oui Non

Si oui,

Combien auparavant (non compris cette IVG) ?.....

5. Quelles ont été vos réactions et qu'avez-vous ressenti quand la grossesse vous a été annoncée?

(plusieurs réponses peuvent être cochées) :

Surprise, Colère, Peur, Joie, Fierté, Désespoir, Tristesse,
 Panique, Honte, Indifférence, Déception, Inquiétude pour l'avenir
 Autres (indiquez) :

6. Comment la décision de cette IVG a-t-elle été prise ?

En commun avec la partenaire concernée, Uniquement ou principalement par la partenaire concernée, Uniquement ou principalement par vous-même

7. D'une manière générale, diriez-vous que, par rapport à cette IVG, vous vous sentez :

Tout à fait d'accord, Plutôt d'accord, Pas vraiment d'accord,
 Pas du tout d'accord, Je ne sais pas

8. Quelles sont les principales raisons qui ont pu vous faire envisager cette IVG ***(plusieurs réponses peuvent être cochées)*** ?

Problème d'âge (trop jeune, trop âgé), Pas de projet actuel de paternité,

- Présence d'un enfant en bas âge, Pas de projet d'enfant dans le couple pour le moment,
 Pas de stabilité suffisante du couple, Difficultés financières ou économiques, Statut
d'étudiant, Contexte de maladies, Conflits avec les parents,
 Autres (indiquez) :
- Je ne sais pas, Je ne voulais pas cette IVG

9. Quelles ont été vos réactions quand la décision de faire une IVG a été finalement prise (plusieurs réponses peuvent être cochées) ?

- Respect de la décision, Anxiété, Indifférence, Crainte, Doute,
Exclusion, Colère, Tristesse, Soulagement, Impuissance, Sentiment
d'Injustice, Culpabilité, Conflits avec les convictions religieuses
 Autres (indiquez) :
- Je ne sais pas

10. Avez-vous parlé de cette IVG en dehors de votre partenaire directement concernée et à qui le cas échéant (plusieurs réponses peuvent être cochées) ?

- À personne, À un membre de la famille, À un ou une amie, A un ou une collègue de
travail, Au médecin traitant, A un autre professionnel de santé (non directement
impliqué dans cette IVG), A un représentant du culte,
 Autres (indiquez) :

11. Avez-vous accompagné votre partenaire au centre de planification familiale ?

- Oui non

Si non, était-ce parce que :

- Vous ne le souhaitiez pas, Votre partenaire ne le souhaitait pas,
 Vous ne pouviez pas venir pour des raisons matérielles
 Autres (indiquez):

Si oui :

Etiez-vous présent à la consultation avec le médecin ?

- Oui, Partiellement, non

Étiez-vous présent à l'entretien (non médical) proposé à votre partenaire ?

- Oui à la totalité de l'entretien, Oui, partiellement, Non,
 A ma connaissance, ma partenaire n'a pas souhaité ou n'a pas eu ce type d'entretien

12. Vous sentez-vous concerné par le choix de la méthode (IVG médicamenteuse, IVG chirurgicale par aspiration sous anesthésie locale, ou sous anesthésie générale) :

- Oui Non

13. Finalement, pouvez-vous indiquer le type d'IVG qui va être ou a été pratiquée ?

- Médicamenteuse à domicile, Médicamenteuse à l'hôpital/clinique
 Chirurgicale (aspiration) sous anesthésie locale, Chirurgicale (aspiration) sous anesthésie générale, Je ne sais pas

Si vous répondez au questionnaire une fois que l'IVG a eu lieu, merci de répondre aux questions suivantes.

14. Étiez-vous présent le jour de l'IVG ?

- Oui non

Si oui, était-ce :

- A l'hôpital, la clinique ; A la maison (IVG médicamenteuse)

Si non, était-ce parce que :

- Vous ne le souhaitiez pas, votre partenaire ne le souhaitait pas, Vous ne pouviez pas pour des raisons matérielles, Autre raison (indiquez)

15. Pensez-vous qu'en tant que partenaire, vous avez été accompagné par le personnel du Centre qui a pratiqué l'IVG :

- De façon très satisfaisante, De façon plutôt satisfaisante,
 De façon peu satisfaisante, Pas du tout, Je ne sais pas

16. Auriez-vous souhaité être davantage écouté ou accompagné :

- 16.1 Par un médecin : oui non Je ne sais pas
- 16.2 Par un(e) conseiller (ère) ou un(e) psychologue : oui non Je ne sais pas
- 16.3 Par une sage- femme ou un(e) infirmier(ère) : oui non Je ne sais pas
- 16.4 Par une assistante sociale : oui non Je ne sais pas
- 16.5 Par une autre personne, indiquez.....

Si oui à une ou plusieurs réponses, pourquoi (réponse libre facultative) :

.....

.....

17. Avez-vous eu la place que vous auriez souhaitée au sein de votre couple dans la démarche de l'IVG ?

- Tout à fait, Insuffisamment, Pas du tout, Je ne sais pas

18. Maintenant que cette IVG a eu lieu, diriez-vous que vous le regrettez :

- Beaucoup, Plutôt, Un peu, Pas du tout, Je ne sais pas

19. Diriez-vous que l'expérience vous a été :

- Très douloureuse, Plutôt douloureuse, Assez douloureuse, Pas douloureuse du tout, Je ne sais pas

20. Diriez-vous que cette IVG va voir des conséquences sur votre relation avec votre partenaire :

- De façon positive, De façon négative, Sans effet, Je ne sais pas

21. Pensez-vous que cette IVG va ou peut modifier votre rapport à la contraception :

- Oui non Je ne sais pas

22. Pensez-vous que cette IVG va ou peut modifier votre rapport au désir de paternité future :

- Oui Non Je ne sais pas

Commentaire libre :

Merci d'indiquer à quel moment vous avez rempli ce questionnaire :

Au moment de l'IVG, Peu après l'IVG (dans les 15 jours suivants), Longtemps après l'IVG (plus de 15 jours)

Merci d'indiquer comment vous avez retourné ce questionnaire :

En le déposant dans la boîte du centre, En l'envoyant par la poste

Nous vous remercions vivement d'avoir apporté votre contribution à cette enquête.



ANNEXE 2

ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION

Enquête sur les hommes et l'IVG
--

L'Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC) en partenariat avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM U 988/Centre de recherche Médecine, Sciences, Santé et Société – CERMES) lance une étude auprès des partenaires des femmes ayant une interruption volontaire de grossesse (IVG) afin de recueillir leur opinions, de mieux comprendre leurs ressentis et, selon les résultats de l'enquête, de mieux prendre en compte leur besoins en terme d'écoute et d'accompagnement. Cette étude fait partie d'une opération cofinancée par le Fonds social européen et le Conseil régional d'Île-de-France. Elle devrait également permettre d'éditer une plaquette à l'intention des partenaires des femmes ayant une IVG. Au total, il en est attendu des effets positifs sur la prise en charge de la femme et la qualité de son environnement.

Cette étude se déroule en deux parties :

- **La première partie consiste en une enquête** réalisée par questionnaire auprès des partenaires masculins des femmes concernées.
- **La deuxième partie consiste en une série d'entretiens** destinés à explorer de façon approfondie les ressentis et les besoins des partenaires des femmes ayant une IVG. Ces entretiens d'une heure environ seront menés par un ou une sociologue auprès d'une trentaine d'hommes volontaires. Cette deuxième partie sera traitée ultérieurement.

Nous vous remercions d'avoir accepté que le centre d'IVG auquel vous appartenez participe à l'enquête et nous vous proposons la méthodologie suivante.

1. Informations des participants

Les partenaires des femmes venant au centre pour une demande d'IVG seront sollicités pour participer à l'enquête, soit directement s'ils sont présents lors de la consultation de demande, ou lors de l'IVG elle-même, soit par l'intermédiaire de la femme qui remettra le questionnaire à son partenaire. Chaque centre s'assurera que la femme n'est pas en désaccord avec cette proposition de questionnaire avant de le remettre à l'homme lorsqu'il est présent.

Une présentation de l'étude est nécessaire, et sera effectuée :

a/Auprès du partenaire présent par un membre de l'équipe médicale ou para-médicale du centre

Le choix de la personne (ou des personnes) sera fait par chaque équipe suivant son organisation propre, l'objectif étant de viser à la meilleure efficacité possible, c'est-à-dire à distribuer le plus grand nombre de questionnaires et à susciter le meilleur taux de réponse.

Exemple : « *L'ANCIC lance une enquête destinée à évaluer le ressenti des partenaires des femmes venant consulter pour une demande d'IVG. Cette enquête souhaite évaluer les besoins en matière d'accompagnement, ainsi que l'implication des hommes dans le domaine de la contraception passée et à venir.*

Il s'agit d'une enquête totalement anonyme : vous remplissez seul un questionnaire d'environ 15 minutes et, une fois rempli, vous remettez ce questionnaire dans la boîte aux lettres prévue à cet effet, ou vous le renvoyez par courrier dans l'enveloppe jointe.

Seriez-vous d'accord pour consacrer un peu de votre temps pour répondre aux questions de cette enquête ? »

b/ si la femme n'est pas accompagnée de son partenaire

La présentation de l'enquête sera faite à la femme en lui demandant si elle est d'accord pour remettre le questionnaire à son partenaire qu'il renverra par voie postale à l'aide d'une enveloppe pré-timbrée.

Il sera important de mentionner aux patientes et/ou à leurs partenaires que la participation à l'enquête se fait sur une base de volontariat et n'influe en aucun cas la qualité des soins et de prise en charge de la patiente par le Centre.

2. Retour des questionnaires

Deux modalités de retour sont possibles :

- Le questionnaire rempli peut être déposée au Centre par le partenaire à l'occasion d'un des passages (préférentiellement au moment de la consultation post IVG ou, à

défaut, au moment de l'IVG¹). Une boîte destinée à cet usage doit être disponible dans un endroit accessible.

- Le questionnaire peut être renvoyé gratuitement au Centre de planification familiale par la poste au moyen de l'enveloppe pré timbrée.

3. Analyse et exploitation des données

Les questionnaires doivent être régulièrement envoyés au Dr Laurence Esterle, INSERM U988/CERMES, 7 rue Guy Môquet, 94801 Villejuif Cedex (par exemple une fois par mois).

L'enquête débutera en février 2010 et prendra fin en août 2010. Les données seront analysées en septembre-octobre 2010 par le Cermes. Les centres recevront les résultats de l'enquête et seront invités à les discuter.

Afin d'évaluer le taux de réponse, il est demandé aux Centres remplir une feuille par patiente (voir annexe 1) se présentant pour une IVG, qui indiquera si et comment le questionnaire a été remis. Ces feuilles seront collectées et retournées au Dr Laurence Esterle.



¹

Les questions 14 et suivantes ne peuvent être remplies qu'après l'IVG

ANNEXE 3

ASSOCIATION NATIONALE DES CENTRES D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE ET DE CONTRACEPTION

Enquête auprès des partenaires des femmes ayant une IVG

Monsieur,

Votre partenaire va avoir ou a eu récemment une interruption volontaire de grossesse (IVG) dans un centre de planification familiale. Si les meilleures conditions de prise en charge médicale et psychosociale des femmes ayant une IVG sont maintenant bien établies, il en est différemment pour leurs partenaires masculins, tout simplement parce que l'on connaît mal leurs attentes et leurs besoins.

Pour cette raison, l'Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC) en partenariat avec l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM U 988, Centre de recherche médecine, sciences, santé et société de l'INSERM) lance une enquête auprès des partenaires des femmes devant avoir une interruption volontaire de grossesse (IVG) afin de recueillir leur opinions, de mieux comprendre leurs ressentis et, finalement, de mieux prendre en compte leur besoins en terme d'écoute, de conseils, voire d'accompagnement. Cette enquête entre dans le cadre d'une opération cofinancée par le Fonds social européen et le Conseil régional d'Île-de-France.

Afin que la diversité de la population masculine concernée soit bien représentée, votre réponse est particulièrement importante et contribuera à améliorer les services que ces centres peuvent rendre à votre épouse ou compagne et à vous-même.

Nous vous remercions par avance de bien vouloir accepter de répondre à ce questionnaire, ce qui vous prendra une quinzaine de minutes. **Les réponses seront traitées de façon totalement anonyme et confidentielle aussi bien vis-à-vis de l'équipe menant l'enquête que de votre partenaire et des professionnels du centre de planification.** A cette fin, nous vous remercions de bien vouloir nous retourner le questionnaire rempli :

- soit en le déposant dans la boîte prévue à cet effet dans le centre de planification familiale,
- soit en le retournant dans l'enveloppe timbrée ci-jointe à l'adresse indiquée.

Dans la mesure où certaines questions (à partir du n° 14) concernent le ressenti après l'IVG, l'idéal serait cependant de nous faire parvenir vos réponses après que l'IVG ait eu lieu.

Nous nous permettons de souligner que la participation ou non à l'enquête n'influe d'aucune manière sur la qualité des soins et de prise en charge de votre partenaire par le centre de planification familiale.



ANNEXE 4

Feuille à remplir pour chaque patiente se présentant pour une IVG

Nom du Centre :

Date :

Cocher la case correspondant à la situation de la patiente

1. La patiente est accompagnée de son partenaire :
 - 1.1. La patiente a refusé que son partenaire participe à l'enquête :
 - 1.2. Le partenaire a accepté de prendre le questionnaire :
 - 1.3. Le partenaire a refusé de prendre le questionnaire :

2. La patiente n'est pas accompagnée de son partenaire :
 - 2.1. La patiente a accepté de transmettre le questionnaire à son partenaire :
 - 2.2. La patiente a refusé de lui transmettre :

3. La patiente ne parle pas français et il n'a pas été jugé utile lui parler de l'enquête :

4. Autre situation (décrire, SVP) :

.....

Feuille à retourner à

Dr Laurence Esterle, INSERM U 988/Cermes, 7 rue Guy Môquet, 94801 Villejuif cedex

esterle@vjf.cnrs.fr



